

# Проф. Е. Feer.

Директоръ дѣтской университетской клиники въ Цюрихѣ.

---

## РУКОВОДСТВО

ПО

# ДѢТСКИМЪ БОЛѢЗНЯМЪ.

СОСТАВИЛИ:

проф. FEER, Цюрихъ; проф. FINKELSTEIN, Берлинъ; прив. доц. IBRAHIM, Мюнхень; д-ръ L. F. MEYER, Берлинъ; проф. MORO, Гейдельбергъ; проф. v. PIRQUET, Вѣна; проф. PFAUNDLER, Мюнхень; проф. THIERMICH, Магдебургъ; проф. TOBLER, Бреславль.

Съ 176 частью раскрашенными рис. въ текстѣ и на 7 табл.

Переводъ съ второго, переработаннаго и дополненнаго нѣмецкаго изданія д-ровъ мед. М. Я. Брейтмана и Н. А. Викторова.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

проф. Харьков. Университета **И. В. Троицкаго.**

(Prof. E. Feer. Lehrbuch der Kinderheilkunde. Zweite Auflage. Verlag G. Fischer. Jena 1912).

---

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Издательство «Практическая Медицина» (В. С. Эттингеръ).  
Ф. В. Эттингеръ.

Б. Сампсоньевскій пр., 61.

1913.

## Предисловіе къ русскому переводу

(въ изданіи Эттингера въ С.-Петербургѣ).

Нѣмецкое изданіе предлагаемаго сочиненія было встрѣчено очень сочувственно какъ студентами, такъ въ особенности практическими врачами; все первое изданіе почти разошлось въ теченіе одного года. Это показываетъ, что одновременное участіе въ работѣ многихъ авторовъ отнюдь не послужило во вредъ сочиненію и не сдѣлало его громоздкимъ, неудобнымъ для пользованія.

Охотно идя навстрѣчу желанію русскаго издателя, я остановлюсь въ нѣсколькихъ словахъ на особенностяхъ настоящаго руководства, отражающаго современное состояніе нѣмецкой педиатріи и составленнаго цѣлымъ рядомъ наиболѣе выдающихся представителей послѣдней.

Для того, чтобы облегчить студентамъ и практическимъ врачамъ знакомство съ организмомъ ребенка, общая часть настоящаго сочиненія (анатомио-физиологическія особенности, питаніе, уходъ за ребенкомъ и пр.) разработана особенно подробно. Въ спеціальной части мы старались возможно болѣе обстоятельно изложить тѣ болѣзни, которыя специфичны для дѣтскаго возраста или которыя представляютъ у дѣтей какія-либо особенности; тѣ же, которыя протекаютъ такъ же, какъ у взрослыхъ, упомянуты лишь вскользь.

Грудному возрасту—въ виду его важнаго значенія—удѣлено особенное вниманіе. Въ отдѣлѣ о расстройствахъ питанія (пищеваренія)—этой труднѣйшей области педиатріи—въ основу изложенія положено функціональное изслѣдованіе процессовъ питанія, на какомъ изслѣдованіи строится какъ діагнозъ имѣющагося расстройства, такъ и рациональное леченіе послѣдняго. Избранная нами классификація расстройствъ по Finkelstein'у можетъ представить вначалѣ извѣстныя затрудненія для тѣхъ врачей, которые привыкли къ прежнему настолько же удобному, насколько и нерациональному дѣленію на диспепсію, катарръ, энтеритъ; однако читатель легко убѣдится, что классификація Finkelstein'a цѣлесообразнѣе и практичнѣе.

Чтобы облегчить ознакомленіе съ педиатріей мы снабдили изложеніе большимъ числомъ хорошихъ иллюстрацій.

Пусть настоящая книга такъ же быстро пріобрѣтетъ себѣ расположеніе русскихъ врачей, какъ она пріобрѣла расположеніе врачей въ Германіи!

Въ заключеніе считаю нужнымъ указать, что предлагаемый переводъ является единственнымъ авторизованнымъ переводомъ на русскомъ языкѣ и что другіе—неавторизованные—переводы не представляютъ никакихъ гарантій относительно правильной передачи нѣмецкаго текста. По этому поводу нельзя не выразить сожалѣнія, что Россія, въ противоположность другимъ государствамъ и въ ущербъ интересамъ самихъ читателей, не признаетъ авторскихъ правъ за иностранными авторами.

**E. Feer.**

Цюрихъ, 1 апрѣля 1912 г.

---

### Предисловіе къ второму изданію.

---

Первое изданіе этого руководства разошлось уже въ теченіе 14 мѣсяцевъ—признакъ, какъ быстро оно было признано и оцѣнено студентами и въ особенности врачами. Благопріятный пріемъ доказываетъ, что своеобразный характеръ книги и особенности изложенія, отчасти предъявляющія большія требованія къ читателю вслѣдствіе трудностей матеріала, не повредили ей.

Авторы воспользовались вторымъ изданіемъ, чтобы еще больше и тѣснѣе связать отдѣльныя части и выполнить небольшіе мѣстами пробѣлы. Кромѣ того, они по возможности постарались принять во вниманіе пожеланія и указанія критики, поскольку послѣднія представлялись имъ обоснованными.

Къ книгѣ прибавлены 16 новыхъ рисунковъ, кромѣ того, рядъ не вполне удавшихся рисунковъ замѣнены лучшими.

**E. Feer.**

Цюрихъ, 3 іюня 1912 г.

# Оглавление.

## Общая часть.

Проф. Martin'a Thiemich'a въ Магдебургѣ, городского дѣтскаго врача и старшаго врача больницы.

- I. Анатомическія и фізіологическія особенности. Стр. 1.
- II. Воспитаніе и уходъ за здоровымъ ребенкомъ. Стр. 32.
- III. Техника изслѣдованія, общая семіотика. Стр. 60.
- IV. Общій патогенезъ (смертность и заболѣваемость). Стр. 74.
- V. Общая профилактика и терапия. Стр. 80.

## Спеціальная часть.

### I. Болѣзни новорожденныхъ.

Проф. Heinrich'a Finkelstein'a, старшаго врача сиротскаго дома и дѣтскаго пріюта города Берлина и д-ра Ludwig'a F. Meuser'a въ Берлинѣ, 1-го ассистента тамъ же.

Недоноски и слаборожденные. Стр. 107. Асфиксія. Стр. 111. Родовыя травмы. Стр. 113. Serpilhaematoma. Стр. 113. Кровоизліянія въ мозгъ. Стр. 114. Гематома грудино ключично-сосковой мышцы. Стр. 115. Параличи нервовъ. Стр. 116. Заболѣванія пупка. Стр. 118. Врожденные аномаліи. Стр. 119. Зараженіе пупочной ранки. Стр. 120. Пупочныя кровоточенія. Стр. 126. Септицемія. Стр. 127. Melasna neonatorum. Стр. 130. Рожа. Стр. 132. Острый бленнорройный конъюнктивитъ новорожденныхъ. Стр. 142. Опуханіе грудныхъ железъ и маститъ (грудница). Стр. 133. Желтуха новорожденныхъ. Стр. 134.

### II. Болѣзни крови и кроветворныхъ органовъ. Конституціональныя болѣзни и болѣзни обмѣна веществъ.

Проф. Meinhard'a Pfaunder'a, директора Университетской Дѣтской Клиники въ Мюнхенѣ.

Введеніе. Физиологическія и обще-патологическія данныя. Стр. 137. Группа малокровій. Стр. 140. Группа лейкемій и псевдолейкемій. Стр. 155. Möller-Baglio'sкая болѣзнь. Стр. 162. Геморрагическій діатезъ. Стр. 165. Рахитъ. Стр. 167. Сахарное мочензуреніе. Стр. 184. Тучность. Стр. 185. Особыя болѣзненные предрасположенія (діатезы) и аномаліи конституціи. Стр. 187. Status thymico lymphaticus. Стр. 188. Воспалительный или эксудативный діатезъ. «Артритизмъ» дѣтскаго возраста. Стр. 195.

Болѣзни щитовидной железы. Стр. 199. Гипотиреозы (со включеніемъ атиреозовъ). Стр. 199. Зобъ. Стр. 207. Болѣзнь Basedow'a. Хондродистрофія. Стр. 209. Монголоидная идиотія. Стр. 210.

### III. Болѣзни пищеварительныхъ органовъ.

Проф. д-ра Heinrich'a Finkelstein'a, старшаго врача сиротскаго дома и дѣтскаго пріюта города Берлина и д-ра Ludwig'a F. Meuser'a въ Берлинѣ, 1-го ассистента тамъ же.

Болѣзни полости рта. Стр. 214. Стоматитъ. Стр. 214. Воляной ракъ или нома. Стр. 218. Аномалія зубовъ и прорѣзыванія ихъ. Стр. 220. Жаба (ангина). Стр. 220. Гиперплазія небныхъ миндалинъ. Стр. 224. Заглочочный лимфаденитъ и заглочочный абсцессъ. Стр. 224. Заболѣванія пищевода. Стр. 226. Разстройство пищеварительной дѣятельности у грудныхъ дѣтей. Стр. 227.

1. Разстройство у дѣтей, вскармливаемыхъ искусственно. Стр. 227. Понятіе о разстройствѣ пищеварительной дѣятельности. Стр. 227. Общая этиологія. Стр. 228. Общій патогенезъ. Стр. 240. Общая симптоматологія. Стр. 234. Раздѣленіе. Стр. 226. Разстройство питанія вслѣдствіе перехода за степень выносливости. Стр. 237. Разстройство баланса. Стр. 238. Диспенсія. Стр. 244. Декомпозиція. Стр. 251. Интокси-

кация. Стр. 260. Разстройство питания вследствие недостатка пищевых веществ. Стр. 269. Вторичная разстройства пищеварения вследствие ослабления степени выносливости, въ особенности разстройства вследствие парэнтерального заражения. Стр. 273.

2. Разстройство пищеварения у грудного ребенка. Стр. 277. Экзогенная заболѣванія. Стр. 278. Заболѣванія эндогеннаго (конституціональнаго) характера. Стр. 280.

Разстройства пищеварения у старшихъ дѣтей. Стр. 282. Острая диспептическая кома. Стр. 282. Хроническая диспепсія. Стр. 283.

Острыя заразные заболѣванія желудочно-кишечнаго канала. Стр. 289.

Кишечная бугорчатка. Стр. 293. Полипозъ кишечника. Стр. 295.

Нервные заболѣванія желудочно-кишечнаго канала. Стр. 295. Врожденный спастическій стенозъ привратника. Стр. 295. Привычная и неукротимая рвота грудныхъ дѣтей. Стр. 298. Периодическая рвота старшихъ дѣтей. Стр. 299. Нервная рвота. Стр. 300. Нервное отсутствие аппетита. Стр. 301.

Нарушенная проходимость кишекъ. Стр. 303. Врожденная закупорка. Стр. 303. Расширение и гипертрофія толстой кишки. Стр. 303. Запоръ. Стр. 305. Выѣдреніе. Стр. 306. Выпаденіе прямой кишки. Стр. 308. Грыжи. Стр. 309. Кишечные паразиты. Стр. 310.

Заболѣванія печени. Стр. 312. Катарральная желтуха. Стр. 312. Другія формы острой желтухи. Стр. 312. Циррозъ печени. Стр. 312. Врожденная закупорка большихъ желчныхъ ходовъ. Стр. 313.

Заболѣванія брюшины. Стр. 314. Гнойный перитонитъ. Стр. 314. Бугорчатка брюшины. Стр. 316.

#### IV. Болѣзни органовъ дыханія.

Проф. д-ра Clemens'a Pirquet, директора Университетской Дѣтской Клиники въ Бреславль.

Заболѣваніе носа. Стр. 320. Насморкъ. Стр. 320. Хроническій насморкъ. Стр. 325. Аденоидная разрощенія Стр. 326. Инородная тѣла въ носу. Стр. 327. Носовое кровотеченіе. Стр. 328. Заболѣванія Евстахіевой трубы и барабанной полости. Стр. 328. Острое воспаленіе средняго уха. Стр. 330. Хроническое воспаленіе средняго уха. Стр. 333. Stridor congenitus. Стр. 334. Larungitus acuta. Стр. 334. Инородная тѣла въ дыхательныхъ путяхъ. Стр. 337. Папиллома гортани. Стр. 337. Острый трахеобронхитъ у дѣтей старшаго возраста. Стр. 338. Бронхитъ. Стр. 338. Bronchitis asthmatica. Стр. 342. Капиллярный бронхитъ. Стр. 343. Бронхопневмонія. Стр. 347. Крупозная пневмонія. Стр. 350. Хроническая пневмонія. Стр. 355. Эмфизема. Стр. 355. Бронхэкстазія. Стр. 355. Плевритъ. 357.

#### V. Болѣзни сердца.

Проф. д-ра E. Feeg'a, директора Университетской Дѣтской Клиники въ Цюрихъ.

Общая симптоматологія и діагностика. Стр. 367. Сердечные шумы. Стр. 363. Врожденные пороки сердца. Стр. 366. Острый эндокардитъ. Стр. 372. Хроническій эндокардитъ и приобретенные пороки клапановъ. Стр. 375. Острый перикардитъ. Стр. 379. Зараженіе сердечной сумки. Стр. 383. Миокардитъ и недостаточность сердца. Стр. 385.

#### VI. Болѣзни мочеполовыхъ органовъ.

Д-ра Ludwig'a Tobler'a, прив.-доц. дѣтскихъ болѣзней въ Гейдельбергъ, 1-го ассистента Университетской Дѣтской Клиники.

Ототическая альбуминурія. Стр. 391. Хроническій нефритъ. Стр. 403. Гнойная заболѣванія мочевыхъ путей и почекъ: Cystopyelitis, Pyelonephritis, абсцесъ почки. Стр. 406. Гематурія и гемоглобинурія. Стр. 411. Diabetes insipidus. Стр. 412. Epuresis nocturna. Стр. 413. Вульво-вагинитъ Стр. 416. Фимозъ, парафимозъ, баланитъ. Стр. 419. Hydrocele. Стр. 420. Аномалія въ положеніи яичекъ. Стр. 421. Онанизмъ. Стр. 421. Новообразованія. Стр. 424.

#### VII. Болѣзни нервной системы.

Д-ра Jussuf'a Ibrahim'a, прив.-доц. дѣтскихъ болѣзней въ Мюнхенъ, старшаго врача Дѣтской Больницы Gisela.

Органическія заболѣванія нервной системы. Стр. 425.

Rachymeningitis interna haemorrhagica. Стр. 425. Туберкулезный (бугорчатковъ) менингитъ. Стр. 426. Гнойный (простой) менингитъ. Менингококковъ менин-

титъ. Стр. 434. Сывороточный менингитъ. Стр. 441. Хроническая головная водянка. Стр. 443.

Задержки развитія. Стр. 450. Микроцефалія. Стр. 450. Spina bifida. Гипертрофія мозга. Стр. 453. Черепъ въ формѣ башни. Стр. 453. Врожденные дефекты функцій двигательныхъ черепныхъ нервовъ. Стр. 453.

Мозговая разстройствѣ кровообращенія. Стр. 455. Сотрясеніе мозга. Стр. 455. Острый (геморрагическій) энцефалитъ. Стр. 456. Tumor cerebri (опухоль мозга). Головно-мозговой церебральный дѣтскій параличъ. Стр. 461. Hemiplegia spastica infantilis (односторонній мозговой параличъ у дѣтей). Стр. 463. Diplegia spastica infantilis (головно-мозговая диплегія у дѣтей). Острая церебральная атаксія и острое церебральное дрожаніе. Стр. 473. Склерозы центральной нервной системы. Стр. 474. Острый полиоэнцефалитъ. Стр. 474. Заболѣванія спинного мозга. Міэлитъ. Стр. 484. Эндогенныя (унаслѣдованно-семейныя) заболѣванія нервной системы и мышцъ. Стр. 485. Семейная амауротическая идиотія. Стр. 486. Семейныя церебральныя диплегіи и цереброспинальныя формы заболѣванія. Стр. 487. Наслѣдственная атаксія. Стр. 487. Мышечная атрофія. Стр. 488.

Заболѣванія периферической нервной системы. Стр. 490. Параличи. Стр. 490. Невралгіи. Стр. 491. Полиневритъ. Стр. 491.

Функциональныя заболѣванія нервной системы. Стр. 492. Судорожныя болѣзни. Стр. 492. Спазмофілія или спазмофильный діатезъ. Ларингоспазмъ, тетанія и эклампсія. Стр. 492. Эклампсія на неспазмофильной почвѣ. Стр. 503. Кивательный и вращательный спазмъ. Стр. 505. Ложный столбнякъ. Стр. 505. Падучая болѣзнь. Стр. 506. Choreia типог. Виттова пляска. Стр. 510. Невропатическая и психопатическая конституція. Стр. 510. Респираторныя судороги аффекта («бѣшенство» у дѣтей). Стр. 518. Ночной испугъ. Стр. 519. Неврастенія. Стр. 520. Истерія. Стр. 523. Психозы. Стр. 528.

### VIII. Острыя инфекціонныя болѣзни.

Проф. д-ра Емілія Феера, директора Университетской Дѣтской Клиники въ Гейдельбергъ.

Общая замѣчанія. Стр. 532. Скарлатина. Стр. 541. Корь. Стр. 560. Краснуха. Стр. 578. Erythema infectiosum. Стр. 582. Четвертая болѣзнь. Стр. 584. Вѣтряная оспа. Стр. 585. Вакцинація (ослопрививаніе). Стр. 593. Дифтерія. Стр. 599. Брюшной тифъ. Стр. 648. Инфлуэнца и гриппозныя болѣзни. Стр. 658. Острый сочленовный ревматизмъ. Стр. 665. Хроническій ревматизмъ. Стр. 670. Рожь. Стр. 672. Общій сепсисъ. Стр. 674.

### IX. Туберкулезъ.

C. Fgh. von Pirquet, директора Университетской Дѣтской Клиники въ Вѣнѣ.

Введеніе. Стр. 679. Частота туберкулеза. Стр. 682. Клиническія явленія. Стр. 684. (Туберкулезъ бронхіальныхъ железъ. Стр. 685. Миліарный туберкулезъ. Стр. 687. Легочный туберкулезъ. Стр. 692. Диагнозъ (изслѣдованіе съ помощью туберкулезной реакціи). Стр. 693. Лечение. Стр. 702. Золотуха. Стр. 705.

### X. Сифилисъ.

Проф. д-ра Е. Мого, директора Университетской Дѣтской Клиники въ Гейдельбергъ.

Этіологія и сущность. Стр. 707. Способъ зараженія. Стр. 709. Врожденный сифилисъ. Стр. 711. Сифилисъ плода. Стр. 711. Сифилисъ грудныхъ дѣтей. Стр. 704. Возвратный сифилисъ въ періодъ ранняго дѣтства. Стр. 727. Поздній сифилисъ. Стр. 728. Распознаваніе врожденнаго сифилиса. Стр. 730. Предсказаніе при врожденномъ сифилисѣ. Стр. 732. Лечение врожденнаго сифилиса. Стр. 733. Приобрѣтенный дѣтскій сифилисъ. Стр. 736.

### XI. Болѣзни кожи.

Проф. Е. Мого, директора Университетской Дѣтской Клиники въ Гейдельбергъ.

Введеніе. Стр. 737. Экзема. Стр. 740. Крапивница. Стр. 752. Strophulus. Стр. 754. Почесуха. Стр. 754. Многоформная эритема. Стр. 757. Impetigo. Стр. 759. Pemphigus neonatorum. Стр. 761. Dermatitis exfoliativa. Стр. 761. Фурункулезъ. Стр. 762. Педикулезъ. Стр. 763. Чесотка. Стр. 764. Туберкулезъ. Стр. 766. Склофулодерма. Стр. 768. Лишай, экзема, акне. Стр. 769. Мелкопапулезный туберкулидъ грудныхъ дѣтей. Стр. 770. Папуло-некротическій туберкулезъ. Стр. 771.

## Общая часть.

Martin Thiemich,

въ Магдебургѣ.

### I. Анатомическія и физиологическія особенности.

Новорожденный и грудной ребенокъ отнюдь не являются маленькими взрослыми. Уже относительно большой черепъ съ маленькимъ лицомъ, короткія конечности, сильная выпуклость грудной клѣтки, неполное развитіе половыхъ органовъ и т. д. даютъ наружному виду ребенка особенности, а при подробномъ изслѣдованіи обнаруживаются многочисленныя отклоненія въ анатомическомъ, гистологическомъ строеніи, функции большинства органовъ и системъ органовъ.

Нѣкоторыя изъ нихъ будутъ описаны въ дальнѣйшемъ изложеніи, поскольку онѣ представляютъ врачебный интересъ. Тѣ изъ нихъ, которыя имѣютъ только диагностическое значеніе, т. е. важны при оцѣнкѣ данныхъ изслѣдованія, будутъ упомянуты въ главѣ III.

**Химическій составъ.** Тѣло ребенка богаче водою, чѣмъ тѣло взрослому; богаче всего водою плодъ и новорожденный, и затѣмъ количество ея быстро уменьшается по мѣрѣ приближенія къ половой зрѣлости. Тѣло новорожденного содержитъ около 25%, а тѣло взрослому около 33% сухого остатка. При нормальныхъ условіяхъ повышенному содержанію воды въ тѣлѣ грудного ребенка соответствуетъ повышенная напряженность особенно кожи и подкожной ткани, которая, вѣроятно, въ періодъ мягкаго состоянія и неполной функциональной способности костно-хрящевого скелета обеспечиваетъ нормальныя условія роста.

Изъ извѣстныхъ до сихъ поръ многочисленныхъ отличій въ химическомъ составѣ всего организма отмѣтимъ лишь одно. Плодъ въ послѣдніе мѣсяцы своей внутриутробной жизни накапливаетъ болѣе или менѣе значительное количество желѣза въ печени, которое даетъ новорожденному возможность довольствоваться въ теченіе индивидуально различнаго ряда мѣсяцевъ относительно бѣдной желѣзомъ пищей, каково молоко женское и молоко животныя, безъ того, чтобы ощущался недостатокъ въ матеріалѣ для образованія крови.

**Анатомическія и гемодинамическія отношенія сердца** у ребенка представляютъ важныя отличія отъ взрослыхъ. Толщина стѣнокъ лѣваго желудочка у грудного ребенка лишь незначительно превышаетъ толщину стѣнокъ праваго; относительно большое сердце съ обширными полостями желудочковъ, вслѣдствіе сравнительно большой ширины поперечныхъ размѣровъ венозныхъ и артеріальныхъ отверстій должно преодолевать незначительное сопротивленіе \*). Это до-

\*) Надо прибавить тотъ фактъ, что у дѣтей грудного возраста сердце по отношенію къ вѣсу тѣла въ  $1\frac{1}{2}$  раза больше, чѣмъ у взрослыхъ, что стоитъ въ прямой зависимости отъ болѣе слабой степени вѣсовыхъ его прибавокъ въ послѣдующіе періоды роста.

Прим. ред.

казывает систолическое давление на артериях, (которое на первом году жизни равно 80—90 мм. ртут. сравнительно со 110—120 мм. послѣ періода полного созрѣванія. При этомъ пульсъ чаще (134 на первомъ году жизни, затѣмъ частота медленно падаетъ до 90 въ возрастѣ отъ 8—9 лѣтъ), болѣе неустойчивъ, кровообращеніе происходитъ быстрѣе, чѣмъ у взрослого. Если при этомъ указать, что ни сердечная мышца, ни стѣнки артерій не повреждены обыкновенно хроническимъ отравленіемъ алкоголемъ, табакомъ, хроническими повторными инфекціями, и что въ особенности артеріосклерозъ представляетъ болѣзнь почти неизвѣстную въ дѣтскомъ возрастѣ, то будетъ понятно, что дѣтское сердце и сосудистая система превосходно справляются съ быстро предъявляемыми требованіями на его работу и могутъ въ теченіе долгаго времени преодолевать значительныя препятствія въ циркуляціи крови. Лишь за нѣкоторое время до полового развитія ростъ сердца иногда не идетъ параллельно съ быстрымъ ростомъ тѣла, и вслѣдствіе этого анатомическаго несоотвѣтствія могутъ возникать функциональныя его расстройства (недостаточность сердца).

**Кровь** лишь въ теченіе первыхъ дней жизни во время „физиологическаго“, сопряженнаго съ сильной потерей воды, паденія вѣса тѣла отличается повышеннымъ содержаніемъ гемоглобина и форменныхъ элементовъ, болѣе высокимъ удѣльнымъ вѣсомъ. Приблизительно до половины перваго мѣсяца выражающееся въ указанныхъ данныхъ повышение концентраціи большею частью сглаживается, а затѣмъ наступаетъ лишь весьма медленное уменьшеніе количества гемоглобина и эритроцитовъ при наличности незначительнаго лейкоцитоза, такъ что на второмъ году жизни получаютъ свойственныя взрослымъ отношенія.

Лейкоциты въ первые годы жизни нѣсколько увеличены въ числѣ и до конца дѣтскаго возраста отличаются нѣкоторыми особенностями въ смыслѣ распредѣленія отдѣльныхъ формъ. Упомянемъ здѣсь, что лимфоциты въ первые годы составляютъ около 50%, а послѣдствии лишь около 25% всѣхъ лейкоцитовъ.

Весьма значительныя отличія представляютъ органы дыханія. Грудная клѣтка у новорожденнаго, отличающаяся сильной выпуклостью въ продольномъ направленіи, находится, такъ сказать, уже въ положеніи покоя—въ почти максимальномъ вдыхательномъ стояніи, т. е. ребра образуютъ съ позвоночникомъ чуть не прямой уголъ. Вслѣдствіе этого дыханіе можетъ быть только главнымъ образомъ брюшнымъ (грудобрюшнымъ). Для выравниванія незначительной податливости каждаго отдѣльнаго дыхательнаго акта служитъ уже повышенная физиологическая частота дыханія, и каждое дальнѣйшее усиленіе легочной дѣятельности при патологическихъ условіяхъ должно вести къ еще большому усиленію числа дыханій. Лишь съ переходомъ ребенка изъ постоянно лежачаго положенія тѣла во временное или преимущественно стоячее постепенно происходитъ измѣненіе топографическихъ отношеній, дающихъ возможность развитія грудного дыханія. Благодаря стоячему положенію, вслѣдствіе натяженія брюшныхъ внутренностей и собственнаго вѣса грудной клѣтки, происходитъ опущеніе передней грудной стѣнки, въ тотъ ортомъ, впрочемъ, участвуютъ также большіе дыхательные пути—гортань и дыхательное горло. При этомъ ребра, раньше стоявшія почти перпендикулярно къ позвоночнику, не только принимаютъ косое, идущее книзу направленіе, но также подвергаются



значительному измѣненію формы вслѣдствіе развитія сильно направленныхъ въ сторону изгибовъ, благодаря чему протяженіе грудной клѣтки, а вмѣстѣ съ тѣмъ и легкихъ, значительно увеличивается по направленію кзади и въ стороны. Функциональнымъ слѣдствіемъ этого измѣненія анатомическихъ отношеній является съ одной стороны смѣшанное дыханіе (типъ грудной и діафрагмальный), а съ другой стороны—увеличеніе объема отдѣльнаго дыхательнаго акта и уменьшеніе его частоты.

Такое видоизмѣненіе совершается приблизительно въ концѣ перваго года жизни, когда наблюдается уже приблизительно 25 дыханій въ минуту вмѣсто 40—45 дыханій новорожденнаго, въ то время, какъ объемъ одного дыхательнаго акта увеличивается отъ 27—42 куб. см. въ первой половинѣ года до 78 куб. см. во второй и до 136 куб. см. къ концу перваго года (Gregor).

Вслѣдствіи число дыхательныхъ движеній (во время покоя и сна) уменьшается лишь въ незначительной степени и составляетъ въ среднемъ на 2-мъ году 24, въ 5 лѣтъ 20, въ 8—10 л. 18 въ минуту. При этомъ отдѣльныя дыхательныя движенія становятся глубже, механизмъ дыханія идетъ экономнѣе и можетъ противопоставить и использовать въ случаѣ временно повышеннаго спроса свою большую „свободу дѣйствія“ путемъ увеличенія частоты дыханій и ихъ объема.

Въ отличіе отъ этихъ, впервые выясненныхъ Грегоромъ, нормальныхъ условий, онъ находилъ у дѣтей съ склонностью къ рецидивирующимъ или хроническимъ бронхіальнымъ катаррамъ и къ астмѣ недостаточное развитіе глубины дыханія и въ связи съ этимъ неподвижную грудную клѣтку, фиксированную въ плохомъ положеніи.

Слѣдуетъ еще замѣтить, что ритмъ дыханія въ первые мѣсяцы даже до третьяго года не всегда равномеренъ. У грудныхъ дѣтей во время сна встрѣчаются даже продолжительныя дыхательныя паузы (Czerny).

По отношенію къ полу дыханіе, у мальчиковъ преимущественно брюшное, у дѣвочекъ грудное, начинаетъ видоизмѣняться около 10 года жизни.

При патологическихъ условіяхъ, т. е. при форсированномъ дыханіи и ненормальной мягкости реберъ, могутъ происходить значительныя вдыхательныя втягиванія нижняго отверстия грудной клѣтки, а при продолжительности этого разстройства—болѣе или менѣе стойкія уклоненія ея отъ нормы.

Огромное значеніе для пониманія важныхъ главъ дѣтской патологии, особенно грудного возраста, имѣетъ **фізіологія питанія**. То обстоятельство, что **молоко**, по крайней мѣрѣ до конца перваго года жизни, представляетъ главную составную часть дѣтской пищи, даетъ поводъ начать описаніе процесса питанія характеристикой важнѣйшихъ примѣняемыхъ для питанія сортовъ молока.

Рядомъ съ женскимъ молокомъ въ практикѣ можно ставить лишь молоко коровье и козье. Молоко ослицы, отличающееся незначительнымъ содержаніемъ жира, въ общемъ мало доступно, и здоровымъ дѣтямъ вовсе не нужно.

Въ нижеслѣдующей таблицѣ <sup>1)</sup> сопоставлены важнѣйшія составныя части и особенности женскаго, коровьяго и козьяго молока, какъ руководство для пониманія дальнѣйшаго изложенія.

<sup>1)</sup> Эта таблица съ нѣкоторыми измѣненіями взята въ видѣ извлеченія изъ обработанной Raudnitz'емъ главы «Молоко» въ руководствѣ Pfaunder-Schlossmann'a II-е изданіе, 1910 г., томъ I, стр. 133 и слѣдующія.

## Составныя части и свойства молока.

Процентное содержаніе.	Женское молоко.	Коровье молоко.	Козье молоко.
Вода . . . . .	87	88	87
Сухой остатокъ . . . . .	13	12	13
Теплота сгорания (на литръ калорий) . .	650—750	650—750	—
Общее количество азота . . . . .	0,15—0,30	0,55	0,56
Азотъ бѣлка . . . . .	0,12—0,17	0,5	0,43
Общее количество бѣлка . . . . .	1,0—1,5	3,0—4,0	3,5
Казеинъ . . . . .	0,6—1,0	3,0	3,8
Лактальбуминъ и лактоглобулинъ . . . .	0,5	0,3	1,2
Молочный сахаръ . . . . .	7,0	4,0—4,5	4,4
Жиръ . . . . .	4,0	3,0—4,0	4,0
	(1,3—9,0)		
Общее количество золы . . . . .	0,14—0,28	0,7	0,7—1,0
Окись кальція . . . . .	0,03	0,2	0,2
Фосфорная кислота . . . . .	0,05	0,24	0,28
Окись желѣза . . . . .	0,0005	0,001 <sup>1)</sup>	0,003
Хлоръ . . . . .	0,043	0,1	0,1
Реакція на лакмусъ . . . . .	щелочная	амфотерная	амфотерная
Способъ связыванія кислоты (на литръ по отношенію къ синему лакмоиду въ куб. см. децинормальной кислоты) . .	85	320—550	—

Весь азотъ состоитъ главнымъ образомъ изъ азота казеина, лактальбумина и лактоглобулина. Небольшая часть приходится на амміакъ и экстрактивныя вещества, которыя несомнѣнно являются только продуктами выдѣленія молочной железы, а можетъ быть, тоже гипотетическіе лактомуцины. Казеинъ или, правильнѣе, казеины (ибо, повидимому, въ различныхъ видахъ молока дѣло идетъ о различныхъ тѣлахъ) суть кислыя, содержащія фосфоръ бѣлковыя тѣла, нерастворимыя въ водѣ, растворимыя въ кислотахъ, основаніяхъ и въ солевыхъ растворахъ, въ молокѣ удерживаются благодаря щелочамъ, щелочнымъ землямъ въ растворенномъ состояніи, или, скорѣе, находятся въ видѣ взвѣси въ ультрамикроскопически тонкомъ коллоидальномъ состояніи. Въ противоположность казеину, какъ „нерастворимому“ бѣлку, лактальбумины и лактоглобулины обыкновенно называются „растворимыми“ бѣлковыми веществами молока, и этой разницѣ долгое время придавали большое клиническое значеніе, ибо казеинъ въ „трудно-перевариваемомъ“ коровьемъ молокѣ содержится въ абсолютномъ и процентномъ отношеніи въ гораздо большемъ количествѣ, чѣмъ въ женскомъ молокѣ. Вотъ почему болѣе легкое перевариваніе послѣдняго оказалось въ виду большого содержанія въ немъ „растворимаго“ бѣлка тѣмъ болѣе понятнымъ, что были установлены нѣкоторыя отличія коровьяго и женскаго казеина, которыя можно было объяснить такимъ же образомъ. При осажденіи кислотами или сычугомъ (для чего необходимо присутствіе растворимыхъ солей извести) коровій казеинъ даетъ гораздо болѣе плотныя и грубыя свертки, чѣмъ казеинъ женскаго молока. Далѣе, при перевари-

<sup>1)</sup> Согласно новымъ изслѣдованіямъ, только часть этого желѣза есть истинная составная часть коровьяго молока, а главное количество получается изъ позднѣйшихъ примѣсей, изъ сосудовъ для перевозки и т. д.

ваніи пепсиномъ и соляной кислотой онъ оставляетъ въ пробиркѣ лишь весьма трудно растворяющійся, при длительномъ перевариваніи, остатокъ, „псевдонуклеинъ“, отсутствующій въ женскомъ молокѣ. То обстоятельство, о которомъ мы упомянемъ еще впоследствии, что съ одной стороны не доказано непосредственное всасываніе лактальбумина и лактоглобулина, какъ предполагали раньше, и что, съ другой стороны, за переходящимъ въ кишечникъ въ неперевааренномъ видѣ „остаткомъ псевдонуклеина“ въ настоящее время уже не признается патогенетическаго значенія, ограничило цѣнность этихъ данныхъ до высокой степени <sup>1)</sup>.

Молочный сахаръ, содержащійся въ женскомъ молокѣ въ большемъ количествѣ, чѣмъ въ коровьемъ и козьемъ, въ химическомъ отношеніи во всѣхъ трехъ видахъ молока представляетъ одно и то же тѣло.

Нельзя того же сказать о жирахъ молока. Они представляютъ сложныя смѣси различныхъ сложныхъ глицериновыхъ эфировъ и свободныхъ жирныхъ кислотъ, и кромѣ того они непостоянны въ своемъ составѣ, что отчасти зависитъ отъ свойствъ жира пищи. Въ коровьемъ молокѣ имѣется въ 4 раза больше летучихъ жирныхъ кислотъ, чѣмъ въ женскомъ молокѣ.

Содержаніе жира (см. таблицу) представляетъ столь значительное колебаніе въ различныхъ направленіяхъ, какъ ни въ какой составной части молока. Независимо отъ индивидуальныхъ отличій, которыя имѣются въ одинаковой степени какъ у женщинъ, такъ и у животныхъ, молокомъ которыхъ пользуются, первыя происходящія изъ молочной железы порціи молока у тѣхъ и другихъ бѣдны жиромъ, и содержаніе послѣдняго увеличивается вплоть равномерно по мѣрѣ опороженія железы, и притомъ, повидимому, тѣмъ медленнѣе, чѣмъ обильнѣе выдѣляетъ грудная железа свой секретъ. Среднее содержаніе жира въ процентахъ менѣе значительно при обильной лактаціи, чѣмъ при скудной.

Весьма большой интересъ представляютъ въ настоящее время всѣ содержащіяся въ золѣ молока минеральныя составныя части его. Онѣ происходятъ отчасти изъ разрушаемыхъ при сжиганіи органическихъ веществъ, особенно бѣлковыхъ тѣлъ, въ частицу которыхъ онѣ включены въ болѣе или менѣе плотномъ соединеніи, отчасти онѣ имѣются въ видѣ преобразованныхъ солей и растворены въ молокѣ, въ способномъ къ диффузіи и въ болѣе или менѣе ионизированномъ состояніи.

Богатство минеральными составными частями гораздо больше въ молокѣ животныхъ, чѣмъ въ женскомъ молокѣ, соотвѣтственно большей потребности въ нихъ, обусловливаемой гораздо болѣе быстрымъ ростомъ молодого животного. Особенно ясно это по отношенію извести и фосфора, двумъ важнѣйшимъ неорганическимъ составнымъ частямъ кости. Замѣчательно, что какъ женское молоко, такъ и молоко животныхъ представляетъ пищевое вещество, содержащее сравнительно мало хлора. Содержаніе минеральныхъ составныхъ частей въ женскомъ молокѣ не соотвѣтствуетъ составу золы новорожденнаго, какъ это нашелъ Випге, опредѣляя отношеніе между золой молока и золой тѣла у различныхъ, очень быстро растущихъ животныхъ; но оно достаточно (за единственнымъ исключеніемъ, можетъ быть, одного желѣза) по отношенію къ требованіямъ, предъявляемымъ къ пищѣ ростомъ и необходимостью поддержанія нормальнаго состава и функций всѣхъ органовъ.

Реакція свѣжаго молока на лакмусъ амфотерна или щелочная. При стояніи, вслѣдствіе дѣйствія бактерий, наступаетъ разложеніе

<sup>1)</sup> Разнообразный характеръ оцѣнки значенія бѣлковыхъ тѣлъ въ молокѣ для питанія здороваго и больного ребенка относится къ главѣ о разстройствахъ питанія.

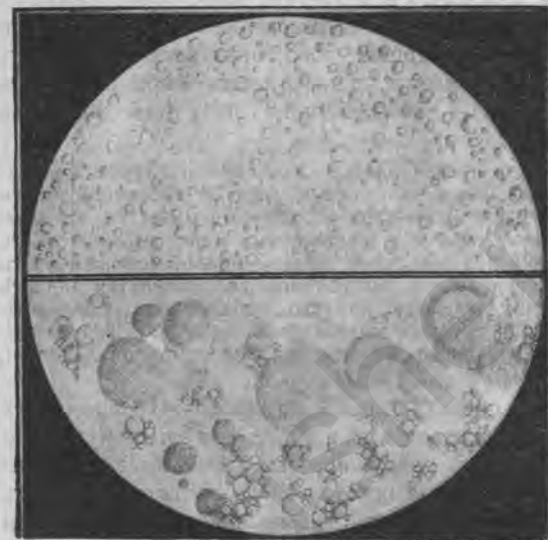
молочного сахара и появленіе кислой реакціи. Это имѣетъ важное значеніе для примѣненія молока съ цѣлью вскармливанія, и потому этотъ вопросъ будетъ подробно разсмотрѣнъ въ дальнѣйшемъ изложеніи въ главѣ о дѣтскомъ молокѣ.

Способность коровьяго молока связывать кислоты во много разъ больше, чѣмъ способность молока женскаго. Для процессовъ желудочнаго пищеваренія это важно въ томъ отношеніи, что коровье молоко „связываетъ“ гораздо большее количество отдѣляемой въ желудкѣ соляной кислоты, и появленіе „свободной“ соляной кислоты значительно задерживается или совершенно прекращается.

Къ обязательнымъ, въ различныхъ видахъ молока въ различномъ количествѣ содержащимся составнымъ частямъ относится цѣлый рядъ переваривающихся и другихъ бродиль и гаптиновъ. Бродила считались въ теченіе долгаго времени важными элементами процесса

пищеваренія въ желудочно-кишечномъ каналѣ и процесса ассимиляціи въ промежуточномъ обменѣ веществъ, а гаптины—важными производителями и безъ того высокаго иммунитета, существующаго при кормленіи вполне соответствующей пищей. Такое весьма подкупающее на первый взглядъ мнѣніе въ настоящее время считается уже несостоятельнымъ, между прочимъ, потому, что кипяченіе молока уничтожаетъ всѣ биологическія свойства его, но не нарушаетъ успѣха питанія.

Женское молоко, а также молоко животныхъ не имѣетъ вначалѣ того



Im 7. J. o. 65. 1

2. Schmitt del.

Рис. 1. Вверху женское молоко, внизу молозиво.

состава, который оно приобретаетъ впоследствии, становясь „стойкимъ“ въ теченіе всего лактаціоннаго періода съ небольшими колебаніями.

**Первое молоко или молозиво (colostrum)** есть выделяемый вначалѣ въ скудномъ количествѣ, а затѣмъ все болѣе обильный секретъ молочной железы. Въ первое время это—большую частью желтоватая жидкость, клейкая, въ виду большаго содержанія альбумина и глобулина, свертывающаяся при кипяченіи. Она содержитъ около 3—5% молочнаго сахара и весьма колеблющіяся количества жира, который химически неодинаковъ съ жиромъ зрѣлаго молока того же вида животныхъ. У женщины, предполагая нормальное развитіе лактаціи, къ концу первой недѣли происходитъ переходъ молозива въ зрѣлое молоко.

Самымъ чувствительнымъ реактивомъ на молозивныя свойства молока является присутствіе тѣлецъ молозива (см. рис. 1), лей-

коцитовъ, наполненныхъ крупными и мелкими жировыми каплями. Сначала они встрѣчаются массами въ каждомъ полѣ зрѣнія, а затѣмъ число ихъ быстро уменьшается, такъ что приходится внимательно ихъ искать. Образованія эти, какъ показалъ Czerny, не болѣе какъ лейкоциты, имѣющіе своей задачей при наступающемъ застоѣ молока эмульгировать жиръ, который не всасывается въ неизмѣненномъ состояніи, и удалить его путемъ лимфы. Они, такимъ образомъ, появляются (и это имѣетъ клинической интересъ) каждый разъ, когда наступаетъ застой молока.

Въ виду того, что молоко животныхъ не примѣняется для вскармливанія дѣтей прямо изъ вымени, болшею частью пастеризуется или стерилизуется или же разбавляется различнымъ образомъ, то нѣкоторыя, являющіяся при этомъ физическія и химическія измѣненія заслуживаютъ клиническаго интереса.

Разведеніе вызываетъ замедленіе свертыванія сычуга и образованіе мелкихъ свертковъ.

Согрѣваніе, будетъ ли оно производиться до температуры 70—80° въ теченіе долгаго времени, или до температуры 100° въ теченіе короткаго времени, ведетъ къ частичному выпаденію фосфатовъ щелочныхъ земель и къ образованію нерастворимой трехсоставной лимонной соли извести, благодаря чему свертываніе сычугомъ (зависящее отъ присутствія растворимыхъ солей извести) замедляется. Лактальбуминъ уже при 55° подвергается частичному, а при долгомъ кипяченіи—полному свертыванію. Равнымъ образомъ часть казеиногена расщепляется на казеинъ и его основаніе, благодаря чему происходитъ образованіе всѣмъ извѣстной пѣнки. Молочный сахаръ при долгомъ согрѣваніи свыше 100° карамелизируется, чѣмъ и объясняется буроватый цвѣтъ чрезмѣрно обезпложенныхъ молочныхъ препаратовъ. Точно также при длительному нагрѣванію наступаетъ и частичное сліяніе молочныхъ шариковъ. Минеральныя вещества при кипяченіи подвергаются многочисленнымъ видоизмѣненіямъ вслѣдствіе растворенія изъ органическихъ сочетаній, но мы не знаемъ ничего достовѣрнаго о значеніи этихъ процессовъ для физиологіи питанія. Бродила и большая часть иммунныхъ тѣлъ разрушаются уже при 60—80°.

При дальнѣйшемъ развитіи ребенокъ начинаетъ получать смѣшанную пищу взрослыхъ, на которой не стоитъ здѣсь особенно останавливаться.

Принимаетъ пищу ребенокъ на первомъ и второмъ году исключительно посредствомъ актовъ сосанія и глотанія. Лишь къ концу втораго года, по развитіи переднихъ зубовъ, онъ привыкаетъ жевать.

При сосаніи материнской груди новорожденный можетъ уже развивать весьма значительную силу сосательнаго давленія, которое, будучи отрицательнымъ, отнюдь не является единственнымъ факторомъ, обуславливающимъ высасываніе молока; при этомъ играетъ роль, во-первыхъ, вызываемое, вслѣдствіе сдавливанія челюстей и давленія на мышцы сосочковаго кружка, рефлекторное расслабленіе этого жома и, во-вторыхъ, зависящее отъ психическихъ вліяній активное раскрытіе грудной железы. Сложность этого процесса объясняетъ намъ тотъ фактъ, согласно которому опорожненіе груди у различныхъ женщинъ представляетъ большія индивидуальныя различія и при равной силѣ сосанія ребенка, еще болѣе при искусственномъ вскармливаніи.

Черезъ сравнительно малую полость рта грудного ребенка быстро проходитъ жидкая пища. По наблюденіямъ Tobler'a надъ 4-лѣтнимъ мальчикомъ на 100 куб. стм. молока приходится 3—5 куб. стм. слюны; у дѣтей первой половины года жизни, когда полость рта относительно суха и слюноотдѣленіе незначительно, вѣроятно, еще меньше. Лишь съ 4—6 мѣсяца слюноотдѣленіе становится болѣе обильнымъ и прежде, чѣмъ ребенокъ научится глотать свою слюну, въ ближайшіе мѣсяцы часто происходитъ вытеканіе ея изо рта („физиологическое слюноотеченіе“).

Птіалинъ встрѣчается уже у новорожденнаго, хотя и въ меньшемъ количествѣ, но онъ не находитъ въ молокѣ вещества, на которое могъ бы вліять, обнаруживая свою функцію лишь въ присутствіи слизистыхъ или мучнистыхъ веществъ.

Желудок грудного ребенка отличается малым развитием дна, малая кривизна идет больше горизонтально, и ее вогнутость вследствие большого преобладания кишек обращена не вправо, как в старшем возрастѣ, а больше назадъ. Съ того же времени, какъ ребенокъ начинаетъ стоять и ходить, эти условія измѣняются, и его желудокъ принимаетъ большей частью вертикальное положеніе \*). Емкость желудка вначалѣ сравнительно невелика, представляетъ индивидуальныя колебанія и, смотря по способу питанія, быстро увеличивается съ возрастомъ, но едва ли можно дать точныя цифры этой величины, такъ какъ емкость и растяжимость не одинаковы при различномъ наполненіи. Насколько можно дѣлать заключенія изъ величины выпиваемыхъ здоровымъ младенцемъ количествъ пищи о размѣрахъ его желудка, все необходимое будетъ изложено во второй главѣ. Установлено, что и здоровый грудной ребенокъ иногда выпиваетъ гораздо больше пищи, чѣмъ это соотвѣтствуетъ емкости его желудка. Для выводовъ же о физиологій питанія несомнѣнно наблюденія надъ правильно развивающимися дѣтьми гораздо важнѣе, чѣмъ (теоретическія, не свободныя отъ упрековъ) опредѣленія его вмѣстимости.

Гистологическое строеніе стѣнки желудка не особенно отличается отъ строенія ея у взрослою. Точно также уже у новорожденнаго имѣется соляная кислота и всѣ пищеварительныя бродила желудка.

Въ желудкѣ при вскармливаніи коровьимъ молокомъ створаживаніе сычугомъ по наступленіи кислой реакціи происходитъ очень быстро, при молокѣ женскомъ медленнѣе, причемъ въ первомъ случаѣ образуются болѣе крупныя хлопья, чѣмъ во второмъ. Отдѣляющаяся при осажденіи сычугомъ сыворотка, содержащая, кромѣ значительной части солей и молочнаго сахара, еще такъ назыв. растворимые бѣлки молока, быстро переваривается пепсиномъ и соляной кислотой настолько, что можетъ переходить постепенно въ кишечникъ для дальнѣйшаго расщепленія (при содѣйствіи эрепсина и трипсина). Медленнѣе переваривается и расщепляется находящійся въ содержимомъ желудка свертокъ казеина, который становится все болѣе плотнымъ, причемъ актъ перевариванія начинается съ поверхностныхъ его слоевъ. Если до полного растворенія плотныхъ массъ казеина вводится новое коровье молоко, то оно распредѣляется между стѣнкой желудка и прежнимъ содержимымъ желудка и препятствуетъ, связывая соляную кислоту и бродила, дальнѣйшему его перевариванію. Возможно, что въ немъ развиваются тогда ненормальные процессы разложенія.

Появленіе свободной соляной кислоты зависитъ не только отъ выделяемаго количества ея, но главнымъ образомъ отъ способности пищи ее связывать; поэтому она наблюдается при кормленіи грудью черезъ 1—1½ часа, а при вскармливаніи коровьимъ молокомъ—черезъ 2½—3 часа и того позже. Фактъ этотъ важенъ потому, что только свободная соляная кислота, а не «связанная», обладаетъ высокимъ дезинфицирующимъ дѣйствіемъ.

Въ общей кислотности желудочнаго содержимаго, колеблющейся нормально между 20 и 60 куб. см. децинормальной кислоты

\*) Исслѣдованія послѣдняго времени съ помощью рентгеноскопій (Flesch et Péteri) показали, что нормальной формы желудка не бываетъ, и что колебанія въ предѣлахъ нормы очень широки. Собственные наши наблюденія подтвердили эти данныя. Равнымъ образомъ Tobler и Vogen нашли, что желудокъ при наполненіи пищи бываетъ то круглой формы, то овальной, лежитъ то вертикально, то горизонтально. Прим. ред.

на 100 куб. см. содержимаго, гораздо большую роль играютъ органическія кислоты и кислыя соли, въ особенности кислые фосфаты, чѣмъ соляная кислота. Первые образуются отчасти благодаря происходящему въ желудкѣ въ незначительныхъ размѣрахъ расщепленію жира подѣ влияніемъ отчасти фермента (липазы), отчасти благодаря дѣйствію бактерій \*).

Мучные или слизистые супы, приготовленные съ молокомъ или безъ него, подвергаются въ желудкѣ подѣ влияніемъ временно дѣйствующей слизи и бактерій не только діастатическому измѣненію, но послѣдующему разложенію путемъ броженія, въ результатѣ котораго оказываются отчасти низшія высокой напряженности жирныя кислоты.

Продолжительность желудочнаго пищеваренія у здороваго ребенка зависитъ отъ свойствъ и количества пищи. Послѣ обильнаго введенія женскаго молока желудокъ освобождается отъ содержимаго въ 2 часа, при коровьемъ молокѣ—въ 3 часа, послѣ малаго количества пищи—въ болѣе короткое время. Но эти цифры относятся лишь къ совершенно здоровымъ груднымъ дѣтямъ. Уже незначительныя разстройства нарушаютъ двигательную способность желудка настолько, что продолжительность пребыванія пищи увеличивается на часъ и больше.

Быстрота опорожненія желудка регулируется замыканіемъ привратника, которое, со своей стороны, иннервируется рефлекторно какъ со стороны желудочнаго содержимаго, такъ и содержимаго двѣнадцатиперстной кишки. По изслѣдованіямъ Gobleg'a особенно богатая жиромъ пища замедляетъ этотъ процессъ.

Стѣнками желудка всасываются небольшія количества раствора солей, сахара и альбумозъ; главная масса переходитъ въ кишечникъ.

Поступающее въ кишечникъ, въ кислотномъ видѣ, содержимое желудка смѣшивается съ поджелудочнымъ сокомъ, который содержитъ много углекислаго натра, чѣмъ и ослабляется кислотность смѣси. Благодаря тому же обстоятельству происходитъ отніатіе щелочей изъ организма.

Процессы пищеваренія въ самомъ кишечникѣ, повидимому, происходятъ такъ же, какъ и у взрослыхъ; всѣ имѣющіяся при этомъ бродила (включая называемый „гормономъ“ просекретинъ или секретинъ) кишечника и его придаточныхъ железъ были найдены у новорожденнаго и большею частью уже у плода.

Мы не станемъ вдаваться въ подробности, а отмѣтимъ немногіе пункты. Какъ уже было приведено выше, раньше предполагали всасываніе такъ наз. растворимыхъ бѣлковъ молока въ неизмѣненномъ состояніи; но это невѣрно. Подобно казеину они расщепляются отчасти въ желудкѣ, отчасти въ кишечникѣ, вплоть до мельчайшихъ остатковъ бѣлковой частицы (аминокислоты и пептидовъ), измѣняясь лишь въ промежуточномъ обмѣнѣ веществъ для синтеза бѣлковъ тѣла. Все это относится и къ «свойственному данному виду» молока.

Молочный сахаръ (лактоза) при примѣненіи въ нормальномъ количествѣ, не превышающемъ предѣловъ ассимиляціи, расщепляется особымъ ферментомъ, называемымъ «лактазой», на глюкозу (декстрозу) и галактозу.

Если такое расщепленіе происходитъ цѣликомъ, и если нерасщепленная часть не подвергается никакому броженію въ силу воздѣйствія кишечныхъ бактерій, то молочный сахаръ всасывается въ неизмѣненномъ видѣ и, подобно сахару, введенному парентерально, выдѣляется мочою. Обстоятельство это играетъ роль при условіяхъ патологическихъ.

\*) Наши изслѣдованія, произведенныя въ 1902 году въ лечебницѣ «Общества поданія помощи больнымъ дѣтямъ въ г. Кіевѣ» надъ грудными дѣтями, показали, что въ половинѣ случаевъ, гдѣ дѣти питались естественнымъ способомъ, обнаружилась ясная реакція на молочную кислоту, тогда какъ свободной соляной кислоты мы не находили въ различные сроки отъ конца кормленія, а именно: начиная съ 2 минутъ и кончая тремя часами. Прим. ред.

Для пониманія многихъ процессовъ обмѣна веществъ, описанныхъ ниже, необходимо указать уже теперь на то, что на всемъ протяженіи желудочно-кишечнаго канала не только происходитъ всасываніе продуктовъ распада пищи, но также и весьма значительное выдѣленіе веществъ, содержащихъ бѣлокъ и соли, въ кишечникъ, что толстая кишка, въ которой, собственно говоря, уже не происходитъ пищеваренія и обмѣна въ тѣсномъ смыслѣ слова, также является органомъ всасыванія и выдѣленія, главнымъ образомъ, для щелочныхъ земель, желѣза, фосфора и фиксированныхъ щелочей.

Продолжительность прохожденія пищи черезъ кишечникъ колеблется нормально между 12 и 36 часами.

**Каль**, состоящій изъ непереваренныхъ остатковъ пищи, выдѣленной кишечника и его придаточныхъ железъ, а также изъ значительнаго количества бактерій, представляетъ, конечно, большое разнообразіе въ смыслѣ консистенціи, цвѣта, запаха и объема, смотря по характеру и количеству введенной пищи и смотря по силѣ различныхъ процессовъ выдѣленія и быстротѣ перистальтики.

Первыя испражненія новорожденнаго состоятъ, съ одной стороны, изъ эпителия и выдѣленной зародышеваго кишечника или его придаточныхъ железъ, а съ другой—изъ составныхъ частей проглоченной плодовой воды и ея примѣси (волосковъ, пушка, клѣтокъ надкожицы и т. д.). Зеленовато-черный видъ и вязкая консистенція (откуда и произошло названіе „меконій“ и „дѣтская смола“) утрачиваются, какъ только появляются въ калѣ остатки молока, большею частью между вторымъ и пятымъ днями.

Каль грудного ребенка при нормальныхъ условіяхъ имѣетъ полужидкую консистенцію, цвѣта яичнаго желтка и кисловатый ароматическій запахъ, выдѣляясь 1—2 раза въ сутки.

Чрезвычайно часто находятъ и у хорошо развивающихся дѣтей выдѣленіе испражнений, часто въ повышенномъ количествѣ, причѣмъ обыкновенно считаютъ это признакомъ наличности диспепсій; такія испражненія жидковаты или водянисты, неоднородны, производятъ впечатлѣніе «рубленыхъ яицъ», богаты макроскопически замѣтной, часто окрашенной въ зеленый цвѣтъ слизью, къ которую включены частички кала. Только запахъ напоминаетъ „идеальный“ стулъ грудного молока или въ крайнемъ случаѣ кислый запахъ ихъ гораздо сильнѣе, но отнюдь не вонючій. По изслѣдованіямъ Gregoга, мы имѣемъ право объяснять появленіе подобныхъ, большею частью бѣдныхъ содержаніемъ плотныхъ веществъ, испражнений значительной бѣдностью жиромъ женскаго молока, хотя нужно принять въ качествѣ дальнѣйшаго условія повышенную возбудимость кишечника какъ въ смыслѣ секреторномъ, такъ и двигательномъ отношеніи.

Замѣчательно еще, что и каль, выдѣленный въ желтомъ видѣ, при лежаніи на воздухѣ постепенно можетъ принять зеленую окраску. Условія, при которыхъ происходитъ въ кишечникѣ или внѣ его окисленіе билирубина въ биливердинъ, не вполне выяснены (дѣйствіе фермента?), но слѣдуетъ отмѣтить, что это процессъ самъ по себѣ не является патологическимъ.

Испражненія при искусственномъ вскармливаніи разбавленнымъ водою коровимъ молокомъ или слизистыми, мучными отварами, болѣе плотной консистенціи, свѣтлѣе, чѣмъ каль при вскармливаніи женскимъ молокомъ; они никогда не имѣютъ непріятнаго вонючаго или гниловаго запаха. Ихъ реакція на лакмусовую бумагу щелочная. Всякое уклоненіе отъ этого типа должно считаться болѣе серьезнымъ, чѣмъ у грудного ребенка, и смотрѣть на это уклоненіе, какъ на признакъ разстройства пищеваренія.

Съ переходомъ къ смѣшанной бѣдной молокомъ пищѣ нормальный каль имѣетъ качества, свойственныя ему у взрослыхъ.



Пищеварительный каналъ отъ начала рта до задняго прохода заключаетъ въ качествѣ постоянного содержимаго обильную и богатую разновидностями кишечную флору.

Легко понять, что уже во время первыхъ часовъ жизни въ стерильный желудочно-кишечный каналъ попадаютъ со стороны рта и со стороны задняго прохода самые разнообразныя микроорганизмы изъ окружающей среды, но что не всѣ они попадаютъ въ одинаковомъ количествѣ и не всѣ находятъ одинаково благоприятныя условія для развитія. Такимъ образомъ у грудного ребенка главную массу бактерий кала образуютъ другіе и притомъ менѣе многочисленныя виды, чѣмъ при искусственномъ вскармливаніи.

У грудного ребенка преобладаетъ анаэробная *Bac. bifidus commun.* (Tissier) надъ аэробными *Bact. coli comm.* и *Bact. lactis aërogenes* (Escherich); кромѣ того, находятся стрептококки, *Bac. acidophilus*, *Bac. butyricus immobilis* (*Bacillus perfringens* французскихъ авторовъ), различныя «головчатая бактерія» (Escherich) и въ качествѣ анаэробныхъ *Bac. butyric. mobilis* и вызывающій гніеніе *Bac. putrific. coli* (Bienstock), и нѣкоторыя другія. При искусственномъ вскармливани ребенка преобладаетъ кишечная палочка и кишечныя кокки, но встрѣчаются и упомянутыя выше бактеріи, кокки и другія въ довольно обильномъ количествѣ.

Съ клинической точки зрѣнія кишечныя бактеріи представляютъ интересъ во многихъ отношеніяхъ. Во-первыхъ, согласно экспериментальнымъ изслѣдованіямъ на новорожденныхъ животныхъ, погибающихъ, если ихъ желудочно-кишечный каналъ становится стерильнымъ (Schottelius противъ Thierfelder'a, Nuttal'a и др.), весьма возможно, что онѣ и у грудного ребенка играютъ при пищевареніи незамѣнимую фізіологическую роль. Впрочемъ, тотъ фактъ, что по ходу тонкихъ кишекъ постоянно, особенно въ періоды пріостановокъ пищеварительныхъ актовъ, происходитъ весьма энергичное уничтоженіе бактерій, и что лишь по окончаніи пищеваренія въ собственномъ смыслѣ слова, въ толстой кишкѣ происходитъ развитіе огромныхъ количествъ ихъ,—фактъ, съ трудомъ вяжущійся съ такимъ положеніемъ.

Напротивъ того, установлено вліяніе кишечной флоры на реакцію кишечнаго содержимаго. Возбудители броженія и гніенія живутъ тамъ въ постоянномъ антагонизмѣ и, смотря по преобладанію тѣхъ или другихъ, вызываютъ то кислую, то щелочную реакцію испражнений. Конечно, здѣсь главное значеніе имѣютъ свойства пищи (а также состояніе организма).

Наконецъ, какъ третій пунктъ, надо вкратцѣ указать на возможность того, что при опредѣленныхъ условіяхъ усиливается вирулентность бактерій, живущихъ вообще въ качествѣ безвредныхъ сапрофитовъ, и онѣ могутъ стать патогенными для грудного ребенка.

Относительно большія у новорожденного и грудного ребенка почки въ нормальныхъ условіяхъ представляютъ болѣе или менѣе выраженную зародышевую дольчатость. Помимо этого, онѣ, подобно отводящимъ мочевымъ путямъ, во всемъ сходны съ почками взрослыхъ. Моча первыхъ дней жизни, соотвѣтственно скудному введенію жидкости и обильной отдачѣ воды легкими, большею частью скудная, насыщена и содержитъ много мочевой кислоты въ аморфной или кристаллической формѣ. Не мало споровъ вызвала альбуминурія новорожденныхъ, которая, впрочемъ, появляется часто лишь въ первыя 1—2 недѣли жизни и рѣдко длится дольше. Ея происхожденіе такъ же мало выяснено, какъ и происхожденіе мочекаменнаго инфаркта. Не вдаваясь въ эти вопросы, разсмотрѣнные у Czerny и Keller'a подробно и критически, мы можемъ съ нѣкоторою увѣренностью высказать въ настоящее время то мнѣніе, что какъ альбуми-

нурія, такъ и инфарктъ, если не физиологическое явленіе, то во всякомъ случаѣ безвредное для даннаго ребенка.

Какъ только вскармливаніе ребенка вошло въ опредѣленную колею, то устанавливается законмѣрное отношеніе между поступленіемъ воды и количествомъ мочи, составляющимъ около 60—70% всей поступившей воды. Конечно, это относится лишь къ совершенно нормальнымъ условіямъ. Число мочеиспусканій приблизительно втрое больше числа приемовъ пищи, и если кромѣ того даютъ чай, то оно можетъ достигнуть 20—25 разъ въ сутки. Нѣтъ никакихъ основаній говорить о физиологическомъ недержаніи мочевого пузыря у грудного ребенка, такъ какъ непрерывное мочеиспусканіе отсутствуетъ.

**Половой членъ** у маленькихъ грудныхъ дѣтей имѣетъ въ индивидуальномъ отношеніи весьма различную величину. Нормально имѣется болѣе или менѣе полный фимозъ съ отверстіемъ часто лишь величиною въ булавочную головку и со значительными склейками между головкой и внутреннимъ листкомъ крайней плоти. Эта склейка, равно какъ и присутствіе эпителиальныхъ конкрементовъ въ области вѣнечной борозды отнюдь не можетъ считаться патологическимъ явленіемъ и не можетъ служить поводомъ къ излишнимъ, часто обезображивающимъ половой членъ операціямъ фимоза. Не будетъ излишнимъ подчеркнуть здѣсь же это явленіе.

**Наружные женскіе половые органы** у дѣвочекъ грудного возраста зяжутъ вслѣдствіе незначительнаго развитія малыхъ и большихъ губъ. Возникающее вслѣдствіе этого физиологическое выпаденіе наружныхъ половыхъ органовъ благопріятствуетъ попаданію частичекъ кала въ мочеиспускательный каналъ, а, слѣдовательно, и возникновенію циститовъ у маленькихъ дѣвочекъ.

**Кожа** грудного ребенка вслѣдствіе незначительной толщины эпителиальнаго слоя и богатства кровеносными сосудами сосочковыхъ тѣлъ нѣжнѣе, мягче и сильнѣе окрашена, чѣмъ впоследствии. Сильнѣе всего замѣчаются эти различія у новорожденнаго, кожа котораго въ первые дни была настолько богата кровью, что можно говорить о (физиологической) эритемѣ новорожденныхъ. При всевозможныхъ заболѣваніяхъ, особенно при расстройствахъ пищеваренія быстро развивается вмѣсто здороваго „инкарната“ ясная блѣдность или—какъ угрожающій симптомъ—аспидно-сѣрая окраска.

**Подкожный жиръ** на всемъ тѣлѣ, а также на разгибательныхъ сторонахъ суставовъ и т. д., гдѣ онъ впоследствии отсутствуетъ, разлитъ равномерно и при нормальныхъ условіяхъ въ довольно обильномъ количествѣ, а при нормальномъ содержаніи воды и солей въ организмѣ придаетъ кожѣ ребенка напряженіе и эластичность, „turgor“, который, наряду со свѣжимъ цвѣтомъ кожи, составляетъ существенный признакъ правильно развивающагося ребенка.

**Анатомическое развитіе потовыхъ железъ** сравнительно слабо, а сальныхъ железъ, напротивъ, весьма значительно. Согласно съ этимъ у новорожденнаго отдѣленіе пота незначительно, а выдѣленіе кожного сала сравнительно обильно.

Нужно упомянуть въ заключеніе о грудныхъ железахъ, какъ модифицированныхъ кожныхъ органахъ. У обоихъ половъ железистое тѣло при рожденіи представляетъ плоскій дискъ, поперечникъ котораго не превышаетъ 1 см. Онъ покрытъ большею частью блѣд-

нымъ неяснымъ сосочковымъ кружкомъ, въ центрѣ котораго расположенъ сосокъ, не превышающій по величинѣ булавочную головку. Почти регулярно приблизительно на 3—4-й день жизни ребенка происходитъ увеличеніе объема, органъ начинаетъ функционировать подъ влияніемъ циркулирующихъ въ крови веществъ, вызывающихъ у матери отдѣленіе молока. Нормально это отдѣленіе („молоко вѣдьмы“) не удаляется; вслѣдствіе этого происходитъ застой, и происходитъ жидкость со свойствами молозива. По истеченіи нѣсколькихъ недѣль отдѣленіе прекращается совершенно.

**Внутренняя температура**<sup>1)</sup> грудного ребенка въ большей степени, чѣмъ у взрослого, зависитъ отъ температуры окружающей среды. Сильнѣе всего бросается въ глаза у недоносковъ и слабыхъ новорожденныхъ, такъ что у нихъ почти можно говорить о пойкилотерміи, но она встрѣчается также у доношенныхъ и у крѣпкихъ новорожденныхъ. Причина заключается, съ одной стороны, въ тонкости эпителиальнаго покрова и въ большемъ кровонаполненіи кожи, а съ другой—въ ограниченной, по крайней мѣрѣ у новорожденнаго, возможности отдачи воды кожей, но, вѣроятно, имѣетъ значеніе и другой факторъ, а именно: относительная величина поверхности тѣла сравнительно съ его массой<sup>2)</sup>.

Вотъ почему незначительныя отклоненія въ регулированіи теплоотдачи, составляющей большею частью функцію поверхности тѣла, тѣмъ легче могутъ вызвать колебанія внутренней температуры, чѣмъ меньше въ состояніи ихъ относительно малая масса тѣла выравнять путемъ быстрога измѣненія теплопродукціи.

Еще не выяснено, слѣдуетъ ли принимать несовершенство регуляціи тепла въ зависимости недоразвитія соответственныхъ нервныхъ центральныхъ органовъ; аналогіи въ другихъ областяхъ, гдѣ такая возможность имѣется, встрѣчаются у новорожденнаго неоднократно, напр., въ области двигательныхъ функцій. Какъ бы то ни было, клиническое наблюденіе установило, что маленькія дѣти въ гораздо большей степени, чѣмъ старшія, охлаждаются или перегрѣваются въ силу внѣшнихъ вліяній. Поэтому существуетъ по крайней мѣрѣ меньшая амплитуда фізіологическаго регулированія температуры. Въ предѣлахъ этихъ границъ она впрочемъ довольно точна. Если здоровый грудной ребенокъ окруженъ плохими проводниками тепла, то онъ безъ всякаго согрѣванія снаружи поддерживаетъ почти постоянную температуру въ  $36,8^{\circ}$ — $37,2^{\circ}$  въ заднемъ проходѣ, при измѣреніи утромъ и вечеромъ. Эта „монотермія“ сохраняется, по тщательнымъ изслѣдованіямъ Jundell'я и Gofferjé, при болѣе частомъ (каждые 2—4 часа) измѣреніи въ прямой кишкѣ только въ первыя недѣли жизни. Приблизительно со втораго мѣсяца 2-часовое измѣреніе обнаруживаетъ большія колебанія, доходящія до  $1^{\circ}$ , обнаруживающія, однако, закономерную связь со сномъ и бодрствованіемъ ребенка, „ночное пониженіе“ и „утреннее пятіе“. Неправильное колебаніе, и въ особенности поднятіе температуры до  $37,5^{\circ}$  или выше должны быть отмѣчены патологическими, если дитя не согрѣваютъ искусственно бутылками или другими способами.

<sup>1)</sup> Срв. способы изслѣдованія.

<sup>2)</sup> На 1 клгрм. вѣса тѣла приходится у новорожденнаго 810 кв. стм. поверхность, въ возрастѣ полугода—620, въ возрастѣ года—530, отъ 4-хъ лѣтъ все еще 500, тогда какъ у взрослого только 300 кв. стм.

## Физиологія обміна веществъ.

Уже раньше было указано и еще будетъ отмѣчено въ другихъ мѣстахъ этой книги, какое важное значеніе у грудного ребенка имѣетъ питаніе и связанные съ нимъ процессы. Поэтому необходимо посвятить особую главу физиологіи обміна веществъ въ дополненіе къ тому, что сообщено относительно процессовъ пищеваренія.

### а) Азотъ.

Азотъ большею частью содержится въ молокѣ въ видѣ бѣлка. Исслѣдованія Bahrdt'a и Langstein'a доказали для новорожденного животнаго, что и однородныя бѣлковые вещества молока матери подвергаются въ желудочно-кишечномъ каналѣ дальнѣйшему расщепленію на аминокислоты и комплексы ихъ (пептиды). Поэтому нѣтъ никакихъ основаній не переносить эти данныя опытовъ на новорожденного ребенка. Въ этомъ случаѣ указанія, что разница между естественнымъ и искусственнымъ вскармливаніемъ зависитъ отъ примѣненія въ одномъ случаѣ однородныхъ, а въ другихъ чужеродныхъ бѣлковыхъ тѣлъ, теряетъ почву, если не предполагать, что и эти сравнительно простые продукты расщепленія сохраняютъ однородный или чужеродный характеръ. Но относительно этого обстоятельства до сихъ поръ нѣтъ положительныхъ точекъ зрѣнія \*).

Потребность въ бѣлкѣ у грудного ребенка, очевидно, мала, на что указываетъ уже малое содержаніе азота въ женскомъ молокѣ. Важно помнить объ этомъ при изученіи естественныхъ условій вскармливанія и въ періодъ наибольшаго относительнаго роста, ибо это указываетъ, какъ мало оправданій имѣется для чрезмѣрнаго введенія бѣлка въ пищу старшихъ дѣтей съ указаніемъ на потребность ихъ въ ростѣ.

У здороваго ребенка всасываніе и задержка азота весьма полны. Калъ содержитъ въ видѣ азота только 4—4,5% своего сухого остатка (Oggle) и даже это незначительное количество состоитъ только отчасти изъ пищевого не всосавшагся азота; не малая часть его происходитъ изъ богатыхъ азотомъ выдѣлений кишечника, а также его придаточныхъ железъ и бактерий. Относительно задержки, т. е. разницы между введеніемъ азота въ пищу и выведеніемъ его мочою и каломъ надо указать, что положительный балансъ азота не тождественъ съ ростомъ, гер. отложеніемъ въ тканяхъ. Онъ можетъ (временно) встрѣчаться и при паденіи вѣса.

Конечные продукты азотистаго обміна веществъ въ мочѣ такіе же, какъ у взрослога, но уже нормально количество амміака нѣсколько больше. Объ этомъ будетъ подробно еще говориться въ главѣ о разстройствахъ питанія.

Какъ и у взрослога, прибавленіе углеводовъ къ бѣлковой пищѣ ведетъ къ повышенію задержки азота, несмотря на пониженіе его всасываемости, между тѣмъ какъ жиры нѣсколько ухудшаютъ какъ всасываніе, такъ и задержку азота. Но при нормальныхъ условіяхъ это не имѣетъ практическаго значенія, такъ какъ притокъ азота превышаетъ всегда минимальный спросъ на него. При патологическихъ условіяхъ сказанное выше можетъ имѣть большое значеніе.

### б) Жиръ.

Вводимый въ молокѣ жиръ состоитъ изъ нейтральнаго жира, лишь съ небольшою примѣсью свободныхъ жирныхъ кислотъ.

Въ желудкѣ грудного ребенка, какъ уже указано, происходитъ, впрочемъ незначительное, расщепленіе жира желудочной липазой. Оно во всякомъ слу-

\*) Признавая справедливость этого утвержденія, нельзя, однако, забывать, что самый ходъ процессовъ расщепленія въ томъ и въ другомъ случаѣ различенъ.  
Прим. М. Б.

чаѣ менѣе значительно, чѣмъ у взрослога, гдѣ нормально липолитическое выдѣленіе тонкой кишки затекаетъ обратно въ желудокъ и способствуетъ началу болѣе сильнаго разложенія жира. Это, можетъ быть, имѣетъ цѣлью способствовать эмульгированію грубыхъ частицъ жира углекислыми щелочами сока поджелудочной железы, связанныхъ присутствіемъ свободныхъ жирныхъ кислотъ. У ребенка, получающаго свой пищевой жиръ уже въ эмульгированномъ состояніи, этотъ процессъ былъ бы лишнимъ.

Вводимыя въ пищу количества жира колеблются особенно у грудного ребенка, а также при каждомъ отдѣльномъ кормленіи, ежедневно и у различныхъ дѣтей въ весьма значительной степени, иногда болѣе, чѣмъ вдвое, смотря по величинѣ и содержанію жира отдѣльныхъ порцій. Это понятно въ виду сказаннаго выше о колебаніи жира въ женскомъ молокѣ. При искусственномъ вскармливаніи, т. е. обыкновенно при примѣненіи молочныхъ смѣсей при болѣе или менѣе полномъ сходствѣ отдѣльныхъ порцій такія колебанія ничтожны, и общее поступленіе жира даже при назначеніи сливочныхъ смѣсей большею частью меньше, чѣмъ у грудного ребенка \*).

Всасываніе жира въ здоровомъ кишечникѣ ребенка составляетъ болѣе 90% поступившаго жира. При этомъ возможно, что часть находимаго въ калѣ жира происходитъ изъ кишечныхъ выдѣленій, а меньшее количество летучихъ жирныхъ кислотъ возникаетъ, быть можетъ, вслѣдствіе разложенія углеводовъ. Жиръ кала состоитъ изъ нейтральнаго жира, свободныхъ жирныхъ кислотъ и жирнокислыхъ солей (мыль), щелочныхъ земель и фиксированныхъ щелочей, и притомъ въ измѣняющихся количествахъ. Это обнаруживается уже внѣшнимъ образомъ консистенціей и реакціей, а также запахомъ испражнений, и поскольку въ нормальныхъ испражненіяхъ преобладаютъ жирныя кислоты, а въ щелочныхъ и въ болѣе сухихъ—мыла щелочныхъ земель, между тѣмъ какъ нейтральный жиръ всегда составляетъ лишь незначительную (около 10%) долю и показываетъ ничтожныя колебанія.

Отношенія мылообразованія къ обмѣну веществъ фиксированныхъ щелочей и щелочныхъ земель, повидимому, весьма сложны и до сихъ поръ не вполне выяснены; такъ какъ онѣ имѣютъ важность при патологическихъ условіяхъ, то мы здѣсь не станемъ вдаваться въ подробное ихъ изложеніе.

Всосавшійся жиръ служитъ отчасти въ тѣлѣ горючимъ матеріаломъ, отчасти онъ откладывается въ жировыхъ складахъ въ видѣ запаса.

### с) Углеводы.

Какъ въ женскомъ молокѣ, такъ и въ молокѣ животныхъ содержится только одинъ углеводъ, молочный сахаръ (лактоза). Онъ относится къ дисахаридамъ и состоитъ изъ одной частицы глюкозы (декстрозы, винограднаго сахара) и одной частицы галактозы; оба эти моносахарида соединяются, теряя воду.

Изъ другихъ дисахаридовъ служатъ для (искусственнаго) вскармливанія здороваго ребенка тростниковый сахаръ (сахароза=глюкоза+левулеза [фруктоза]) и мальтоза (глюкоза+глюкоза), послѣдняя есть важная составная часть продажной солодовой вытяжки или продуктъ энзиматическаго перевариванія крахмала.

Моносахариды не преформированы въ пищѣ грудного ребенка, и только при назначеніи меда и плодовъ дѣти получаютъ левулезу и глюкозу.

Изъ полисахаридовъ имѣютъ значеніе крахмалъ и целлюлеза (клѣтчатка), первый—въ неизмѣненномъ видѣ въ чистой мукѣ и отчасти въ декстринизированной въ печени (бисквитѣ) и въ нѣкоторыхъ такъ наз. дѣтскихъ мукахъ, а послѣдняя—въ видѣ составной части овощей и плодовъ.

\* ) Въ этомъ и заключается одинъ изъ недостатковъ современныхъ способовъ искусственнаго вскармливанія грудныхъ дѣтей. Прим. М. Б.

Какъ извѣстно, непосредственно всасываются только моносахариды, а другіе виды сахара—лишь послѣ расщепленія посредствомъ ферментовъ, а, можетъ быть, и бактерій. Лишь при введеніи большихъ количествъ, чѣмъ тѣ, какія могутъ быть разложены ферментами или могутъ подвергнуться броженію при дѣйстви бактерій, и дисахариды всасываются непосредственно, но, какъ и послѣ парантерального введенія, они выходятъ съ мочей въ неизмѣненномъ видѣ. Тогда говорятъ, что количество ихъ превысило «предѣлъ ассимиляціи». Полисахариды подвергаются передъ всасываніемъ сложнымъ расщепленіямъ.

Раньше было указано, что уже новорожденный обладаетъ всѣми бродилами, необходимыми для перевариванія углеводовъ, хотя, вѣроятно, въ незначительномъ количествѣ. Это относится особенно къ діастазу слюны и поджелудочнаго сока, служащему для перевариванія муки. При этихъ условіяхъ вѣроятно, что сравнительно большая, хотя количественно до сихъ поръ еще невычисленная часть углеводовъ подвергается бактерійному разложенію съ образованіемъ кислыхъ продуктовъ распада, „броженію“.

Предѣлъ ассимиляціи для молочнаго сахара и мальтозы у грудного ребенка больше, чѣмъ у взрослога.

Точно такъ же, какъ у взрослога, такъ и у грудного ребенка углеводы пищи служатъ не только самостоятельно въ качествѣ горючаго матеріала и источника живой силы, но они способствуютъ или даже даютъ возможность нормальной спорація жировъ. При ихъ отсутствіи получается разстройство обмѣна жировъ, обнаруживающееся появленіемъ ацетона въ мочѣ. Притомъ у грудного ребенка это наблюдается скорѣе, чѣмъ у взрослога.

#### д) Минеральныя составныя части.

Женское молоко содержитъ всѣ минеральныя части, необходимыя для жизни и роста грудного ребенка. Въ молокѣ домашнихъ животныхъ, согласно болѣе быстрому росту ихъ, онѣ содержатся въ болѣе обильномъ количествѣ, даже настолько обильномъ, что при обычныхъ разведеніяхъ молока, примѣняемыхъ для вскармливанія здоровыхъ дѣтей, онѣ содержатся въ излишкѣ. Исключеніе представляетъ развѣ только желѣзо, которое даже и въ женскомъ молокѣ имѣется въ скудномъ количествѣ, а въ молокѣ животныхъ содержится лишь въ томъ же процентномъ отношеніи, что въ женскомъ молокѣ, и кромѣ того гораздо хуже усваивается дѣтьми.

То обстоятельство, что часть минеральныхъ веществъ, особенно известъ, магnezія и желѣзо, выдѣляются вновь кишечникомъ, въ болѣе значительной своей части, а другія, особенно фосфоръ, по крайней мѣрѣ, въ весьма значительной части, фиксированныя щелочи и хлоръ все же въ опредѣлимыхъ количествахъ, до сихъ поръ не давало возможности различать, какія минеральныя составныя части кала остались отъ всасыванія, и какія вновь выдѣлены въ содержимое кишечника послѣ прохожденія черезъ промежуточный обмѣнъ веществъ. Мы можемъ опредѣлить не всасываніе, а только задержку, и такимъ образомъ имѣемъ лишь весьма неполную картину минеральнаго обмѣна веществъ; въ наилучшемъ случаѣ мы можемъ установить только абсолютную величину задержки. Эта абсолютная величина, какъ мы видѣли при задержаніи азота, можетъ быть лишь временно повышена въ силу повышеннаго введенія пищи; а въ теченіе долгихъ періодовъ наблюденія задержка отдѣльныхъ минеральныхъ веществъ стоитъ въ связи не съ введеніемъ, а съ состояніемъ и потребностями растущаго организма, посредствомъ органовъ и тканей, которыя въ данное время растутъ быстрѣе всего.

Тѣсное соотношеніе между неорганическимъ и органическимъ обмѣномъ веществъ съ одной стороны, относительная самостоятельность съ другой, благодаря чему отдѣльные катионы и анионы совершаютъ свои странствованія по организму, выясняетъ намъ, почему взаимное замѣненіе минеральныхъ веществъ, викарирующая замѣна одного другимъ, возможно лишь въ весьма ограниченныхъ предѣлахъ,

и что длительное отсутствіе даже одного опредѣленнаго іона несовмѣстимо съ ростомъ и жизнью. Эта опасность на нѣкоторое время предотвращается способностью тканей удерживать въ состояніи „солевого голоданія“ ихъ минеральныя вещества съ большой стойкостью, но эта опасность не можетъ быть устранена на долгое время.

Величайшее вліяніе имѣютъ неорганическія вещества для содержанія воды въ организмѣ, и, какъ можно судить по новѣйшимъ результатамъ изслѣдованій въ педиатріи, также и на температуру тѣла. Такъ какъ это проявляется лишь при патологическихъ условіяхъ, то мы сошлемся здѣсь на соотвѣтствующія главы.

### е) Вода.

Вода уже потому играетъ большую роль у грудного ребенка, что на каждое кило вѣса онъ получаетъ ея вдвое больше, чѣмъ взрослый въ своей пищѣ, далѣе потому, что его тѣло относительно богато водою. Подобно остальнымъ составнымъ частямъ, организмъ регулируетъ содержаніе въ немъ воды не согласно предложенію, а согласно спросу. У здороваго грудного ребенка, по вычисленію Camerer'a, почти  $\frac{2}{3}$  принятой воды выдѣляется съ мочей и только 1—2% задерживается въ тѣлѣ. Остальная вода покидаетъ тѣло легкими, кожей и кишечникомъ.

Повышенное введеніе воды не усиливаетъ задержки, а только усиливаетъ ея выдѣленіе, особенно почками; такъ какъ всегда при этомъ она увлекаетъ съ собою растворимыя составныя части (мочевину, соли), то это, можетъ быть, ведетъ къ частичному лишенію организма солей. Чтобы сдѣлать тѣло богаче водою, надо, кромѣ обильнаго ея введенія, назначать соли или такія вещества, которыя благоприятствуютъ ея задержанію, напр., углеводы, между тѣмъ какъ обезвоживанія достигаются ограниченіемъ въ доставкѣ солей или углеводовъ. Одно только уменьшеніе введенія воды ведетъ развѣ лишь къ уменьшенію ея выдѣленія. Повидимому, эти возможности регулированія у грудного ребенка развиты менѣе полно, чѣмъ въ послѣдующей жизни. Можетъ быть, здѣсь играютъ существенную роль и другія условія связыванія воды, далеко еще не выясненныя.

### г) Обмѣнъ веществъ.

Обмѣнъ веществъ ребенка, въ виду необходимости роста, требуетъ большей доставки, чѣмъ у взрослога. Если бы наряду съ этой доставкой не было большаго потерь другого рода, то излишекъ здѣсь былъ бы весьма незначителенъ, такъ какъ и во время самаго оживленнаго роста большая часть наростанія вѣса состоитъ изъ воды.

Такъ, напр., Camerer для 10-недѣльнаго ребенка вѣсомъ въ 5 кило съ ежедневнымъ среднимъ наростаніемъ вѣса въ 25 грм., выпивавшаго 800 грм. женскаго молока въ день, установилъ, что наростаніе состояло изъ 18 грм. воды, 0,7 грм. минеральныхъ составныхъ частей, 3,0 грм. бѣлка и 3,3 грм. жира.

Въ дѣйствительности, наряду съ большимъ поступленіемъ отмѣчается весьма значительный фізіологическій расходъ. Въ спокойномъ состояніи младенца доставка особенно велика вслѣдствіе относительно большей теплоотдачи.

Уже выше (стр. 13) было указано на то, что грудной ребенокъ сравнительно со своимъ вѣсомъ, тѣла, т. е. со своей массой, имѣетъ поверхность въ 2—3 раза большую, чѣмъ у взрослога, а такъ какъ теплоотдача *ceteris paribus* параллельна величинѣ поверхности, то отдачи при обмѣнѣ веществъ у грудного ребенка должны были бы быть въ 2—3 раза больше, чѣмъ у взрослога, а слѣдовательно, и доставка пищи должна была бы быть настолько же больше для сохраненія положительнаго баланса. Но на самомъ дѣлѣ Rubner из-

слѣдованіями на взрослыхъ собакахъ различной величины установилъ путемъ опыта, что выдѣленіе углекислоты у нихъ при одинаковыхъ условіяхъ возрастаетъ и падаетъ пропорціонально поверхности ихъ тѣла, а не вѣсу тѣла. А такъ какъ согласно закону физиологіи выдѣленіе углекислоты является мѣриломъ сгорания органической матеріи, то установлена тѣсная связь между поверхностью и потребностью пищи. Эта потребность или обмѣнъ веществъ можетъ, согласно закону физиологіи, измѣряться по калорійному способу, причемъ для отдѣльныхъ пищевыхъ веществъ экспериментально (непосредственнымъ сжиганіемъ въ калориметрѣ) установлены слѣдующія величины: для 1 грм. бѣлка 4,1 калорій <sup>1)</sup>, для 1 грм. жира 9,3 калорій и для 1 грм. сахара 4,1 калорій. Соли не имѣютъ (доступнаго вычисленію) калорическаго значенія.

Суммирование клиническаго понятія о потребности въ пищѣ съ дальнѣйшими физическими экспериментально изучаемыми данными потребности въ энергіи и калоріяхъ введено въ научную педиатрію основными работами и изслѣдованіями *Sametgera* старшаго, *Rubnera* и *Heubnera*. Одни считаютъ эти изслѣдованія важнымъ прогрессомъ, другіе смотрятъ на нихъ, какъ на ненаучныя и стоящія въ противорѣчій съ клиническими наблюденіями. Несомнѣнно слѣдуетъ признать, что взгляды на пищу въ общей ея сложности предполагаютъ широкое, теоретически даже полное замѣщеніе одного другимъ для отдѣльныхъ питательныхъ веществъ въ изодинамическихъ, т.е. представляющихъ одинаковую степень сгорания, количествахъ, и что это предположеніе по отношенію къ здоровому, равно какъ къ ребенку, страдающему расстройствомъ питанія, имѣетъ значеніе въ очень ограниченной степени. *Heubner*, которому наука о проблемѣ энергіи въ вопросѣ о питаніи грудного ребенка обязана наибольшимъ выясненіемъ, недавно, въ отвѣтъ на упрекъ *Czegny* и *Keller'a*, что «онъ хотѣлъ замѣнить физиолого-химическую точку зрѣнія его ученія о вскармливаніи физической», опредѣленно подчеркиваетъ, что «онъ вовсе не имѣлъ этого въ виду, но что онъ стремился только къ тому, чтобы дать лучшее количественное мѣрило потребности въ пищѣ грудного ребенка, чѣмъ это было возможно до сихъ поръ по опредѣленію объема или вѣса самой пищи. Онъ никогда не сомнѣвался, что въ предѣлахъ этого общаго мѣрила возможны самыя разнообразныя количественныя градаціи смѣшенія отдѣльныхъ пищевыхъ веществъ... но при значительной разницѣ въ выборѣ и количественномъ составѣ пищи грудного ребенка, смотря по возрасту и его состоянію, коэффициентъ энергіи представляетъ единственную руководящую нить, дающую намъ указанія на необходимое количество».

Помимо не вполне оправдывающаго себя положенія о широкомъ взаимоотношеніи различныхъ пищевыхъ началъ при вскармливаніи грудного ребенка, способъ калорической оцѣнки вопроса о питаніи при перенесеніи его въ клинику имѣетъ еще 2 другихъ недостатка или источника ошибокъ, нарушающихъ его абсолютную точность, но не уменьшающихъ его пригодность для общаго руководства. Вотъ эти недостатки:

Прежде всего, часть вводимыхъ съ пищей «сырыхъ калорій» потому утрачивается для обмѣна въ пищѣ, что въ мочѣ и въ калѣ выдѣляются въ неиспользованномъ видѣ органическія вещества съ опредѣленнымъ содержаніемъ калорій. Сумма «сырыхъ калорій», слѣдовательно, больше, чѣмъ «чистыхъ калорій», которые только и могутъ имѣть значеніе для отложенія и израсходованія въ качествѣ «полезныхъ калорій». Ошибка, совершаемая въ тѣхъ случаяхъ, когда принимають въ расчетъ только сырые калоріи, отчасти отсчитывается, отчасти практически допустима вслѣдствіе ихъ относительно малой величины и вслѣдствіе ихъ ничтожной амплитуды колебаній, что особенно относится къ здоровому ребенку.

Второй недостатокъ заключается въ томъ, что потребность въ калоріяхъ

<sup>1)</sup> Бѣлокъ даетъ въ калориметрѣ 5,6 калорій, изъ которыхъ, однако, въ организмѣ примѣняется въ качествѣ «полезныхъ калорій» только 4,1 калорій, между тѣмъ, какъ 1,5 калорій теряются въ азотистыхъ выдѣленіяхъ (мочевинѣ и т. д.).



высчитывается не на единицу поверхности, какъ требуетъ теорія, а на единицу вѣса тѣла ребенка <sup>1)</sup>. Эту, дѣйствительно существенную ошибку въ клиническомъ примѣненіи практика обходитъ потому, что предполагаютъ постепенно уменьшающуюся потребность въ калоріяхъ по мѣрѣ роста ребенка, соответственно уменьшающемуся преобладанію поверхности тѣла съ нарастаніемъ его вѣса.

Съ этими органиченіями, на которыя слѣдуетъ здѣсь указать, чтобы защитить калорическое опредѣленіе поступающей пищи съ одной стороны отъ переоцѣнки и лишеннаго критики примѣненія, а съ другой—отъ незаслуженныхъ упрековъ, можно эмпирически установить опредѣленное соотношеніе между вѣсомъ тѣла и потребностью здороваго ребенка въ пищу. Нейбергъ называетъ число калорій, получаемыхъ ежедневно нормально растущимъ ребенкомъ въ различные періоды перваго года жизни на кило вѣса тѣла, „коэффициентомъ энергіи“. Первая цифры, установленныя Нейбергомъ на основаніи немногихъ наблюденій, послѣдствіи, по мѣрѣ расширенія фактическихъ данныхъ, подвергнулись нѣкоторой поправкѣ, такъ что въ настоящее время мы считаемъ въ среднемъ около 100 калорій (или немного болѣе) на первую четверть года, около 90 на вторую, 80 на третью и 70 на четвертую четверть года.

Для первой недѣли жизни этотъ счетъ непримѣнимъ, во 1-хъ, потому, что составъ молока мѣняется съ каждымъ днемъ, не допуская установки среднихъ цифръ, во 2-хъ, потому, что нарастаніе вѣса, слѣдующее за фізіологическимъ паденіемъ его въ первые дни, не можетъ считаться настоящимъ отложеніемъ въ тканяхъ организма.

Для женскаго молока предполагается при этомъ среднее содержаніе калорій 700 (650—750). Приблизительно такія же цифры получаются для цѣльнаго коровьяго молока. О калорическомъ достоинствѣ остальныхъ содержащихъ молоко пищевыхъ смѣсей будетъ рѣчь впоследствии въ главѣ объ искусственномъ вскармливаніи.

Потребность въ калоріяхъ здороваго искусственно вскармливаемого ребенка отличается существеннымъ образомъ отъ потребности ребенка, вскармливаемого естественнымъ способомъ. Впрочемъ изъ нѣкоторыхъ изслѣдованій видно, что она нѣсколько больше. Эти данныя объясняются тѣмъ, что пищеварительная работа при искусственномъ вскармливаніи больше, и что эта повышенная неэкономная трата силъ требуетъ большаго прихода и повышеннаго обмѣна веществъ. До сихъ поръ еще не установлено, справедливъ ли этотъ взглядъ, или же виною болѣе неблагоприятныхъ отношеній баланса у искусственно вскармливаемого ребенка являются и другіе факторы, напр., болѣе значительныя потери полезныхъ калорій вслѣдствіе выдѣленія болѣе богатыхъ калоріями продуктовъ въ мочѣ и калѣ или болѣе безпокойное состояніе искусственно вскармливаемого ребенка.

Такимъ образомъ тотъ фактъ, что обмѣнъ веществъ у ребенка болѣе энергиченъ, чѣмъ у взрослога, стоитъ внѣ всякихъ сомнѣній, и законъ Rubner'a, согласно которому обмѣнъ веществъ и спросъ на пищу *ceteris paribus* пропорциональны поверхности тѣла, по отношенію къ дѣтскому возрасту не остался безъ возраженія.

Нѣкоторые фізіологи, напр., Magnus-Levy, Söndén и Tigerstedt и A. Loeuw, сдѣлали на основаніи своихъ изслѣдованій тотъ выводъ, что у ребенка существуетъ особая повышенная, вслѣдствіе юнаго возраста, жи з-

<sup>1)</sup> Измѣреніе поверхности тѣла есть крайне трудная и отнимающая много времени работа, невыполнимая даже въ клиникѣ, не говоря уже о врачебной практикѣ; вычисленіе по вѣсу тѣла, согласно формулѣ Mees, требуетъ отсутствующаго у врача математическаго опыта и потому также не вошла въ практику до сихъ поръ.

ненная энергия, и слѣдствиемъ ея является особая, превосходящая вышеупомянутыя отношенія, оживленность теплообразованій и обмѣна веществъ. Schlossmann въ послѣднее время съ Murschhauser'омъ провѣрили эти данныя посредствомъ точныхъ опытовъ надъ обмѣномъ веществъ въ респираторномъ аппаратѣ и не могли подтвердить ихъ на своихъ экспериментахъ; кажушееся отклоненіе ихъ отъ Rubner'овскаго закона, поего мнѣнію, обусловливается своеобразной менѣ экономной мышечной дѣятельностью грудного ребенка.

Что касается потребности въ отдѣльныхъ пищевыхъ веществахъ, то условія такія же, какъ у взрослою. Вода, соли и бѣлки служатъ для замѣны потраченной въ обмѣнѣ веществъ части и для отложенія, а жиры и углеводы—для накопленія жира и главнымъ образомъ для сгоранія. Поэтому для организма не безразлично, вводится ли необходимая ему энергія исключительно въ видѣ жира или углеводовъ. Въ первомъ случаѣ, т. е. при полномъ отсутствіи углеводовъ, возникаютъ, какъ уже было упомянуто выше, расстройства промежуточнаго обмѣна веществъ, такъ какъ при нормальныхъ условіяхъ жиры, какъ выразился Naunyn, „сгораютъ въ огнѣ углеводовъ“; во второмъ случаѣ угрожаетъ опасность цѣлости химическаго состава тѣла, что имѣеть слѣдствиемъ задержку ненормально большихъ количествъ воды въ тканяхъ. На чемъ основана эта задержка воды, неизвѣстно; во всякомъ случаѣ тотъ фактъ, что отлагающійся въ тѣлѣ гликогенъ связываетъ въ 2—3 раза большія количества по вѣсу воды, недостаточенъ для объясненія, въ виду незначительныхъ количествъ гликогена.

Съ клинической точки зрѣнія важное значеніе имѣеть вредное вліяніе односторонняго вскармливанія жиромъ или углеводами лишь въ томъ случаѣ, если оно выполняется въ теченіе долгаго времени безъ измѣненій.

Соотвѣтственно болѣе сильному обмѣну веществъ грудной ребенокъ воспринимаетъ больше кислорода и выдѣляетъ больше углекислоты, но и здѣсь разница очень невелика, если высчитать обмѣнъ не на вѣсъ тѣла, а на его поверхность. Числа, полученныя Schlossmann'омъ и его учениками у спокойнаго грудного ребенка (12,85 грм. потребленіе кислорода и 15,75 грм. выработки углекислоты на часъ и кв. метръ поверхности), совпадаютъ съ средними числами, полученными Rubner'омъ для взрослою въ покойномъ его состояніи.

Довольно значительная въ количественномъ отношеніи часть газообразнаго обмѣна веществъ приходится на выдѣленіе водяныхъ паровъ, главнымъ образомъ, легкими. Такъ наз. *perspiratio insensibilis* составляетъ, по таблицѣ Camerer'a младшаго, въ половинѣ грудного возраста сколо 1,3—1,7 грм. на кило и въ часъ почти вдвое больше, чѣмъ у взрослою. Впрочемъ, эти среднія цифры вычислены изъ весьма значительно колеблющихся отдѣльныхъ величинъ; такъ, напр., одинъ грудной ребенокъ терялъ въ покоѣ только 2—3 грм., а при большемъ безпокойствѣ 10—15 грм. вѣса въ часъ.

### Ростъ.

Въ предшествующемъ изложеніи мы неоднократно указывали на ростъ, какъ на важнѣйшее жизненное проявленіе дѣтскаго организма, и потому цѣлесообразно нѣсколько подробнѣ остановиться на этомъ явленіи. Не касаясь частныхъ, имѣющихъ лишь діагностическое значеніе, напр., увеличенія объема черепа и груди, которыя поэтому будутъ рассмотрѣны въ дальнѣйшей главѣ, мы будемъ здѣсь говорить о ростѣ въ двухъ направленіяхъ, во 1-хъ, объ увеличеніи вѣса и, во 2-хъ, объ увеличеніи длины тѣла.

Приведенныя въ концѣ прошлой главы числа относительно величины *perspiratio insensibilis*, а также соображенія относительно состояній наполненія желудка объясняютъ, почему опредѣленія вѣса для возможности сравненія

должны быть выполняемы всегда въ одинаковое время дня. Это относится, впрочемъ, и къ измѣреніямъ роста, такъ какъ извѣстно, что въ стоячемъ положеніи тѣла наблюдается въ теченіе дня уменьшеніе, хотя и незначительное (1—3 см.). При взвѣшиваніяхъ вреднаго вліянія измѣняющагося наполненія желудка проще всего можно избѣжать, взвѣсивая утромъ натощакъ или передъ второй ѣдой.

Вѣсъ при рожденіи здоровыхъ дѣтей составляетъ въ среднемъ для мальчиковъ 3400 грм., для дѣвочекъ 3200 грм., но возможно значительное колебаніе этихъ среднихъ цифръ въ совершенно нормальныхъ условіяхъ. Въ большинствѣ случаевъ первыя дѣти вѣсятъ меньше, чѣмъ послѣдующія тѣхъ же родителей <sup>1)</sup>. Нужно замѣтить, что ростъ и вѣсъ матери не всегда имѣетъ опредѣляющее значеніе для размѣра (доношеннаго) новорожденнаго, и что часто даже встрѣчаются значительныя уклоненія въ ту и другую сторону. То же можно сказать и о степени развитія подкожнаго жира.

Въ первые 2—3 (или больше) дня происходитъ у всѣхъ новорожденныхъ „фізіологическое“ паденіе вѣса различной величины (около 200 грм. у нѣкоторыхъ дѣтей, особенно у крѣпкихъ, и значительно больше), которое обыкновенно у грудныхъ дѣтей вновь выравнивается къ 8—10-му дню жизни. Съ этого времени нормально происходитъ значительное увеличеніе вѣса, которое при ежедневномъ взвѣшиваніи прерывается, правда, остановками на 1 день или же даже незначительными паденіями, но при сравненіи прибавокъ вѣса за недѣлю обнаруживается почти правильный его подъемъ.

Правильность, впрочемъ, ясна только на отдѣльныхъ наблюденіяхъ дѣтей, развивающихся безъ всякихъ расстройствъ, и исчезаетъ, какъ только берутся среднія цифры изъ большого числа различныхъ дѣтей, взвѣшиваемыхъ не всегда въ одинаковые промежутки времени. Слѣдующія таблицы вычислены Самегеромъ старшимъ изъ 119 грудныхъ и 84 искусственно вскармливаемыхъ дѣтей, вѣсъ которыхъ при рожденіи превосходилъ 2750 грм., независимо отъ пола. Ради большей наглядности таблица для грудныхъ дѣтей представлена въ видѣ кривой (рис. 2).

Средній вѣсъ грудныхъ дѣтей, родившихся съ вѣсомъ болѣе 2750 грм. (по Самегеру старшему).

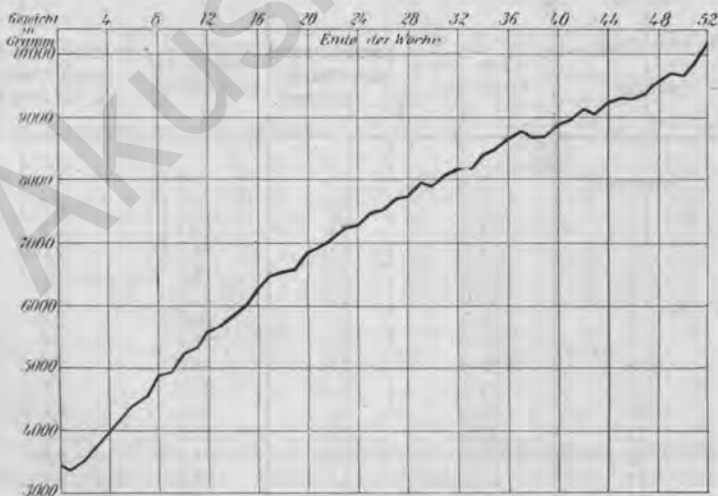


Рис. 2.

<sup>1)</sup> Этимъ объясняется, что на матеріалѣ родильныхъ домовъ, куда попадаютъ первенцы, получаются меньшія среднія цифры.

Средній вѣсъ дѣтей, родившихся съ вѣсомъ болѣе 2750 грм. (въ сокращенномъ видѣ по Camererу старшему. Jahrb. f. Kinderheilkunde, т. LIII, стр. 409).

Конецъ недѣли	Грудныя дѣти.	Искусственно вскармливаемая дѣти	Конецъ недѣли	Грудныя дѣти	Искусственно вскармливаемая дѣти
Рождение	3433	3467	24 недѣля	7289	6836
1 недѣля	3408	3314	26 »	7505	7278
2 »	3567	3384	28 »	7774	7207
3 »	3781	3557	32 »	8175	7783
4 »	4008	3683	36 »	8655	8161
8 »	4907	4303	39 »	8674	8470
12 »	5600	4911	40 »	8855	83 6
13 »	5693	5093	44 »	9232	8782
16 »	6294	5532	48 »	9589	9192
20 »	6824	6181	52 »	10141	9624

Цифры Camerer'a должны считаться абсолютно высокими и завысѣли отъ высокой наклонности къ росту этихъ дѣтей. Всякій врачъ, который имѣлъ возможность наблюдать другихъ дѣтей, нерѣдко встрѣтитъ и такихъ, которыя, несмотря на постоянное, ничѣмъ не нарушенное правильное развитіе, отстаютъ отъ этихъ цифръ Camerer'a. Притомъ ходъ кривой не во всѣхъ случаяхъ одинаковъ: наиболѣе сильное увеличеніе вначалѣ и постепенное уплощеніе кривой уже въ 6—7 мѣсяцѣ у однихъ, почти равномерное увеличеніе въ теченіе

#### Наростаніе вѣса.

Конецъ 1-го года жизни	Мальчики		Дѣвочки	
	Вѣсъ въ килограмм.	Ежегодное наростаніе въ килограмм.	Вѣсъ въ килограмм.	Ежегодное наростаніе въ килограмм.
Рождение.	3,4	—	3,2	—
1	10,2	6,8	9,7	6,5
2	12,7	2,5	12,2	2,5
3	14,7	2,0	14,2	2,0
4	16,5	1,8	15,7	1,5
5	18,0	1,5	17,0	1,3
6	20,5	2,5	19,0	2,0
7	23,0	2,5	21,0	2,0
8	25,0	2,0	23,0	2,0
9	27,5	2,5	25,0	2,0
10	30,0	2,5	27,0	2,0
11	32,5	2,5	29,0	2,0
12	35,0	2,5	32,0	3,0
13	37,5	2,5	37,0	5,0
14	41,0	3,5	43,0	6,0
15	45,0	4,0	48,0	5,0
16	50,0	6,0	52,0	4,0
17	56,0	6,0	—	—

всего перваго года у другихъ—представляютъ крайности, между которыми существуютъ всевозможные переходы. Замѣчательны еще тѣ случаи, при которыхъ въ теченіе первыхъ недѣль вслѣдствіе медленнаго увеличенія количества молока вообще не бываетъ наростанія вѣса, но у которыхъ это замедленіе выравнивается болѣе сильнымъ ростомъ въ послѣдующіе мѣсяцы: это есть наилучшее доказательство того, что умѣренное вскармливаніе грудью не принесло ребенку никакого вреда.

Изъ приведенныхъ выше цифръ слѣдуетъ, что вѣсъ при рожденіи приблизительно удваивается въ началѣ 5-го мѣсяца и приблизительно утраивается въ концѣ 1-го года. Разница въ вѣсѣ (не видная изъ таблицы) между мальчиками и дѣвочками увеличивается постепенно въ пользу мальчиковъ приблизительно съ 200 грм. до 500 грм. къ концу 12-го мѣсяца.

Съ 2-го года жизни увеличеніе вѣса значительно медленнѣе. Слѣдующая таблица даетъ въ округленныхъ среднихъ цифрахъ картину этого и указываетъ на различное отношеніе обоихъ половъ.

Очень ясно выступаетъ, какъ мы увидимъ позже относительно увеличенія роста, ускореніе наростанія вѣса въ годы полового развитія; а такъ какъ оно у дѣвочекъ наступаетъ раньше, то приблизительно на 13—15-мъ году онѣ перегоняютъ мальчиковъ не только относительно, но и абсолютно, а затѣмъ навсегда отстаютъ отъ этихъ послѣднихъ.

Наростаніе въ длину представляетъ то сходство съ наростаніемъ вѣса, что оно сильнѣе всего на 1-мъ году жизни и уменьшается въ дальнѣйшемъ возрастѣ. Слѣдующая таблица даетъ снова округленныя среднія цифры.

## Ростъ въ длину.

	Мальчики		Дѣвочки		Конѣцъ перваго года.	Мальчики		Дѣвочки	
	Длина въ стм.	Ежегодное наростаніе въ стм.	Длина въ стм.	Ежегодное наростаніе въ стм.		Длина въ стм.	Ежегодное наростаніе въ стм.	Длина въ стм.	Ежегодное наростаніе въ стм.
Рожден.	50	—	49	—	10	130	5	128	5
1	75	25	74	25	11	135	5	133	5
2	85	10	84	10	12	140	5	139	6
3	93	8	92	8	13	145	5	146	7
4	99	6	98	6	14	151	6	153	7
5	104	5	103	5	15	157	6	158	5
6	109	5	107	4	16	164	7	160	2
7	115	6	113	6	17	168	4	161	1
8	120	5	118	5	18	170	2	—	—
9	125	5	123	5					

\*)

Точно такъ же, какъ и относительно вѣсовыхъ величинъ, такъ и относительно длины тѣла, надо здѣсь указать, что онѣ, взятая абсолютно, довольно высоки, и что даже значительно отступающія

\*) Преслѣдуя чисто практическія цѣли, мы приводимъ на стр. 24 таблицу «основныхъ показателей правильнаго физическаго организма», помѣщенную въ 1-й части нашего «Ученія о дѣтскихъ болѣзняхъ». Прим. ред.

**Основные показатели правильного физического развития детского организма (Проф. И. В. Троицкий).**

Возрастъ.	Ново-рожд.	1 м.	2 м.	3 м.	4 м.	5 м.	6 м.	7 м.	8 м.	9 м.	10 м.	11 м.	12 м.
Вѣсь тѣла (въ граммахъ).	3000	3750	4450	5150	5650	6150	6600	7050	7475	7900	8300	8675	9000
Ростъ (въ сантиметрахъ).	50	54	57	60	62	63	64	65	66	67	68	69	70
Окружность груди . . . . .	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
Окружность головы . . . . .	35	37	39	40	41	42	43	43	43.5	44	44.5	45	45.5
Отношеніе окружности груди къ $\frac{1}{2}$ роста. . . . .	+8	+7	+6.5	+6	+6	+6.5	+7	+7.5	+8	+8.5	+9	+9.5	+10
Отношеніе окружности головы къ окружности груди . . . . .	+2	+3	+4	+4	+4	+4	+4	+3	+2.5	+4	+1.5	+1	+0.5

Возрастъ.	2 г.	3 г.	4 г.	5 л.	6 л.	7 л.	8 л.	9 л.	10 л.	11 л.	12 л.	13 л.	14 л.	15 л.	16 л.	17 л.
Вѣсь тѣла (въ граммахъ).	11000	12500	14000	15800	17600	19600	21600	23600	26100	28600	31850	35200	39750	44250	48750	52750
Ростъ (въ сантиметрахъ).	80	87	94	100	105	110	115	120	125	130	135	140	145	150	155	160
Окружность груди . . . . .	48	49	51	53	56	59	60	62	64	65	66	68	71	74	77	80
Окружность головы . . . . .	47.5	48	49	50	51	51.5	52	52.5	53	53.5	53.5	54	54.5	54.5	55	55.5
Отношеніе окружности груди къ $\frac{1}{2}$ роста. . . . .	+8	+5.5	+4	+3	+3.5	+4	+2.5	+2	+1.5	0	-1.5	-2	-1.5	-1.5	-0.5	0

отъ нихъ цифры относятся еще къ области нормальныхъ индивидуальных колебаній.

И здѣсь можно обнаружить, что дѣвочки относительно или абсолютно перегоняютъ мальчиковъ въ годы, предшествующіе окончанію полового созрѣванія. Эти періоды ускореннаго роста, когда дѣти быстро поднимаются, какъ на опарѣ, отличаются: первый, какъ продолженіе очень быстро роста утробной жизни въ теченіе перваго года, второй, начинающійся у мальчиковъ и дѣвочекъ приблизительно одновременно около 7-го года, и третій, зависящій отъ полового развитія, у мальчиковъ приблизительно на 14—16-мъ, а у дѣвочекъ на 12—14-мъ году.

Кромѣ этихъ зависящихъ отъ возраста колебаній, быстроты наростанія вѣса и длины, Malling-Hansen'омъ впервые наблюдались извѣстныя колебанія, обусловливаемые временами года, что позже подтвердили Camerer старшій и Schmid-Monnard. Различаютъ 3 періода:

1) Отъ середины августа до конца ноября или декабря (третья треть года): наиболѣе сильное наростаніе вѣса, наиболѣе слабое наростаніе длины.

2) Отъ ноября-декабря до конца марта-апрѣля (первая треть года): наростаніе вѣса и роста умѣренны.

3) Отъ марта-апрѣля до середины августа (вторая треть года): значительное наростаніе въ длину, пониженіе вѣсовой прибавки.

Вѣроятно, что въ различныя времена года различныя условія жизни и дѣятельности дѣтей обусловливаютъ противоположныя отношенія факторовъ роста. Еще не выяснено, играетъ ли здѣсь причинную роль зависящій отъ посѣщенія школы сидячій образъ жизни и пребываніе, главнымъ образомъ, въ закрытыхъ помѣщеніяхъ.

Задерживающее вліяніе неблагоприятныхъ условій питанія и жизни, а, быть можетъ, также и болѣе высокой степени общей заболѣваемости можно замѣтить изъ факта, установленнаго многими статистическими данными, что въ среднемъ дѣти зажиточныхъ классовъ населенія превосходятъ по вѣсу и росту дѣтей бѣднаго класса. Это, конечно, не исключаетъ весьма значительныхъ индивидуальныхъ отличій и основано, вѣроятно, на гораздо большей частотѣ тяжелыхъ формъ рахитизма среди бѣднаго населенія.

Въ дополненіе къ описанію роста въ его цѣломъ упомянемъ еще о нѣкоторыхъ особенностяхъ этого процесса.

Точки окостенѣнія доступны распознаванію на живомъ съ помощью Röntgen'овскихъ лучей и представляютъ клинической интересъ.

Онѣ нормально появляются, подвергаясь лишь незначительнымъ индивидуальнымъ колебаніямъ въ законномъ порядкѣ, но не у всѣхъ дѣтей въ одно время, такъ что точное опредѣленіе возраста ребенка по точкамъ окостенѣнія невозможно. Все-таки значительная отсталость, по сравненію съ дааннымъ возрастомъ жизни, процессовъ окостенѣнія должна считаться патологическимъ и въ нѣкоторыхъ случаяхъ патогностическимъ признакомъ. Одновременно съ нею наблюдается часто и общая задержка роста въ длину.

Изъ родничковъ нормально при рожденіи „открытъ“, т. е. закрытъ перепонкой, только большой или лобный родничокъ. Если малый или задній родничокъ на мѣстѣ пересѣченія стрѣловиднаго шва съ ламбдовиднымъ или боковой родничокъ между височной костью, основной костью и чешуей затылочной кости у новорожденныхъ прорщупываются какъ костный дефектъ, то это обстоятельство, равно какъ зіяніе черепныхъ швовъ, должно считаться признакомъ остановившагося процесса окостенѣнія. Отъ рожденія до конца закрытія родничка, что бываетъ въ первой половинѣ 2-го года жизни, величина его постепенно уменьшается, а дальнѣйшее расширеніе его бу-

дѣть уже патологическимъ явленіемъ, которое зависитъ отъ рахита или отъ ненормальнаго роста черепа. Полное заростаніе родничка до конца перваго года жизни наблюдается при отсталости въ ростѣ черепа (микроцефалии) \*).

Прорѣзываніе зубовъ представляетъ высокій интересъ для врачей. Въ теченіе многихъ столѣтій <sup>1)</sup> этотъ интересъ выражался исключительно въ томъ, что всевозможныя болѣзни перваго года жизни ставились въ причинную связь съ прорѣзываніемъ зубовъ. Если бы этотъ взглядъ, крайнія послѣдствія котораго повели къ многочисленнымъ, противорѣчающимъ здравому смыслу назначеніямъ и вмѣшательствамъ и обусловили смерть безчисленнаго множества дѣтей, благодаря игнорированію фактическихъ причинъ болѣзни, считать въ настоящее время совершенно оставленнымъ всѣми врачами, то врядъ ли понадобилось бы говорить отдѣльно о процессахъ прорѣзыванія зубовъ въ самой челюсти, равно какъ объ измѣненіяхъ роста въ костяхъ и т. д. Но, къ сожалѣнію, дѣло стоитъ не такъ, и надо указать хотя бы на слѣдующее:

Съ понятіемъ «прорѣзыванія» зубовъ долгое время связывали ошибочное представленіе о насильственномъ процессѣ и, рассматривая односторонне ростъ зуба, забывали объ одновременномъ ростѣ челюстей. Но наиболѣе сильныя и быстрыя измѣненія, какъ въ настоящее время мы знаемъ, происходятъ вскорѣ послѣ родовъ и параллельно съ увеличеніемъ зубнаго зачатка происходитъ отчасти увеличеніе челюстей, а отчасти и постепенное всасываніе тканей, лежащихъ надъ растущимъ зубомъ и около него. Замѣчательно, что это относится не только къ позднѣйшимъ стадіямъ развитія, когда зубъ уже сталъ твердымъ, но и къ самымъ раннимъ, когда онъ представляетъ собою мягкой «зубной мѣшочекъ», способный производить самое ничтожное давленіе.

Прорѣзывающійся зубъ не раздвигаетъ альвеолы, но она сама расширяется ради него и открываетъ ему путь подъ деснами безъ всякаго насилія. Мягкая ткань десенъ представляетъ единственное препятствіе, но и оно, повидимому, устраняется такимъ же путемъ благодаря постепенному исчезанію мягкихъ частей безъ замѣтной боли, по крайней мѣрѣ, у крѣпкаго нервами ребенка, безъ какихъ бы то ни было разстройствъ мѣстнаго или общаго характера.

Такимъ образомъ ученіе о „трудномъ прорѣзываніи зубовъ“ („*dentitio difficilis*“) лишено физиологическаго основанія, а вмѣсто него по мѣрѣ все большаго изученія патологіи грудного ребенка являются все болѣе правильныя представленія о сущности всѣхъ разстройствъ и болѣзней, которыя раньше приписывали прорѣзыванію зубовъ.

Знакомство съ нормальнымъ теченіемъ прорѣзыванія зубовъ въ настоящее время важно еще и въ другомъ направленіи, именно относительно послѣдовательности прорѣзыванія отдѣльныхъ группъ зубовъ. Обыкновенно сначала появляются между 6—9 мѣсяцами средніе нижніе рѣзцы, спустя нѣсколько недѣль—средніе верхніе, а затѣмъ наружныя верхніе. Нѣсколько позже выходятъ

\* ) Длинный рядъ лѣтъ практической дѣятельности убѣдилъ насъ въ томъ, что закрытіе лобнаго родничка у нормально развивающихся дѣтей не совершается раньше конца втораго года жизни. Равнымъ образомъ преждевременное его закрытіе въ теченіе перваго года жизни указываетъ лишь на рахитическій процессъ черепныхъ костей, съ прекращеніемъ котораго случается усиленное отложеніе костной ткани на мѣстѣ обычнаго ея отсутствія т. е. на родничкѣ.

Прим. ред.

<sup>1)</sup> Весьма интересное исторически-критическое изложеніе мы находимъ у Ludwig'a Fleischmann'a, *Klinik der Pädiatrik*, Bd. II, Wien 1877 и у Kaso-witz'a, *Krankheiten im Alter der Zahnung*, Leipzig u. Wien 1892.



нижніе наружныя рѣзцы, такъ что въ концѣ перваго года по крайней мѣрѣ должны прорѣзаться всѣ 8 переднихъ зубовъ. Затѣмъ спустя нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ появляются первые малые коренные зубы сначала сверху, затѣмъ внизу, рѣже въ обратномъ порядкѣ, и къ концу 2-го года прорѣзываются клыки. На 3-мъ году жизни, наконецъ, появляются задніе коренные зубы (первые моляры) и съ появленіемъ этихъ 20-ти зубовъ заканчивается циклъ перваго прорѣзыванія молочныхъ зубовъ. Всякое значительное замедленіе, большіе (мѣсяцами) промежутки, рѣзкія уклоненія отъ обычнаго порядка выхода зубовъ надо считать признакомъ рахитизма \*).

Второе прорѣзываніе зубовъ начинается большею частью на 6—7-мъ году жизни выходомъ третьихъ коренныхъ зубовъ верхней и нижней челюсти (вторые моляры). Затѣмъ постепенно всѣ молочные зубы выпадаютъ приблизительно въ томъ же порядкѣ, какъ они появляются, и замѣняются выдвигающимися на ихъ мѣсто постоянными зубами. Незадолго до начала полового созрѣванія прорѣзывается четвертая и, наконецъ, послѣдняя пятая пара коренныхъ зубовъ, такъ наз. „зубовъ мудрости“, потому что они большею частью появляются послѣ полового созрѣванія.

### Нервная система.

Центральная нервная система новорожденныхъ и маленькихъ грудныхъ дѣтей въ общемъ имѣетъ тѣ же внѣшнія формы, какъ и у взрослога. Если вспомнить, что мозгъ новорожденнаго вѣситъ приблизительно  $\frac{1}{4}$  своего окончательнаго вѣса, и что онъ сравнительно съ общимъ вѣсомъ тѣла слишкомъ тяжелъ (около 1:8, у взрослога около 1:40!), то вполне станеть понятнымъ рожденіе челоуѣка на свѣтъ съ мозгомъ, который по своему наружному очертанію и формамъ поразительно сходенъ съ мозгомъ взрослога, но внутри можетъ быть сравненъ съ еще не вполне законченнымъ зданіемъ. Но зданіе это не пусто. полости его желудочковъ не шире, чѣмъ впослѣдствіи, но только большая часть его массы состоитъ изъ недоразвитой ткани, служащей, повидимому, только стромой, замѣняющейся въ теченіе дальнѣйшаго развитія специфической нервной тканью, гангліозными клѣтками и нервными волокнами. При этомъ и указанные элементы не только увеличиваются въ количественномъ отношеніи, но подвергаются и качественному измѣненію отъ самыхъ простыхъ формъ, стоящихъ близко къ зародышевому типу, до самыхъ тонкихъ имѣющихся у взрослога формъ строенія. Наиболѣе бросающаяся въ глаза при макроскопическомъ сравненіи молодого и стараго мозга (головнаго и спиннаго) разница касается образованія нервныхъ влагалищъ.

Образованіе это въ спинномъ мозгу у доношеннаго новорожденнаго за небольшимъ остаткомъ почти закончено. Только передніе пирамидные и боковые тяжи почти совершенно лишены мозговой обкладки. Продолговатый мозгъ, мозговой стволъ и мозжечокъ также содержатъ при рожденіи многочис-

\*) Мы окончательно несогласны съ приведеннымъ порядкомъ выхода зубовъ 1-го прорѣзыванія и склонны думать, что уважаемый товарищъ дѣлалъ свои заключенія на основаніи патологическихъ случаевъ, но никакъ не нормальныхъ. Первые рѣзцы должны выходить послѣ 6 мѣсяцевъ и не позже  $7\frac{1}{2}$  мѣсяцевъ; къ концу года больше восьми зубовъ никогда не бываетъ, первые моляры выходятъ на 14—15 мѣсяцѣ, а клыки всегда въ серединѣ 2-го года. Полный комплектъ 20 молочныхъ зубовъ долженъ быть въ концѣ 2-го года, причемъ послѣдними выходятъ вторые моляры. Прорѣзываніе этихъ послѣднихъ на 3-мъ году жизни мы считаемъ рѣзкимъ уклоненіемъ отъ нормы.

ленные, съ мозговой обкладкой пути, между тѣмъ какъ въ полушаріяхъ большого мозга имѣютъ мозговой футляръ лишь немногія волокна и пучки волоконъ, принадлежащіе исключительно проекціонной системѣ. Благодаря этому обстоятельству «бѣлое вещество» на разрѣзахъ представляется «сѣрымъ», мало отличающимся отъ сѣраго цвѣта коры. Дальнѣйшее развитие происходитъ такимъ образомъ, что въ опредѣленной послѣдовательности, не одинаковой у отдѣльныхъ индивидуумовъ, и съ различной скоростью одна система волоконъ вслѣдъ за другою отдѣляются мозговой обкладкой.

Въ возрастѣ около 9-ти мѣсяцевъ, кромѣ проекціонныхъ путей, также и большинство длинныхъ ассоціаціонныхъ путей имѣетъ мозговую обкладку, между тѣмъ какъ короткія, соединяющія сосѣднія территоріи и тангенціальныя волокна претерпѣваютъ окончательное созрѣваніе мозговой обкладки и дифференцировку гораздо медленнѣе, быть можетъ, она не заканчивается въ дѣтскомъ возрастѣ и періодѣ роста.

Изучение созрѣванія мозговой обкладки *Flechsig*омъ, *Siemerling*омъ и др. имѣетъ важное значеніе для топографіи мельчайшихъ пучковъ волоконъ и разнообразныхъ областей коры. Но здѣсь мы можемъ указать на это лишь вкратцѣ.

Периферическіе нервы новорожденного бѣдны мозговой обкладкой и тамъ, гдѣ можно узнать мозговія влагалища, они узки и неравномѣрно сильно развиты, часто прерываются участками, лишенными мозговой обкладки. Быстрѣ всего въ первыя недѣли жизни, а затѣмъ медленнѣе происходитъ образованіе обкладки мозговимъ веществомъ приблизительно лишь къ концу перваго года. Къ этому времени постепенно исчезаютъ и другія гистологическія особенности периферической нервной системы новорожденного, на которыхъ мы не станемъ здѣсь подробнѣе останавливаться.

Изъ мозговыхъ нервовъ зрительный нервъ при рожденіи весьма часто содержитъ мозговую обкладку, а въ области рѣшетчатой пластинки совершенно не содержитъ ея. Дальнѣйшее образованіе мозговой обкладки въ немъ происходитъ по направленію отъ центрального конца къ периферическому, т. е. совершенно обратно тому, какъ идетъ проводимость его волоконъ. Слуховой нервъ, напротивъ, уже въ моментъ рожденія содержитъ уже вполнѣ мозговое вещество.

Относительно органовъ чувствъ въ анатомическомъ смыслѣ слѣдуетъ замѣтить, что у новорожденного глазъ построенъ гиперопически, и что барабанная полость, по крайней мѣрѣ, въ теченіе первыхъ часовъ жизни, а иногда долѣе наполнена слизистой жидкостью, происходящей, быть можетъ, изъ околоплодной воды. Въ этомъ можно было бы видѣть причину начальной глухоты (или тугоухости) новорожденныхъ, тѣмъ болѣе, что соответственный нервъ, какъ упомянуто, въ анатомическомъ отношеніи, вполнѣ зрѣлъ.

Описаніе психическаго развитія ребенка отъ рожденія до половой зрѣлости даже въ главныхъ чертахъ является невыполнимой задачей; поэтому мы сошлемся только на книги *Preyer*'а, *Compaugé*, *Ament*'а и др., гдѣ можно найти дальнѣйшія многочисленныя литературныя ссылки, а здѣсь укажемъ лишь слѣдующее:

Въ возрастѣ 3 мѣсяцевъ, по окончаніи такъ наз. „глухой четверти года“, ребенокъ столь совершенно владѣетъ всѣми своими органами чувствъ, что прекращаются некоординированныя вначалѣ движенія глазъ („физиологическое косоглазіе“) и уступаютъ мѣсто полной конъюгаціи, такъ что онъ можетъ фиксировать не слишкомъ малые предметы, лежащіе приблизительно по направленію его зрѣнія, можетъ слѣдить за ними взглядомъ и можетъ узнавать часто видѣнныя

картины, напр., лица родителей и т. д., приветствуя их улыбкой. Равнымъ образомъ, подъ вліяніемъ шума измѣняется соответственнымъ образомъ направленіе взгляда вначалѣ съ помощью поворота головы, а спустя короткое время—и съ поворачиваніемъ глазныхъ яблокъ.

Замѣчаемые или положенные на ладонь предметы удерживаются ребенкомъ, причемъ на 4 мѣсяцѣ часто зажиманіе кулака сопровождается ладоннымъ сгибаніемъ всей кисти, но и здѣсь вскорѣ, какъ выраженіе цѣлесообразной центральной координаціи, сжиманіе кулака сопровождается одновременнымъ дорзальнымъ поворотомъ кисти. На 4—5 мѣсяцѣ появляются активныя движенія для захватыванія предметовъ.

Обоняніе, вкусъ, чувство температуры и боли, несомнѣнно, развиты гораздо тоньше, чѣмъ у новорожденного.

Изъ координированныхъ мышечныхъ движеній прежде всего появляется въ это время (или раньше) подниманіе головки, если ребенка положить на животикъ, и держать его въ такомъ состояніи нѣскольکو минутъ. Позже, если ребенокъ сидитъ съ поддержкой, онъ въ состояніи держать головку и свободно двигать ею во всѣ стороны, а свободное сидѣніе, болѣею частью, невозможно до 6 мѣсяцевъ. Сидѣніе болѣе постоянно, чѣмъ стояніе, представляющее болѣе значительныя индивидуальныя колебанія. При поддержаніи за руки крѣпкія дѣти стоятъ уже на 4—5 мѣсяцѣ въ теченіе нѣсколькихъ минутъ, а на 7—8 мѣсяцѣ и въ томъ случаѣ, если они могутъ удерживаться крѣпко ручками. Впрочемъ они часто опускаютъ ручки и падаютъ. Вскорѣ послѣ этого дѣти съ хорошо развитыми статическими функциями начинаютъ уже дѣлать первые шаги, удерживаясь руками за мебель и прислоняясь къ ней. Въ этой стадіи дѣти остаются, смотря по ихъ темпераменту, болѣе или менѣе продолжительное время, пока не начнутъ свободно бѣгать. Все это происходитъ обыкновенно между 10—11 и 14—15 мѣсяцами.

Уклоненія въ этомъ смыслѣ, происходящее вслѣдствіе долго продолжающихся подрывающихъ общее развитіе болѣзней, чаще всего рахита, могутъ вліять на каждый изъ названныхъ сроковъ. Способность выпрямлять ноги и стоять на нихъ, что нормальныя дѣти, какъ сказано выше, дѣлаютъ очень рано, можетъ явиться только въ 2 года. Дѣти, которыя вообще носятъ признаки отсталыхъ рахитиковъ, притягиваютъ ножки къ животу, если ихъ поднимаютъ за руки, и правильное стояніе и хожденіе можетъ у нихъ запаздывать до 3—4-го года.

Поразительно позднее развитіе координированныхъ двигательныхъ функций, напр., уже поддержаніе головки достойно вниманія, какъ ранній при извѣстныхъ условіяхъ признакъ слабоумія. Это основано главнымъ образомъ на недостаткѣ вниманія и интереса къ окружающему и должно считаться интрапсихическимъ, а не психомоторнымъ дефектомъ. За это говорить, между прочимъ, почти всегда наблюдаемое одновременно пониженіе чувства боли и вкуса, которое также не можетъ быть объяснено другимъ образомъ.

Первыя движенія новорожденного отчасти автоматичны, отчасти рефлекторны. Это относится не только къ весьма сложной координаціи движеній, напр., къ сосанію, но также и къ мимикѣ лица, движеніямъ выраженія.

Какъ извѣстно, уже новорожденный реагируетъ на вкусовыя раздраженія, напр., въ видѣ сладкихъ, кислыхъ, соленыхъ и горькихъ растворовъ, положенныхъ ему на языкъ, соответственнымъ выраженіемъ лица, но это происходитъ сначала рефлекторно или субкортикально, безъ психическаго воздѣйствія, и мы можемъ заключать изъ того факта, что тѣ же мимическія явленія обнаруживаются у новорожденныхъ съ гемифефалией и аянцефалией, у которыхъ

отсутствует головной мозгъ, а, слѣдовательно, и органъ психическихъ процессовъ.

Очень интересно наблюдать, какъ этотъ субкортикальный механизмъ исчезаетъ въ теченіе перваго грудного возраста и замѣняется корковымъ. Благодаря этому понятно, что нѣсколько болѣе старшій идіотъ можетъ не обладать ни малѣйшей вкусовой мимикой: его подкорковый рефлексъ исчезъ, а корковый рефлексъ не развился благодаря центральному дефекту.

Сходныя отношенія представляетъ и сосательный рефлексъ. Въ первыя недѣли жизни онъ является „неусловнымъ“, отвѣчая на каждое чувствительное раздраженіе со стороны губъ или щекъ, а впоследствии лишь при голодѣ или въ ожиданіи пищи и т. п.—такъ наз. „условный рефлексъ“.

Свѣтовой рефлексъ зрачковъ и рефлексъ на прикосновеніе къ роговой оболочкѣ быстро развиваются уже у новорожденнаго, между тѣмъ какъ служеніе зрачка вслѣдствіе конвергенціи обнаруживается лишь на 2-мъ мѣсяцѣ, а оптической мигательный рефлексъ при быстромъ приближеніи, напр., пальца—лишь на 2-мъ или 3-мъ мѣсяцѣ.

Кожные рефлексы, часто отсутствующіе у новорожденныхъ, обыкновенно весьма сильны у старшихъ грудныхъ дѣтей. Замѣчательно, что „феноменъ Babinsk'аго“ (дорзальное сгибаніе ножныхъ пальцевъ, особенно большого, и расхожденіе ихъ отъ шекотанія подошвы) можетъ быть физиологическимъ вплоть до 2-го года жизни.

Слезоотдѣленіе въ первые мѣсяцы жизни отсутствуетъ.

Сухожильные рефлексы у новорожденнаго и грудного ребенка сильны и легко могутъ быть вызваны, если, напр., ребенокъ во время питья держитъ конечности въ расслабленномъ видѣ. Въ противномъ случаѣ они болѣе или менѣе маскируются „физиологической гипертоніей“ мышцъ.

На чемъ основана эта „гипертонія“, т. е. значительно повышенное, сравнительно съ поздними мѣсяцами жизни, сопротивленіе къ пассивнымъ движеніямъ и замѣтная при всѣхъ активныхъ движеніяхъ конечности новорожденнаго ригидность и неловкость, объяснить не легко. Быть можетъ, причиною является фактъ, установленный Soltmann'омъ, согласно которому мышца новорожденнаго животнаго на раздраженіе нерва отвѣчаетъ не молніеобразнымъ подергиваніемъ, но вялымъ болѣе или менѣе тоническимъ сокращеніемъ. Однако въ этотъ механизмъ еще не вполне ясенъ.

„Физиологическая“ спазмофилія въ смыслѣ повышенно-рефлекторнаго предрасположенія (Soltmann) не имѣется ни у новорожденнаго, ни въ старшемъ возрастѣ грудного періода. Равнымъ образомъ поразительно часто встрѣчающееся въ определенной фазѣ развитія дѣтскаго возраста (главнымъ образомъ во второй и третій семестръ жизни) появленіе клоническихъ и тоническихъ судорогъ основано не столько на физиологическихъ особенностяхъ дѣтской нервной системы, сколько на своеобразномъ обмѣнѣ веществъ въ этомъ возрастѣ (см. главу „Спазмофилія“).

Развитіе рѣчи, которая всегда предполагаетъ извѣстную степень умственнаго развитія, происходитъ такимъ образомъ, что въ возрастѣ около года является пониманіе отдѣльныхъ словъ и простыхъ фразъ, а вскорѣ послѣ этого въ среднемъ на первую четверть 2-го года начинается и самостоятельная рѣчь. Уже раньше, приблизительно съ 6—8 мѣсяца, ребенокъ начинаетъ постепенно готовить свой артикуляціонный механизмъ къ этой дѣятельности произнесеніемъ звуковъ. Впрочемъ эти сроки подвержены значительнымъ индивидуальнымъ колебаніямъ, зависящимъ отчасти отъ природы ребенка, отчасти отъ свойствъ окружающей среды, и могутъ значительно запаздать при отсутствіи душевныхъ дефектовъ. Послѣдніе можно пред-

полагать лишь въ томъ случаѣ, если начало рѣчи происходитъ только на 3—4-мъ году жизни.

Дальнѣйшее развитіе рѣчи и умственныхъ способностей происходитъ и при болѣе или менѣе одинаковой натурѣ настолько различно у дѣтей различной среды, что до сихъ поръ не удалось установить общихъ правилъ, которыя, напр., могли бы быть пригодны для опредѣленія легкихъ дефектовъ. Относительно нѣкоторыхъ дальнѣйшихъ точекъ зрѣнія сошлемся на главу „Способы изслѣдованія“, а здѣсь лишь вкратцѣ упомянемъ, что длительныя физическія заболѣванія и состоянія слабости, а въ особенности заболѣванія со стороны органовъ чувствъ (глаза, уши) замедляютъ развитіе рѣчи и умственныхъ способностей, т. е. дѣлаютъ совершенно невозможнымъ на долгое время поставить опредѣленное предсказаніе дальнѣйшаго развитія. У ребенка, физически здороваго, уже достаточно рано обнаруживается разница въ темпераментѣ, а именно на 1—2 году жизни, но и здѣсь весьма велико вліяніе разумнаго и неразумнаго воспитанія.

Сонъ нормальнаго ребенка крѣпокъ и продолжителенъ. Здоровыя грудныя дѣти въ первые мѣсяцы спятъ почти весь день, за исключеніемъ времени, когда они кормятся, и того времени, когда ихъ моютъ и переодеваютъ; причемъ они принимаютъ во время сна положеніе, изображенное на рис. 3 и напоминающее собою положеніе плода въ утробѣ матери. Разслабленіе ручекъ во время сна у грудныхъ дѣтей первыхъ мѣсяцевъ жизни показываетъ, что они больны. Постепенно продолжительность сна уменьшается (съ 20 часовъ) на нѣсколько часовъ, благодаря все большей продолжительности бодрствованія, но еще въ дошкольномъ возрастѣ она составляетъ 12—15, а въ школьномъ возрастѣ—9—11 часовъ.

Періодъ полового созрѣванія—время, когда окончательно развиваются половыя функціи и вторичныя половыя признаки, постепенно переходитъ въ возрастъ взрослыхъ и уже не относится къ дѣтскому въ тѣсномъ смыслѣ слова.



Рис. 3. Положеніе во снѣ здороваго грудного ребенка.

#### Литература.

- Czerny-Keller, Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Ein Handbuch für Ärzte. Bd. I. Leipzig und Wien 1906.  
 Finkelstein, Lehrbuch der Säuglingskrankheiten. I. Hälfte. Berlin 1905.  
 Pfaunder-Schlossmann, Handbuch der Kinderheilkunde. 4 Bände. 2. Aufl. Leipzig 1910.  
 Langstein, L. u. Meyer, Ludw. F., Säuglingsernährung und Säuglingsstoffwechsel. Wiesbaden 1910.  
 Ergebnisse der Inneren Medizin und Kinderheilkunde, Bd. I—V.

## II. Воспитаніе и уходъ за здоровымъ ребенкомъ.

Для ученія о питаніи ребенка и въ особенности грудного важнѣе, чѣмъ для многихъ другихъ областей педиатріи, разграниченіе нормальнаго состоянія отъ патологическаго и точная формулировка того, что слѣдуетъ считать нормальнымъ. Неточность опредѣленій, напр., незнание и игнорированіе конституціональныхъ аномалій уже у грудного ребенка и обозначеніе успѣховъ питанія хорошими, если происходитъ лишь обильное наростаніе и отложение жира, въ теченіе долгаго времени вызывало въ педиатріи путаницу и причиняло вредъ. Въ своемъ руководствѣ Czerny и Keller считаютъ новорожденнаго ребенка здоровымъ, „если онъ происходитъ отъ здоровыхъ родителей средняго возраста жизни, если онъ является на свѣтъ доношеннымъ и свободнымъ отъ существенныхъ уродствъ и въ состояніи, подъ защитой плохихъ проводниковъ тепла, поддерживать нормальную температуру тѣла“. Они требуютъ отъ пищи здороваго ребенка, если она ему подходитъ, „чтобы онъ при ней нормально развивался физически и (насколько это зависитъ отъ состоянія питанія) также и психически, и чтобы у него не было разстройствъ обмена веществъ и тѣхъ заболѣваній, возникновеніе которыхъ благоприятствуетъ разстройству пищеваренія“. Лишь строгое соблюденіе этого разграниченія положило конецъ прежней путаницѣ въ ученіи о вскармливаніи дѣтей \*).

Кто въ будущемъ времени вздумаетъ пробовать какой-бы то ни было питательный препаратъ на цѣломъ рядѣ дѣтей, не обращая вниманія на то, являются ли они въ названномъ смыслѣ здоровыми или больными, и кто попытается на основаніи подобныхъ опытовъ высказать сужденіе о достоинствахъ или недостаткахъ того или другаго способа вскармливанія, тотъ докажетъ, что весь прогрессъ современной педиатріи прошелъ для него безслѣдно.

### а) Естественное питаніе:

Единственной, вполне естественной пищей для грудного ребенка, по крайней мѣрѣ, въ теченіе перваго полугодія жизни, является молоко матери. Впослѣдствіи мы укажемъ, насколько оно можетъ быть замѣнено молокомъ другой женщины. Здѣсь достаточно указать, что такъ наз. искусственное вскармливаніе для дѣтей этого возраста ни въ коемъ случаѣ не можетъ считаться соответствующимъ природѣ.

### Препятствія для кормленія грудью.

Прежде, чѣмъ описать вскармливаніе грудью, надо отвѣтить, прежде всего, на вопросъ: могутъ ли всѣ новорожденные быть вскармли-

\*) Вполнѣ соглашаясь съ опредѣленіемъ Czerny и Keller'a, мы позволимъ себѣ пополнить картину нормальнаго ребенка слѣдующими положеніями:

1) Нормальный ребенокъ долженъ быть красивъ и всѣ части его тѣла пропорциональны какъ между собою, такъ и по отношенію къ цѣлому.

2) На кожѣ не должно быть никакихъ высыпаній, а подъ нею никакихъ образованій и железокъ.

3) Лицо нормальнаго ребенка строго правильно и обѣ половины его вполне сходны.

4) Вездѣ равномерно развитыя мышцы, всѣ суставы, ихъ отношенія между собою нормальны.

5) Животъ нормальнаго ребенка невеликъ, не особенно вздутъ, пупочное кольцо свободно отъ грыжъ.

6) Всѣ выдѣленія, отдѣленія и кровь представляютъ при изслѣдованіи ихъ требуемая физиологіей нормы.

7) Здоровое дитя ѣстъ съ аппетитомъ, спитъ крѣпко, его нервная система не возбуждена, отправление желудка безукоризненно.

ливаемы матерями. На этотъ вопросъ надо отвѣтить отрицательно. Существуютъ несомнѣнные препятствія для вскармливанія со стороны матери и со стороны ребенка, но они гораздо рѣже, чѣмъ считаютъ въ настоящее время еще даже и во врачебныхъ кругахъ.

Абсолютнымъ препятствіемъ является только смерть матери; всѣ же заболѣванія ея, стоятъ ли они въ связи съ процессомъ родовъ или не стоятъ, будутъ ли они заразнаго или конституціональнаго характера, являются лишь условными препятствіями. Такъ какъ вскармливаніе своего ребенка, по крайней мѣрѣ, въ первое время его жизни, когда ему необходимы лишь небольшія количества материнскаго молока, не предъявляетъ особыхъ требованій къ физическимъ силамъ матери и во многихъ отношеніяхъ способствуетъ ея здоровью, то врачъ даже тяжелой острой заболѣванія, напр., клампсію и нефритъ, пневмонію и т. п., не всегда долженъ считатьъ причиною, противопоказующею кормленіе съ самаго начала, даже и въ томъ случаѣ, когда, напр., при большихъ потеряхъ крови во время родовъ, предвидится сравнительно быстрая поправка матери. Напротивъ, тяжелая родильная горячка, тяжелая рожа и т. п. могутъ сдѣлать кормленіе невозможнымъ, также и въ виду опасности для ребенка; такое же значеніе имѣетъ злокачественное сахарное мочеизнуреніе и падучая, сопровождающаяся частыми приступами.

Въ виду отсутствія достаточныхъ, выдерживающихъ любую критику, наблюденій мнѣнія расходятся относительно того, можетъ ли туберкулезная мать кормить или нѣтъ. Въ прежнее время всякій несомнѣнный туберкулезъ считался безусловнымъ запрещеніемъ кормленія. Такую же точку зрѣнія проповѣдуютъ въ настоящее время Czerny и Keller. Напротивъ, въ послѣднее время Schloßmann выступилъ противъ этого и указываетъ на благоприятное вліяніе кормленія грудью на здоровье и ростаніе вѣса матери, на большую сопротивляемость грудного ребенка къ зараженію бугорчаткой и этимъ объясняетъ свой взглядъ, который кромѣ того подтверждается и нѣкоторыми клиническими наблюденіями. Съ тѣхъ поръ сообщенные и другими врачами (Deutsch, Tuberkulose und Stillen, Münch. med. Wochenschr. 1910, p. 1335), впрочемъ, еще недостаточно многочисленныя наблюденія говорятъ въ пользу того, что матерямъ съ ясными туберкулезными заболѣваніями легкихъ и въ собственныхъ интересахъ ребенка надо безусловно запретить кормленіе грудью, а матерямъ съ подозрительными измѣненіями разрѣшать его лишь въ видѣ опыта подъ врачебнымъ наблюденіемъ. Положительная реакція Pirquet безъ всякихъ физическихъ данныхъ со стороны легкихъ никогда не казалась намъ поводомъ запрещать кормленіе или же прервать его безъ всякихъ другихъ основаній \*).

Общая слабость, блѣдность и исхуданіе, очень молодой возрастъ, а въ большинствѣ случаевъ и невропатическая конституція никогда не является законною причиною для того, чтобы сразу отсовѣтовать кормленіе грудью.

Большинство такихъ женщинъ переносятъ даже многіе мѣсяцы кормленія грудью не только безъ вреда, но оно оказываетъ несомнѣнное полезное вліяніе, которое не ограничивается достаточно извѣстнымъ болѣе скорымъ обратнымъ развитіемъ половыхъ органовъ послѣ родовъ и рѣдкостью рака грудной железы у женщинъ, кормящихъ грудью. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ трудно предвидѣть, будетъ ли во время кормленія грудью вѣсъ женщины уменьшаться или увеличиваться. Послѣднее (идя рука объ руку съ расцвѣтомъ и укрѣпленіемъ здоровья, улучшеніемъ общаго состоянія) наблюдается гораздо чаще, чѣмъ первое, но и оно само по себѣ не является поводомъ къ опасеніямъ, ибо въ случаѣ надобности можно въ каждый данный моментъ прекратить кормленіе.

Существовавшія въ началѣ кормленія или наступившія по встаніи матери съ постели тянущія боли въ грудныхъ железахъ или въ спинѣ обыкновенно проходятъ подъ вліяніемъ увѣщанія или вну-

\*) Мы всецѣло присоединяемся къ авторитетному голосу Дюссельдорфскаго педиатра и скажемъ еще разъ то, что уже говорили въ «Гигиенѣ дѣтскаго возраста», а именно: безнадежное положеніе здоровья матери, при безсиліи нашего искусства, но при достаточности вполнѣ хорошаго молока, оправдываетъ питаніе грудью собственнаго ребенка, такъ какъ въ сознаніи выполненнаго долга мать получаетъ новыя силы физическія и моральныя. Прим. ред.

шенія; равно какъ исчезаетъ, правда, весьма рѣдкая, нервная болѣзненность сосковъ у невропатическихъ женщинъ, несмотря на высокую вначалѣ ея степень, согласно моимъ наблюденіямъ, черезъ нѣсколько недѣль.

Болѣе серьезныя затрудненія могутъ возникнуть вслѣдствіе образования трещинъ въ области грудного соска, ибо у многихъ женщинъ онъ крайне болѣзненъ и всегда угрожаютъ опасностью развитія грудницы. Предупредить навѣрное появленіе трещинъ, по моему наблюденію, нельзя; какъ нельзя достигнуть даже часто предлагаемыми втираніями въ сосокъ спиртныхъ растворовъ въ послѣдніе мѣсяцы беременности. Умѣлое прикладываніе ребенка къ груди такимъ образомъ, чтобы онъ захватывалъ при сосаніи всю окружность соска, а не только одинъ сосокъ, и сокращеніе времени сосанія являються, повидимому, наиболѣе дѣйствительной предохранительной мѣрой.

Въ легкихъ случаяхъ трещины заживаютъ при всевозможныхъ способахъ леченія: глицеринъ или 5—10 %-ный танинъ-глицеринъ или такъ наз. черная мазь (Argent. nitr. 0,1, Bals. Peruv. 1,0, Vaseline 10,0) или асептической высушивающій порошокъ (дерматоль, ксероформъ и т. п.) въ видѣ присыпки въ промежуткахъ между кормленіями (передъ прикладываніемъ смывать!) облегчаютъ покрытие эпителиемъ. Противъ болѣе можно примѣнять 5%-ную мазь изъ анестезина (не ядовитый!) или, что также весьма рекомендуется—3—5%-ный растворъ азотнокислаго серебра; послѣ короткой начальной боли наступаетъ долгая анестезія и быстрое заживленіе подъ струпомъ. Необходимо, кромѣ всѣхъ этихъ мѣръ, высоко подвязывать наполненную грудь и опорожнять ее въ достаточной степени прикладываніемъ ребенка или искусственно<sup>1)</sup>, удаляя при этомъ молоко 3—4 раза въ день по возможности полно или часто, но понемногу. При этомъ въ видѣ исключенія можно примѣнять шапочку изъ стекла и съ резиновой соской, но мы должны будемъ дальше указать на злоупотребленіе ею ради другихъ цѣлей. Въ качествѣ послѣдняго средства Finkelstein рекомендуетъ «3—4-дневное отлученіе съ осторожнымъ оттягиваніемъ; иногда удается этимъ способомъ энергично ускорить заживленіе безъ того, чтобы наступило длительное нарушеніе функціи железъ. Но часто всѣ мѣры ни къ чему не ведутъ, и незначительныя, но мучительныя страданія заставляютъ въ концѣ-концовъ отказаться отъ кормленія грудью».

При маститѣ, по правиламъ хирургіи, надо примѣнять сначала пузырь со льдомъ или тепло-влажная обертыванія, а также осторожную гиперемію и разрѣзъ (въ лучевомъ направленіи, щадя сосокъ), какъ только нагноеніе локализовалось, переходятъ къ послѣдовательному леченію высасываніемъ. При этомъ, однако, отчасти въ виду благопріятнаго дѣйствія уменьшенія напряженія грудной железы на кровообращеніе и успокоеніе боли, частью для предупрежденія потери секретіи надо въ такой же мѣрѣ позаботиться о достаточномъ опорожненіи груди, какъ это дѣлается и при трещинахъ.

Этого можно достигнуть безъ всякаго риска прикладываніемъ ребенка, такъ какъ, согласно повседневному опыту, даже значительная примѣсь заразнаго гноя къ женскому молоку не опасна для здороваго младенца.

Тѣмъ же способомъ удается при большинствѣ воспаленій, не захватывающихъ всю железу съ самаго начала въ диффузной, флегмонозной формѣ, достигнуть выздоровленія отъ воспаленія и сохраненія функціи железы. Отдѣленіе здоровой железы не страдаетъ, и въ случаѣ надобности можно его настолько повысить, чтобы оно одно было достаточно для кормленія грудью въ теченіе многихъ мѣсяцевъ.

Форма грудной железы и соска вліяетъ на легкій или трудный успѣхъ перваго кормленія. Ясно выраженные запавшіе

<sup>1)</sup> Ср. методическія указанія на стр. 39.



соски, которые, впрочем, редко встречаются, а еще реже бывают двухсторонними, могут представлять абсолютное препятствие для кормления. Очень плоские, короткие соски затрудняют сосание, особенно вначалѣ, но не дѣлают его невозможнымъ.

Со стороны ребенка абсолютнымъ и длительнымъ препятствиемъ для сосания представляется только волчья пасть. Весьма затруднено, а иногда, по крайней мѣрѣ въ первые дни, невозможно сосание у слабыхъ и у такихъ дѣтей, которыя сильно пострадали во время родовъ и въ первые дни находятся какъ бы въ состояніи спячки. Въ такихъ случаяхъ временно затруднено сосание, и грудь надо опорожнять искусственно, а первое прикладываніе отложить. Выжатое или отсосанное молоко матери дается до того времени ребенку изъ чайной ложки.

При сильномъ насморкѣ, сопровождавшемся значительнымъ набуханиемъ слизистой оболочки носа, можно устранить затрудненіе сосанія съ помощью примѣненія раствора адреналина (1:300). Лежащій часто въ основѣ такихъ случаевъ врожденный сифилисъ никогда не является поводомъ къ тому, чтобы мать не кормила ребенка собственной грудью, ибо зараженіе ея ребенкомъ невозможно.

### Способность къ кормленію грудью.

До сихъ поръ еще мы не касались вопроса, дѣйствительно ли всегда имѣется въ грудной железѣ достаточно молока, а между тѣмъ именно вопросъ о физической способности къ кормленію еще въ настоящее время является центромъ общаго интереса.

Если сравнивать отчеты большихъ родильныхъ домовъ, въ которыхъ почти 100% всѣхъ родившихъ тамъ способны кормить своего ребенка въ достаточной степени по крайней мѣрѣ въ первые 9—11 недѣль послѣ родовъ, съ опытомъ частной практики, гдѣ большой процентъ всѣхъ женщинъ вообще не можетъ кормить вслѣдствіе недостатка молока или же отказывается отъ этой попытки въ скоромъ времени, то приходится придти къ тому выводу, что способность къ кормленію грудью неодинакова въ различныхъ социальныхъ слояхъ. Трудно рѣшить, имѣетъ ли это мѣсто отчасти или нѣтъ, такъ какъ способность и неспособность къ кормленію грудью не представляютъ рѣзкихъ и неопровержимыхъ границъ, являясь только относительными понятіями и завися отъ многихъ другихъ факторовъ, наряду съ анатомическими и физиологическими свойствами железы. Это доказывается и тѣмъ, что во многихъ учрежденіяхъ съ момента перемѣны врачебной дирекціи способность къ кормленію значительно увеличилась и указываетъ на вліяніе окружающихъ на молодыхъ матерей. Опасенія относительно здоровья матери и сомнѣнія въ ея способности кормить грудью съ самаго начала парализуютъ всякую силу, препятствуя преодолѣвать встрѣчающіяся затрудненія. Здѣсь для всякаго врача является благодарной и важной задачей способствовать распространенію грудного кормленія во всѣхъ слояхъ народа своимъ вліяніемъ на матерей, а также въ качествѣ примѣра и воспитателя акушерокъ и сидѣлокъ.

Такие случаи, чтобы грудь родильницъ совершенно не давала никакого выдѣленія, вѣроятно, никогда не встрѣчаются или такъ редко, что въ практическомъ отношеніи они не играютъ никакой роли. Гораздо чаще возникаетъ вопросъ о томъ, можно ли ожидать молока въ достаточномъ количествѣ? Это рѣшить очень трудно и до рожденія, и вскорѣ послѣ него, ибо скорость, съ которою развивается лактація, въ смыслѣ индивидуальномъ весьма неодинакова и у первороженницъ обыкновенно меньше, чѣмъ у женщинъ, которыя уже кормили. Часто лишь по истеченіи 2 сутокъ можно выдавить развѣ лишь каплю молозива изъ грудной железы, а тѣмъ не менѣе кормленіе молокомъ спустя нѣкоторое время достигаетъ достаточныхъ количествъ, развѣ только дитя правильно прикладывается къ груди и крѣпко сосетъ. Но слѣдуетъ согласиться, что существуютъ „плохо

кормящая" женщины, лактация которых все время недостаточна, по крайней мере в том случае, если ребенок не сосет энергично и до полного опорожнения груди (см. стр. 39).

Надо считать за таковым физиологическим повышением способности лактации, которое у слабых женщин может тянуться целыми неделями при успешности или безуспешности действием млекогонных. Все до сих пор настоячиво больше или меньше рекламируемые «млекогонные» препараты (соматоза, санатоген, солодовый тропон, лактагол и т. д.) действуют так же мало специфически на грудную железу, как и чрезмерное введение жидкой (супа, молоко и т. д.) или плотной пищи. Эта недействительность обнаруживается тем, что в случаях, когда физиологическое повышение способности к лактации отсутствует, несмотря на правильное ведение грудного кормления, или стоит на недостаточной высоте, и эти средства отказываются служить; и только там дают кажущийся успех, где такого повышения можно достигнуть непрерывным, достаточно сильным опорожнением грудной железы. Довольно выдаваемые врачами свидетельства об успехе отдельных, предоставленных им для испытания млекогонных средств говорят не в пользу научных познаний таких врачей. Млекогонные средства могут применяться в качестве внушения при врачебном совете.

Прочно установленным положением надо считать тот факт, согласно которому зависимость молочной железы от внутренних половых органов (включая и детское место) происходит не путем нервных влияний, но путем химически действующих и циркулирующих в крови веществ (типа гормонов), и который дѣлает весьма вероятной возможность изолировать эти специфическая млекогонная вещества и применять их с лечебной целью. Многообещающие опыты в этом направлении опубликованы в недавнее время Basch'em.

Самостоятельное преждевременно наступающее уменьшение лактации бывает чрезвычайно редко, происходя в результате всего лишь благодаря недостаточному опорожнению и возбуждению деятельности молочных желез, напр., в частности слишком слабому сосанию ребенка. В пользу этого говорит то обстоятельство, что это, повидимому, частое, по указаниям публики, в домашней практике, событие на том же материале, но уже в учреждениях, руководимых врачами, не встречается почти никогда. Несмотря на возобновление месячных, нормально продолжительность хорошо развившейся лактации этим не нарушается и, предполагая отсутствие нового зачатия, может продолжаться у женщин наших рас, как и у женщин диких народов, в течение нескольких лет.

Интересный, однако не единственный случай Epstein'a, в котором кормилица далеко послѣ кормления в течение года стала дальше кормить слѣдующего ребенка той же семьи с прекрасным успехом, лишь доказывает, что молоко такой «старой» мамы может годиться даже для новорожденного ребенка. Подобный факт, равно как и теоретически неограниченная продолжительность лактации редко применяется с пользой в практике, так как по указанным дальше причинам есть основания высказываться в пользу полного отлучения к 9-му месяцу и во всяком случае не позже конца первого года \*).

### Гигиена кормящей грудью.

Кормящая грудью должна возможно меньше изменять свой образ жизни сравнительно с обычным и лишь избѣгать как чрезмерной работы, так и бездеятельности. Последнее особенно ре-

\*) Случай Epstein'a не может ни в коем случае служить оправданием для кормления новорожденного старым молоком, питательная ценность которого не могут обеспечить правильное развитие и правильный рост новорожденного ребенка. Ссылка на единичные случаи такого рода может приносить и действительно приносить большой вред дѣтям, попадающим волею жестокой судьбы на общественное попечение в приютах.

комендуется женщинамъ зажиточнаго класса и наемнымъ кормилицамъ. Относительно работы наблюденія въ бѣдномъ населеніи показываютъ, что здоровая отъ природы мать можетъ безвредно совершать домашнія работы даже въ большомъ количествѣ; точно также занятіе на фабрикахъ въ періодѣ кормленія грудью проходитъ безвредно для здоровья и для млекоотдѣленія.

Психическія волненія, особенно гнѣвъ, боль, печаль и т. п. не оказываютъ никакого вліянія на качественный и количественный составъ женскаго молока. Наблюдаемое при такихъ условіяхъ якобы „внезапное прекращеніе“ млекоотдѣленія у особенно чувствительныхъ женщинъ состоитъ исключительно въ обусловленномъ психическими данными спазмѣ соска грудной железы, который временно затрудняетъ опорожненіе молочной железы или препятствуетъ ему, но можетъ быть постепенно устраненъ правильнымъ прикладываніемъ голоднаго ребенка во всѣхъ случаяхъ. Якобы ядовитое дѣйствіе отдѣляемаго при такихъ условіяхъ молока относится лишь къ области басень.

Кормящая грудью должна получать и удобоваримую пищу, но отнюдь не особенную діету.

Ей не слѣдуетъ запрещать ничего изъ того, что ей идетъ въ душу. Она смѣло можетъ ѣсть и пряную, и кислую пищу, салаты, сырые фрукты и т. д. безъ всякаго опасенія относительно измѣненія молока. У женщинъ со слабымъ аппетитомъ надо стремиться къ возможно болѣе разнообразной пищѣ, а у матерей съ наклонностью къ запору вмѣсто излишней молочной пищи и суповъ рекомендуется возможно болѣе богатая непереваривающимися частями—побольше зелени и фруктовъ.

Качество молока, особенно содержаніе въ немъ жира, въ индивидуальномъ отношеніи представляетъ ничтожную разницу, не имѣющую практическаго значенія, и не вліяющаго на кормленіе въ зависимости отъ рода пищи \*).

Отдѣльныя исключенія (Moll) не опровергаютъ справедливости этого взгляда, если предполагать, что ребенокъ самъ регулируетъ при грудномъ вскармливаніи вводимую ему пищу (Gregor).

Чрезмѣрная ѣда и питье, особенно молока и питательныхъ суповъ, не ведетъ къ повышенію выработки молока, а только къ откармливанію самой кормящей; поэтому такая ѣда и питье совершенно безцѣльны и отнюдь не рекомендуются женщинамъ, наклоннымъ, при малой тѣлесной работѣ, къ ожирѣнію. Нѣтъ опасности потерять красоту и стройность тѣла, если питаться достаточно, но умѣренно.

Нѣкоторое недоѣданіе, если лактація уже вполне развита, также не оказываетъ особаго вліянія на количество и качество молока, какъ и другая крайность. Лишь при долгой продолжительности и крайнихъ степеняхъ, когда тѣло начинаетъ тратить свои собственныя части, наряду съ исхуданіемъ наступаетъ задержка млекоотдѣленія \*\*).

Спросъ на питье естественнымъ образомъ повышается во время кормленія грудью; его вполне можно удовлетворить безъ опасенія питьемъ воды, если другая пища достаточно богата пищевыми веществами. Чрезмѣрное питье супа такъ же мало увеличиваетъ млекоотдѣленіе, какъ и алкоголь въ видѣ пива и вина. Впрочемъ противъ умѣреннаго пользованія пивомъ и виномъ нельзя

\*) Съ этимъ указаніемъ никакъ нельзя согласиться: мѣняя количество бѣлковъ, жировъ и углеводовъ въ пищѣ матери, можно всегда до нѣкоторой степени измѣнить и соотвѣтственное содержаніе ихъ въ молокѣ, причемъ, конечно, нѣтъ прямого соотношенія между составомъ пищи и составомъ молока, а существуетъ только общее воздѣйствіе на обмѣнъ веществъ. Иначе пришлось бы придти къ абсурдному выводу, что составъ пищи не имѣетъ рѣшительно никакого вліянія на составъ жидкостей и тканей тѣла.

Прим. М. Б.

\*\*) Съ этимъ указаніемъ также нельзя согласиться: у плохо питающихся женщинъ молоко далеко не блещетъ особенными достоинствами.

Прим. М. Б.

ничего возразить, ибо алкоголь, вводимый лишь в очень больших дозах, переходит в молоко в минимальном количестве слѣдовъ \*).

Общій уходъ за тѣломъ кормящей матери долженъ быть выполняемъ настолько тщательно, насколько это возможно по социальнымъ условиямъ. Часто появляющіяся во время прикладыванія ребенка и въ другое время тянущія боли въ спинѣ могутъ быть устранены въ большинствѣ случаевъ бинтованіемъ отвислага живота, а въ другихъ—соблюденіемъ удобнаго положенія (напр., боковымъ положеніемъ въ кровати) во время кормленія.

Чистое содержаніе грудныхъ железъ, особенно сосковъ, съ помощью правильнаго обмыванія желательны болѣе изъ эстетическихъ, чѣмъ гигиеническихъ основаній; настоящей дезинфекціи шероховатой поверхности соска несомнѣнно этимъ достигнуть нельзя \*\*).

Изъ лекарствъ, которыя смягчая грудь можетъ принимать, въ случаѣ надобности, у человѣка переходятъ в молоко въ совершенно безвредныхъ количествахъ только іодъ, бромъ, салициловая кислота, а у животныхъ также опій, морфій и атропинъ \*\*\*). Ртуть появляется у женщинъ, которыхъ лечатъ втираніями, въ столь незначительныхъ слѣдахъ въ молокѣ, что леченіе грудного ребенка ртутью этимъ способомъ невозможно. Упомянемъ еще, что и хлороформный наркозъ матери не вліяетъ на ребенка, вскармливается грудью.

Мѣсячныя или совершенно не появляются во время кормленія грудью, или только спустя 5—6 недѣль послѣ рожденія, и затѣмъ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ или до окончанія кормленія грудью они возвращаются неправильно, а иногда и вовсе не возвращаются. Рѣже во время кормленія они повторяются правильно. Сами по себѣ мѣсячныя не имѣютъ никакого вліянія на количество и качество молока и не причиняютъ никакого безпокойства или разстройствъ пищеваренія у ребенка, развѣ только мать въ это время чувствуетъ себя плохо и рука объ руку съ ея нервнымъ возбужденіемъ на нѣсколько дней нарушается опорожненіе грудной железы. Но это никогда не должно быть показаніемъ для прикармливанія.

Беременность, при прочихъ равныхъ условіяхъ у кормящихъ женщинъ наступаетъ гораздо рѣже и позже, чѣмъ у некормящихъ, и притомъ зачатіе у женщинъ, у которыхъ во время кормленія наблюдается аменоррея, бываетъ еще гораздо рѣже 1).

Ни само кормленіе, ни аменоррея не представляютъ абсолютнаго и продолжающагося во все время кормленія предохраненія отъ новаго зачатія, но это предохраненіе распространяется съ большой вѣроятностью по крайней мѣрѣ на рядъ мѣсяцевъ, и рѣже наблюдается у кормящихъ женщинъ столь нежелательно частое повтореніе родовъ, какъ у некормящихъ. Указанія матерей, что онѣ должны отлучить ребенка изъ-за наступленія новой беременности, очень часто ошибочны. Онѣ объясняютъ ложно отсутствіе мѣсячныхъ, какъ признакъ наступившаго зачатія, сейчасъ же отлучаютъ, и затѣмъ беременность наступаетъ лишь при слѣдующей овуляціи. Наоборотъ, иныя кормящія грудью женщины замѣчаютъ наступленіе зачатія лишь спустя нѣсколько мѣсяцевъ безъ того, чтобы мать или грудной ребенокъ или плодъ потерпѣли отъ этого какой бы то ни было вредъ. Это показываетъ, что длящаяся въ теченіе мѣсяцевъ беременность по крайней мѣрѣ не во всѣхъ случаяхъ вызываетъ уменьшеніе лактаціи. Оно поэтому никогда не должно быть прерываемо при подозрѣніи

\* ) Здѣсь не упомянуто о томъ, что чрезмѣрное питье ведетъ къ расширенію желудка и къ пониженію питанія. Что касается отсутствія вреднаго дѣйствія алкоголя, то работы цѣлага ряда авторовъ, въ томъ числѣ русскихъ (напр. особенно И. В. Сажина), говорятъ безусловно за чрезвычайно вредное его дѣйствіе.

\*\* ) Но также несомнѣнно, что при грязномъ содержаніи грудныхъ железъ пищевареніе ребенка страдаетъ, и онъ легче заболѣваетъ заразными болѣзнями.

\*\*\* ) Но атропинъ уменьшаетъ количество молока.

1 ) Эта фізіологическая аменоррея основана на болѣе сильномъ пузрп-ральному обратному развитіи внутреннихъ половыхъ органовъ, вслѣдствіе котораго отсутствуетъ овуляція.

о новой беременности, и даже, когда она установлена, надо его заканчивать лишь постепенно.

Изложенныя въ предыдущемъ подробности показываютъ, что препятствія къ грудному кормленію или законныя основанія къ временному перерыву грудного кормленія безконечно рѣже наблюдаются, чѣмъ до сихъ поръ считали не только публика, но и врачи. Этотъ взглядъ и устраненіе всѣхъ многочисленныхъ ограниченій и затрудненій, которыя раньше безпричинно относились къ кормящей, должны быть внушаемы врачами всѣмъ классамъ населенія, и они этимъ будутъ не мало способствоватьъ тому, чтобы матери снова стали охотнѣе кормить и стали болѣе пригодны для этой цѣли. Тогда, быть можетъ, часто и социальныя условія, заставляющія мать работать, не отнимутъ ребенка отъ ея груди. Какое значеніе это имѣетъ для отдѣльныхъ лицъ и цѣлыхъ націй, объ этомъ будетъ сказано въ 4-мъ отдѣлѣ.

### Техника кормленія грудью.

Первое прикладываніе новорожденнаго къ груди матери должно быть не раньше, чѣмъ черезъ сутки; если онъ требуетъ ѣды раньше, то ему даютъ немного чаю, подслащеннаго сахариномъ, съ ложечки; если же онъ спитъ дольше, то его не надо будить. Нѣкоторыя дѣти просятъ пить лишь спустя  $1\frac{1}{2}$ —2 сутокъ послѣ родовъ.

При первой попыткѣ кормленія различныя дѣти ведутъ себя различно; между тѣмъ какъ одни сосутъ умѣло и сильно, другія не захватываютъ соска или же снова бросаютъ его, сдѣлавши нѣсколько попытокъ сосать. Силою при этомъ ничего не подѣлаешь, а потому надо отложить ребенка въ сторону и повторно дѣлать попытки прикладыванія спустя нѣкоторое время. При терпѣннн и выдержкѣ всякій нормальный ребенокъ научается сосать грудь. При очень твердой, напряженной, опоражнивающейся съ трудомъ грудной железѣ цѣлесообразно сдѣлать ее болѣе легко доступной, выдавливая или отсасывая небольшое количество молока.

Сначала надо обращать вниманіе на то, чтобы ребенокъ захватывалъ не только сосокъ, но и большую часть такъ наз. ореолы своими губами. Чѣмъ глубже грудная железа вдавлена въ ротикъ ребенка, тѣмъ больше поверхность, вызывающая сосательный рефлексъ, и тѣмъ сильнѣе онъ проявляется. Кромѣ того сосокъ при этомъ меньше подвергается подергиваніямъ и рѣже на немъ образуются трещины.

Для облегченія перваго прикладыванія опасно пользоваться обычными, состоящими изъ стеклянной части для соска и резиновой соски для ребенка, шапочками, ибо, правда, съ его помощью ребенокъ легче начинаетъ сосать, но вслѣдствіе нефизиологическаго сосательнаго раздраженія опорожненіе груди значительно затрудняется; поэтому долгое примѣненіе ихъ ведетъ почти всегда къ прекращенію отдѣленія и къ пониженію питанія ребенка.

Коническія груди легче опорожнить движеніями, напоминающими доение, при которыхъ ритмически оказывается нѣжное давленіе на ореолы соска. Плоскія груди легче опорожнить съ помощью присасывающаго аппарата, предложеннаго въ разнообразныхъ формахъ. *Téterelle biaspiratrice*, которая раньше была въ большемъ ходу, состоитъ изъ надѣваемого на грудной сосокъ стекляннаго колокола съ двумя трубками, изъ которыхъ черезъ одну высасывается матерью воздухъ, а съ другой стороны ребенокъ высасываетъ вытекающее молоко. При этомъ легко затекаетъ въ сосокъ слюна матери, что во всякомъ случаѣ нежелательно. Изъ различныхъ моделей, при которыхъ сосательное давленіе замѣняется резиновымъ баллономъ, модель, придуманная *Ibrahim'омъ* (рис. 4), легко очищается и удобна. Ритмическимъ сдавливаніемъ и отпусканіемъ толстого стѣннаго баллона можно до нѣкоторой степени подражать нормальному сосательному процессу, но при этомъ отсутствуетъ ритмическое сдавливаніе окружающей соска, и опорожненіе не происходитъ никогда такъ полно, какъ при сосаніи здоровымъ ребенкомъ.

По возможности болѣе полное опорожненіе груди не только необ-

ходимо, чтобы добыть молоко для ребенка, но еще и потому, что только оно возбуждает начинающуюся секрецию, усиливает ее и может предотвратить застой молока. Если этого нет, то в результате получится ограничение секреции неизбежное млекоотделение и в течение первых недель, и даже непоправимое впоследствии.

Отделяемые в первые дни количества молозива весьма незначительны и часто составляют лишь несколько куб. см. Большею частью на 3-й или 4-й, а иногда только на 5-й или 6-й день происходит быстрое повышение млекоотделения, сопровождающееся субъективным чувством „наполнения“ молочных желез („Einschiessen“).

В то же время число молозивных тельцев быстро падает до минимума.

Дальнейшее увеличение количества молока зависит, с одной стороны, от богатства грудей железистой тканью, а с другой—от предъявляемых к ним требований. Оба эти фактора определяют максимальную величину, как отделения, так и времени, в которое оно достигается.

Вопрос, следует ли при каждом кормлении давать ребенку одну грудь или обе, в общих чертах может получить такое мнение, что надо стремиться к возможно более полному опорожнению груди во избежание застоя молока. Последний настаивает при прочих равных условиях в грудных железах малого



Рис. 4. Молочный насос по Ibrahim'у.

размера легче, чем большого. Поэтому, особенно при соблюдении длинных, по крайней мере, 3-часовых промежутков между кормлениями, в первом случае можно без опасения каждый раз прикладывать ребенка к обеим грудям и обращать внимание только на то, чтобы дитя получало вторую грудь лишь после того, как первая достаточно опорожнена. Наилучшего результата можно ожидать, если при каждом следующем кормлении начинать с другой груди. Лишь при сильно развитых грудях можно принципиально держаться того правила, по которому с самого начала дают только одну грудь.

Способность опорожнения груди не только искусственным путем, но и грудным ребенком у женщин, одинаково богатых молоком, в индивидуальном отношении весьма различна. Часто в то время, как ребенок сосет из одной груди, из другой происходит более или менее быстрое капание или вытекание молока <sup>1)</sup>.

Число кормлений, указываемое самым инстинктом ребенка,

<sup>1)</sup> После долгих перерывов кормления, напр., ночью у многих женщин вытекает немного молока; признать это патологическим и вредным можно лишь тогда, если вытекание наступает уже вскоре после кормления, если вследствие ненормально слабого тонуса жомы соска возникает своего рода недержание грудной железы, «галакторрея» (млекотечение). Следствием его могут быть упорные экземы окружности соска и кожи грудной железы. Лечение этой аномалии, основывающейся, повидимому, на невропатической почве, мало действительно, и большею частью приходится ограничиваться собиранием капающего молока и лечением экземы (напр., смазывая ихтоловой или 2—3% мазью из азотнокислого серебра).

колеблется у здороваго младенца при достаточномъ количествѣ молока въ груди между 5 и 6-ю въ сутки, но можетъ въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ упасть до 4-хъ и подняться до 7-ми. Рекомендуются и въ данное время признается всѣми необходимостью трехъ часовыхъ промежутковъ днемъ съ 1 или 2 болѣе длинными паузами между кормленіями ночью, такъ какъ это вѣрнѣе всего обезпечиваетъ развитіе ребенка. При этомъ надо считать правиломъ, что ребенка никогда не слѣдуетъ будить для кормленія, чтобы приучить его раньше къ извѣстному порядку, и что надо больше обращать вниманія на соблюденія указаннаго числа 5 или 6 кормленій, чѣмъ на точное равенство паузъ. На ночное время не должно приходится больше одного кормленія. При этомъ способѣ ребенокъ создаетъ себѣ спустя нѣсколько недѣль собственный порядокъ, котораго онъ затѣмъ и придерживается съ большой пунктуальностью \*).

Лишь тамъ, гдѣ приходится прибѣгать къ этому изъ-за другихъ причинъ, въ особенности соціальныхъ (занятіе на сторонѣ) или общественныхъ обязанностей матери, можно навязывать ребенку опредѣленные часы для его кормленія.

Указывать продолжительность отдѣльныхъ кормленій для здороваго ребенка большею частью излишне, ибо, насытившись, онъ самъ перестаетъ сосать или же засыпаетъ на груди. У дѣтей, которыя сосутъ съ перерывами и всегда, если у нихъ отнимаютъ грудь, снова сосутъ поспѣшно, но лишь въ теченіе нѣсколькихъ минутъ, необходимо ограничить продолжительность кормленія приблизительно 15—20 минутами \*\*).

Взвѣсивая ребенка въ одинаковые промежутки, напр., каждая 5 минутъ, можно установить, что количества, выпиваемыя въ отдѣльные промежутки времени, постепенно уменьшаются и по истеченіи 20-ти минутъ составляютъ лишь нѣсколько граммовъ. У матери слишкомъ большая продолжительность кормленія не только отнимаетъ много времени и утомляетъ, но вредитъ, вызывая мацерацию соска грудной железы.

Количество молока отдѣльныхъ кормленій, опредѣляемое взвѣшиваніемъ тщательно закутаннаго ребенка до и послѣ прикладыванія къ груди, колеблется въ широкихъ предѣлахъ; большею частью ранняя ѣда обильнѣе всего и часто въ 2—3 раза больше самой малой послѣдующей ѣды (напр., послѣ обѣда). Это наблюдается послѣ полного покоя и при грудяхъ съ большой вмѣстимостью яснѣе всего. Надо отмѣтить, указанное въ I главѣ, положеніе, согласно которому обильное высасываніе можетъ быть значительнѣе, чѣмъ опредѣленіе на трупахъ дѣтей по вмѣстимости ихъ желудка; это обстоятельство можно объяснить только переходомъ желудочнаго содержимаго въ кишечникъ уже во время питья.

Съ врачебной точки зрѣнія важнѣе величина суточнаго количества пищи, и изъ сказаннаго только что видно, что она никогда не можетъ быть получена умноженіемъ каждаго отдѣльнаго количества на число кормленій, а надо взвѣшивать ребенка непосредственно передъ каждыиъ кормленіемъ и послѣ него. Суточные количества пищи также колеблются весьма значительно, иногда на 200—300 грм. по сравненію одного дня съ другимъ, такъ что изъ данныхъ одного

\* ) Къ сожалѣнію, дѣло налаживается при этихъ условіяхъ далеко не часто, и соблюденіе правильныхъ промежутковъ гораздо выгоднѣе и для ребенка, въ смыслѣ избѣжанія перекармливанія его, и для матери, имѣющей опредѣленное время для отдыха.

\*\* ) Проще правило: кормить ребенка столько минутъ, чтобы онъ не рыгивалъ.

Прим. М. Б.

Прим. М. Б.

дневного количества можно сдѣлать лишь весьма ненадежное заключеніе о дѣйствительномъ количествѣ принятой ребенкомъ пищи. Czerny и Keller поэтому и берутъ въ качествѣ мѣрила среднія цифры, вычисленныя изъ 5-ти дней. При соблюденіи указанныхъ предосторожностей оказывается, что среднее суточное количество пищи у ребенка (послѣ первыхъ 8—10 дней, представляющихъ большія неправильности) въ первыя недѣли жизни составляетъ около  $\frac{1}{3}$  части вѣса тѣла, затѣмъ постепенно уменьшается, отъ середины первой до середины второй четверти года до  $\frac{1}{6}$  и  $\frac{1}{7}$ , а въ концѣ перваго полугодія до  $\frac{1}{8}$  вѣса тѣла. Это постепенное уменьшеніе относительнаго количества пищи соотвѣтствуетъ изложеннымъ на стр. 19 условіямъ и ясно обнаруживается, если изобразить количества пищи и числовыя данныя вѣса тѣла въ видѣ кривыхъ, съ замѣтнымъ расхожденіемъ, послѣ первыхъ недѣль жизни, почти одновременно круто поднимающейся кривой вѣса и все болѣе и болѣе плоской кривой количества пищи. Но нужно упомянуть, что наблюдаются и параллели кривыхъ на протяженіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ.

Въ общей работѣ обѣ грудныя железы нормально участвуютъ въ одинаковой степени, но нерѣдко одна грудь во время всего кормленія даетъ болѣе обильное количество молока, чѣмъ другая; равнымъ образомъ часто находятъ женщинъ, у которыхъ одна грудь послѣ перенесенной грудницы становится недостаточной, и другая функционально (а также и анатомически) гипертрофированная железа въ теченіе многихъ мѣсяцевъ даетъ достаточное количество молока. Это небезынтересно по отношенію къ кормленію близнецовъ, каждому изъ которыхъ даютъ всегда только одну грудь.

Если долгое время ребенокъ получаетъ меньшее количество пищи, чѣмъ указано выше, и все-таки даетъ удовлетворительное наростаніе вѣса, то оправдывается предположеніе, что это основано на относительно большемъ индивидуальномъ содержаніи жира въ получаемомъ имъ женскомъ молокѣ. Въ одномъ случаѣ, сообщенномъ Neubner'омъ, фактъ этотъ былъ прямо доказанъ. Наличие индивидуальныхъ различій содержанія жира въ молокѣ, не зависящихъ въ значительной степени отъ пищи и отъ образа жизни кормящихъ матерей, установлена безупречно выполненными со всѣми предосторожностями изслѣдованіями, причемъ оказалось, что производство жира при скудномъ количествѣ молока относительно больше, чѣмъ при очень большомъ богатствѣ молокомъ, значительно превосходящемъ потребность ребенка, напр., у больничныхъ кормилицъ, выдѣляющихъ въ день 2—3 литра молока. Изъ нѣсколькихъ дѣтей, которыхъ прикладываютъ по очереди къ одной и той же груди, ребенокъ, приложенный вначалѣ, получаетъ наиболѣе бѣдную жиромъ часть отдѣленія.

Мѣриломъ успѣховъ вскармливанія считается главнымъ образомъ увеличеніе вѣса. Принимая во вниманіе врожденную потребность къ росту и многозначащее наростаніе вѣса, о которомъ мы сообщимъ подробнѣе при изложеніи патологій, этотъ взглядъ имѣетъ основанія, но изъ-за него не слѣдуетъ упускать изъ виду другія данныя относительно ребенка; цвѣтъ кожи, ея тургоръ, настроеніе и сонъ, а также развитіе его статическихъ функцій и его реакціи на вредное вліяніе заразныхъ началъ. Нормальныя условія въ этомъ отношеніи въ общемъ важнѣе, чѣмъ сильное наростаніе вѣса.

У родившагося крѣпкимъ хорошо развивающагося ребенка ежедневное наростаніе вѣса колеблется во 2-й и 3-й четверти приблизительно между 150—250 грм., рѣдко до 300 грм., притомъ такимъ образомъ, что обыкновенно особенно значительное наростаніе



на одной недѣлѣ выравнивается меньшимъ на слѣдующей, и наоборотъ.

Если наростанія въ теченіе долгаго времени значительно отстаютъ противъ основательныхъ ожиданій, то нельзя еще сейчасъ же предполагать недостаточное питаніе ребенка, надо точно установить описаннымъ выше способомъ количество вводимой пищи и, если оно слишкомъ мало, опредѣлить, является ли причиною этого недостатокъ молока или отсутствіе аппетита у ребенка (напр., вслѣдствіе парантерального зараженія). Это послѣднее наблюдается гораздо чаще, чѣмъ обыкновенно принимаютъ, и во всякомъ случаѣ во избѣжаніе тяжелыхъ ошибокъ надо исключить всякую другую причину со стороны ребенка, прежде чѣмъ однимъ или другимъ способомъ произвести искусственное повышеніе количества пищи. Подробности объ этомъ сообщены въ отдѣлѣ патологии.

Какъ упомянуто выше, время появленія молока и момента (зависящаго отъ сосательнаго раздраженія ребенка и его потребности въ пищу) повышенія работоспособности грудныхъ железъ, съ индивидуальной точки зрѣнія, весьма различны и у первородящихъ обыкновенно менѣе благоприятны, чѣмъ при повторномъ кормленіи грудью. Этотъ, а также неоднократно указанный фактъ, что длительное скудное кормленіе грудью нисколько не вредно ребенку, оправдываетъ врача и обязываетъ его въ случаѣ медленнаго наступающаго или медленнаго повышающагося млекоотдѣленія какъ можно дольше выжидать достаточнаго его наростанія, тщательно наблюдая за матерью. Руководящими данными при этомъ можетъ служить то положеніе, что вѣсъ тѣла послѣ перваго „физиологическаго паденія“ (см. стр. 21) уменьшается уже не въ той же степени, а не болѣе чѣмъ 5—10 грм. въ сутки, и что явленіе это, въ случаяхъ прибавки небольшого количества слабаго подслащеннаго сахариномъ чаю, можетъ продолжаться въ теченіе 1—2-хъ недѣль. Если и послѣ этого не наступаетъ увеличеніе количества пищи и наростанія вѣса тѣла, то недостаточное кормленіе грудью должно быть дополнено, и притомъ обыкновенно искусственнымъ вскармливаніемъ.

Тогда въ исключительныхъ случаяхъ можно помочь горю тѣмъ, что плохо питающемуся грудью ребенку даютъ одинъ или нѣсколько разъ въ день достаточное количество той же пищи. Упомянемъ здѣсь вкратцѣ, что ребенокъ въ крайнемъ случаѣ можетъ получать каждое кормленіе отъ другой кормилицы, и, какъ показываетъ опытъ въ учрежденіяхъ, при этомъ можетъ безукоризненно развиваться.

Прибавленіе искусственной пищи рядомъ съ груднымъ кормленіемъ, обозначаемое въ послѣднее время названіемъ *Zwimilchernahrung*, взамѣнъ до сихъ поръ употреблявшагося французскаго выраженія *Allaitement mixte* (смѣшанное вскармливаніе), даетъ гораздо лучшіе результаты для развитія ребенка, чѣмъ исключительно искусственное вскармливаніе, и должно было бы рекомендоваться врачами болѣе широко, чѣмъ это дѣлается въ настоящее время. Существовавшій раньше и глубоко укоренившійся предрасудокъ противъ смѣшиванія или смѣны естественнаго вскармливанія неестественнымъ оказался неосновательнымъ; поэтому недостаточное кормленіе матери не должно быть поводомъ къ отнятію отъ груди, а всегда лишь поводомъ къ назначенію смѣшаннаго вскармливанія. При этомъ можно поступать такимъ образомъ, что давать одинъ или 2 раза, но не болѣе (спустя нѣкоторое время) 3-хъ разъ въ сутки вмѣсто груди рожокъ или же 1 разъ и чаще непосредственно послѣ недостаточнаго кормленія грудью для дополненія дать достаточное количество искусственной пищи \*).

\*) Намъ кажется, что врядъ ли резонъ давать ребенку обѣдъ изъ двухъ блюдъ совершенно различнаго свойства, и личный нашъ опытъ говоритъ, что

Каждая из этих мѣръ проводится съ успѣхомъ и рекомендуется для опредѣленныхъ случаевъ. Важнѣе всего, чтобы ребенку не давать другой пищи и этимъ не отучить его отъ достаточнаго сосанія груди. Указанное требованіе надежнѣе выполняется при первой формѣ смѣшаннаго вскармливанія, а именно, при смѣшѣ даванія груди рожкомъ. Эта форма смѣшаннаго вскармливанія въ то же время единственно возможная, если препятствуетъ правильному кормленію въ теченіе всего дня работа матери внѣ дома. Во всякомъ случаѣ при тщательномъ наблюденіи за количествомъ пищи и цифрами вѣса тѣла надо заботиться о томъ, чтобы ребенокъ получалъ лишь столько искусственной пищи, сколько безусловно необходимо, чтобы онъ всегда вполне опорожнялъ грудь и этимъ предохранилъ ее отъ застоя молока и уменьшенія секретіи. Въ противномъ случаѣ, какъ это часто наблюдается въ повседневной практикѣ, дѣло вскорѣ доходитъ до того, что ребенокъ перестаетъ сосать грудь, дѣлающуюся все болѣе скудной и «самъ себя отлучаетъ», потому что «грудь ему болѣе не по вкусу».

Выборъ пищи, необходимый для смѣшаннаго вскармливанія, устанавливается, согласно правиламъ, имѣющимся для искусственнаго вскармливанія.

Если отсутствуютъ поводы для смѣшаннаго вскармливанія, то часто удается снова отмѣнить его въ пользу исключительнаго вскармливанія грудью. Такъ, напр., если замедленная и скудно развивающаяся лактація матери постепенно подъ вліяніемъ энергически совершаемаго ребенкомъ сосанія часто спустя лишь нѣсколько недѣль становится достаточной, или если мать уже болѣе не вынуждена отлучаться на часы или на полъ-дня отъ ребенка и т. д. Такъ какъ работоспособность молочныхъ железъ зависитъ въ значительномъ размѣрѣ отъ предъявляемыхъ къ нимъ требованій, то количество молока послѣ постепеннаго изыятія искусственной пищи достигаетъ обыкновенно въ теченіе нѣсколькихъ дней требуемой высоты; даже возможно вызвать лактацію въ груди, которая уже совершенно перестала отдѣлять молоко. Впрочемъ эта такъ назыв. релактація удается лишь въ томъ случаѣ, если образованіе молозива не зашло уже слишкомъ далеко.

### Отнятіе отъ груди.

Хотя, какъ указано было раньше, продолжительность лактаціи сама по себѣ не ограничена, хотя при достаточно обильной секретіи можно достигнуть нормальнаго наростанія вѣса ребенка и по истеченіи конца перваго года,—не принято и не можетъ быть рекомендовано съ врачебной точки зрѣнія въ теченіе столь долгаго времени исключительнаго кормленія грудью. Во 1-хъ, нормально развивающійся грудной ребенокъ гораздо раньше, приблизительно между 6-мъ и 8-мъ мѣсяцемъ, обнаруживаетъ уже потребность къ другой пищѣ, напр., онъ засовываетъ въ ротъ сухарикъ и т. п. и ѣсть; во 2-хъ, съ этого возраста прикормъ дѣйствуетъ несомнѣнно благоприятно на сохраненіе свѣжаго цвѣта кожи и плотнаго тургора, а также на развитіе костей и статическихъ функцій ребенка.

Основано ли существенное значеніе прикорма на болѣе обильномъ введеніи углеводовъ или неорганическихъ веществъ, напр., извести или желѣза, изъ которыхъ оба въ женскомъ молокѣ содержатся въ сравнительно скудномъ количествѣ, еще не рѣшено, но несомнѣнно,

смѣшеніе естественной пищи съ неестественной понижаетъ усвояемость первой изъ нихъ. Не лучше ли дать отдѣльно ребенку меньшее количество женскаго молока и отдѣльно же вполне достаточныя количества разбавленнаго коровьяго?

Прим. ред.

что благодаря этому устанавливается необходимый по природѣ переходъ къ смѣшанной пищѣ старшаго возраста.

Начало, какъ и способъ этого перехода обнаруживаются, смотря по обычаямъ страны, крайнее разнообразіе и отнюдь не всегда производятся цѣлесообразно. Ошибка слишкомъ долгаго кормленія грудью менѣе распространена, чѣмъ другая, когда ребенку слишкомъ рано, съ 3-го — 4-го мѣсяца его жизни, даютъ много сладкихъ мучныхъ суповъ, сухарей и молока животныхъ.

Подобно Czerny, мы въ настоящее время почти всегда рекомендуемъ способъ, которому слѣдуютъ дѣтскіе врачи, а именно: съ 6—7-ми мѣсяцевъ около полудня давать супъ изъ крупчатки, сваренный на мясномъ бульонѣ, вмѣсто одного кормленія грудью. Бульонъ долженъ быть приготовленъ приблизительно изъ  $\frac{1}{8}$  килограмм. мяса со всѣми приправами (солью, корешками), какъ для взрослыхъ, но онъ долженъ быть хорошо обезжиренъ и во всякомъ случаѣ въ немъ не должно быть большихъ количествъ клейдающихъ веществъ (какъ, напр., бульонъ изъ телячьихъ ножекъ и молодой птицы), такъ какъ они вызываютъ у многихъ дѣтей поносы.

Спустя нѣсколько недѣль, или если, напр., лѣтомъ нельзя достать вполне безупречнаго свѣжаго молока животныхъ, а также спустя нѣсколько мѣсяцевъ, замѣняютъ и второе грудное кормленіе искусственной пищей, состоящей изъ молока и мучного супа или молока и сухарей. Составъ этой пищи опредѣляется возрастомъ и вѣсомъ ребенка, согласно указаннымъ ниже точкамъ зрѣнія объ искусственномъ вскармливаніи. Постепенно, съ паузами по крайней мѣрѣ въ нѣсколько дней, каждый разъ замѣняется все новое грудное кормленіе искусственнымъ, причѣмъ сначала грудь и искусственное вскармливаніе должны перемежаться, во избѣжаніе сильнаго застоя молока. Послѣ полного отлученія списокъ блюдъ можетъ быть сдѣланъ болѣе разнообразнымъ, чаще мѣняя супы (супъ изъ риса, саго, макаронъ, картофеля, стручковыхъ овощей и т. д.) съ прибавленіемъ 1—2-хъ ложекъ пюре изъ овощей (моркови, шпината, цвѣтной капусты и т. д.) и частичной замѣной суповъ, изъ молока и муки или суповъ изъ молока и сухарей болѣе плотной густой молочной кашей (мондаминъ, крупчатка, рисъ и т. д.).

Сушеные или сырые (скобленные) плоды даются изъ педагогическихъ соображеній лишь послѣ того, какъ ребенокъ привыкъ къ овощамъ. Въ противномъ случаѣ трудно пріучить его къ нимъ. Вообще при большемъ разнообразіи пищи надо обращать вниманіе на то, чтобы ребенокъ не былъ слишкомъ разборчивъ въ пищу. При назначеніи зелени надо предварительно указать матери на возможность появленія остатковъ ея въ испраженіяхъ, ибо въ противномъ случаѣ онѣ пугаются и перестаютъ давать зелень, какъ «не переваривающуюся».

И у болѣе взрослыхъ и крѣпкихъ дѣтей въ концѣ 1-го года жизни ежедневное потребленіе молока не должно превосходить 1-го литра. Назначеніе его, если оно не прибавляется къ кашѣ, ни въ коемъ случаѣ не должно производиться черезъ рожокъ, даже цѣлесообразнѣе, хотя сначала и нѣсколько труднѣе при уходѣ за ребенкомъ, съ того момента, какъ онъ сталъ пить супъ съ ложки, давать и искусственную пищу съ молокомъ изъ чашки или рюмки, т. е. естественнымъ способомъ питья въ дальнѣйшемъ возрастѣ.

Распространенный во многихъ мѣстностяхъ дурной обычай, чтобы дѣти даже въ возрастѣ нейтральномъ и школьномъ пили молоко изъ рожка, потому что этимъ путемъ можно дать имъ большее количество молока, не только не рационаленъ и не эстетиченъ, но, вѣроятно, также вреденъ для роста челюстей, какъ и всякое сосаніе, переходящее за физиологической свой срокъ.

### Вскармливаніе кормилицей.

Единственной и полной замѣной <sup>1)</sup> молока матери будетъ грудь кормилицы, при томъ условіи, что она здорова, и что молока у нея достаточно. Практически важной количественной разницы между молокомъ различныхъ женщинъ нѣтъ, что сообщается о плохомъ, въ качественномъ отношеніи, женскомъ молокѣ основано лишь на неправильномъ толкованіи недостаточно точныхъ наблюденій.

Если на практикѣ часто возникаютъ затрудненія въ началѣ и въ теченіи кормленія ребенка наемной кормилицей, то это является почти всегда слѣдствіемъ вполнѣ устранимыхъ ошибокъ, происходящихъ вслѣдствіе незнанія основныхъ условій нормальной лактации и состоянія грудного ребенка въ его здоровомъ и больномъ состояніи. Все это у кормилицы и у вскармливаемого ею ребенка обстоитъ не иначе, какъ и при вскармливаніи грудью матери. Поэтому частая смѣна кормилицы въ большинствѣ случаевъ является плохимъ свидѣтельствомъ знаній дающаго совѣтъ врача.

Весьма частой ошибкой является выборъ очень богатой молокомъ (врачи и родители настоятельно требуютъ этого почти всегда) кормилицы для слабаго ребенка, который можетъ усваивать лишь небольшія количества пищи. Естественное послѣдствіе: застой молока, уменьшеніе и прекращеніе секреціи можно предупредить только искусственнымъ опорожненіемъ груди послѣ прикладыванія къ ней (см. стр. 40), иногда же одновременнымъ кормленіемъ мамкой собственнаго ребенка взятаго ею съ собою въ семью <sup>2)</sup>. Но лучше всего при выборѣ кормилицы принять надлежащія мѣры къ уравниванію отношеній богатства молока къ спросу на него со стороны вскармливаемого ребенка.

Посредничество въ выборѣ кормилицы, столь популярное немного лѣтъ тому назадъ, во многихъ мѣстахъ еще и теперь является одинаково опаснымъ, какъ съ врачебной, такъ и съ социально-этической точки зрѣнія.

Кормилицы, предлагаемыя конторами по найму прислуги и рекомендуемыя ими, привлекаемая радужными надеждами на хорошо оплачиваемыя мѣста посредствомъ разныхъ бюро и справочныхъ учреждений, находятся, по большей части, въ періодѣ значительнаго застоя молока и при поступленіи на мѣсто подвергаются нерѣдко опасности вовсе остаться безъ молока. Вотъ почему нечего удивляться тому, въ чемъ часто приходится въ послѣдствіи убѣдиться, а именно: что при такомъ способѣ найма кормилицы поддѣлываются, фальсифицируются необходимыя данныя, для оцѣнки здоровья и другихъ свойствъ кормилицы, замалчиваются весьма желательныя указанія относительно семьи, предшествовавшей жизни, прежнихъ болѣзней и т. д., ребенокъ, показываемый врачу, часто не собственности кормилицы и т. д.

Врачебный осмотръ, конечно, долженъ быть возможно болѣе подробнымъ и особенно направленнымъ на бугорчатку, сифились, пе-

<sup>1)</sup> Сказано это, однако, не въ этическомъ смыслѣ! Некормящая мать, отдающая своего ребенка для кормленія и для ухода кормилицѣ, въ послѣдствіи лишь съ трудомъ пріобрѣтаетъ нѣжную его любовь, питаемую имъ съ самаго начала, само собою разумѣется, къ кормящей его чужой женщинѣ; родная мать всегда рискуетъ, въ этомъ отношеніи, что ребенокъ, путемъ подражанія, пріобрѣтаетъ свойства и привычки кормилицы, не всегда могущей служить желательнымъ образцомъ. Передачи молокомъ особенностей характера, конечно, не можетъ быть—все объясняется бессознательнымъ подражаніемъ со стороны ребенка.

<sup>2)</sup> Этотъ выходъ, настоятельно рекомендуемый и по гуманитарнымъ соображеніямъ, часто вполнѣ примѣнимъ въ семьяхъ съ достаточно большой квартирой, и его надо по возможности чаще предлагать.

релой и паразитарныя, а также заразныя болѣзни кожи. Положительная реакція Pirquet, часто обнаруживающая у взрослыхъ вполнѣ скрытые очаги бугорчатки, не можетъ служить причиной для непринятія кормилицы, имѣющей всѣ другія достоинства. Wasserman п'овская реакція должна быть выполняема обязательно, а не всегда возможный осмотръ ребенка кормилицы даетъ гораздо менѣ надежныя данныя исключить сифилисъ, и указываетъ на богатство груди молоко лишь въ томъ случаѣ, если будетъ устраненъ послѣдующій застой молока. При нѣкоторомъ навыкѣ ощупываніе грудной железы (въ которой не вызванъ умышленно застой) можетъ указать на достаточное количество молока, если прощупывается железистая ткань обильная, твердая, болѣе плотная, чѣмъ окружающая жировая ткань и кожа надъ грудной железой теплѣе, чѣмъ надъ грудиной, и пронизана сильно выраженными венами. Точное указаніе на степень образованія молока даетъ только взвѣшиваніе выпитаго ребенкомъ количества.

Многочисленные вкратцѣ намѣченные выше недостатки найма кормилицъ черезъ конторы по найму прислуги и бюро кормилицъ могутъ быть устранены, если кормилицу берутъ изъ учреждений (для грудныхъ дѣтей, роженицъ, больницъ для грудныхъ дѣтей и т. д.), гдѣ онѣ вмѣстѣ съ своими дѣтьми<sup>1)</sup> находятся въ теченіе цѣлыхъ недѣль и мѣсяцевъ подъ безпристрастнымъ наблюдениемъ относительно количества молока здоровья и всего общаго состоянія. Онѣ тамъ обыкновенно научаются также разумно обращаться съ груднымъ ребенкомъ и ухаживать за нимъ.

Старое требованіе, чтобы ребенокъ кормилицы былъ приблизительно того же возраста, какъ и тотъ ребенокъ, котораго она беретъ кормить, въ настоящее время признано неосновательнымъ; скорѣе рекомендуется по вышеназваннымъ мотивамъ для новорожденного брать кормилицу, родившую уже нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ, такъ какъ подобный приемъ обезпечиваетъ правильный ходъ лактаціи, почему вполнѣ пригодна и кормящая впервые.

Содержаніе кормилицы, помимо необходимости дать ей особую комнату, требуетъ значительныхъ денежныхъ расходовъ, даже, если она принимаетъ, какъ это и слѣдуетъ, участіе въ уходѣ за ребенкомъ и въ домашнихъ работахъ, если не кормятъ ее съ излишней роскошью, въ виду значительнаго получаемого при этомъ жалованья (въ Германіи 30—45 марокъ въ мѣсяцъ).

Гораздо дешевле и въ большинствѣ случаевъ достаточную замѣну вскармливанія наемной мамкой даетъ смѣшанное вскармливаніе съ помощью кормящей женщины (вспомогательная кормилица). Для этого годится всякая здоровая, богатая молокомъ женщина, которая согласится нѣсколько разъ въ день прикладывать къ груди въ чужой или въ своей квартирѣ ребенка; при трехкратномъ прикладываніи къ груди можно въ свободное время 2 раза кормить искусственно. Благодаря тому, что кормящая женщина приходитъ въ домъ только для кормленія чужого ребенка, она своего собственнаго до нѣкоторой степени отнимаетъ отъ груди, отпадаютъ всѣ сомнѣнія и возраженія противъ содержанія наемной кормилицы въ домѣ. Контроль путемъ взвѣшиванія выпиваемого каждый разъ количества молока

<sup>1)</sup> Далѣе, эти учрежденія берутъ на себя устроить ребенка кормилицы и наблюдать за нимъ, причемъ расходы отчасти покрываются платой за наемъ. По различнымъ соображеніямъ, совершенно справедливо требуютъ закономѣрнаго урегулированія кормиличнаго промысла, равно какъ защиты ребенка кормилицы.

необходимъ уже для успокоенія родителей и для выясненія въ томъ случаѣ, если ребенокъ плохо развивается. Впрочемъ, для правильного веденія такого смѣшаннаго кормленія кормящей женщиной также необходимо точное знаніе физиологіи и патологіи грудного ребенка; особенно врачъ долженъ возставать противъ распространенныхъ и весьма понятныхъ суевѣрій матери, въ томъ смыслѣ, что во всякомъ безпокойствѣ во всякомъ плохомъ стулѣ ребенка виновато нарушеніе діеты полукормилицы \*).

### б) Искусственное вскармливаніе.

Въ противоположность вѣрности успѣха при вскармливаніи грудью матери, искусственное вскармливаніе сопряжено съ цѣлымъ рядомъ опасностей, которыя яснѣе всего обнаруживаются въ высокой смертности искусственно вскармливаемыхъ дѣтей. Эта опасность основана отчасти отъ разложенія молока животныхъ, составляющаго основную часть искусственнаго вскармливанія грудныхъ дѣтей, отчасти тѣмъ сильнѣе, чѣмъ раньше начинается искусственное вскармливаніе отъ химической разницы въ молоко животныхъ и женщины, которую до сихъ поръ нельзя устранить.

### Дѣтское молоко.

Значительнаго ограниченія первой опасности можно достигнуть тщательнымъ добываніемъ и уходомъ за молокомъ, которое затѣмъ продается подъ названіемъ дѣтскаго (санитарнаго, отборнаго и т. д.) молока. Но въ виду отсутствія однороднаго законодательнаго урегулированія требованій, которыя слѣдуетъ предъявлять къ такому дѣтскому молоку, названіе само по себѣ отнюдь не является ручательствомъ, какъ и, наоборотъ, нельзя сказать, что хорошее рыночное молоко ни въ коемъ случаѣ не пригодно для цѣли вскармливанія грудного ребенка.

Помимо умышленной, наказываемой закономъ фальсификаціи молока частичнымъ удаленіемъ сливокъ или подливаніемъ воды или прибавленіемъ консервирующихъ и маскирующихъ развитіе кислаго броженія веществъ, помимо далѣе случайнаго попаданія болѣзнетворныхъ зародышей, главная опасность въ цѣлости молока заключается въ болѣе или менѣе массовомъ присутствіи сапрофитовъ, вызывающихъ то быстрѣе, то медленнѣе глубокое разложеніе молока.

Главное количество этихъ зародышей приходится на попадающую уже во время доенія грязь, состоящую изъ волосъ, чешуекъ шкуры и распыленныхъ частичекъ кала животнаго, изъ частицъ пищи и грязи стойла, которыя попадаютъ въ молоко изъ воздуха или изъ рукъ доящаго изъ нечистыхъ сосудовъ и приспособленій, изъ грязной промывной воды и т. д.

Поэтому первымъ и важнѣйшимъ правиломъ для добыванія дѣтскаго молока является педантичная чистота дающихъ молоко животныхъ, особенно изъ вымени, устраненіе пыли (напр., при кладкѣ соломы и кормленіи) передъ каждымъ доеніемъ и величайшая чистота доильщиковъ, равно какъ ихъ рукъ, одежды, а также мытье примѣняемыхъ сосудовъ для доенія, собиранія, измѣренія, процѣживанія и т. д. однимъ словомъ, какъ можно больше асептики

\* Мы совсѣмъ не понимаемъ, какимъ образомъ мать позволить чужой женщинѣ по нѣсколько разъ въ день ходить для кормленія грудью изъ другого мѣста и другой жизненной обстановки. При нашей культурѣ подобнаго рода система можетъ вызывать лишь горькую улыбку. Какъ не позавидовать странѣ, гдѣ подобный способъ, вполне рациональный съ научной точки зрѣнія, можетъ серьезно рекомендоваться.

добыванія молока. Дальнѣйшее бактерійное загрязненіе въ молочной торговлѣ поддвиганіемъ и отбѣриваніемъ сравнительно незначительно, но первый попавшій въ стойлѣ посѣвъ разрастается дальше, и притомъ тѣмъ сильнѣе, чѣмъ больше, съ одной стороны, былъ посѣвъ, и чѣмъ ближе къ температурѣ тѣла сохраняется молоко, чѣмъ больше времени, съ другой стороны, проходитъ между доеніемъ и потребленіемъ молока.

Отсюда слѣдуетъ необходимость величайшей чистоты при добываніи, немедленное охлажденіе и возможно болѣе быстрая передача охлажденнаго молока потребителю. Съ этого момента начинается его отвѣтственность относительно ухода за молокомъ на дому.

Очевидно, больныя животныя, само собою разумѣется, не должны быть примѣняемы для добыванія дѣтскаго молока. Труднѣе рѣшительно отвѣтить на вопросъ, слѣдуетъ ли исключать реагирующіе на туберкулинъ коровы, у которыхъ не обнаруживается клинически бугорчатка, а въ особенности нѣтъ бугорчатки вымени. Выполненіе этого правила поднимаетъ цѣну молока, какъ всѣ согласны, въ высокой степени. Въ большинствѣ лучшихъ учреждений для дѣтскаго молока довольствуются поэтому частыми, по крайней мѣрѣ, повторяемыми ежемѣсячно, ветеринарными изслѣдованіями хорошо выдоеннаго вымени, благодаря чему не только своевременно можно обнаружить жемчужную болѣзнь его, но также и стрептококковую грудницу.

Предлагавшееся раньше общее требованіе сухого корма въ настоящее время уже не поддерживается. Достаточно при кормѣ на пастбищахъ или свѣжею зеленою заботиться о томъ, чтобы коровы не заболѣвали вслѣдствіе влажнаго корма или т. п. поносами, такъ какъ болѣе частое и сильное загрязненіе вымени затрудняетъ добываніе чистаго молока, и при этомъ попадаетъ въ молоко черезчуръ большое количество бактерій, производящихъ кислотное броженіе.

Гдѣ имѣются на мѣстѣ хорошо устроенныя и руководимыя молочныя фермы или учрежденія для дѣтскаго молока, тамъ, конечно, слѣдуетъ рекомендовать ихъ, какъ источникъ до его полученія. Но уже необходимость перевозки по желѣзной дорогѣ или въ повозкѣ въ теченіе нѣсколькихъ часовъ можетъ уничтожить лѣтомъ преимущества чистаго добыванія и охлажденія, и тогда во многихъ случаяхъ цѣлесообразнѣе получать даже менѣе чисто добытое молоко изъ лежащаго по близости коровьяго стойла нѣсколько разъ въ день въ свѣжемъ видѣ послѣ доенія и тотчасъ приготавливать его надлежащимъ образомъ.

Гдѣ нѣтъ ни той, ни другой возможности добыванія безупречнаго коровьяго молока, часто можно устранить затрудненія пользованіемъ молокомъ козы. Ея молоко такъ же хорошо и примѣнимо для вскармливанія грудныхъ дѣтей. Къ тому же бугорчатка у козъ значительно рѣже и извѣстная сухость козьего кала облегчаетъ чистое содержаніе животныихъ и чистоту добыванія молока \*).

Санитарная полиція и учрежденія для изслѣдованія пищевыхъ веществъ могутъ производить обстоятельный контроль молока. Онъ долженъ распространяться не только на обнаруживаніе разведеній, удаленія сливокъ и т. д., но также и на содержаніе грязи, лейкоцитовъ (проба Trommsdorff'a), микроорганизмовъ (посѣвовъ) и на опредѣленіе степени кислотности по Soxhlet-Henkel'ю <sup>1)</sup>. Хозяйка

\* ) Ничего принципиально не имѣя противъ употребленія козьего молока, мы должны сказать, что молоко обычныхъ породъ обладаетъ такимъ неприятнымъ букетомъ, благодаря которому даже неразумныя дѣти пьютъ его съ большой неохотой. Только тогда молоко это хорошо для примѣненія, если взрослые съ удовольствіемъ будутъ пить съ нимъ кофе. Прим. ред.

<sup>1)</sup> Степень кислотности есть то количество кислоты, которое нейтрализуется въ 50 куб. см. молока 1 куб. см.  $\frac{1}{4}$  — нормальнаго натроннаго щелока. Показателемъ служитъ фенолфталеинъ. Свѣжее молоко показываетъ

вынуждена ограничиваться весьма ненадежным испытанием вида, вкуса и запаха молока, а в некоторых случаях пробным кипячением, и потому тем больше внимания надо обращать на то, чтобы убедиться в качестве источника молока и требуемой свежести его.

Повторно много раз рекомендованная и практически приводимая пастеризация молока в крупном производстве не рекомендуется для детского молока. При обычном рыночном молоке, которое часто должно быть потреблено в некипяченом виде, она по крайней мере гарантирует гибель болезнетворных спор, а при детском молоке, которое всегда назначается в кипяченом виде, она маскирует, напротив, благодаря уничтожению сравнительно безвредных делятелей кислого брожения при сохранении гораздо более опасных споривидных «пептонизирующих бактерий» (Flügge),—важный признак отсутствующей свежести и чистоты. Кроме того, благодаря возможности последующего загрязнения необходимо повторное нагревание молока в домашнем хозяйстве, конечно, невыгодно.

Вопрос, о котором оживленно спорили много лет, можно ли назначением сырого молока более или менее вполне устранить вред, возникающий при искусственном вскармливании, в настоящее время может получить следующий ответ: для здорового грудного ребенка нет никаких преимуществ сырого молока перед пастеризованным или стерилизованным. Предположение в том смысле, что молоко при уничтожении некоторых биологических свойств при нагревании становится негодным питательным средством для ребенка, лучше всего опровергается тем наблюдением, что женское молоко после тщательно производимого в течение 10 минут кипячения дает при вскармливании тяжело-больных грудных детей такие же самые результаты, как и сырое женское молоко. Напротив, скорее имеет основание взгляд, согласно которому долгое нагревание молока, продолжающееся  $\frac{1}{2}$ —1 час, или очень сильное, превосходящее 100°, вызывает сильное «денатурирование» молока. По крайней мере в пользу этого говорит тот клинический опыт, что такое чрезмерно стерилизованное в продаже «стойкое молоко» при долгом исключительном применении ведет к малокровию, а иногда—и к появлению болезни Barlow'a. Далее, и при этом способе стерилизации нельзя достигнуть абсолютного освобождения от бактерий, а следовательно, более и менее постоянной стойкости.

Для домашнего хозяйства имеет значение только пастеризация, т. е., продолжительное нагревание до 60—65° С. и простое кипячение (малая стерилизация). Пастеризация не представляет для успеха вскармливания никаких преимуществ перед кипячением, и потому с помощью обычных аппаратов она тем кропотливее и тем менее надежна для уничтожения спор. Вот почему она не привилась и не может быть рекомендуема.

Итак наилучшим способом является кипячение. При этом принципиально не имеет значения, кипятится ли все количество, предназначенное на сутки, в глазированном или эмалированном горшке, или же кипячение производится в стеклянках, предназначенных для отдельных порций. Последнее лучше

2—4 степени кислотности и остается в этом состоянии (= инкубации) при «температуре коровы» 3—8 часов, при 10° 52—75 часов, смотря по чистоте процесса доения. Свертывание при кипячении наступает при 5,5—6,5° кислотности, а самопроизвольное свертывание—при 15—16-ти. Таким образом титр дает возможность приблизительного заключения о возрасте и качествах молока (Plaut, цит. по руководству Finkelstein'a).



всего выполнять съ помощью извѣстнаго Soxhlet'овскаго аппарата; вмѣсто патентованныхъ резиновыхъ пробокъ, которыя при охлажденіи втягиваются и герметически закупориваютъ стклянку, можно пользоваться надѣтой на нее металлической или стеклянной шапочкой. Время кипяченія съ момента появленія пара опредѣляется въ 10 минутъ. Съ помощью стерилизаціи въ отдѣльныхъ порціяхъ вѣрнѣе всего устраняются послѣдовательныя загрязненія; если вообще чисто содержать молоко, то достаточно вполне кипяченія въ горшкѣ, причѣмъ для устраненія перекипанія молока при кипяченіи его въ течение нѣсколькихъ минутъ можно пользоваться различными кастрюлями для молока съ пробуравленной крышкой или съ другими приспособленіями. Во всякомъ случаѣ къ нагрѣванію сейчасъ же надо присоединить (безъ переливанія!) возможно большее охлажденіе съ помощью холодной воды и долгое сохраненіе на холоду. Чтобы послѣднее выполнить небольшими количествами очень холодной воды или льда, Flügge рекомендовалъ „охладители“, построенные по принципу извѣстныхъ домашнихъ „ледниковъ“.

Что самое тщательное сохраненіе чистоты всѣхъ сосудовъ и приспособленій, входящихъ въ соприкосновеніе съ пищей грудного ребенка, всегда должно быть подчеркиваемо врачомъ и въ крайнемъ случаѣ подробно описано, понятно само собою. Сюда относится также немедленное выливаніе остатковъ молока изъ рожковъ и устраненіе высыханія трудно удаляемыхъ остатковъ молока въ нихъ, далѣе изгнаніе соски съ резиновой или стеклянной трубкой, которыя никогда нельзя достаточно хорошо вычистить. Очищеніе обыкновенной простой резиновой соски производится лучше всего обтираніемъ подъ струей воды съ ежедневнымъ однократнымъ кипяченіемъ въ водѣ. Сохраненіе очищенной соски лучше всего производить въ обеззараживающемъ растворѣ въ чистой прикрытой банкѣ или чашкѣ.

### Техника искусственнаго вскармливанія.

При практическомъ выполненіи искусственнаго вскармливанія съ самаго рожденія, какъ и при грудномъ вскармливаніи, въ первый день ребенокъ не долженъ получать пищи. Въ дальнѣйшемъ подражаніи естественнымъ условіямъ на 2-й день и въ 2 или 3 слѣдующіе даютъ немного пищи, не болѣе 3—4 разъ въ день и лишь съ 4-го или 5-го дня 5 разъ. Это число 5-ти кормленій должно остаться и на слѣдующее время, въ виду того, что болѣе долгое пребываніе коровьяго молока въ желудкѣ требуетъ соблюденія болѣе продолжительныхъ, лучше всего 4-хъ часовыхъ паузъ, а также въ виду того, что введеніе излишняго количества пищи при искусственномъ вскармливаніи съ самаго рожденія гораздо опаснѣе, чѣмъ при вскармливаніи естественномъ.

Такъ какъ содержаніе калорій въ коровьемъ и въ женскомъ молокѣ приблизительно одинаково, то казалось бы наиболѣе рациональнымъ назначеніе неразведеннаго коровьяго молока въ количествахъ, установленныхъ для грудного кормленія, и дѣйствительно, нѣкоторые авторы все продолжаютъ рекомендовать этотъ способъ. Но наблюденія почти всѣхъ врачей говорятъ, что хорошіе успѣхи получаются скорѣе при примѣненіи давно уже извѣстныхъ разведеній молока.

Исслѣдованія послѣднихъ лѣтъ показали, что преимущество такихъ разведеній основано не на «тяжелой перевариваемости» казеина коровьяго молока, ибо послѣдняя не доказана. Но, съ другой стороны, сомнительно, является ли при менѣе концентрированныхъ разведеніяхъ молока возможнымъ надежное устраненіе перекормиванія коровьимъ молокомъ. По всей вѣроятности, здѣсь

играютъ существенную роль другіе моменты, въ которые мы не можемъ подробнѣе вдаваться.

Получаемое при разведеніи уменьшеніе питательности, конечно, не можетъ быть пополнено какимъ угодно увеличеніемъ количества безъ того, чтобы чрезмѣрное введеніе жидкости оказалось безвреднымъ. Поэтому къ разведеніямъ дѣлаютъ прибавки, имѣющія цѣлью выравнивать или уменьшать недочеты; съ теоретической и эмпирической точекъ зрѣнія для этого лучше всего подходитъ молочный сахаръ. Поэтому рекомендуются для ребенка со второго дня жизни начинать разведенія коровьяго молока 1:2 части воды и на каждые 100 куб. стм. прибавлять чайную ложку (3—4 грм.) сахара. Даже если съ конца 1-й недѣли ребенокъ выпиваетъ 5 такихъ порцій по 100 куб. стм.  $\frac{1}{3}$  молока + 1 чайная ложечка молочнаго сахара, то количество вводимой пищи при этомъ столь незначительно, что опасность перекармливанія при этомъ можетъ быть устранена съ большою вѣроятностью. Наблюденіе за ребенкомъ въ смыслѣ его вѣса, его испраженій и другихъ клиническихъ данныхъ выясняютъ затѣмъ показаніе къ медленному или болѣе быстрому увеличенію пищи.

Для увеличенія количества пищи <sup>1)</sup>, которое проще всего удовлетворило бы этому показанію, мы имѣемъ относительно надежное мѣрило въ ежедневныхъ количествахъ ея здороваго, имѣющаго нормальный вѣсъ и правильно развивающагося грудного ребенка. Если мы вспомнимъ, что онъ въ первыя недѣли жизни выпиваетъ около  $\frac{1}{6}$ , а затѣмъ постепенно все меньше, къ концу 1-го полугодія около  $\frac{1}{8}$  части своего вѣса, если мы будемъ держаться того, правила, что за предѣлы этихъ фізіологическихъ количествъ пищи особенно переходить при искусствѣнномъ вскармливаніи не слѣдуетъ, то изъ этого является необходимость повышать концентрацію или питательную силу молочныхъ разведеній, чтобы покрыть потребности ребенка.

Повышеніе концентраціи можетъ быть производимо или скачками, переходя отъ  $\frac{1}{3}$  молока къ  $\frac{1}{2}$  и далѣе къ  $\frac{2}{3}$  молока, или постепенно прибавляя нѣсколько ложекъ молока безъ измѣненія количества прибавляемой жидкости. Этотъ послѣдній способъ, повидимому, лучше подходитъ къ медленно повышающемуся объему пищи грудного ребенка.

Если мы при этомъ не будемъ переходить уже въ первые мѣсяцы жизни ни къ цѣльному коровьему молоку, въ томъ случаѣ, если по опыту оно оказалось нецѣлесообразнымъ, то надо повысить питательную силу соответственными прибавками, а именно или жиромъ, или углеводами; послѣднее производится съ помощью уже упомянутаго раньше прибавленія молочнаго сахара.

Искусственное повышеніе въ молоко жира проще всего произвести, какъ впервые указалъ Biedert, прибавкою свѣжихъ сливокъ.

<sup>1)</sup> Если желаютъ сдѣлать опредѣленіе объема пищи по обычнымъ стеклянкамъ съ дѣленіями, то надо раньше удостовѣриться, сколькимъ куб. стм. соответствуетъ одно дѣленіе. При примѣненіи такихъ стеклянокъ нельзя ожидать точности, ибо въ различныхъ моделяхъ имѣется разница отъ 3 до 23 стм. (1). Въ новѣйшее время акціонерное общество стекляннаго производства бывш. Friedrich Siemens, Дрезденъ-А, по порученію Kaiserin Auguste Viktoria-Haus, въ Шарлоттенбургѣ, выпускаетъ въ продажу дешевыя и полезныя стеклянки съ дѣленіями, вмѣщающія около 250 куб. стм. съ точными нанесенными снаружі дѣленіями по 10 грм. (до 200 гранъ). Эта модель удовлетворяетъ настоятельной потребности и точности стеклянокъ съ дѣленіями.

Въ виду того, что продажныя полученныя центрифугомъ сливки, предназначенныя для примѣненія у взрослыхъ, рѣдко удовлетворяютъ необходимымъ при вскармливаніи грудныхъ дѣтей требованіямъ въ смыслѣ своей свѣжести, бактериальной чистоты и наилучшаго источника, приготавлиють сливки домашнимъ путемъ прямо изъ сырого дѣтскаго молока. Это послѣднее ставится для охлажденія въ широкихъ сосудахъ и предоставляется произвольному отстаиванію сливокъ. Черезъ  $1\frac{1}{2}$ —2 часа получаютъ осторожнымъ сниманіемъ верхняго слоя (на 1 литръ выставленнаго молока 100 куб. см.) сливки, содержащія въ себѣ 10% жира.

Сливы же составляютъ основу Biedert'овской „естественной сливочной смѣси“, для степеней которой, по возрасту ребенка Biedert установилъ схему. Мы здѣсь не приводимъ ее, такъ какъ она не вошла въ употребленіе для вскармливанія здоровыхъ грудныхъ дѣтей. Цѣлесообразнѣе всего безъ всякой схемы прибавлять къ разбавленному растворомъ молочнаго сахара молоку столько свѣжихъ сливокъ, сколько желательнѣе для повышенія питательности, и насколько такая прибавка переносится ребенкомъ безъ желудочно-кишечныхъ расстройствъ. Обыкновенно дѣти рѣдко переносятъ безъ вреда такое прибавленіе сливокъ, чтобы количество жира въ смѣси превышало 3%.

Чтобы быть независимымъ отъ свойствъ свѣжихъ сливокъ, Biedert поручилъ германской молочной фабрикѣ въ Цвингенбергѣ, въ Гессенѣ, изготовить сливочный консервъ, которому онъ далъ названіе „рамогена“. Получаемый обильнымъ прибавленіемъ тростниковаго сахара до консистенціи тѣста консервъ содержитъ приблизительно 7% бѣлка, 16,5% жира и 34—36% сахара. Постепеннымъ прибавленіемъ рамогена къ смѣсямъ молока съ водою можно точно такъ же, какъ съ помощью прибавленія сливокъ, достигъ обогащенія жиромъ въ легко высчитываемыхъ количествахъ. Пастообразная консистенція и большое содержаніе сахара обезпечиваетъ извѣстную стойкость препарата даже и въ открытой уже жестяной коробкѣ, но противъ него сохраняются въ силѣ всѣ возраженія, дѣлаемая обыкновенно всѣмъ консервамъ.

Въ Gärtner'овскомъ жирномъ молокѣ съ помощью центрифугированія смѣси молока, воды, молочнаго сахара достигается повышенное содержаніе жира до  $3,0^0$ — $3,5^0$  и приблизительно химическій составъ, сходный съ женскимъ молокомъ. Такъ какъ жирное молоко изготовляется только фабричнымъ путемъ, то для сохраненія его въ неизмѣненномъ видѣ въ теченіе нѣсколькихъ дней приходится тщательно его обезпложивать.

Сходную попытку возможно точнѣе копировать въ грубой химической составъ женскаго молока представляетъ Vaskhan's'овское молоко въ его первоначальной формѣ. Оно въ настоящее время поступаетъ въ продажу исключительно въ модификаціи, гдѣ часть бѣлковъ молока предварительно переварена трипсиномъ и сычужомъ или осаждена, вслѣдствіе чего, однако, пропадаетъ сходство съ женскимъ молокомъ, и въ пользу этого нельзя привести физиологическихъ основаній. Изъ техническихъ соображеній этотъ фабрикатъ приходится обезпложивать еще тщательнѣе, чѣмъ Gärtner'овское жирное молоко.

Указанныя фабричныя препараты ни съ теоретической точки зрѣнія, ни по своимъ результатамъ на здоровомъ ребенкѣ не представляютъ никакихъ преимуществъ передъ смѣсями молока съ растворами молочнаго сахара и свѣжихъ, домашнимъ путемъ полученныхъ сливокъ. Но тамъ, гдѣ ихъ выпускаютъ съ соотвѣтственной рекламой, они находятъ обширный сбытъ и рекомендацію акушеровъ и врачей, основанныя на томъ обстоятельстве, что ихъ отпускаютъ отдѣльными порціями, весьма удобными для пользованія, и что назначеніе ихъ не требуетъ никакаго знакомства съ правилами питанія. Знающій свое дѣло и мыслящій врачъ лишаетъ себя этимъ способомъ возможности индивидуализировать содержаніе отдѣльныхъ питательныхъ началъ въ пищу ребенка, что необходимо, такъ какъ приблизительное сходство грубо химическаго состава съ женскимъ молокомъ отнюдь не создаетъ столь же цѣннаго питатель-

наго вещества и даетъ успѣхи только у тѣхъ дѣтей, которыя хорошо развиваются и на простыхъ молочныхъ разведеніяхъ, подслащенныхъ сахаромъ. У очень многихъ другихъ дѣтей именно большое содержаніе жира и сахара, которое въ видѣ женскаго молока переносится безпрепятственно, ведетъ къ поносамъ и рвотѣ и къ недостаточному нарастанію вѣса, котораго нельзя увеличить повышеннымъ введеніемъ пищи.

Чтобы увеличить содержаніе въ разведеніи коровьяго молока углеводовъ, мы имѣемъ въ распоряженіи различные сорта сахара, муки и слизистыхъ веществъ. Изъ первыхъ уже неоднократно были упомянуты молочный сахаръ. Soxhlet, Heubner и Hofmann рекомендовали прибавлять его въ большомъ количествѣ къ молоку для того, чтобы этимъ было покрыто обусловленное разведеніями уменьшеніе количества питательныхъ веществъ; при этомъ они доходили до концентрации сахара, въ значительной мѣрѣ превышающей физиологическое содержаніе его въ женскомъ молокѣ, т. е. 6—7% <sup>1)</sup>. Еще вопросъ, можно ли богатыми сахаромъ молочными смѣсями успѣшно кормить здоровыхъ дѣтей; съ другой стороны надо подчеркнуть тотъ фактъ, что многими дѣтьми эти смѣси вовсе не переносятся и не даютъ утѣшительныхъ прибавокъ вѣса. Поэтому рекомендуется прибавка молочнаго сахара въ такомъ размѣрѣ, чтобы общее количество, содержащееся въ смѣси вмѣстѣ съ сахаромъ коровьяго молока (въ которомъ его имѣется около 4%), не превышало 6%, и чтобы имѣющаяся дефицитъ былъ покрытъ болѣе сильной концентраціей молока или прибавленіемъ муки.

Тростниковый сахаръ уже давно игралъ нѣкоторую роль въ искусственномъ вскармливаніи дѣтей хотя бы въ качествѣ подслащающаго средства гораздо раньше, чѣмъ появилась научная педиатрія. Но у маленькихъ грудныхъ дѣтей лучше избѣгать его въ виду значительной способности его къ броженію и замѣнить его молочнымъ сахаромъ, старшія же дѣти переносятъ его въ концентраціи, не дѣлающей пищи чрезчуръ сладкой.

Солодовый сахаръ (мальтоза) примѣняется только въ видѣ различныхъ солодовыхъ вытяжекъ (содержащихъ также декстрины, азотистыя начала, воду и т. д.), но не у здороваго ребенка. При леченіи больныхъ дѣтей онъ играетъ видную роль.

Изъ нерастворимыхъ „неразлагающихся“ углеводовъ у грудного ребенка примѣняются слизистыя вещества.

Ихъ получаютъ продолжительнымъ ( $\frac{1}{2}$ —1 часовымъ) вареніемъ овсяной крупы, овсяной муки, риса, перловой крупы, молотой ячменной крупы и т. д. Слѣдуетъ указать, сколько надо взять каждаго этого продукта для полученія опредѣленнаго количества слизи, ибо содержаніе ея въ различныхъ сортахъ весьма различно. Жидкая слизь должна оставаться жидкой и по охлажденіи, тогда какъ густая слизь имѣетъ видъ студня. Различныя слизистыя начала не представляютъ существенныхъ отличій другъ отъ друга въ цѣляхъ питанія, а по сравненію съ мукой отличаются тѣмъ, что онѣ не состоятъ, подобно послѣдней, преимущественно изъ крахмала, но содержатъ большія или меньшія

<sup>1)</sup> Это возможно въ виду незначительной сладости молочнаго сахара, который не дѣлаетъ пищу противной \*).

\*) Къ сожалѣнію, мы никакъ не можемъ раздѣлять подобнаго взгляда, такъ какъ убѣждались и убѣждаемся на каждомъ шагѣ въ томъ, что молочный сахаръ, мало сладкій, весьма легко подвергается разложеніямъ, служа превосходной средой не только для сапрофитныхъ, но даже патогенныхъ дѣятелей. Въ этомъ отношеніи обыкновенный сахаръ не имѣетъ себѣ конкурентовъ.

количества растительнаго бѣлка. Содержаніе въ нихъ сухого остатка, а слѣдовательно и питательныхъ началъ, особенно въ жидкихъ видахъ, незначительно.

Изъ различныхъ сортовъ муки, кромѣ овсяной муки <sup>1)</sup>, отличающейся содержаніемъ 5% и болѣе жира, примѣняются пшеничная мука и кукурузная мука (подъ названіемъ мондаминъ и майцена).

Въ то время, какъ при вареніи слизистыхъ веществъ всегда остается нерастворимый осадокъ, который долженъ быть удаленъ съ сливаніемъ или отцѣживаніемъ, отвары муки послѣ 10—20-минутнаго кипяченія содержать въ растворѣ (или правильнѣе въ состояніи набуханія) какъ разъ то количество вещества, которое было сначала прибавлено.

Вотъ почему ихъ питательное значеніе несравненно выше. Относительно способности набуханія кукурузная мука значительно превосходитъ другіе виды муки, такъ что, напр., 2%-ный супъ изъ мондамина даетъ ту же консистенцію, какъ 5%-ный супъ изъ пшеничной или овсяной муки.

Относительно дальнѣйшихъ превращеній въ кишечникѣ и въ промежуточномъ обмѣнѣ веществъ, согласно новымъ экспериментальнымъ изслѣдованіямъ Klotz'a, разнообразныя сорта муки представляютъ большую разницу, и потому ихъ значеніе при искусственномъ вскармливаніи неодинаково, хотя до сихъ поръ нѣтъ точныхъ клиническихъ наблюденій. Все-таки еще и теперь при плохомъ развитіи ребенка научно оправдывается переходъ отъ пшеничной муки къ овсяной (или наоборотъ). Всѣ виды муки имѣютъ одну общую черту, а именно: крайне незначительное содержаніе минеральныхъ составныхъ частей, почему на практикѣ необходимо прибавлять къ молочнымъ супамъ небольшое количество поваренной соли (3—5%) \*).

При практическомъ выполненіи искусственнаго вскармливанія

<sup>1)</sup> Обыкновенно примѣняемая Клогговская овсяная мука слегка поджарена и содержитъ вслѣдствіе этого около 5% растворимыхъ углеводовъ (декстриновъ), что практически значенія не имѣетъ.

\*) Чтобы много не разговаривать въ защиту ячменя, отвары котораго для разбавленія коровьяго молока горячо рекомендовались патріархомъ американской педиатріи, проф. А. Ясоби ровно 30 лѣтъ тому назадъ, мы позволимъ себѣ привести сравнительную таблицу разнаго рода злаковъ по Koenig'u, изъ которой видно, что ячмень имѣетъ всѣ преимущества: богатъ растительнымъ бѣлкомъ, желѣзомъ и фосфоромъ. Но больше всего говоритъ въ пользу ячменя отношеніе сахара къ жирамъ, вполне тождественное съ этимъ отношеніемъ въ молоко женскомъ.

Составныя части.	Вода		Плотн. ч.		Бѣлокъ	Сахаръ	Жиръ	Крахмалъ	Соли K	Соли Na	Соли Ca	Соли Mg	Соли Fe	Соедин. Ph	Соли Si	Клѣтчатка
	Вода	Плотн. ч.														
Пшеница . . . . .	14	86	12,3	3,8	11,8	64,0	0,4	0,2	0,05	0,2	0,02	1,0	0,02	2,5		
Ячмень . . . . .	14	86	11,1	3,2	2,1	61,6	0,3	0,2	0,06	0,1	0,04	1,1	0,7	5,3		
Рожь . . . . .	15	85	11,5	3,8	1,8	62,0	0,3	0,2	0,07	0,2	0,02	0,6	0,02	2,0		
Овесь . . . . .	12	88	10,4	3,7	5,2	54,0	0,3	0,2	0,09	0,2	0,02	0,5	1,4	11,1		
Майсь . . . . .	13	87	9,8	5,7	4,6	62,5	0,4	—	0,01	0,2	—	0,6	0,01	2,5		
Рись . . . . .	13	87	1,7	1,1	0,8	82,3	0,1	0,01	0,01	0,01	0,01	0,3	0,007	0,7		

Прим. ред.

обыкновенно избѣгаютъ у новорожденныхъ и дѣтей первыхъ 2—3-хъ мѣсяцевъ жизни всякаго прибавленія муки, ограничиваясь прибавкою сначала весьма разжиженныхъ, а постепенно все болѣе консистентныхъ слизистыхъ отваровъ, если вообще нельзя обойтись однимъ молочнымъ сахаромъ, какъ это возможно у многихъ здоровыхъ дѣтей до 6—7 го мѣсяцевъ, даже дольше.

Добавленіе муки, въ силу даже послѣ 3—4-го мѣсяцевъ ограниченной амилитической способности кишечника грудного ребенка, а также слишкомъ густой плотности очень концентрированныхъ отваровъ муки, представляетъ извѣстныя границы, переходить которыя нельзя безъ вреда для ребенка. Дальнѣйшее повышеніе въ доставкѣ пищи цѣлесообразнѣе всего выполнить съ помощью сахара.

Близко къ чистой мукѣ стоятъ сухари и мука изъ сухарей, въ которыхъ крахмалъ, благодаря процессу жаренія, отчасти декстринизированъ и этимъ переведенъ въ растворимую форму. Согласно имѣющимся уже изслѣдованіямъ (Hedenius) онѣ переносятся маленькими грудными дѣтьми не лучше, но скорѣе хуже, чѣмъ чистая мука. Поэтому ихъ можно рекомендовать только для старшихъ дѣтей (послѣ 6—7-ми мѣсяцевъ). Многіе специально изготовляемые для грудныхъ дѣтей сухари (напр., Orpel'евскіе питательные сухари, Friedrichsdorf'sкіе сухари и т. д.) содержатъ въ себѣ искусственно прибавленныя „питательныя соли“, т. е. известковыя и фосфорнокислыя соединенія. Преимущества этихъ прибавокъ нельзя признать уже потому, что они даются лишь въ томъ возрастѣ, когда ребенокъ получаетъ требуемое количество минеральныхъ солей въ видѣ суповъ и зелени, а также плодовъ въ гораздо болѣе естественной формѣ и концентраціи.

Принципально слѣдуетъ отвергнуть при вскармливаніи здоровыхъ дѣтей многочисленныя виды „дѣтской муки“, такъ какъ они съ одной стороны даютъ не больше, чѣмъ прибавленіе чистой муки, иногда съ примѣсью сахара, а также потому, что съ другой стороны они, благодаря своему рекламному расхваливанію въ качествѣ „единственной“ или „лучшей“ замѣны материнскаго молока“, вводятъ публику въ опасное заблужденіе и по крайней мѣрѣ косвенно виновны въ прекращеніи грудного кормленія очень многими матерями.

Особое положеніе занимаетъ еще часто примѣняемое «швейцарское молоко». Оно представляетъ цѣльное молоко, сгущенное при весьма обильномъ прибавленіи тростниковаго сахара до консистенціи пасты, а затѣмъ обезпложенное. Оно при вскармливаніи здоровыхъ грудныхъ дѣтей даетъ нисколько не лучшіе результаты, чѣмъ свѣжія смѣси съ молочнымъ сахаромъ и потому должно быть примѣняемо развѣ только временно при отсутствіи безусловно свѣжаго цѣльнаго молока. При этомъ слѣдуетъ имѣть еще въ виду, что высокое содержаніе въ немъ сахара многими дѣтьми не переносится вовсе.

Потребность въ пищѣ искусственно вскармливаемыхъ дѣтей должна быть считаема приблизительно такою же, какъ у грудныхъ дѣтей того же возраста и вѣса. Даже если, какъ указано было въ 1-й главѣ, обмѣнъ веществъ у грудныхъ дѣтей происходитъ, быть можетъ, нѣсколько экономнѣе, то, съ другой стороны, слѣдуетъ имѣть въ виду, что ими переносятся (значительное) количество излишней ѣды большею частью безъ вреда, между тѣмъ какъ при искусственномъ вскармливаніи оно ведетъ къ „перекармливанію“, т. е. къ патологическимъ процессамъ. Поэтому мы перенесемъ указанную на стр. 19 потребность калорій безъ колебаній и на искусственно вскармли-

ваемого ребенка и даже несколько уменьшим приведенные там цифры.

Для руководства во врачебной практикѣ можетъ служить слѣдующее количество калорій наиболѣе употребительныхъ пищевыхъ началъ:

Цѣльное молоко въ литр. около 700 калорій.

10% домашнія сливки въ литр. около 1300 калорій.

Мука въ 100 грм. 400 калорій.

Сахаръ въ 100 грм. 400 калорій.

Изъ этихъ немногихъ цифръ можно приблизительно высчитать содержаніе калорій въ опредѣленной пищевой смѣси и на основаніи этого рѣшить, представляетъ ли опредѣленное суточное количество ея требуемую калорическую цѣнность или нѣтъ. Объяснимъ это примѣромъ: 8-недѣльный ребенокъ, вѣсомъ въ 4500 грм., получаетъ на 5 порцій по 180 грм. = 900 грм.  $\frac{1}{2}$  молока,  $\frac{1}{2}$  воды + 20 грм. молочнаго сахара. Калорическая цѣнность этой пищи будетъ  $315 + 80 = 395$  калорій, т. е. до требуемаго круглымъ числомъ количества 450 не хватаетъ 55 калорій, которые могутъ быть покрыты 6 грм. жира = 60 грм. сливокъ или 14 грм. сахара. Но такъ какъ содержаніе сахара въ 18 грм. (изъ молока) + 34 грм. (изъ прибавки) = 52 грм. =  $\frac{580}{100}$  находится въ вполне допустимыхъ границахъ, и потому этотъ послѣдній способъ является наиболѣе простымъ.

Такимъ образомъ, съ одной стороны опредѣляются, устанавливаются нерѣдко совершаемая при выборѣ и дозировкѣ искусственныхъ питательныхъ смѣсией ошибки<sup>1)</sup>, съ другой стороны, не слѣдуетъ на основаніи вычислений вполне достаточнаго количества калорій дѣлать заключеніе о томъ, что данная пища дастъ хорошее развитіе ребенка. Предѣлы допустимости калориметрическаго исчисления отчасти намѣчены въ 1-й главѣ и еще ближе будутъ освѣщены въ главѣ о патологіи вскармливанія.

Поэтому невозможно установить назначеніе пищи даже для здоровыхъ дѣтей схематически въ видѣ таблицы, какъ ни желательна такая таблица, устраняющая необходимость собственного обдумыванія для нѣкоторыхъ много практикующихъ врачей. Въ тяжелой области искусственнаго вскармливанія дѣтей, требующей теоретическихъ знаній и клиническаго опыта, нельзя установить цѣлесообразныхъ показаній безъ обстоятельнаго наблюденія и оцѣнки каждаго случая въ отдѣльности.

Нѣкоторой точкой опоры для назначенія количества молока представляетъ такъ наз. „число Budin'a"<sup>2)</sup>, которое говоритъ, что получаемое искусственно вскармливаемымъ ребенкомъ количество коровьяго молока должно составлять около 10% вѣса его тѣла. Это количество молока, вполне покрывающее потребность въ калоріяхъ, можно усилить прибавленіемъ жира (сливокъ), сахара, муки, смотря по надобности.

Подобная же схематическая, впрочемъ неподходящая для всѣхъ случаевъ формула Pfaundler'a гласитъ такъ: „Взять коровьяго молока столько, чтобы оно составило 10-ю часть вѣса ребенка, прибавить углеводовъ 100-ю часть того же вѣса (но не болѣе 50 грм. въ сутки), добавить воды до 1-го литра, раздѣлить на 5 порцій и давать каждый разъ столько, сколько ребенокъ желаетъ пить. Изъ углеводовъ можно пользоваться у маленькихъ дѣтей молочнымъ сахаромъ или Soxhlet'овскимъ питательнымъ сахаромъ, у старшихъ—овсяной кашей или овсяной мукой въ видѣ 2—3-хъ %-наго слизистаго отвара или 4—5-хъ %-наго мучнаго. Потребность ребенка въ калоріяхъ удовлетворяется пищей, изготовленной по этой схемѣ, какъ это легко высчитывается, лишь въ томъ случаѣ, если онъ выпиваетъ сравнительно большее количество пищи, чѣмъ грудной ребенокъ того же вѣса, что, впрочемъ, и

<sup>1)</sup> Все это относится главнымъ образомъ лишь къ случаямъ, когда вводится пища въ малыхъ количествахъ.

<sup>2)</sup> Французскій акушеръ Budin извѣстенъ выдающимися заслугами въ области физиологіи питанія грудного ребенка.

обыкновенно бываетъ, если не ограничивать умышленно размѣры отдѣльныхъ порцій.

Переходъ къ смѣшанной пищѣ, происходитъ такимъ же образомъ, какъ у грудного ребенка, а именно на 6—7-мъ мѣсяцѣ въ полдень вмѣсто рожка даютъ супъ изъ крупчатки, приготовленный на мясномъ бульонѣ и вскорѣ послѣ этого зелень.

Для оцѣнки успѣховъ вскармливанія вѣсъ тѣла является самой надежной точкой опоры лишь въ первые недѣли и мѣсяцы, и чѣмъ старше ребенокъ, тѣмъ значительнѣе при этомъ другіе факторы. Это слѣдуетъ настоятельно подчеркнуть, ибо со времени популяризаціи взвѣшиванія въ дѣтской здѣсь дѣлаются частыя ошибки. Важнѣе, чѣмъ абсолютный вѣсъ тѣла и наростаніе, зависящія часто отъ величины и силы роста ребенка, постоянство наростаній и другія данныя ребенка, въ смыслѣ мышечнаго напряженія и тургора кожи, цвѣта, развитія костей, сна, настроенія, правильности испражнений и т. д. Особенно слѣдуетъ предостеречь отъ переоцѣнки обильнаго отложенія жира именно у искусственно вскармливаемаго ребенка, такъ какъ конституціональныя заболѣванія, напр., рахитъ, спазмофилія, эксудативный діатезъ, согласно наблюденіямъ, у тучныхъ дѣтей протекаетъ гораздо тяжелѣе, чѣмъ у дѣтей, упитанныхъ умѣренно.

На 2-мъ году жизни потребность ребенка въ бѣлкѣ преимущественно покрывается еще молокомъ, причѣмъ въ день совершенно достаточно давать  $\frac{3}{4}$ , но не болѣе 1-го литра; постепенно уже въ теченіе 2 го года и это количество можетъ быть ограничено въ пользу другихъ пищевыхъ средствъ еще больше, даже до  $\frac{1}{2}$ -литра. Какъ на 1-мъ году жизни въ полдень не даютъ молока ни во время ѣды, ни послѣ нея, меню составляется по способу, описанному на стр. 43, но при широкомъ пользованіи зеленью. Утромъ и въ полдникъ даютъ 200—250 куб. стм. молока съ сухарями безъ масла. сколько ребенокъ хочетъ, а вечеромъ то же количество молока съ крупчаткой, рисомъ мондаминомъ и т. п. въ видѣ жидкой или болѣе густой каши. На 2-й завтракъ, если не желаютъ его вовсе исключить, даютъ небольшое количество молока 100—150 куб. стм., а съ середины 2-го года лучше всего тонко намазанный масломъ ломтикъ хлѣба или булочки, а также свѣжіе, вареные или тушеные плоды.

Приблизительно съ конца 2-го года количество молока постепенно все уменьшается, сводясь, наконецъ, къ небольшимъ порціямъ во время перваго завтрака, а недостающая потребность въ бѣлкѣ пополняется мясомъ и яйцомъ. Въ виду гораздо большей концентрации, въ которой бѣлокъ содержится въ этихъ пищевыхъ веществахъ, достаточны небольшія порціи, какъ добавленіе къ зелени, стручковымъ овощамъ, плодамъ и т. д. необходимымъ, какъ для утоленія голода, такъ и для нормальнаго образованія испражнений или для поддержанія положительнаго щелочнаго балланса. Такимъ образомъ постепенно пища 3-лѣтняго ребенка приближается къ пищѣ взрослому настолько, что уже не необходимы особыя предписанія. Сильныя пряности (горчица, перецъ и т. д.) не нравятся даже старшимъ дѣтямъ и никому не придеть въ голову приучать къ нимъ дѣтей преждевременно.

### с) Уходъ за ребенкомъ.

Уходъ за ребенкомъ, предполагая здоровье и отсутствіе у него конституціональныхъ аномалій, въ первые мѣсяцы, быть можетъ, даже на протяженіи всего перваго года, настолько отступаетъ на задній планъ



сравнительно съ питаніемъ, что въ условіяхъ бѣдной грязной обстановки вскармливаемая грудью дѣти вообще развиваются часто гораздо лучше и успѣшнѣе, чѣмъ рожковья, за которыми въ жилищныхъ домахъ слѣдятъ тщательно, строго сообразуясь съ правилами гигиены. Однако, несмотря на вѣрность такого положенія, важность гигиенически правильнаго ухода должна быть оцѣниваема не меньше, что вытекаетъ изъ неодинаковой смертности и заболѣваемости искусственно вскармливаемыхъ дѣтей въ низшихъ слояхъ общества сравнительно съ образованными и жилищными классами. Только съ конца 1-го года жизни, когда значеніе пищи не играетъ уже столь преобладающей роли, уходъ, въ широкомъ смыслѣ слова, пріобрѣтаетъ все больше и больше вліяніе на здоровье ребенка.

Одной изъ первыхъ заповѣдей при уходѣ за груднымъ ребенкомъ и за дѣтьми вообще надо признать соблюденіе чистоты.

Лишь благодаря ей можно достигнуть асептики пуповины и правильнаго ея заживленія. Мумификація пуповины лучше всего достигается посредствомъ сухихъ высушивающихъ присыпокъ, какъ-то дерматоль, салициловый порошокъ съ талькомъ, обезпложенная бѣлая глина (опасность столбняка!) и т. п., закутываніе въ стерильную марлю или гигроскопическую вату. Всякаго рода мази и согрѣвающие компрессы производятъ противоположное дѣйствіе. Нѣкоторые авторы послѣ первой ванны совѣтуютъ, вплоть до закрытія пупка кожей, воздерживаться отъ ежедневныхъ купаній ребенка.

До конца 1-го года жизни, resp. до возраста, въ которомъ въ ребенкѣ успѣваютъ уже воспитать чистоту, его необходимо ежедневно купать. Температура ванны должна быть вначалѣ около 35° С., а въ старшемъ возрастѣ постепенно понижается на 2—3°, продолжительность купанья должна быть не дольше того, сколько необходимо для тщательнаго обмыванія всего тѣла особенно же складокъ кожи и окружности задняго прохода съ помощью мыла. Послѣ ванны надо особенно тщательно высушить кожу въ названныхъ мѣстахъ и лучше всего покрыть ее безразличной присыпкой (салициловая или цинковая присыпка, вазеноль, даже рисовая пудра или картофельная мука). Очищеніе лица и въ особенности глазъ свѣжей тепловатой водой дѣлается передъ ванной или послѣ нея. Обмываніе рта у грудного ребенка не рекомендуется, ибо оно не только не нужно, но опасно, въ виду возможности раненія слизистой оболочки (Афты Беднара). Лишь по выходѣ всѣхъ рѣзцовъ дозволяется сначала вытирать ихъ чистой полотняной тряпочкой, а затѣмъ мягкой щеткой. При этомъ одновременно надо обращать вниманіе на начинающіеся въ зубахъ изогненія, такъ какъ раннее консервирующее леченіе молочныхъ зубовъ обезпечиваетъ долгое сохраненіе ихъ, равно какъ и лучшее развитіе зубовъ постоянныхъ.

Противъ весьма распространеннаго дурнаго обычая пріучать ребенка къ соскѣ, какъ къ успокаивающему средству, должна вестись самая энергичная борьба. Соска не только неэстетична, но она часто является носителемъ грязи и зародышей болѣзней изъ кармана платья и полости рта матерей (которыя часто смачиваютъ ихъ слюною), съ пола и т. д. Совершенно правильно указываетъ Szegny, что существуютъ отъ природы спокойныя невропатическія дѣти, которыхъ можно соской успокоить проще всего и если она содержится въ чистотѣ и не наполняется сахаромъ, то это успокоеніе безвредно, но число этихъ дѣтей незначительно и не оправдываетъ

широко распространеннаго злоупотребленія этимъ успокаивающимъ средствомъ \*).

Передъ каждымъ кормленіемъ надо дитя перепеленать, если оно запачкалось, тщательно обмыть, высушить и припудрить. Очищеніе окружности задняго прохода у дѣвочекъ должно производиться всегда спереди назадъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ легко вогнать частицы испражненій въ широко зіяющую половую щель или въ отверстіе мочеиспускательнаго канала, благодаря чему могутъ возникать зараженія. При малѣйшей склонности къ опрѣлостямъ цѣлесообразно смазывать кожу соответственныхъ мѣстъ масломъ или вазелиномъ, а еще лучше—тонкимъ слоемъ цинковой пасты и этимъ предохранить ее отъ раздражающаго смачиванія.

Здоровый грудной ребенокъ сохраняетъ свою нормальную температуру вполне, если онъ покрытъ рубашонкой, сорочкой и пеленками въ достаточной степени и затѣмъ легкой периной и шерстянымъ одѣяломъ съ полотняной наволочкой; нагрѣваніе грѣлками и т. п. излишне. Комнатная температура должна быть отъ 19 до 20° C. (15, 2—16° R.), для поздняго дѣтскаго возраста меньше. Ребенокъ обязательно долженъ имѣть собственную постель.

Хорошо, что примѣненіе колыбели вышло изъ моды, такъ какъ дѣти, привыкая къ успокаивающему ихъ качанію, впоследствии уже не могутъ спать безъ этого. Непосредственный вредъ качанія, указывавшійся многократно на основаніи теоретическихъ соображеній, во всякомъ случаѣ не доказанъ \*\*).

Въ то время, какъ безусловно необходимо повторнымъ достаточнымъ провѣтриваніемъ дѣтской комнаты заботиться о достаточномъ притоцѣ въ нее свѣжаго и даже прохладнаго воздуха, въ первый разъ выносить новорожденнаго ребенка зимою не слѣдуетъ, тѣмъ болѣе, что комнатный воздухъ врядъ ли можетъ ему вредить. Въ этомъ случаѣ старшіе младенцы могутъ гулять и зимою при умѣренной температурѣ, если ихъ тепло одѣть. Впоследствии, когда дѣти уже самостоятельно бѣгаютъ, цѣлесообразнѣе и надежнѣе предохранить ихъ отъ простуды, если они гуляютъ и двигаются на свободѣ, чѣмъ, если ихъ возятъ въ колясочкѣ. Даже промачиваніе ногъ можетъ не вредить, пока ребенокъ находится въ движеніи, но какъ только онъ дома, тотчасъ же надо ему переменить чулки и башмаки.

Въ то время, какъ ребенка въ первую половину года приходится подымать лишь въ особыхъ случаяхъ (для купанья, кормленія), въ остальное время, если онъ не спитъ, онъ долженъ быть предоставленъ самому себѣ, съ 3-й четверти года все чаще носить на рукахъ или сажать на колѣни. Такимъ путемъ дитя свободнѣе можетъ осматривать окружающую среду и упражнять свои мышцы, въ то же время происходящее отъ того утомленіе благопріятствуетъ сну. Первые попытки стоять и бѣгать не надо поощрять, тѣмъ болѣе не слѣдуетъ имъ мѣшать, такъ какъ нечего опасаться вреднаго вліянія ихъ на спинку и ноги. Скорѣе укрѣпленіе мышцъ можетъ препятствовать возникновенію обезображиванія. При ношеніи грудного ре-

\*) Для насъ совершенно непонятна ссылка на проф. Сзегпу, какъ непонятенъ и совѣтъ его успокаивать соской невропатическихъ младенцевъ. Какъ разъ дѣтямъ такого рода постоянное держаніе соски во рту можетъ причинять крайне непріятныя послѣдствія, вродѣ привычки чесать пупокъ, ковырять въ носу, раздражать себѣ наружные половые органы.

Прим. ред.

\*\*) Неоднократно приходится наблюдать у дѣтей подъ вліяніемъ качанія симптомы, напоминающіе морскую болѣзнь.

Прим. М. Б.

бенка всегда слѣдуетъ обращать вниманіе на то, чтобы попеременно держать его то на правой, то на лѣвой рукѣ, во избѣжаніе развитія сколіоза. Если онъ сидитъ въ кроваткѣ, то какъ только онъ обнаруживаетъ утомленіе своимъ ненормальнымъ положеніемъ, надо снова положить его. Въ періодѣ, когда дитя учится бѣгать, свободному развитію его стремленій къ движеніямъ лучше всего способствуетъ „боксъ“; дно его покрыто мягкимъ гладкимъ одѣяломъ, о педантичной чистотѣ котораго необходимо всегда заботиться. Стѣны бокса должны быть, какъ это, напр., сдѣлано въ изображенномъ на рис. 5 Feer'овскомъ „огражденіи“, таковы, чтобы ребенокъ могъ все видѣть вокругъ себя.

Приученіе къ чистотѣ всецѣло зависитъ отъ заботы и вниманія прилагаемыхъ въ дѣлѣ воспитанія; она поэтому удается раньше всего, если хорошая няня почти исключительно занята груднымъ ребенкомъ. Позже 6-ти мѣсяцевъ ребенка можно держать на рукахъ „для совершенія естественныхъ потребностей или лучше сажать его



Рис. 5. Feer'овскій заборъ.

на ночной горшокъ съ широкими краями и подождать, покуда онъ не сдѣлаетъ, что ему нужно. Быстрота, съ которой достигаютъ цѣли, зависитъ частью отъ опытности няни, частью отъ индивидуальности ребенка и потому весьма различна. Въ общемъ можно ожидать, что ребенокъ при нормальныхъ условіяхъ ухода приблизительно къ году приученъ къ правильному выполнению своихъ обязанностей и спустя короткое время послѣ этого самъ заявляетъ о необходимости ихъ выполненія. Достиженіе достаточной опрятности у ребенка всегда требуетъ не одинъ мѣсяць времени. Удлиненіе этого срока до 3—4-го года и дольше при нормальныхъ условіяхъ ухода будетъ уже патологическимъ явленіемъ.

Часто мало оцѣнивается значеніе для всего дальнѣйшаго развитія ребенка его раннее приученіе къ послушанію, подчиненіе его желаній, наклонностей и антипатій волей воспитателя. Это въ значительной мѣрѣ облегчается спокойнымъ послѣдовательнымъ отношеніемъ его окружающей среды, между тѣмъ какъ капризы старшихъ ставятъ его втупикъ и вредятъ ему, дѣлая его самого капризнымъ, непостояннымъ и неразумнымъ ребенкомъ. Czerny въ своихъ лекціяхъ „Врачъ, какъ воспитатель ребенка“ („Der Arzt als

Erzieher des Kindes", Verlag von Deuticke, Leipzig und Wien, 2, Auflage 1908) въ классической формѣ указалъ на то, что воспитаніе ребенка должно начинаться со дня его рожденія и описать и самые способы.

Литература какъ въ главѣ I.

### III. Техника изслѣдованія, общая семіотика.

Техника изслѣдованія ребенка и оцѣнка самыхъ результатовъ, конечно, можетъ быть изучаема практически во время клиническаго преподаванія. Слѣдующая глава, такимъ образомъ, предполагая знакомство со способами внутренней медицины, укажетъ лишь тѣ методы, которые у ребенка, особенно грудного, требуютъ извѣстныхъ отличій и дасть нѣкоторыя указанія на несовѣмъ одинаковую оцѣнку опредѣленныхъ данныхъ.

Изслѣдованію предшествуетъ собраніе анамнеза, причемъ надо строго различать дѣйствительныя наблюденія окружающихъ и ихъ часто ошибочныя, отъ предвзятыхъ мнѣній происходящія попытки объясненія. Неясныя указанія, напр., относительно судорогъ, которыя имѣютъ разнообразное значеніе для различныхъ гетерогенныхъ симптомкомплексовъ, слѣдуетъ по возможности выяснить или дополнить точными вопросами. Тогда уже часто возникаетъ положительный діагнозъ, который впоследствии можетъ быть провѣренъ или видоизмѣненъ пополненіемъ анамнеза, а затѣмъ изслѣдованіемъ. Немаловажное значеніе имѣетъ при этомъ, особенно у грудныхъ дѣтей, замѣтная, по сравненію съ организмомъ взрослыхъ, монотонность картины болѣзни вслѣдствіе болѣе или менѣе полного отсутствія множества болѣзненныхъ состояній, сразу исключаемыхъ изъ діагностическихъ выводовъ. Ставить вопросы надо по возможности такимъ образомъ, чтобы матери не высказывали своихъ мнѣній или описаній, а простыми словами „да“, „нѣтъ“, или какимъ-нибудь числомъ <sup>1)</sup> отвѣчали на заданный вопросъ.

Уже во время собранія анамнеза врачъ получаетъ при безпристрастномъ наблюденіи ребенка нѣкоторое впечатлѣніе, которое тѣмъ важнѣе, чѣмъ меньше у маленькихъ дѣтей играетъ заблуждающее врача роль самообладаніе или умышленное искаженіе. Такъ, напр., очень часто осанка и видъ ребенка, его выраженіе лица и т. д. представляетъ цѣнный съ діагностической точки зрѣнія данныя. Soltmann въ остроумной работѣ о мимикѣ и жестахъ больного ребенка приводитъ много подробностей, отъ передачи которыхъ мы должны здѣсь отказаться.

Собственное изслѣдованіе въ тѣсномъ смыслѣ слова должно быть *cum grano salis* полнымъ, и начинающій поступить лучше всего, если онъ будетъ придерживаться опредѣленной схемы; но цѣлесообразнѣе раньше всего изслѣдовать ту область тѣла и тотъ органъ, который, согласно анамнезу, является преимущественнымъ мѣстомъ болѣзни. Далѣе, насколько это возможно, надо отложить къ концу всѣ тѣ способы изслѣдованія, которые сильно возбуждаютъ ребенка и вызываютъ у него продолжительный крикъ и сопротивленіе, напр., осмотръ зѣва.

<sup>1)</sup> Этимъ правиломъ я обязанъ моему высокоуважаемому покойному учителю офтальмологу Richard'y Förster'y. Оно есть плодъ богатѣйшаго врачебнаго опыта.

Цвѣтъ лица, дыханіе, пульсъ и опредѣляемая приложеніемъ руки температура кожи могутъ быть наблюдаемы часто уже до раздѣванія ребенка, вызывающаго обыкновенно его беспокойство. Для подробнаго изслѣдованія ребенка надо его раздѣть; грудныхъ дѣтей лучше всего сразу раздѣть совершенно, чтобы можно было въ короткое время осмотрѣть все тѣло; затѣмъ, насколько это позволяетъ изслѣдование, можно по частямъ закрывать. У старшихъ дѣтей часто уже чувство стыдливости требуетъ постепеннаго частичнаго раздѣванія.

Изслѣдованіе начинается измѣреніемъ температуры, которое у грудныхъ дѣтей выполнимо точно только въ заднемъ проходѣ. Для этого ребенка лучше всего положить на бокъ при согнутыхъ бедрахъ и удерживать его лѣвой рукой, въ то время, какъ правая вводитъ термометръ до начала температурной скалы въ задній проходъ и держитъ тамъ въ теченіе нѣсколькихъ минутъ (при такъ назыв. минутныхъ термометрахъ 2—3 мин., а при другихъ 5 мин. и дольше, пока ртутный столбикъ уже больше не поднимается въ теченіе минуты). Большею частью незачѣмъ предварительно смазывать жиромъ кончикъ термометра. Даже и у спокойно лежащихъ дѣтей строго запрещается укрѣплять введенный термометръ пленками и т. п. и отходить отъ ребенка, такъ какъ при неожиданномъ движеніи его термометръ сломается въ заднемъ проходѣ и можетъ причинить тяжелья поврежденія.

Измѣреніе въ прямой кишкѣ остается самымъ точнымъ и въ теченіе ближайшихъ лѣтъ, но послѣ окончанія грудного возраста, въ особенности у беспокойныхъ дѣтей, его можно замѣнить измѣреніями въ паховомъ сгибѣ, причѣмъ термометръ вводится въ складку между животомъ и сильно приведеннымъ къ животу бедромъ. Лишь съ 8—10 года измѣренія подъ мышками даютъ у не слишкомъ худощавыхъ дѣтей достаточно точныя данныя.

Слѣдуетъ принимать во вниманіе, что у маленькихъ дѣтей охлажденія послѣ долгаго переѣзда по улицѣ (напр., при посѣщеніи врача) вполне достаточно для того, чтобы лихорадочная температура при первомъ измѣреніи оказалась замаскированной.

Частота, число и время измѣреній указываются врачомъ, смотря по характеру случая. Обыкновенно дѣлается одно измѣреніе утромъ, а другое вечеромъ. О нормальномъ состояніи температуры см. стр. 13.

При сосчитываніи дыхательныхъ движеній и пульсовыхъ ударовъ, которое, въ общемъ, производится такъ же, какъ у взрослога, надо по возможности отвлекать вниманіе ребенка и не вліять на его настроеніе, если желаютъ получить точныя числа. Другія качества, помимо частоты, едва ли можно опредѣлить на периферическомъ артеріальномъ пульсѣ грудного ребенка, такъ что для оцѣнки силы сердца надо пользоваться непосредственнымъ выслушиваніемъ сердечныхъ тоновъ.

Голова и шея. Для ощупыванія затылка (craniotabes) голова плотно удерживается плоско приложенными ладонями, такъ что пальцы остаются свободными для ощупывающихъ движеній. При этомъ можно изслѣдовать безъ вреда, оказывая достаточно сильное надавливаніе пальцами, чтобы опредѣлить уступчивыя мѣста. То же относится къ ощупыванію всѣхъ остальныхъ частей черепа, въ особенности большаго родничка. При оцѣнкѣ напряженія его надо помнить о томъ, что давленіе можетъ быть и нормально повышено на нѣкоторое время благодаря крику и натуживанію ребенка. Измѣреніе величины родничка производится въ косомъ поперечникѣ данными длины его или въ стм. или, что большею частью достаточно для прак-

тическихъ цѣлей, въ поперечныхъ пальцахъ. Величина черепа въ клинически-диагностическомъ отношеніи обыкновенно измѣряется лишь наибольшимъ горизонтальнымъ объемомъ черепа, который ставится въ соотношеніе съ окружностью груди (при отведенныхъ въ сторону рукахъ, непосредственно подъ углами лопатокъ, а впереди—на соскахъ). У новорожденныхъ обхватъ черепа превышаетъ обхватъ грудной клѣтки, въ возрастѣ 1—1½ лѣтъ онъ равенъ ему, а съ этого времени все больше и больше отстаетъ назадъ. Слѣдующая табличка даетъ нѣкоторыя среднія цифры:

		Окружность черепа.	Окружность груди.
Конецъ	1 мѣсяца	35,4 см	34,2 см
»	6 »	42,7 »	41,0 »
»	12 »	45,6 »	46,0 »
»	2 года	48,0 »	47,3 »
»	3 »	48,5 »	48,0 »
»	4 »	50,0 »	49,0 »
»	6 »	50,9 »	54,8 »
»	9 »	51,7 »	60,2 »
»	12 »	52,3 »	65,0 »

Для осмотра зѣва ребенка держать въ постели или на колѣняхъ у матери, хорошо удерживая его ручки. Врачъ захватываетъ лѣвой рукой затылокъ и вводитъ правой рукой шпатель или черенокъ ложечки, причемъ одновременно поворачиваетъ такимъ образомъ находящуюся въ полномъ его распоряженіи головку ребенка по направленію къ естественному или искусственному источнику свѣта. Если ребенокъ зажимаетъ шпатель между зубами, то врачъ спокойно выжидаетъ, осторожно продвигая впередъ шпатель, пока ребенокъ на минутку уступить и затѣмъ вдвигаетъ, отжимая языкъ книзу, свой инструментъ быстро до задней стѣнкі зѣва, причемъ, вызывая рефлексъ ребенка на рвоту, онъ заставляетъ его широко открыть ротъ. Зажиманіе носа, равно какъ всякая поспѣшность и примѣненіе силы излишни и производятъ лишь непріятное впечатлѣніе на находящихся вблизи окружающихъ. Въ качествѣ шпателя слѣдуетъ рекомендовать, вмѣсто обычнаго слишкомъ толстаго стекляннаго, гладкій металлическій шпатель, лучше всего изъ никкелина<sup>1)</sup>, который не ржавѣетъ даже и при частомъ кипяченіи или же изогнутый шпатель изъ никкелированной проволоки по Pirquet<sup>2)</sup>. Деревянные шпатели, уничтожаемые послѣ однократнаго примѣненія, несомнѣнно чисты, но вслѣдствіе недостаточной гладкости ихъ острыхъ краевъ могутъ производить раненія у сопротивляющихся дѣтей. Если нельзя обойтись при подробномъ осмотрѣ пальцевомъ изслѣдованіи органовъ зѣва безъ расширителя, то лучше всего пользоваться приспособленіемъ O'Dwyer'a или держателемъ Whitehead'a.

Изслѣдованіе гортани у маленькихъ дѣтей встрѣчаетъ большія затрудненія. По предложенію Roth'a зеркало должно быть отогнуто сильнѣе, чѣмъ у взрослыхъ (100° вмѣсто 135°); предварительнаго обезболиванія зѣва эйкаиномъ, новокаиномъ и т. п. почти никогда нельзя избѣжать. Точно также аутоскопія по Kirstein'у съ

<sup>1)</sup> Можно получать отъ Georg'a Härtel'я въ Бреславлѣ, Albertstrasse.

<sup>2)</sup> Получается въ Medizinisches Warenhaus въ Берлинѣ \*).

\*) Зачѣмъ понадобилось въ руководствахъ для учащихся рекламировать фирмы—вѣдаетъ Аллахъ. Подобныя рекомендаціи роняютъ достоинство науки и невольно вызываютъ обидныя подозрѣнія.

крайне малыми моделями выполняема лишь при большом опыте и не у всякаго грудного ребенка. Въ крайнемъ случаѣ исследование можно выполнить подъ наркозомъ. Передняя риноскопія и ото-скопія выполняется какъ у взрослыхъ, конечно, соответственно меньшимъ зеркаломъ; большую частью необходимо предварительное очищеніе узкаго слухового прохода отъ частицъ ушной сѣры; сильный наклонъ барабанной перепонки по направленію слухового хода затрудняетъ объясненіе получаемыхъ картинъ. Для предварительной ориентировки въ наличности остраго болѣзненнаго воспаленія въ среднемъ ухѣ часто достаточно давленія на козелокъ, причѣмъ ребенокъ обыкновенно отвѣчаетъ болевымъ рефлексомъ, но, какъ и при всѣхъ исследованияхъ на болевую чувствительность, надо убѣдиться въ томъ, что эта боль мѣстная, а не представляетъ собой общей, вызванной настроеніемъ ребенка.

Исследование глазъ ребенка также не представляетъ въ техническомъ отношеніи никакихъ особенностей. Исследование глазнымъ зеркаломъ выполняется лучше всего при спинномъ положеніи ребенка въ кровати или на колѣняхъ матери (иногда послѣ предварительнаго введенія гоматропина); при этомъ вѣки въ случаѣ надобности раздвигаются вѣкодержателемъ.

**Грудь. Исследование сердца.** Сердечный толчокъ у грудного ребенка въ нормальномъ состояніи не замѣтенъ или слабо прощупывается въ 4-мъ межреберномъ промежуткѣ, на 1—2 см. кнаружи отъ сосковой линіи. По мѣрѣ роста ребенка онъ постепенно становится болѣе замѣтнымъ и измѣняетъ свое положеніе такимъ образомъ, что около 2—3 лѣтъ онъ лежитъ въ 5-мъ межреберномъ промежуткѣ и подвигается все больше къ срединной линіи и, наконецъ, во время полового созрѣванія онъ занимаетъ фізіологическое для взрослою положеніе внутри отъ сосковой линіи.

Выстукиваніе сердца у грудного ребенка даетъ лишь весьма неточныя указанія о величинѣ сердца и можетъ обнаружить только большія увеличенія органа. Оно всегда выполняется пальцемъ по пальцу, и весьма осторожно, лучше всего на сидящемъ ребенкѣ, такъ какъ при положеніи на спинѣ сердце отходитъ нѣсколько назадъ. Большая (относительная) тупость сердца у грудного ребенка доходитъ влѣво на 1—2 см. снаружи отъ сосковой линіи, сверху до 2-го ребра, справа нѣсколько переходитъ за правый край грудины и внизъ до 4-го межребернаго промежутка. Малая (абсолютная) тупость сердца находится въ небольшой области слѣва по лѣвому краю грудины. Съ возрастомъ ребенка относительная сердечная тупость главнымъ образомъ уменьшается вправо и распространяется соответственно постепенно опускающейся внизъ грудобрюшной преградѣ около 2—3 года внизъ на 1 межреберный промежутокъ; малая сердечная тупость увеличивается влѣво, и соответственно тому внизъ \*).

\*) Полагая, что болѣе подробныя указанія на границы сердца въ разные періоды дѣтскаго возраста не будутъ лишними, мы приводимъ результаты собственныхъ исследованийъ и измѣреній, произведенныхъ въ Кіевѣ на матеріалѣ лечебницы «Общества поданія помощи больнымъ дѣтямъ въ г. Кіевѣ» и лѣтнихъ школьныхъ колоній.

Если все дѣтство раздѣлить на три періода (грудной возрастъ, отъ конца перваго года до начала 7-го и отъ 7-го до 14-го), то окажется, что граница относительной тупости слѣва сверху приходится въ теченіе первыхъ двухъ періодовъ на 2-й межреберный промежутокъ, въ 3-мъ періодѣ—сначала на 3-е ребро, а позже на нижній край послѣдняго. Во всѣ періоды большая тупость

Слабое притупление надъ рукояткой грудины („стернальное притупление“), которое часто бываетъ, считается за притупление отъ „вилочковой железы“; отъ верхняго края сердечнаго притупления оно отдѣляется половою ясною легочнаго тона. Болѣе сильное притупление на грудинѣ имѣеть всегда патологическое значеніе и обусловливается выпячиваніемъ впередъ верхней части грудины.

Болѣе важныя указанія даетъ выслушиваніе. Для болѣе точной локализациі отдѣльныхъ тоновъ и шумовъ рекомендуется вмѣсто уха пользоваться инструментомъ. При употребленія твердаго стетоскопа слѣдуетъ избѣгать всякаго давленія на уступчивую грудную клетку ребенка, вызывающаго безпокойство ребенка. При пользованіи мягкими слуховыми трубками тоны кажутся нѣсколько тише и менѣе ясными; впрочемъ, съ помощью слухового аппарата, при которомъ выслушиваютъ обоими ушами (фонандоскопъ и т. п.), они слышны громко, но надо научиться сначала отвлечься отъ весьма мѣшающихъ вначалѣ побочныхъ шумовъ. Въ общемъ, сердечные тоны у маленькихъ дѣтей громче, чѣмъ у взрослыхъ, рѣдко ограничены и имѣють металлическій оттѣнокъ. На верхушкѣ преобладаетъ ясно первый тонъ, между тѣмъ какъ на основаніи физиологическое у взрослого преобладаніе втораго тона замѣчается мало или совсѣмъ отсутствуетъ. Вслѣдствіе рѣзкости сердечные тоны ясно слышны за сердечной областью даже на спинѣ. Если во время выслушиванія сердца ребенокъ быстро дышетъ, что нельзя устранить, особенно у боязливыхъ дѣтей нейтральнаго возраста, то можно смѣшать истинные сердечные шумы съ такъ наз. „сердечно-легочными“. Въ грудномъ возрастѣ они обнаруживаются рѣдко. Легкія уклоненія отъ нечистоты или расщепленіе сердечныхъ тоновъ, особенно перваго тона на верхушкѣ, у дѣтей, дышавшихъ во время аускультациі, встрѣчаются часто и не имѣють діагностическаго значенія. Въ общемъ эндокардитическія заболѣванія, а вмѣстѣ съ тѣмъ и органическіе шумы (а также случайные шумы) у грудного ребенка рѣдки; поэтому всякій громкій сердечный шумъ у грудного ребенка а priori внушаетъ подозрѣніе на врожденный порокъ сердца. Съ конца нейтральнаго періода эти особенности мало-по-малу исчезаютъ.

Важную роль играетъ непосредственное выслушиваніе сердца, производи-

ясно опредѣляется справа отъ грудины, на мѣстѣ грудныхъ концовъ первыхъ двухъ реберъ и ихъ хрящей, причѣмъ выступъ этотъ равенъ 2 см. въ 1-мъ періодѣ, 1 см. — во 2-мъ и 0,5 см. — въ 3-мъ. Лѣвая граница въ области соска приходится въ 1-мъ періодѣ на соскъ, въ началѣ 2-го — на 0,5 снаружи отъ него, въ 3-мъ — снова на соскъ и даже кнутри отъ него. У правильно растущихъ дѣтей поперечникъ большой тупости, считая отъ *linea mediana sterni* въ горизонтальномъ направленіи къ соску для 1-го періода = 6 см., для 2-го = 7,5 см., для 3-го = 9 см. Между величинами, выражающими длину тѣла, окружность груди и размѣры сердца, имѣются такія отношенія: въ 1-мъ періодѣ 140 : 136 : 180, во 2-мъ — 150 : 124 : 170; въ 3-мъ — 130 : 118 : 150. На каждый кило вѣса въ 1-мъ періодѣ приходится 3,3 см. длины тѣла, 2 сант. окружности груди и 3,3 см. размѣровъ сердца; во 2-мъ періодѣ = 3,9 см., 1,2 см. и 3,6 см.; въ 3-мъ = 1,7 см., 6,9 см. и 2,3 см. На каждый сантиметръ окружности груди приходится 0,15 см. поперечника большой тупости въ 1-мъ и 2-мъ періодахъ, 0,14 см. въ 3-мъ. На каждый сантиметръ длины тѣла приходится длины большой тупости, считая по лѣвому краю грудины, въ 1-мъ періодѣ 0,07 см., во 2-мъ и 3-мъ по 0,06 см.

Малая (абсолютная) тупость имѣеть видъ прямоугольнаго треугольника, меньшій катетъ котораго представляетъ собою часть нижней горизонтальной линіи большой тупости, большій катетъ направляется по лѣвому краю грудной кости, а гипотенуза соединяетъ ихъ конечная точки. Вертикальный катетъ малой тупости для 1-го періода = 2 сант., для 2-го = 4 см., для 3-го = 5 см.; горизонтальный катетъ въ грудномъ возрастѣ = 2,5 см., во 2-мъ періодѣ = 3,5 см., въ 3-мъ = 4,5 см.

Прим. ред.



мое у дѣтей первыхъ мѣсяцевъ жизни для оцѣнки силы сердечной дѣятельности. Если оно ослабѣваетъ, то тоны становятся замѣтно глуше и тише пока, наконецъ, на верхушкѣ сердца выслушивается только глухой тонъ, соответствующій первому тону сердца (мышечному тону). Этотъ способъ изслѣдованія сердца замѣняетъ у маленькаго грудного ребенка изслѣдованіе лучевого пульса, которое въ виду его незначительности не допускаетъ точной оцѣнки его напряженія, величины и т. д. \*).

Измѣреніе кровяного давленія обычными аппаратами даетъ надежные результаты у старшихъ дѣтей, относится къ которымъ надо



Рис. 6. Выстукиваніе грудного ребенка.

съ величайшими предосторожностями; ихъ діагностическое значеніе въ практическомъ смыслѣ ничтожно.

у Легкія. Какъ изслѣдованіе сердца, такъ и выстукиваніе легкихъ требуетъ возможно большаго покоя ребенка. Этому часто можно достигнуть лучше всего тѣмъ, что ребенка оставляютъ на рукахъ или колѣняхъ матери, но при этомъ безусловно требуется строгая сим-

\*) Вопреки высказанному здѣсь положенію относительно акцента на первомъ тонѣ у верхушки сердца мы, на основаніи собственныхъ наблюденій, должны были придти къ нѣсколько иному заключенію. Въ зависимости отъ неравномѣрнаго роста обѣихъ половинъ сердца на протяженіи дѣтскаго возраста мы всегда получаемъ впечатлѣніе о болѣе сильномъ у основанія сердца и даже у верхушки второго тона, который впослѣдствіи, къ концу дѣтства смѣняется акцентомъ на первомъ тонѣ. Наиболѣе отчетливо усиленный второй тонъ мы находимъ во второмъ лѣвомъ межреберномъ промежуткѣ.

Прим. ред.

метрія въ положеніи ребенка, которой, однако, трудно достигнуть. Поэтому лучше производить выстукиваніе передней стороны грудной клѣтки при положеніи на спинѣ въ кроваткѣ, а выстукиваніе спины— въ сидячемъ положеніи, какъ видно на рис. 6-мъ, или въ лежачемъ на животикѣ. Въ первомъ случаѣ, какъ видно изъ рисунка, надо легкимъ подыманіемъ головки кверху выпрямить спинку, такъ какъ при согнутомъ кифотическомъ положеніи грудобрюшная преграда и печень оттѣсняются кверху и вправо, вызывая тѣмъ притупленіе. При изслѣдованіи въ положеніи на животѣ, которое наиболѣе удобно у маленькихъ грудныхъ дѣтей, грудь ребенка (при приведенныхъ и согнутыхъ ручкахъ) покоится на подложенныхъ рукахъ матери; спина плоско вытянута, и изслѣдованіе выполняется весьма удобно. Выстукиваніе дѣтской грудной клѣтки должно быть, въ виду сильной способности ея къ колебаніямъ, весьма тихимъ выстукиваніемъ пальцемъ по пальцамъ.



Рис. 7. Выслушиваніе грудного ребенка.

Если при этомъ замѣтно ослабленіе звука или повышеніе чувства сопротивленія, можно усилить ударъ для того, чтобы получить ясное представленіе о силѣ притупленія. Маленькіе пневмоническіе очаги совсѣмъ не измѣняютъ у грудныхъ дѣтей звука при выстукиваніи или же даютъ ему даже тимпанической оттѣнокъ (вслѣдствіе разслабленія или эмфиземы сосѣднихъ частей); поэтому у нихъ всякое сильное не исчезающее при сильномъ выстукиваніи притупленіе заставляетъ подозрѣвать выпоть. При выстукиваніи кричащихъ дѣтей надо принимать во вниманіе 2 обстоятельства: во 1-хъ, часто, въ особенности на передней поверхности грудной клѣтки, появляется громкій *bruit de pot fêlé* (шумъ треснувшего горшка), часто слышный почти какъ звонъ монеты, даже на мѣстахъ нормальныхъ частей легкаго; во 2-хъ, возникающее при крикѣ болѣе сильное напряженіе межреберныхъ мышцъ вызываетъ ослабленіе звука и повышеніе чувства сопротивленія, причемъ они оба исчезаютъ въ моментъ вдыханія, благодаря чему возможно отличать ихъ отъ истиннаго укороченія звука, указывающаго на заболѣваніе легкихъ. При выпотахъ въ грудную полость часто обнаруживаются измѣненія звука при выстукиваніи и на здоровой сторонѣ.

Выслушиваніе легкихъ у маленькихъ дѣтей лучше всего выполнять ухомъ; лишь тамъ, гдѣ слѣдуетъ избѣгать непосредственнаго соприкосновенія (заразныя болѣзни, мокнущая экзема и т. д.), пользуются стетоскопомъ или лучше приборомъ съ мягкими трубками или предпочитаютъ выслушивать непосредственно ребенка, покрывши его кожу чистымъ полотенцемъ. При выслушиваніи ребенка весьма полезно держать въ положеніи, указанномъ на рис. 7-мъ, ибо оно даетъ врачу наибольшую свободу дѣйствій. Въ противоположность выстукиванію, при выслушиваніи крикъ ребенка обыкновенно не мѣшаетъ, даже облегчаетъ, вслѣдствіе болѣе глубокихъ вдыханій, выслушивать слабые шумы, появляющіеся только на высотѣ вдыханія; вотъ почему приходится даже вызывать крикъ. Дыхательный шумъ у маленькаго

ребенка гораздо громче и рѣзче, чѣмъ у старшихъ дѣтей и взрослыхъ („пузырьное“ дыханіе), а въ особенности выдыханіе, слышное ясно даже при нормальныхъ условіяхъ. Помимо того, что тутъ требуется извѣстный опытъ для того, чтобы отвлечь свое вниманіе отъ часто обильно сопровождающихъ и до нѣкоторой степени заглушающихъ нормальный дыхательный шумъ (resp. аутохтонные хрипы) проведенныхъ шумовъ (изъ верхнихъ дыхательныхъ путей), то аус-



Рис. 8. Добываніе мочи у мальчика. На наружномъ половомъ членѣ надѣта пробирка, укрѣпленная лейкопластомъ.

культационныя явленія, въ общемъ, у грудного ребенка не отличаются значительно отъ данныхъ у взрослога. Упомянемъ еще только, что при пневмоніяхъ въ этомъ возрастѣ бронхофонія часто слышна яснѣе и раньше наступаетъ, чѣмъ бронхиальное дыханіе.

Животъ. У грудного ребенка состояніе брюшныхъ покро-



Рис. 9. Добываніе мочи у дѣвочки. Erlenmeyer'овская колбочка прикрѣплена на наружныхъ половыхъ частяхъ лейкопластомъ.

вовъ постольку даетъ важныя діагностическія данныя, поскольку ненормальная вялость ихъ всегда указываетъ на продолжительность болѣзни или на предшествовавшіе, серьезныя приступы. Если одновременно исхуданіе достигаетъ высокой степени, то часто можно ясно видѣть черезъ брюшныя покровы движенія кишечника.

Точное опредѣленіе границъ печени и селезенки возможно лишь съ помощью ошупыванія, ибо выстукиваніе даетъ весьма ненадежные результаты. Печень у грудного ребенка, какъ извѣстно, относительно больше, чѣмъ у взрослога, нижній край ея стоитъ глубже и въ нор-

мальныхъ условіяхъ онъ ясно прощупывается\* подъ реберной дугой<sup>\*)</sup>. Считать всякую ясно прощупываемую селезенку за увеличенную неправильно, такъ какъ часто дѣло идетъ лишь о ненормальномъ смѣщеніи ея. Почки могутъ быть прощупываемы спереди лишь при очень тонкихъ и вялыхъ брюшныхъ стѣнкахъ, чаще удается со стороны прямой кишки прощупать ихъ нижній полюсъ и установить, что онѣ ненормально смѣщены; патологическое значеніе это явленіе едва ли имѣетъ.

Весьма трудно у дѣтей первыхъ лѣтъ жизни точно опредѣлить мѣстную чувствительность живота къ давленію; важнѣе неопредѣленныхъ и ненадежныхъ субъективныхъ указаній маленькихъ пациентовъ является точное наблюденіе выраженія ихъ лица во время ощупыванія и другихъ данныхъ, напр., положенія ножекъ, походки, соблюденія опредѣленнаго положенія (на боку, на животѣ) и т. д. Топографическіе выводы изъ опредѣленія ограниченной болѣзненной чувствительности въ общемъ такіе же, какъ въ дальнѣйшемъ возрастѣ. Точно также пользуются одинаковыми способами, какъ и впоследствии, для опредѣленія положенія и величины желудка или опредѣленныхъ отдѣловъ кишечника. Технически легче, чѣмъ у взрослыхъ, у маленькихъ дѣтей выкачиваніе желудочнаго содержимаго, которое будетъ описано на стр. 92 при изложеніи техники промыванія желудка.

Катетеризація мочевого пузыря удается при нѣкоторомъ опытѣ и у грудныхъ дѣтей: у мальчиковъ металлическими или эластическими катетерами, толщина которыхъ соотвѣтствуетъ ширинѣ хода мочеиспускательнаго отверстія, у дѣвочекъ еще легче металлическими катетерами толщины крупныхъ размѣровъ вязальной спицы. У дѣвочекъ къ концу перваго года жизни въ крайнемъ случаѣ можно ввести подъ наркозомъ самый тонкій цистоскопъ; однако послѣ этого на нѣсколько дней остается параличъ сфинктера, такъ что этотъ способъ изслѣдованія примѣняемъ лишь при дѣйствительно настоятельныхъ показаніяхъ<sup>\*\*\*</sup>). Катетеризація мочеточниковъ въ первые годы жизни невозможна технически.

1) Занимаясь болѣе 15 лѣтъ точнымъ опредѣленіемъ нижняго края печени при различныхъ заболѣваніяхъ и во всѣ періоды дѣтскаго возраста, я пришелъ къ тому заключенію, что печень выступаетъ изъ праваго подреберья тѣмъ значительнѣе, чѣмъ моложе ребенокъ. Обладая очень мягкой, податливой консистенціей, напоминающей собою губку, отличающаясь способностью набухать и быстро спадаться на подобіе послѣдней, печень дѣтей ранняго возраста опредѣляется легкимъ ощупываніемъ, пальпаціей, еще лучше аускультативной перкуссіей съ помощью фонэндоскопа. Въ предѣлахъ нормы мы считаемъ ея выступаніе изъ подреберной дуги равнымъ 3—5 стм. у ребенка грудного, 2—2,5 стм. въ періодѣ нейтральномъ, 1,0—0,75 стм. въ первомъ школьномъ, 0,5—0,2 стм.—во второмъ школьномъ періодѣ, хотя явленіе такого рода относится къ рѣдкимъ исключеніямъ, такъ какъ къ началу половой зрѣлости печень уже не выходитъ за уровень праваго подреберья. Мало сказать, что дѣтская печень при нормальныхъ условіяхъ оказывается увеличенной — этотъ важный органъ можетъ въ теченіе какихъ-либо сутокъ уменьшиться или увеличиться настолько, что порой перестаешь вѣрить самому себѣ, тогда какъ фактъ налицо и требуетъ своего признанія. Та или иная, быстро развившаяся въ кишкахъ инфекція, продукты патогенныхъ въ немъ броженій, поступая въ печень, вызываютъ съ ея стороны реакцію въ видѣ временнаго увеличенія размѣровъ, причемъ послѣднее исчезаетъ какъ бы по мановенію жезла, разъ только устранены или сведены до минимума процессы, требовавшіе чрезмѣрныхъ усилій органа, на тяжелой обязанности котораго лежитъ уничтоженіе и обезвреживаніе всего, что можетъ служить во вредъ дѣтскому организму. Прим. ред.

\*) Какъ можно совѣтовать цистоскопію, если она вызываетъ параличъ сжимателя? Да и какія могутъ быть настоятельныя къ тому показанія? Мы дума-

Тамъ, гдѣ дѣло идетъ о полученіи мочи для изслѣдованія, трудно избѣгать опасности зараженія пузыря при примѣненіи инструментовъ, несмотря на всѣ предосторожности. Проще всего поступить такъ: укрѣпляютъ надъ половымъ членомъ у мальчиковъ толстостѣнную пробирку, а у дѣвочекъ надъ разведенными губами маленькую Erlenmeyer'овскую колбочку, какъ изображено на рис. 8-мъ и 9-мъ.

Нервная система. Для изслѣдованія пассивной подвижности и сухожильныхъ рефлексовъ, если это невозможно благодаря произвольному напряженію мышцъ у боязливыхъ дѣтей, или вообще трудно, то отвлекаютъ вниманіе соответственнымъ образомъ и тѣмъ понижаютъ тонусъ; у младенцевъ изслѣдованіе удается лучше всего во время ѣды. Отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ даже и при этихъ предосторожностяхъ явленіе патологическое; клонусъ стопы наблюдается особенно у лихорадящихъ, или у возбужденныхъ дѣтей первыхъ лѣтъ жизни очень часто, не имѣя дальнѣйшаго діагностическаго значенія.

При частотѣ и клиническомъ значеніи спазмофилии въ грудномъ возрастѣ надо изслѣдовать наличность симптомовъ (срв. болѣзни нервной системы), по крайней мѣрѣ на самый простой легко опредѣляемый лицевой феноменъ.

Изъ различныхъ свойствъ чувствительности у дѣтей, которыя еще не говорятъ, можно опредѣлять только болевую чувствительность. При этомъ рекомендуется величайшая осторожность въ томъ смыслѣ, что дѣти часто, вслѣдствіе причиненной имъ разъ или нѣсколько разъ боли, становятся настолько боязливыми, что они обнаруживаютъ признаки болевоего чувства уже при легкомъ прикосновеніи или приближеніи изслѣдующей руки. Поэтому соответственныя данныя должны быть всегда провѣряемы сравненіемъ со здоровыми частями тѣла.

Электрическое изслѣдованіе у грудного ребенка выполняется

емъ, что никакихъ, а потому предупреждаемъ молодыхъ товарищей на случай попытокъ подобнаго рода. Надо имѣть въ виду, что у дѣтей перваго возраста жизни даже катеризация мочевого пузыря способна вызвать то же самое; случаи такого рода намъ приходилось видѣть.

Прим. ред.



Рис. 10. Поясничный проколь.

такимъ же образомъ, какъ и позже: несмотря на незначительные размеры рекомендуется брать раздражающій электродъ такой же величины, какъ и у взрослога (3 кв. стм., Stintzing'овскій нормальный электродъ), чтобы полученныя величины могли сравниться во всѣхъ возрастахъ. Въ качествѣ индифферентнаго электрода служатъ у грудного ребенка большая пластинка въ 50 кв. стм., помещаемая на грудь и животъ. Производство изслѣдованія требуетъ не только извѣстнаго технического навыка, но и большого вниманія, чтобы не вводить себя въ заблужденіе произвольными мышечными сокращеніями, не зависящими отъ электрическаго раздраженія.

Поясничнй проколъ у маленькихъ дѣтей, какъ и впоследствии, является чрезвычайно цѣннымъ въ діагностическомъ отношеніи способомъ, тѣмъ чаще его слѣдуетъ примѣнять у грудныхъ дѣтей, что у нихъ онъ, съ одной стороны, технически весьма простъ, а съ другой стороны, вслѣдствіе податливости черепа, совершенно безопасенъ. Въ качествѣ инструментовъ примѣняютъ лучше всего тонкій троакаръ толщины вязальной спицы и лишь въ случаѣ необходимости такой же толщины канюля шприца, такъ какъ въ первомъ случаѣ исключена возможность раненія съ того момента, какъ инструментъ выведенъ обратно. Извлеченіе жидкости шприцомъ не только не доставляетъ цѣли, но опасно, и потому его слѣдуетъ избѣгать.

Измѣреніе давленія выполняется или по Quincke съ помощью присоединенной къ канюль троакара короткой резиновой трубки, но не капиллярно восходящей трубки, или по Pfaundler'у съ помощью манометра, наполненнаго ртутью или физиологическимъ растворомъ поваренной соли. По первому способу измѣряютъ, собственно говоря, давленіе, остающееся по удаленіи выпущеннаго количества, и вслѣдствіе этого получаютъ меньшія цифры, чѣмъ при 2 мь способѣ, цифры котораго всегда легко сравнить при пользованіи тѣмъ же аппаратомъ. Далѣе, конечно, давленіе на лежащемъ пациентѣ меньше, чѣмъ на сидящемъ. Sahli указываетъ для измѣренія по способу Quincke у лежащихъ пациентовъ 69—110—150 мм. воды=5—7—11 мм. ртути, какъ норму, между тѣмъ какъ Pfaundler своимъ ртутнымъ манометромъ находилъ на сидящемъ грудномъ ребенкѣ 20 мм., а на 2—12-лѣтнемъ ребенкѣ 25 мм. (просматривая Pfaundler'овскія цифры для гидростатическихъ компонентовъ давленія можно высчитать для изслѣдованій на лежащемъ ребенкѣ цифры въ 12—19 мм. ртути). Само собой разумѣется, что при выполненіи измѣренія и поясничнаго прокола необходимо соблюдать полную асептику.

При выполненіи прокола въ лежащемъ положеніи, которое мы предпочитаемъ въ виду ея большей вѣрности для фиксаціи спина лежащаго на боку ребенка, какъ видно на рис. 10, по возможности сильно сгибается кифотически посредствомъ сильнаго пригибанія головы къ груди, а бедра къ животу. Мѣсто укола обозначается такимъ образомъ, что соединяютъ поперечно гребешки подвздошной кости и указательнымъ пальцемъ лѣвой руки отыскиваютъ наиболѣе близкій къ этой соединительной линіи просвѣтъ между остистыми отростками. Онъ соотвѣтствуетъ обыкновенно 4-му, рѣже 3-му межпозвоночному промежутку поясничной части. Выше заходить у маленькихъ дѣтей нельзя, такъ какъ спинной мозгъ у нихъ опускается въ позвоночный каналъ ниже, чѣмъ у взрослога, такъ что при болѣе высокомъ уколѣ легко можно ранить его. Уколъ производится лучше всего какъ разъ по средней линіи, причѣмъ игла не должна отклоняться отъ средней плоскости тѣла, но, слѣдуя по направленію остистыхъ отростковъ, слегка вкалываютъ всегда по направленію кверху. Въ моментъ вхожденія въ позвоночный каналъ (2—4 стм. подъ кожей) ощущается замѣтное ослабленіе сопротивленія, и тогда прекращаютъ введеніе троа-

кара, ибо въ противномъ случаѣ легко можно ранить венозное сплетеніе, расположенное на брюшной сторонѣ позвоночнаго канала. Хотя возникающее, вслѣдствіе этого, кровотеченіе совершенно неопасно, но оно вызываетъ неправильную, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, оцѣнку прокола примѣсью крови. При правильномъ выполненіи прокола послѣ извлеченія стилета начинаетъ вытекать спинномозговая жидкость каплями (при повышенномъ давленіи въ видѣ струи); иногда достаточно простого передвижанія канюли, чтобы вызвать оттокъ, если ея отверстіе закупорено смѣщеннымъ корнемъ конского хвоста. Если, несмотря на правильное введеніе иглы, не получаютъ жидкости („сухой проколъ“), то это основано почти всегда на ненормальной вязкости густой, гнойной, богатой фибриномъ цереброспинальной жидкости, которая не можетъ пройти черезъ тонкую канюлю. Впрыскиваніе нѣсколькихъ куб. см. стерильнаго фізіологическаго раствора поваренной соли разжижаетъ гной и даетъ возможность добыть требуемый матеріалъ для изслѣдованія.

Для діагностическихъ цѣлей достаточно извлечь немного (5—10 куб. см.) жидкости, при сильномъ повышеніи кровяного давленія, конечно, можно извлечь и большее количество, покуда она вытекаетъ струйкой. По окончаніи прокола ранка закрывается небольшимъ кусочкомъ стерильной марли и липкимъ пластыремъ. Изслѣдованіе жидкости отъ прокола и дѣлаемые изъ этого выводы описаны въ спеціальной части.

Проколъ черепа, который въ качествѣ діагностическаго способа у взрослыхъ пріобрѣтаетъ все большее значеніе, у грудныхъ дѣтей можетъ быть выполненъ еще лучше постольку, поскольку не нужно производить трепанационнаго отверстія, такъ какъ обыкновенно удается посредствомъ прокола троакаромъ тонкаго черепа или перепонки, покрывающей родничекъ. Чтобы не ранить верхней продольной пазухи, лучше всего вкалывать на 1—2 см. въ сторону отъ (стрѣловиднаго) шва на верхушкѣ темени или нѣсколько впередъ перпендикулярно къ тангенціальной плоскости на нѣсколько см. въ глубину, сначала на небольшую глубину; затѣмъ убѣждаются извлеченіемъ стилета, вытекаетъ ли жидкость; если она вытекаетъ, то это указываетъ на наличность наружной головной водянки; если же жидкости нѣтъ, то канюля вкалывается на нѣсколько см. глубже, по направленію къ боковымъ желудочкамъ. У старшихъ дѣтей съ окостѣвшимъ уже черепомъ приходится сдѣлать трепанацию передъ проколомъ. Предшествующее обеззараживанію кожи—съ помощью настойки іода—удаленіе волосъ у маленькихъ дѣтей удобнѣе всего выполнить съ помощью наносимаго на кожу на нѣсколько минутъ «депиляторія», чѣмъ съ помощью бритвы.

Испраженія ребенка обыкновенно попадаютъ на пеленки, и большею частью ихъ показываютъ врачу несовсѣмъ свѣжими. Поэтому необходимо помнить о томъ, что и жидкія испраженія при высыханіи кажутся болѣе плотными, чѣмъ они были въ свѣжемъ состояніи, и что зеленая окраска часто является въ послѣдствіи, благодаря дѣйствию кислорода воздуха, а потому не имѣетъ клиническаго значенія<sup>1)</sup>.

Изслѣдованіе мокроты можетъ имѣть діагностическій интересъ при особыхъ обстоятельствахъ, напр., если дѣло идетъ о констатированіи открытой бугорчатки уже у дѣтей первыхъ лѣтъ жизни, которая обыкновенно проглатываютъ свою мокроту. Поэтому мокроту можно получить такимъ образомъ, что вводятъ глубоко шпатель, заставляютъ ребенка кашлять, причѣмъ выскакивающую черезъ боковую щель мокроту подхватываютъ шпателемъ или ватнымъ шарикомъ, надѣтымъ на ватодержатель или пинцетъ и пользуются ею для микроскопическаго изслѣдованія и для полученія разводокъ. Этотъ способъ

<sup>1)</sup> Изслѣдованіе испраженій здѣсь намѣчено лишь въ нѣсколькихъ словахъ и подробнѣе изложено въ отдѣлѣ болѣзней пищеваенія.

гораздо проще и успешнѣе, чѣмъ крайне трудное отысканіе палочекъ туберкулеза, проглоченныхъ съ мокротой, въ испражненіяхъ.

Для полученія крови съ цѣлью микроскопическаго изслѣдованія у маленькихъ дѣтей вмѣсто кончика пальца руки лучше пользоваться кончикомъ пальца ноги, предпочтителнѣе большимъ, а также ушной мочкой. Для полученія большаго количества крови (2—5 куб. стм.), какъ это необходимо для выполненія различныхъ сывороточныхъ реакцій (напр., Wassermann'овской) пользуются проще всего кровососными банками, такъ какъ вскрытіе вены на рукѣ обыкновенно трудно. Дѣлаютъ на спинѣ одинъ или нѣсколько глубокихъ кожныхъ разрѣзовъ, длину въ 1—1½ стм. и, накладывая на нихъ быстро кровососную банку, извлекаютъ необходимое количество крови.

Распознавательное значеніе Röntgen'овскихъ лучей въ дѣтскомъ возрастѣ ограничивается тѣмъ, что многія части неготоваго скелета также хорошо пропускаютъ Röntgen'овскіе лучи, какъ и окружающія мягкія части. Для оцѣнки патологическихъ данныхъ на костной системѣ всегда, слѣдовательно, необходимо сравненіе картинъ, получающихся отъ нормальныхъ частей скелета, находящихся въ томъ же стадіи окостенѣнія. Измѣненія внутреннихъ органовъ, напр., увеличеніе бронхіальныхъ железъ, пнеймоническіе инфильтраты, плевритическіе выпоты, увеличеніе сердца и т. д., могутъ быть обнаруживаемы хорошими аппаратами и хорошей техникой въ тѣхъ же предѣлахъ, какъ и у взрослыхъ \*).

#### Литература.

- Zerhardt, Handbuch der Kinderheilkunde. Tübingen 1877—1893.  
Pfaundler-Schlossmann, Handbuch der Kinderheilkunde. 4 Bände. 2. Aufl. 1910 und M. Pfaundler, Semiotik in Band 1 der 1. Auflage dieses Handbuchs, 1906.  
Sahli, Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden, 5. Aufl., 1909.

### IV. Общій патогенезъ.

(Смертность и заболѣваемость).

Смертность въ дѣтскомъ возрастѣ не распредѣляется равномерно на отдѣльные періоды дѣтства, но въ началѣ внѣтробной жизни она выше всего, и, начиная со дня рожденія вплоть до половой зрѣлости, уменьшается сначала медленно, а затѣмъ все быстрѣе и достигая въ годы полового созрѣванія наименьшихъ цифръ.

Слѣдующая таблица, касающаяся всей Германской Имперіи за 1907—8 годъ, представляетъ число случаевъ смерти въ зависимости отъ возраста, въ промилльныхъ отношеніяхъ къ общей цифрѣ умершихъ.

Умерло въ возрастѣ	въ 1907 году	въ 1908 году.
0—1	314,2	316,2
1—5	89,1	91,0
5—10	23,0	23,0
10—15	13,4	13,3
0—15	439,7	443,5

\*) Такой сильный дѣятель, какъ X-лучи, согласно нашимъ наблюденіямъ, можетъ вредно вліять на неустановившуюся еще иннервацію дѣтскаго сердца. Весьма часто встрѣчаемыя у дѣтей аритміи всякаго рода сами по себѣ служатъ серьезнымъ противопоказаніемъ для изслѣдованія лучами Röntgen'a. Мы вовсе не думаемъ этимъ умалять значеніе этого, во многихъ случаяхъ, единственнаго средства для распознаванія патологическихъ процессовъ въ другихъ областяхъ тѣла ребенка.

Прим. ред.



Въ слѣдующее 5-лѣтіе промилыныя цифры снова падаютъ на 19,2—18,9 и затѣмъ все больше.

Это краткое сопоставленіе показываетъ, что по крайней мѣрѣ въ настоящее время въ Германіи на дѣтскій возрастъ до 15-ти лѣтъ приходится почти половина и на 1-й годъ жизни — почти треть всѣхъ случаевъ смерти. Оно показываетъ, далѣе, какое рѣшающее значеніе имѣетъ смертность дѣтей, въ особенности въ грудномъ возрастѣ, на высоту общей смертности населенія.

Смертность грудныхъ дѣтей при разсматриваніи небольшихъ возрастныхъ группъ обнаруживаетъ сильное тяготѣніе къ раннему возрасту.

Это доказывается обширной статистикой и, напр., очень хорошо иллюстрируется слѣдующими цифрами, взятыми изъ Магдебургской статистики. По таблицамъ смертности на 1901—1908 гг. умирало pro mille въ среднемъ:

Мертворожденныхъ	33,47	Переносъ	197,65
1 мѣсяцъ	59,07	7 мѣсяцъ	12,31
2 »	26,77	8 »	9,43
3 »	25,55	9 »	8,53
4 »	20,67	10 »	7,41
5 »	18,39	11 »	5,79
6 »	13,73	12 »	5,45
Всего	197,65	Всего	246,57

Въ теченіе 1-го мѣсяца жизни, которому больше всего грозитъ опасность, опять-таки обнаруживается наиболѣе сильное тяготѣніе къ первымъ днямъ и недѣлямъ. Слѣдующее сопоставленіе я взялъ изъ работы Prausnitz'a въ руководствѣ Pfaundler-Schlossmann'a.

На 10.000 родившихся приходится мертворожденныхъ или умершихъ:

	Брачныхъ.		Внѣбрачныхъ.		Всего обоихъ половъ.
	М.	Д.	М.	Д.	
Мертворожденныхъ . . . . .	326	268	536	498	330
Найденныхъ мертвыми . . . . .	—	—	43	43	6
Умерли въ возрастѣ 1-го дня	121	92	244	207	154
» » » 2 »	56	40	111	90	56
» » » 3 »	33	22	66	46	32
» » » 4 »	19	15	38	35	20
» » » 5 »	15	10	32	23	15
» » » 6 »	14	12	32	23	15
» » » 7 »	16	12	30	28	16
Въ 1-ю недѣлю . . . . .	274	203	596	495	284
Отъ 8-го до 15-го дня . . . . .	113	88	236	220	119
Отъ 16-го дня до конца 1-го мѣсяца . . . . .	187	157	516	432	217
Всего въ 1-й мѣсяцъ . . . . .	574	448	1348	1147	620
Всего мертворожденныхъ и умершихъ . . . . .	900	716	1884	1645	950

Смертность грудныхъ дѣтей показываетъ въ общемъ за послѣдніе 3 года, медленное паденіе. Оно составляло съ 1904—по 1906 года въ Германіи въ среднемъ 19,5% всѣхъ родившихся живыми, а за 90-й г. въ среднемъ даже 21,67%. Въ 1907 и въ 1908 году оно упало до 17,6, resp. 17,8%; даже въ абсолютныхъ цифрахъ это составляетъ 351.046, resp. 359.022 родившихся живыми и умершихъ въ теченіе 1-го года жизни дѣтей. Поистинѣ ужасающая цифра \*)!

\*) Какой же ужасъ должны внушать цифры въ Россіи, указывающія, что въ теченіе 1-го года умираетъ около 1.200.000 дѣтей. Прим. М. Б.

Территориальное распределение на отдельные области и провинции при этом весьма неравномерно и колеблется между 9,4 и 23%.

Больше, чем во всей Германской империи, понизилась детская смертность в отдельных больших городах, благодаря особым заботам по уходу за детьми со стороны общественных учреждений и частных лиц. Я беру из «Статистики Германской Империи», томъ 227, следующее сопоставление 22-х больших городов, в которых смертность грудных детей съ 1900 года упала по крайней мере на 7%.

Въ Барменѣ . . . . .	съ 17,8 на 9,6	Въ Магдебургѣ . . . . .	съ 26,7 на 18,1
» Бреславль . . . . .	» 28,8 » 21,2	» Риксдорфѣ . . . . .	» 26,4 » 18,5
» Кельнѣ . . . . .	» 24,8 » 17,3	» Шенебергѣ . . . . .	» 19,0 » 11,9
» Крефельдѣ . . . . .	» 21,9 » 13,6	» Штеттинѣ . . . . .	» 34,1 » 24,0
» Данцигѣ . . . . .	» 32,0 » 20,3	» Мюнхенѣ . . . . .	» 30,1 » 19,2
» Дуйсбургѣ . . . . .	» 25,5 » 15,4	» Нюрнбергѣ . . . . .	» 28,0 » 19,6
» Эльберфельдѣ . . . . .	» 18,6 » 10,4	» Хемницѣ . . . . .	» 36,4 » 20,2
» Гельзенкирхенѣ . . . . .	» 20,8 » 13,6	» Дрезденѣ . . . . .	» 20,3 » 12,8
» Галле на Заальѣ . . . . .	» 26,5 » 17,6	» Лейпцигѣ . . . . .	» 24,8 » 17,2
» Кильѣ . . . . .	» 20,7 » 13,4	» Плауэнѣ . . . . .	» 24,7 » 17,3
» Кенигсбергѣ въ		» Страссбургѣ . . . . .	» 24,5 » 17,5
Пруссии . . . . .	» 25,6 » 17,2		

Примеръ того, что и в маленьких обществах, в которых проводится целесообразная организация попечения о грудных детяхъ съ пониманіемъ и усердіемъ, можно многого достигнуть, представляетъ Weissenburg въ Баварии, гдѣ смертность понижена за 10-лѣтіе въ среднемъ съ 27% до 12—15%. (Doerfler, Münch. med. Wochenschr. 1909. № 35).

Несмотря на упомянутые успѣхи въ послѣдніе годы, въ Германіи смертность грудныхъ детей все еще весьма велика сравнительно съ другими странами. 17,6% въ Германіи (въ 1907 году) соотвѣтствуетъ, напр., въ Италіи 15,6, въ Бельгіи 13,2, въ Швейцаріи 12,1, въ Англии и Уэльсѣ 11,8, въ Нидерландахъ 11,2, въ Шотландіи 11,0, въ Даніи 10,8, въ Ирландіи 9,2, въ Швеціи 7,7 и въ Норвегіи только 6,7%.

Гораздо неблагоприятнее, чемъ среднія цифры для всего населенія, представляется смертность внебрачныхъ детей. Смертность брачныхъ въ Германіи въ среднемъ на единицу меньше, чемъ детей вообще. Такъ, въ 1908 году на 100 родившихся живыми приходилось на 1-мъ году 17,8, на 100 родившихся въ бракѣ 16,8, на 100 внебрачныхъ 28,5 смертныхъ случаевъ. Въ подобномъ же масштабѣ возрастаетъ число и въ отдельныхъ областяхъ и частяхъ страны. Причины этого закономерно повторяющагося явленія и возможность улучшить его указаны въ главѣ V.

Такъ же неравномерно, какъ на отдельные мѣсяцы возраста, распределяется детская смертность и на мѣсяцы календаря, а именно: большая неустойчивость самыхъ маленькихъ детей присоединяется къ опасностямъ, представляемымъ лѣтнимъ зноемъ для грудного ребенка. Это выражается особенно значительнымъ нарастаніемъ числа смертей въ жаркое время года или, какъ часто выражаются „лѣтней верхушкой“ годовой кривой смертности грудныхъ детей.

Имѣется тѣсная причинная связь между смертностью грудныхъ детей вообще и лѣтней смертностью въ особенности и между способомъ вскармливанія. Впервые установлено Воеск'омъ для грудныхъ детей Берлина, а затѣмъ другими врачами и статистиками для другихъ мѣстъ, что смертность грудныхъ детей гораздо меньше, чемъ при какомъ бы то ни было способѣ искусственнаго вскармливанія.

Изъ 10.000 детей умирали въ теченіе мѣсяца:

Возрастъ (мѣсяцы).	Грудное молоко.	Молоко животныхъ.	Возрастъ (мѣсяцы).	Грудное молоко.	Молоко животныхъ.
0	201	1120	6	26	270
1	74	588	7	24	241
2	46	497	8	20	213
3	37	465	9	30	191
4	26	370	10	31	168
5	26	311	11	39	147

Это сильное преобладаніе смертности у искусственно вскармливаемыхъ дѣтей нельзя объяснять иначе, какъ только тѣмъ, что дѣтей губятъ заболѣванія, возникающія вслѣдствіе искусственнаго вскармливанія.

Въ томъ же направленіи говорятъ и данныя о причинахъ смерти, поскольку ихъ можно вывести изъ свидѣтельствъ о смерти.

Статистика Германской имперіи за 1900 г. показываетъ, что на 1000 родившихся живыми приходится на первомъ году 225 случаевъ смерти. Изъ нихъ въ 84 случаяхъ, т. е. болѣе, чѣмъ въ трети, указываются въ качествѣ причины смерти желудочно-кишечныя заболѣванія. Напротивъ, дифтерія, корь, скарлатина и коклюшъ вмѣстѣ обуславливаютъ только  $\frac{1}{20}$ , а всѣ воспалительныя заболѣванія дыхательныхъ путей—только  $\frac{1}{10}$  общей смертности.

Эти цифры, являющіяся сами по себѣ ужасными, не могутъ всецѣло относиться на счетъ кишечныхъ расстройствъ при несоответствующемъ вскармливаніи, такъ какъ изъ 100 слѣдующихъ дѣтей, умершихъ отъ „врожденной слабости“ (32) и „другихъ болѣзней“ (68) было много такихъ, въ гибели которыхъ главную роль играло дѣйствительно искусственное вскармливаніе. Этого нельзя доказать статистически въ виду несостоятельности свидѣтельствъ о смерти, въ томъ числѣ и врачебныхъ!—но клиническое наблюденіе показываетъ тысячу разъ что, напр., „врожденная слабость“ не бываетъ абсолютной, но она обнаруживается лишь вслѣдствіе искусственнаго вскармливанія, или что наслѣдственный сифилисъ, который при искусственномъ вскармливаніи является причиной смерти, при грудномъ вскармливаніи не мѣшаетъ развитію ребенка, или что указываемая въ качествѣ причины смерти въ свидѣтельствѣ, пневмонія или фурункулезъ или параличъ сердца была только заключеніемъ тяжелаго расстройства питанія. Но нужно помнить, что понятіе о расстройствахъ питанія гораздо шире, чѣмъ о желудочно-кишечныхъ заболѣваніяхъ.

Если прослѣдить лѣтнюю смертность въ зависимости отъ способа вскармливанія умершихъ, то оказывается, что ея повышеніе лѣтомъ обнаруживается только у дѣтей, вскармливаемыхъ искусственно вполнѣ или отчасти <sup>1)</sup>.

Вредъ отъ искусственнаго вскармливанія дѣйствуетъ наиболѣе угрожающимъ образомъ на дѣтей бѣдняковъ. Н. Neumann пишетъ на основаніи своихъ наблюденій въ Берлинѣ: „Успѣхи естественнаго вскармливанія въ различныхъ социальныхъ слояхъ населенія весьма благопріятны. Искусственное вскармливаніе уменьшаетъ вѣроятность жизни вмѣстѣ съ пониманіемъ ступеней социальной лѣстницы“. Специальный случай этого общаго закона представляетъ высокая смертность дѣтей внѣбрачныхъ.

Со 2-го года общая смертность понижается, какъ видно изъ таблицы, на стр. 75, въ значительной степени и притомъ, главнымъ образомъ, потому, что въ теченіе названнаго года жизни расстройства питанія являются все болѣе рѣдкой причиной смерти. Вмѣсто нихъ на первый планъ выступаютъ уже острыя сыпныя болѣзни, дифтерія, а затѣмъ туберкулезъ.

Насколько надежна и цѣнна для насъ статистика смертности и ея различныя отношенія къ возрасту, ко времени года, къ общественной средѣ, къ способу вскармливанія и т. д., настолько же мало, по

<sup>1)</sup> Всевозможныя случайности по этому вопросу будутъ изложены въ главѣ о расстройствахъ питанія.

понятнымъ причинамъ, она въ состояніи дать намъ хотя бы приближительную картину заболѣваемости.

Лишь для одной группы страданій, о которыхъ врачъ обязанъ сообщать, т. е. объ острыхъ заразныхъ болѣзняхъ, статистика имѣетъ довольно сырой матеріалъ, но и здѣсь, конечно, рѣчь идетъ о тѣхъ только случаяхъ, которые дошли до врачебнаго распознаванія, а количество которыхъ, при многихъ заболѣваніяхъ и въ разныхъ слояхъ населенія, различныхъ мѣстностяхъ является весьма ничтожной дробью. Той же неточностью страдаютъ и всѣ статистики, основанныя на больничномъ матеріалѣ клиникъ и амбулаторій, почему мы и отказываемся здѣсь ихъ приводить.

Всѣ эти очень трудныя изслѣдованія, изъ которыхъ, по крайней мѣрѣ, надо назвать работу Escherich'a, до сихъ поръ подтвердили только такой, бросающійся въ глаза всякому тщательно наблюдающему врачу фактъ, согласно которому всякій періодъ дѣтства имѣетъ особую „физиономію болѣзни“, выражающуюся частотою однихъ, рѣдкостью или отсутствіемъ другихъ заболѣваній, опредѣленными, основанными на тѣсной патогенетической связи, сочетаніями, на первый взглядъ, разнородныхъ болѣзней и аномалій.

Еще не наступило время для описанія общей патологіи дѣтскаго возраста, такъ какъ мнѣ кажется, что пока еще педиатрія является молодой наукой и далеко не закончила изслѣдованія своихъ фактовъ, но тѣмъ не менѣе есть полное основаніе нѣсколько подробнѣе рассмотреть «физиономію болѣзней» отдѣльныхъ возрастовъ дѣтства и вкратцѣ изложить тѣ попытки для объясненія, которыя при всей осторожности уже въ настоящее время можно считать основательными. Говорить придется немного, если не вдаваться безъ надобности въ разрѣшеніе вопросовъ этиологіи отдѣльныхъ болѣзней, о чемъ всегда можно справиться въ соотвѣствующихъ отдѣлахъ.

Въ слишкомъ высокой заболѣваемости новорожденныхъ, выражающейся и весьма значительной смертностью съ первыхъ дней жизни, участвуютъ главнымъ образомъ 3 фактора: врожденныя уродства, насколько они угрожаютъ опасностью съ появленіемъ ребенка на свѣтъ, поврежденія во время родовъ и „врожденная слабость“.

Первые играютъ, повидимому, самую малую роль; чаще, вѣроятно, родовыя травмы различнаго рода являются причиной болѣе или менѣе серьезныхъ заболѣваній, обусловливающихъ часто скорую смерть ребенка. Они имѣютъ то общее свойство, кромѣ опасности зараженія отъ родовыхъ путей матери, что при нихъ появляются кровоизліянія въ важные для жизни органы (напр., въ центральную нервную систему и ея оболочки, въ надпочечники и т. д.), вслѣдствіе застоя или непосредственной травмы, особенно при трудныхъ родахъ.

Жизненная слабость (*debilitas vitae*) отнюдь не ограничивается недоносками, хотя она у нихъ встрѣчается чаще, чѣмъ у доношенныхъ дѣтей. Мы понимаемъ подъ жизненною слабостью функциональную, равно какъ и анатомическую отсталость развитія, ведущую къ тому, что новорожденный ребенокъ, при условіяхъ ухода, при какихъ жизнеспособный развивается правильно, не въ состояніи, даже при достаточномъ поддержаніи теплоты его тѣла, вскармливаніи женскимъ молокомъ и устраниеніи инфекцій, продолжить внутриутробную жизнь свою и развиваться. Здѣсь не мѣсто вдаваться въ подробности патологіи жизненной слабости; мы укажемъ только, что распознаваніе ея должно строго ограничиваться тѣми случаями, въ которыхъ, напр., существуетъ ненормальная неустойчивость температуры тѣла или недостаточность дыханія, часто также сильное пониженіе реакціи на всѣ физиологическія раздраженія („*vita minima*“). Ранній упадокъ силъ новорожденнаго при искусственномъ вскармливаніи или

вслѣдствіе зараженія и т. п. не должны считаться послѣдствіями и признаками жизненной слабости, во избѣжаніе того, чтобы діагнозъ не служилъ „свалочнымъ мѣстомъ“ для всѣхъ діагностически неясныхъ, плохо обследованныхъ случаевъ смерти грудныхъ дѣтей.

Заболѣваемость грудного возраста, какъ мы должны настоятельно подчеркнуть, обусловливается преимущественно искусственнымъ, „неестественнымъ“ вскармливаніемъ. Врачебный опытъ показываетъ несомнѣнно, что не только появленіе болѣе или менѣе тяжелыхъ разстройствъ питанія или желудочно-кишечныхъ заболѣваній; но также и развитіе многочисленныхъ, вторичныхъ „парантеральныхъ“ зараженій кожи, дыхательныхъ путей, мочеполового аппарата и т. д. возможно почти исключительно при искусственномъ вскармливаніи.

Изъ примѣровъ, которыхъ можно привести сколько угодно, упомянемъ только чирьеватость и многочисленныя другія гнойныя заболѣванія кожи («пюдерми»), дольчатая и «гипостатическія» пневмоніи, циститы и піелонефриты грудного возраста. То же самое относится къ (врожденнымъ) діатезамъ, спазмофилии, эксудативному діатезу, рахиту и т. д., клиническія проявленія и формы течения которыхъ у искусственно вскармливаемого ребенка гораздо серьезнѣе, чѣмъ у питаемаго грудью.

Всегда ставили на видъ нѣжность и малую устойчивость грудного ребенка сравнительно съ болѣе позднимъ возрастомъ и, несомнѣнно, дѣлали это справедливо, но все-таки, не слѣдуетъ упускать изъ виду того обстоятельства, что нормально родившійся, здоровый ребенокъ при надлежащихъ условіяхъ вскармливанія и ухода, т. е. главнымъ образомъ, при достаточно долгомъ кормленіи грудью матери, отнюдь не обладаетъ столь повышенной склонностью къ заболѣванію, какую можно вывести изъ цифръ смертности.

На чемъ основано то положеніе, что искусственное вскармливаніе, даже если оно, судя по нарастанію вѣса, выполняется, повидимому, съ хорошимъ успѣхомъ, значительно повышаетъ заболѣваемость новорожденныхъ и грудныхъ дѣтей, понижая, очевидно ихъ иммунитетъ, до сихъ поръ не выяснено. Вызываетъ ли вскармливаніе «однороднымъ» женскимъ молокомъ, благодаря непрерывному введенію материнскихъ антигеновъ, нѣчто вродѣ пассивнаго иммунитета, или же искусственное вскармливаніе нарушаетъ химическую цѣлостность и вмѣстѣ съ тѣмъ функциональную устойчивость организма—все это вопросы, которые еще подлежатъ тщательному разсмотрѣнію, хотя разрѣшеніе ихъ не вліяетъ на нашъ врачебный образъ дѣйствія.

Рядъ болѣзней отсутствуетъ у грудного ребенка очевидно только потому, что онъ не подверженъ извѣстнымъ вреднымъ вліяніемъ дальнѣйшей жизни даже при сравнительно слабомъ уходѣ. Здѣсь надо указать отсутствіе травматическихъ воздѣйствій, равно какъ промачиванія ногъ и охлажденія вѣтромъ въ дурную погоду, наряду съ этимъ имѣется меньшая случайность ко всевозможнымъ непосредственнымъ зараженіямъ, пока ребенокъ живетъ въ своей постелькѣ. Картина мѣняется, какъ только дитя чаще и тѣснѣе приходитъ въ соприкосновеніе съ окружающей средой, т. е., начиная съ полугода, и въ особенности, когда онъ уже ползаетъ, заражаясь при этомъ грязью и пылью на 2—3 году, названныя случайности достигаютъ наибольшей частоты. Назову здѣсь дифтерію, коклюшъ, *Impetigo contagiosa* и афтозный стоматитъ, ангины различнаго рода и, по крайней мѣрѣ отчасти, туберкулезъ. Тутъ не одна случайность, что большинство этихъ заболѣваній обнаруживаютъ свою первичную локализацию у входныхъ дверей въ слизистыхъ оболочкахъ верхнихъ дыхательныхъ путей и рта, на которыя зародыши болѣзни переносятся грязными руками и нечистыми, то находящимися во рту ребенка, то валяющи-

мися на полу сосками, игрушками или съдобными веществами. Позже вступает в силу также совместная жизнь взрослых детей и их тесное соприкосновение при различных нѣжностях или играхъ въ дѣтскихъ садахъ, или въ школѣ, какъ поводъ къ перенесенію острыхъ заразительныхъ сыпей въ ихъ продромальномъ стадіи.

Итакъ, какъ мы видимъ, преимущественно внѣшніе моменты даютъ заболѣваемости нейтральнаго возраста и перваго школьнаго періода особую физиономію. Но школьный возрастъ расширяетъ кругъ угрожающихъ ребенку заболѣваній и въ другомъ направленіи: появляются такъ наз. школьныя болѣзни.

Идетъ ли здѣсь дѣло о заболѣваніяхъ, каковы сколіозъ, близорукость и т. п., или о головныхъ боляхъ, потерѣ аппетита, разстройствѣ сна и т. д., или о болѣе ясно выраженныхъ невросахъ, каковы Виттова пляска, истерія, неврастенія и психопатія (мигрень, тикъ, состояніе страха и навязчивость идей и т. д.), во всякомъ случаѣ мы видимъ наряду съ непосредственно вредными вліяніями посѣщенія школы уже раньше существующее и ясно замѣтное предрасположеніе; кромѣ того, играютъ роль вредныя вліянія въ домѣ родителей и самое домашнее воспитаніе.

Чѣмъ ближе къ періоду полового созрѣванія, тѣмъ болѣе сходны у обоихъ половъ картины болѣзни съ таковыми у взрослыхъ. Наряду съ незначительной заболѣваемостью поздняго періода у мальчиковъ и дѣвочекъ во время начинающагося полового созрѣванія обнаруживается нѣкоторое увеличеніе формъ болѣзней. Помимо разстройствъ, стоящихъ въ непосредственной связи съ половымъ развитіемъ, надо раньше всего указать на частоту явной бугорчатки, нѣкоторыхъ различныхъ, функціональных заболѣваній сердца и психическихъ аномалій. Эти годы отличаются, какъ мы видѣли раньше, рѣзкимъ ускореніемъ роста въ длину (ростъ на опарѣ), ростомъ многихъ органовъ и системъ органовъ. Оба явленія, быстрый ростъ и большая заболѣваемость такъ наз. годовъ развитія—при сопоставленіи ихъ другъ съ другомъ заставили признать, что быстрота роста и зависящее отъ нея ускореніе обмѣна веществъ повышаетъ ранимость соответственныхъ органовъ и системъ органовъ. Эта мысль представляется заманчивой и могла бы объяснить многія другія наблюденія, такъ, напр., локализацию измѣненій именно въ границахъ эпифизовъ, какъ въ мѣстахъ наиболѣе сильнаго роста костей (Kassowitz), но еще не хватаетъ многого, чтобы считать это положеніе доказаннымъ въ широкихъ размѣрахъ и чтобы понять внутреннюю связь дѣйствующихъ при этомъ механизмовъ.

#### Литература.

Pfaundler-Schlossmann, Handbuch der Kinderheilkunde. Bd. I, 2. Aufl. Leipzig 1910.

## V. Общая профилактика и терапия.

### а) Общая профилактика.

Предохраненіе ребенка отъ болѣзней должно начинаться до родовъ. Въ смыслѣ, предупрежденія отъ наслѣдственныхъ заболѣваній врачебное вліяніе слабо даже въ образованныхъ семьяхъ, а въ необразованныхъ совершенно отсутствуетъ всякое сознаніе ответствен-

ности при воспитаніи потомства. Слѣдуетъ сознаться, что неполное до сихъ пониманіе законовъ наслѣдственности рѣдко позволяетъ намъ въ каждомъ конкретномъ случаѣ предсказать съ обоснованной опредѣленностью, можно ли ожидать развитія тѣлесно и душевно здороваго потомства или нѣтъ. Особенно надо отмѣтить, что браки между близкими родными опасны не сами по себѣ, но путемъ суммированія унаслѣдованій потомства (Feer). Забота о будущемъ ребенкѣ начинается въ практикѣ обыкновенно послѣ зачатія тѣмъ, что побуждаютъ мать или даютъ ей возможность принимать всѣ мѣры для охраненія ея здоровья, какія необходимы въ интересахъ ожидаемаго ребенка. Приводить эти мѣры въ подробностяхъ не составляетъ задачи этой книги.

Во время самаго родового акта ребенокъ, во 1-хъ, подверженъ непосредственной опасности раненія или зараженія, съ другой стороны, раненія во время родовъ или родовое заболѣваніе матери ведетъ къ тому, что и ребенка съ самаго начала лишаютъ возможности питанія грудью матери или материнскаго ухода. Поэтому необходимо, чтобы въ области гигиены грудного возраста обращали вниманіе на гигиену материнства и родильнаго періода наряду съ мѣрами, направленными для сохраненія самого грудного ребенка.

Какъ было подробно изложено въ главѣ IV, грудному ребенку главная опасность для жизни и здоровья угрожаетъ непосредственно и косвенно со стороны искусственнаго вскармливанія. Итакъ, для него на первомъ планѣ всѣхъ предупреждающихъ мѣръ стоитъ достаточно долго выполняемое вскармливаніе женскимъ молокомъ.

Какимъ образомъ вскармливаніе грудью матери выполнимо и въ тѣхъ случаяхъ, когда возникаютъ какія-либо затрудненія или сомнѣнія, было подробно изложено въ главѣ II. О пропагандѣ грудного вскармливанія посредствомъ современныхъ организацій для призрѣнія грудныхъ дѣтей будетъ сказано въ короткихъ словахъ впослѣдствіи.

Весьма важною частью профилактики является и въ дѣтскомъ возрастѣ предупредженіе зараженій. Его надо начинать съ новорожденнаго. Хотя гнойныя зараженія пупка, вѣроятно, не имѣютъ такого большого значенія, какъ принимали раньше, несомнѣнно, зараженіе столбнякомъ у новорожденныхъ всегда имѣетъ начало въ пупочной ранкѣ, и всегда можетъ быть предупреждено. То же относится къ бленнорреѣ глазъ новорожденныхъ, и поэтому акушеркамъ вмѣняется въ обязанность выполнять вкапываніе по Сredé во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда нельзя съ надежностью исключить перелойное заболѣваніе матери, а врачи должны строго слѣдить за тѣмъ, чтобы это предписаніе исполнялось въ точности.

Заразныя заболѣванія, которымъ подвергается грудной ребенокъ, имѣютъ входныя ворота главнымъ образомъ въ слизистыхъ оболочкахъ верхнихъ дыхательныхъ путей и рта. Здѣсь слѣдуетъ назвать: риниты, ангины, бронхиты и инфлуэнцу (гриппъ).

Всѣ эти заболѣванія обыкновенно у грудного ребенка, особенно у искусственно вскармливается или страдающаго расстройствами пищеваренія, протекаютъ настолько опасно, что необходимо по возможности предохранить его отъ нихъ. Достигнуть этого можно настолько, насколько эти заболѣванія вызываются климатическими вліяніями (простуживанія въ холодную сырую погоду и т. п.) или ими усиливаются. Но именно этотъ способъ заболѣванія у грудного ребенка, по понятнымъ причинамъ, отступаетъ на задній планъ. Большею частью

эти заболѣванія переносятся на грудного ребенка окружающими его лицами; поэтому наиболѣе радикальнымъ средствомъ будетъ удаленіе отъ него этихъ лицъ. Все это, конечно, возможно, если дѣло идетъ о заболѣвшихъ братьяхъ и сестрахъ, и въ этомъ случаѣ надо выполнять такое удаленіе со всей энергіей, и насколько допускаютъ домашнія условія. Гораздо рѣже возможно замѣнить кѣмъ-либо заболѣвшихъ взрослыхъ, которымъ приходится ухаживать за ребенкомъ.

Цѣлесообразныя мѣры со стороны этихъ взрослыхъ, по указанію врача, могутъ по крайней мѣрѣ въ значительной мѣрѣ уменьшить опасность зараженія. Такъ какъ передача названныхъ болѣзней происходитъ или руками, загрязненными заразнымъ веществомъ, или частицами выдѣленія при кашлѣ, чиханіи, разговорѣ, смѣхѣ и т. д., носящимися въ распыленномъ видѣ, то при постоянномъ вниманіи почти всегда можно избѣгать опасности зараженія. Къ тому же надо устранять заразное вещество не только отъ самого ребенка, но и отъ тѣхъ предметовъ, которыми онъ пользуется, бѣлье, соска и т. д.

Съ возрастомъ предрасположеніе къ названнымъ болѣзнямъ у нормальныхъ дѣтей уменьшается, такъ что, если дѣти въ нейтральномъ и школьномъ возрастѣ каждый разъ заражаются, какъ только кто-либо изъ окружающихъ заболѣлъ, мы должны считать ихъ патологически расположенными, такъ назсклонными къ заболѣванію дѣтьми. Но о нихъ позже.

Даже при цѣлесообразномъ уходѣ большинство дѣтей врядъ ли до 4—5-го года научатся правильно пользоваться обеззараживающими лепешками (лепешками перечной мяты, ментоловыми драже, лепешками формаминта, пергеноло и т. д.) или полоскать хорошо ротъ и зѣвъ. Наряду съ ихъ примѣненіемъ важнѣйшимъ средствомъ является устраненіе источника заразы. Для выполненія всего этого предполагается, что дѣти уже въ дни здоровья привыкли избѣгать взаимныхъ поцѣлуевъ и чрезмѣрныхъ нѣжностей.

Совершенно такія же данныя существуютъ по отношенію къ дѣтскимъ болѣзнямъ, по преимуществу острыми сыпными болѣзнямъ, дифтеріи и коклюшу. Эти болѣзни также передаются при близкомъ сосѣдствѣ съ больнымъ или съ его выдѣленіями, а такъ какъ болѣею частью, за исключеніемъ дифтеріи, послѣ однократнаго заболѣванія остается иммунитетъ на всю жизнь, то ясно, что взрослые обыкновенно переносятъ заразу лишь въ качествѣ промежуточныхъ лицъ, но что главная опасность угрожаетъ ребенку отъ больного же ребенка. Поэтому ясли, дѣтскіе сады и школы являются самымъ частымъ мѣстомъ зараженія. Опасность увеличивается еще при кори и коклюшѣ заразительностью въ продромальномъ стадіи, а при дифтеріи—тѣмъ, что она нерѣдко вызываетъ лишь мало бросающіяся въ глаза явленія. Поэтому всѣ родители обязаны, если имъ врачъ при случаѣ все объяснилъ, дѣтей своихъ оставлять дома, принимая во вниманіе здоровье ихъ товарищей по игрѣ въ школѣ, даже въ томъ случаѣ, если только есть подозрѣніе о возможности развитія какой-либо изъ названныхъ болѣзней.

Если болѣзнь развилась въ семьѣ съ нѣсколькими дѣтьми, изъ которыхъ по крайней мѣрѣ часть еще не стала иммунной, то, конечно, надо выполнить возможно болѣе полную изоляцію больного, и притомъ не только его самого и его предметовъ, которыми онъ пользуется, но также и тѣхъ взрослыхъ, которые за нимъ ухаживаютъ, такъ какъ при такихъ обстоятельствахъ, вслѣдствіе массоваго характера зараженія, гораздо легче можетъ произойти переносъ, чѣмъ при случайномъ кратковременномъ соприкосновеніи. Поэтому врачъ гораздо рѣже играетъ роль переносчика, чѣмъ мать. Если приходится рѣшать



вопросъ, удалять ли еще не заболѣвшихъ братьевъ и сестеръ изъ дому и помѣстить у родныхъ, то слѣдуетъ принимать во вниманіе, насколько допустима возможность того, что дѣти уже находятся въ состояніи инкубационнаго періода и въ случаѣ ихъ заболѣванія въ третьемъ мѣстѣ могутъ возникнуть значительныя затрудненія въ смыслѣ ухода за ними или въ смыслѣ дальнѣйшаго распространения инфекции. Надежиѣ всего принципиально не переводить такихъ дѣтей въ другія семьи, дѣтямъ которыхъ также угрожаетъ опасность.

При малой вѣроятности, по крайней мѣрѣ въ большомъ городѣ, предохранить дѣтей надолго отъ этихъ болѣзней, надо стараться проводить возможно болѣе обширную профилактику у всѣхъ дѣтей, которыя подвергаются особой опасности въ виду очень юнаго возраста или скрытой бугорчатки.

Особымъ способомъ зараженія является такъ назыв. зараженіе грязью или мусоромъ, которое наблюдается чаще всего на 2—3-мъ году жизни. Оно, благодаря ползанію дѣтей на полу и введенію въ ротъ грязныхъ игрушекъ или рукъ, нерѣдко способствуетъ зараженію дифтеріей, коклюшемъ, импетиго, афтознымъ стоматитомъ, ангинами, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и бугорчаткой. Профилактическая борьба противъ этого способа зараженія состоитъ, во 1-хъ, въ воспитаніи дѣтей, во 2-хъ, покуда они еще малы, въ самомъ тщательномъ содержаніи въ чистотѣ ихъ квартиры, предметовъ, которыми они пользуются, что достигается вѣрнѣе всего описанной на стр. 61 предохранительной рѣшеткой.

Предупрежденіе бугорчатки въ дѣтскомъ возрастѣ въ сущности является вопросомъ гигиѣны жилищъ и гигиеническаго содержанія туберкулезныхъ взрослыхъ вблизи ребенка. Но такъ какъ это послѣднее въ широкихъ слояхъ населенія можетъ быть выполнено лишь съ трудомъ и несовсѣмъ, то лучше всего достигается многомѣсячнымъ пребываніемъ въ санаторіяхъ для легочныхъ больныхъ. То же самое необходимо для полной изоляціи туберкулезнаго члена семьи, хотя бы это дѣлалось въ самой квартирѣ. Лишь незначительная опасность бугорчатки угрожаетъ ребенку въ школѣ, ибо по опыту школьныхъ врачей въ ней рѣдко находятся дѣти съ явной бугорчаткой. Гораздо чаще бываетъ возможность зараженія бугорчаткой благодаря тому, что учителя и учительницы распространяютъ заразу. Упомянемъ здѣсь еще о томъ, что въ предѣлахъ семьи опасность зараженія имѣется не только со стороны членовъ ея, но также и со стороны чужихъ жильцовъ по квартирѣ разнаго рода (жильцовъ, мужской и женской прислуги, воспитательницъ, домашнихъ учителей, посѣтителей и т. д.). Отсюда вытекаетъ требованіе, чтобы въ этомъ направленіи гораздо тщательнѣе, чѣмъ это обыкновенно дѣлаютъ, производили гигиенической надзоръ надъ всѣми этими лицами.

Что сифилисъ можетъ быть такимъ путемъ переданъ на здоровыхъ дѣтей сифилитическими кормилицами или прислужгой, понятно само собою, равно какъ понятно и то, что эта возможность можетъ быть предупреждена лишь точнымъ врачебнымъ изслѣдованіемъ принимаемой кормилицы, няни и т. д.

Наряду съ изложеннымъ раньше предупрежденіемъ заразныхъ болѣзней общій интересъ вызываетъ уменьшеніе болѣзненнаго предрасположенія посредствомъ укрѣпленія общей конституціи ребенка. Какъ уже было указано выше, далеко не всѣ дѣти представляютъ одинаковыя условія въ смыслѣ болѣзненнаго предрасположенія, какъ къ бугорчаткѣ, такъ и къ банальнымъ, такъ назыв. заболѣваніямъ отъ простуды; въ то время какъ у одного это предрасполо-

женіе постепенно проходитъ въ теченіе нейтральнаго возраста, у другого оно остается и въ школьномъ возрастѣ, хотя и въ меньшемъ размѣрѣ. Большею частью здѣсь дѣло идетъ о дѣтяхъ съ туберкулезной наслѣдственностью или съ наклонностью къ катаррамъ дыхательныхъ путей,—нерѣдко въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ присоединяется и ненормально долгое существованіе повышеннаго предрасположенія къ особенно тяжелымъ и длительнымъ заболѣваніямъ дыхательныхъ путей, остающихся на долгіе годы, такъ сказать, мѣстомъ наименьшаго сопротивленія. У такихъ дѣтей въ особенности необходимы и дѣйствительны мѣры, имѣющія цѣлью предупрежденіе новыхъ поводовъ къ заразѣ.

Способъ вскармливанія и послѣ грудного возраста играетъ очень важную роль. Какъ для грудного ребенка большая опасность возникаетъ отъ перекармливанія, такъ у старшихъ дѣтей, расположенныхъ къ катаррамъ, всякая чрезмѣрно богатая бѣлкомъ и ведущая къ откармливанію пища вызываетъ ухудшеніе или удлиненіе болѣзни. На это, какъ на факторъ, мало оцѣниваемый врачами, особенно сильно указываетъ Czegny въ своихъ описаніяхъ объ эксудативномъ діатезѣ и подчеркиваетъ, что такія дѣти лучше всего развиваются при преобладаніи вегетарианской пищи.

Далѣе, у этихъ дѣтей надо тщательно примѣнять закаливаніе, приспособленное къ каждому отдѣльному случаю. Исходя изъ того взгляда, что большинство этихъ катарровъ является слѣдствіемъ простуды, въ закаливаніи видѣли только систематическое приученіе къ холоду или къ переменной температурѣ и потому часто пользовались одностороннимъ и чрезмѣрнымъ примѣненіемъ холодной воды. Мы въ настоящее время знаемъ, что этотъ способъ именно у предрасположенныхъ къ болѣзнямъ дѣтей можетъ быть выполняемъ безъ вреда и успѣшно лишь въ скромныхъ размѣрахъ, что всякое охлажденіе душами, ваннами, холодными обтираніями и т. д., которое не вызываетъ сейчасъ же реактивнаго наполненія кровью и согрѣванія охлажденной части тѣла, непосредственно вызываетъ катарры и ухудшаетъ ихъ или нарушаетъ здоровье нервной системы. Болѣе нѣжнымъ и потому болѣе примѣнимымъ у большинства дѣтей способомъ является закаливаніе приученіемъ къ прогулкамъ на воздухѣ, при переменной холодной погодѣ. Но и здѣсь надо заботиться о томъ, чтобы съ помощью достаточной одежды и движенія предохранить ребенка отъ всякаго сильнаго и длительнаго охлажденія тѣла. Одежда должна, конечно, быть не такъ сдѣлана, чтобы на открытомъ воздухѣ до ребенка не доходилъ даже и вѣтерокъ, въ особенности шея и голова должны быть покрыты лишь легко; но неразумно отпускать дѣтей на прогулку и въ холодную погоду съ открытыми ногами или въ тонкихъ платьяхъ.

Несомнѣнно благопріятное вліяніе пребыванія на открытомъ воздухѣ основано, конечно, не только на дѣйствиіи холода, но главнымъ образомъ на движеніи воздуха и на большомъ количествѣ свѣта; то и другое, въ противоположность дѣйствию холода, оказываютъ раздраженіе, вызывающее приливъ крови къ кожѣ. Эти оба фактора въ счастливомъ сочетаніи обуславливаютъ, вѣроятно, главнымъ образомъ, благопріятные результаты пребыванія на морскомъ берегу, даже и у такихъ дѣтей, которымъ запрещены холодныя морскія купанья. Наконецъ, на открытомъ воздухѣ гораздо болѣе сильныя движенія дѣтей и связанное съ этимъ упражненіе ихъ мышцъ и повышеніе обмѣна веществъ также являются немаловажною частью ихъ закаливанія.

Еще больше, чѣмъ для каждаго ребенка, для дѣтей, страдающихъ эксудативнымъ діатезомъ, воспитаніе играетъ важную роль въ томъ

отношеніи, что ихъ частыя, сами по себѣ не тяжелыя заболѣванія даютъ поводъ къ совершенію противъ нихъ ошибокъ въ воспитаніи, которыя могутъ обнаружить часто скрытое у подобныхъ дѣтей невропатическое предрасположеніе. Поэтому крайне необходимо у такихъ дѣтей никогда не упускать изъ виду воспитанія, а также чрезмѣрной нѣжностью и уступчивостью не сдѣлать болѣзненное состояніе пріятнымъ и желательнымъ для ребенка: уклоненіе отъ школы и другихъ болѣе или менѣе непріятныхъ обязанностей, даже ясно выраженный истерическія явленія могутъ быть слѣдствіемъ такихъ погрѣшностей въ воспитаніи. Тамъ, гдѣ эти точки зрѣнія не проводятся, иногда приходится настоятельно требовать удаленія дѣтей изъ родительскаго дома.

Кромѣ эксудативныхъ и невропатическихъ дѣтей, также и рахитическія требуютъ особыхъ профилактическихъ мѣръ для предупрежденія серьезныхъ осложненій. Важнѣйшимъ изъ нихъ является сколіозъ, съ трудомъ потомъ уступающій леченію. Такъ какъ въ большинствѣ случаевъ онъ зависитъ отъ часто повторяющагося въ теченіе долгаго времени неправильнаго держанія тѣла, то при ношеніи дѣтей на рукахъ надо обращать большое вниманіе на то, чтобы попеременно носить ихъ на правой и на лѣвой рукѣ, лучше всего такимъ образомъ, чтобы при этомъ не было сгибанія позвоночника.

Для дѣтей со 2-го года жизни, которыя уже въ теченіе нѣкотораго времени свободно сидятъ, весьма рекомендуется Epstein'овская качалка (рис. 11), такъ какъ она заставляеть дѣтей для сохраненія равновѣсія напрягать мышцы спины соотвѣтственно качательнымъ движеніямъ; высокое положеніе при этомъ ручекъ не позволяетъ ребенку слишкомъ сгибать свое туловище; къ тому же ноги, какъ въ большинствѣ случаевъ весьма желательны, не носятъ на себѣ тяжести и не могутъ быть заложены другъ на друга. Цѣлесообразно также примѣнять систематическій массажъ.

Общественная профилактика дѣтскаго возраста возникла недавно и составляетъ задачу многихъ учреждений, служащихъ для защиты дѣтства.

Общественное призрѣніе грудныхъ дѣтей съ одной стороны стимулируется тѣмъ фактомъ, что грудной возрастъ не участвуетъ въ общемъ уменьшеніи смертности и заболѣваемости въ послѣднее 10-лѣтіе, съ другой стороны, отмѣченными во всѣхъ европейскихъ культурныхъ странахъ уменьшеніемъ относительнаго наростанія народонаселенія вслѣдствіе уменьшенія числа родовъ.

Задачи призрѣнія грудныхъ дѣтей происходятъ главнымъ образомъ въ 2-хъ направленіяхъ. Какъ было указано въ другомъ мѣстѣ, высокая смертность грудного возраста касается преимущественно дѣтей, вскармливаемыхъ искусственно. Въ теченіе послѣдняго 10-лѣтія почти всюду замѣчается уменьшеніе частоты вскармливанія грудью и продолжительности кормленія, которое лишь отчасти зависитъ отъ умень-



Рис. 11. Epstein'овская качалка.

шенія интереса къ ребенку и къ его воспитанію, а большею частью основано на томъ, что всѣ слои народа введены въ заблужденіе относительно достоинствъ искусственнаго вскармливанія и возможности замѣнить имъ грудь матери.

Нельзя не сознаться, что при этомъ роковое вліяніе на кормленіе имѣла переоцѣнка стерилизаціи пищи грудного ребенка съ одной стороны и расцвѣтъ обширной промышленности, съ ея многочисленными пищевыми средствами, (консервы, стерилизованное стойкое молоко, дѣтскую муку и т. д.), которыя въ большинствѣ рекомендуются съ большой рекламой, какъ «наилучшая» или «полная замѣна молока матери»—съ другой.

Изъ дѣтей, вскармливаемыхъ искусственно, наибольшей опасности подвергаются тѣ, которыя одновременно съ лишеніемъ материнской пищи лишаются вмѣстѣ съ тѣмъ и материнскаго ухода.

Здѣсь увеличеніе количества женскаго труда въ промышленности непосредственно и косвенно, поскольку дѣятельность матери внѣ дома чувствительно нарушаетъ семейную связь, вызвало тяжелую опасность, которая по отношенію къ груднымъ дѣтямъ угрожаетъ здоровью и жизни, а у старшихъ дѣтей—ихъ физическому и нравственному воспитанію. Съ этимъ связана не только ужасающая смертность грудныхъ дѣтей и оставленіе старшихъ дѣтей безъ присмотра, но также жилищная нужда и увеличеніе злоупотребленія алкоголемъ, туберкулезъ и т. д., словомъ, социальныя бѣдствія, вызванныя распадомъ семьи вслѣдствіе необходимости матери зарабатывать себѣ пропитаніе.

Такимъ образомъ помощь, которая стремится къ прирѣзнію грудныхъ дѣтей, состоитъ, во 1-хъ, въ дѣятельной пропагандѣ грудного кормленія, во 2-хъ, въ распространеніи гигиеническихъ знаний и обученіи со стороны врачей и акушерокъ (насколько они къ этому способны), далѣе, въ публичныхъ лекціяхъ, въ листкахъ, въ помощи газетъ, затѣмъ съ помощью премій за кормленіе, въ врачебныхъ консультаціяхъ и въ наблюденіи и тщательномъ уходѣ за слоями общества, наиболѣе угрожаемыми въ данномъ смыслѣ. Необходимо, чтобы врачи и акушерки, которые въ теченіе долгаго времени будутъ важнѣйшими носителями всего этого движенія, все больше подготовлялись бы къ новой задачѣ и въ практическомъ участіи все лучше углублялись бы въ своеобразныя особенности этой новой области дѣятельности.

Второй, въ настоящее время по крайней мѣрѣ столь же необходимой задачей является улучшеніе искусственнаго вскармливанія и уменьшенія присущихъ ему опасностей. И здѣсь распространеніе гигиеническихъ свѣдѣній какъ по отношенію къ отдѣльному человеку, такъ и въ широкихъ массахъ играетъ не меньшую роль, но еще важнѣе снабженіе несостоятельныхъ классовъ народа безупречной въ бактерійномъ отношеніи дѣтской пищей изъ молочныхъ кухонъ или съ помощью выдачи доброкачественнаго молока для домашняго приготовленія пищи или, по крайней мѣрѣ, съ помощью общаго улучшенія состоянія молока посредствомъ усиленнаго полицейскаго контроля за рыночнымъ молокомъ. Однако дѣйствительно успѣшная работа въ этомъ направленіи, между прочимъ, затрудняется тѣмъ, что искусственное вскармливаніе должно имѣть послѣдствіемъ уменьшеніе грудного кормленія; ибо это одно можетъ въ будущемъ стать стойкой и оправдываемой въ національно-экономическомъ отношеніи задачей прирѣзніи грудныхъ дѣтей.

Третья, послѣдняя и въ то же время самая трудная задача есть разработка и урегулированіе помощи бѣднымъ въ смыслѣ улучшенія прирѣзніи грудныхъ дѣтей. При этомъ надо обращать особенное вниманіе на то, чтобы достаточными пособіями матери по возможности уменьшить разлуку ея съ ребенкомъ, а если это невы-

полнимо, то дать возможность помѣщать дѣтей въ хорошія и находящіяся подъ постояннымъ надзоромъ ясли. Опекунство, имѣющее первой цѣлью обезпечить права внѣбрачныхъ дѣтей на пропитаніе со стороны отца, дало вполне хорошіе результаты; пріюты для роженицъ, въ которыхъ кормящія матери съ ихъ дѣтьми получаютъ достаточно долгую поддержку, служатъ такимъ же образомъ благу матери и ребенка. Для находящихся въ особенно опасныхъ условіяхъ дѣтей кормилицъ необходимъ надзоръ на основаніи особаго закона.

При оцѣнкѣ всѣхъ новѣйшихъ стремленій къ прирѣзнію грудныхъ дѣтей, которое несомнѣнно требуетъ сначала весьма большихъ денежныхъ жертвъ со стороны частной благотворительности или плательщиковъ налога, надо всегда имѣть въ виду, что цѣль его заключается не только въ поддержаніи жизни болѣе или менѣе значительной части потомства, но главнымъ образомъ и въ предохраненіи оставшихся въ живыхъ отъ тяжелыхъ и часто непоправимыхъ поврежденій въ физическомъ и въ умственномъ отношеніи. Эта часть задачи, пожалуй, еще болѣе важна и имѣетъ большое значеніе для націи.

Для дѣтей нейтральнаго возраста необходимо позаботиться съ помощью благотворительныхъ учреждений въ конфессіональныхъ союзахъ или большихъ промышленныхъ учрежденіяхъ объ устройствѣ яслей, дневныхъ школъ и т. п., хотя эта помощь во многихъ отношеніяхъ еще недостаточна. Впрочемъ, какъ уже было указано, недостатокъ физическаго ухода въ этомъ возрастѣ жизни не вызываетъ сильнаго увеличенія смертности, а только большую заболѣваемость. Въ особенности въ это время обнаруживаются послѣдствія болѣзней и ошибокъ вскармливанія въ теченіе грудного возраста; главнымъ образомъ ухудшается рахитъ и при недостаткѣ ухода онъ ведетъ къ болѣе или менѣе непоправимымъ обезображиваніямъ конечностей, позвоночника, грудной клѣтки и т. д. Зброшенность въ смыслѣ воспитанія даетъ именно въ этомъ возрастѣ самыя опасныя послѣдствія, ибо нормально въ это время вырабатываются основы характера и отсутствуютъ противодѣйствіе школы.

Къ дѣтямъ школьнаго возраста надо прилагать разнообразнѣйшія заботы. При постройкѣ новыхъ школъ больше, чѣмъ раньше, нужно обращать вниманіе на достаточное кубическое содержаніе воздуха, на удовлетворительность отопленія, вентиляціи, въ особенности на обиліе свѣта, падающаго слѣва отъ ученика. Многія новыя школы являются прямо-таки образцовыми учрежденіями въ гигиеническомъ отношеніи. Заботами о достаточномъ количествѣ дневнаго свѣта и цѣлесообразномъ выполненіи искусственнаго освѣщенія, большого шрифта въ школьныхъ руководствахъ и книгъ для дѣтскаго чтенія можно предупредить, насколько это возможно, близорукость, „школьную болѣзнь“ по преимуществу. Гигиенически правильная постройка скамеекъ съ соответствующимъ разстояніемъ между поверхностью сидѣнья и поверхностью столика, а также правильно устроенная стѣнка предупреждаютъ возникновеніе неправильностей осанки, изъ которыхъ могутъ развиться сколіозы; относительно фиксированныхъ сколіозовъ слѣдуетъ отмѣтить, что они обыкновенно обнаруживаются уже при поступленіи въ школу въ видѣ ясныхъ, хотя еще и доступныхъ исправленію обезображиваній (большею частью рахитическаго происхожденія). Для ограниченія опасности зараженія въ школѣ служить запрещеніе возврата выздоравливающихъ до окончанія срока

заразности и возможно ранней отсылки домой подозрительных, въ смыслѣ зараженія, дѣтей.

Школьные врачи имѣютъ задачей быть руководителями учителей по гигиенѣ, но прежде всего родителей, т. е. они должны обращать ихъ вниманіе на то, какъ открыть болѣзни и ненормальности у школьника. Несомнѣнно, благодаря этому своевременно многія дѣти подвергаются врачебному леченію, безъ чего они остались бы со своими болѣзнями. Такимъ образомъ врачемъ исполняется важная профилактическая работа.

Для дѣтей съ дефектами органовъ чувствъ, а также для калѣкъ устраиваются особая учреждения, для отсталыхъ умственно вспомогательные классы (дополнительные классы, классы для неупѣвающихъ), въ которыхъ они получаютъ образованіе, приуроченное къ ихъ способностямъ.

Для физически слабыхъ, а въ особенности для подверженныхъ бурчаткѣ дѣтей народныхъ школъ нѣкоторыя общины устраиваютъ „лѣсныя школы“, а многочисленные общины и союзы, по крайней мѣрѣ лѣтомъ, посылаютъ дѣтей въ лѣтнія колоніи, въ деревню, въ горы или на морской берегъ.

Старая тема, которая все время разбирается оживленно, часто съ большимъ темпераментомъ, чѣмъ съ знаніемъ дѣла, есть школьное переутомленіе. Нѣтъ никакого спора въ томъ, что оно несомнѣнно имѣетъ значеніе для многихъ дѣтей; однако здѣсь большею частью идетъ дѣло о физической слабаватыхъ, болѣзненныхъ или невропатическихъ субъектахъ. Но едва ли можно серьезно требовать, чтобы нормальная школа, т. е. школа для нормальныхъ дѣтей, въ виду этихъ ненормальныхъ дѣтей понизила бы свои требованія или въ значительной мѣрѣ измѣнила бы свою систему. Выборъ и распредѣленіе матеріала для преподаванія съ одной стороны, а съ другой—ограниченіе нѣкоторыхъ профессій указаніемъ на опредѣленную степень образованія является несомнѣнно задачей педагоговъ, а также управленія школы и властей.

Часто старались доказать школьное переутомленіе путемъ эксперимента, устанавливая формы переутомленія; но, конечно, это далеко не правильно,—точное врачебное наблюденіе, которое только и можетъ рѣшать вопросъ, не обнаруживаетъ переутомленія у здороваго ребенка. Гораздо чаще, чѣмъ предполагаютъ, причина разстройствъ, приписываемыхъ школѣ, заключается въ нецѣлесообразномъ отношеніи къ дѣтямъ въ домѣ родителей; гдѣ же этого нѣтъ и дѣти, тѣмъ не менѣе, не въ состояніи удовлетворять требованіямъ школы, ничего другого не остается, какъ дать имъ болѣе долгій срокъ для достиженія намѣченной цѣли или перевести ихъ въ низшіе классы съ болѣе легкой программой преподаванія.

Законная защита противъ плохого обращенія и промышленной эксплуатаціи, а также воспитаніе дѣтей, которымъ грозитъ заброшенность, дополняютъ кругъ учреждений, служащихъ для защиты дѣтства.

#### в) Общая терапія.

Руководящая мысль всякой терапіи—лечить не болѣзнь, а больного, означаетъ не только, что различныя измѣненія, теченія болѣзни устанавливаются различныя показанія для лечебныхъ мѣръ, но что наряду съ этимъ или раньше всего надо обращать вниманіе на индивидуальность самого больного. Такимъ образомъ вполне понятно, что терапія въ дѣтскомъ возрастѣ, въ особенности въ грудномъ, должна выполнять особая задачи и считаться съ особенностями дѣтскаго организма и его патологій.

Опредѣленные симптомы и симптомокомплексы, вслѣдствіе ихъ частоты или клинической важности, настолько выступаютъ ясно у ребенка на первый планъ, что тѣ способы, которые имѣются въ распоряженіи для лечебнаго воздѣйствія на нихъ, должны быть изложены въ связи. При этомъ установленіе показаній, можно ли съ даннымъ припадкомъ въ каждомъ конкретномъ случаѣ

боротся «симптоматически» и въ какой мѣрѣ, будетъ изложено въ специальной части этой книги.

Лихорадка. Насколько леченіе лихорадки не можетъ быть причиннымъ (разрѣзываніе гнойниковъ или флегмоны, проколъ при гнойномъ отитѣ и т. п. или водная діета при „пищевой“ лихорадкѣ) оно можетъ стремиться симптоматически, избѣгая „горячащей“ пищи, ограничить теплообразование или, что чаще всего дѣлается, увеличить теплоотдачу.

Внѣшнія обстоятельства, возможность легче обращаться съ ребенкомъ, чѣмъ съ болѣе тяжелымъ взрослымъ, болѣе простое и удобное выполненіе купанья, даютъ возможность болѣе обширнаго примѣненія охлаждающихъ ваннъ, чѣмъ въ позднемъ возрастѣ. Длительныя тепловатыя ванны въ 30° С. и болѣе дѣйствительнѣе холодныхъ ваннъ въ 20° С. и ниже, при которыхъ, правда, получается быстрое охлажденіе поверхности, но вслѣдствіе реактивнаго суженія кожныхъ сосудовъ (блѣдная, часто синюшная кожа) происходитъ лишь минимальное отнятіе теплоты внутреннихъ частей тѣла.

Если у грудныхъ дѣтей начинаютъ съ 35° С., т. е. съ температуры обыкновенной, для чистоты, ванны (у старшихъ дѣтей съ болѣе низкой температурой), безъ прибавленія холодной воды предоставляютъ ваннѣ охлаждаться самой, причемъ всегда можно получить отнятіе тепла въ теченіе 5—10-ти минутъ, вызвавъ достаточное и, что еще важнѣе, стойкое пониженіе температуры, благодаря большой разницѣ между перегрѣтымъ тѣломъ ребенка и температурой ванны. Степень охлаждения ванны никогда не можетъ быть заранее указана даже при большомъ клиническомъ опытѣ, и никогда нельзя точно высчитать ея продолжительность. Въ виду того, что теплота кожи въ ваннѣ всегда обманчива, рекомендуется прервать ванну для измѣренія температуры въ прямой кишкѣ и въ зависимости отъ того продолжать ванну или прекратить. Весьма важное значеніе имѣетъ самочувствіе ребенка, состояніе его сознанія, улучшеніе дѣятельности сердца, прекращеніе ознобовъ для рѣшенія вопроса о достаточности охлаждения.

Проще повторяемыхъ нѣсколько разъ въ день ваннъ во многихъ случаяхъ производятъ влажныя, вполне достигающія цѣли обертыванія. Безполезно указаніе точной температуры воды, такъ какъ она во время выполненія обертыванія измѣняется внѣ всякаго контроля. Достаточно сказать, что вода для грудныхъ дѣтей должна быть комнатной температуры или теплѣе, лишь у старшихъ дѣтей можно брать болѣе прохладную воду, нежели 20° С. Обыкновенно такія охлаждающія обертыванія дѣлаются только вокругъ туловища, оставляя ручки на свободѣ. Лишь у сильно лихорадящихъ старшихъ дѣтей, если обертыванія примѣняются вмѣсто невыполнимой при данныхъ условіяхъ или недопустимой по другимъ причинамъ ванны, обертываютъ также ручки и ножки.

Примѣняемое при обертываніи полотенце должно быть сложено по крайней мѣрѣ въ 6—8 разъ и настолько выжато, чтобы изъ него не капала вода. На него кладутъ шерстяной немного пористый платокъ, вязаную или тканую шаль и т. п., такимъ образомъ, чтобы вода изъ компресса могла медленно испаряться, на чемъ и основано, главнымъ образомъ, отнятіе тепла. Какъ скоро компрессъ высыхаетъ, онъ задерживаетъ тепло, и надо сейчасъ же его смѣнить; если не хотять подымать ребенка, то его вновь увлажняютъ, наливая по ложкамъ свѣжую воду. Если компрессъ надо оставить на долгое время, то рекомендуется смазать жиромъ кожу во избѣжаніе ея набуханія или образованія на ней пустуль.

Весьма нѣжную, но менѣе дѣйствительную форму охлаждения представляютъ холодные компрессы на грудь, животъ, голову или

вокругъ рукъ и голени, прохладныя обмыванія кожи. Они особенно примѣнны тамъ, гдѣ ребенку надо въ виду его болѣзни лежать возможно покойнѣе. При примѣненіи пузыря со льдомъ, котораго у грудныхъ дѣтей лучше всего избѣгать, надо обращать тщательное вниманіе на то, чтобы не наступило слишкомъ сильное охлажденіе.

Сравнительно съ водолечебными мѣрами лекарственное леченіе лихорадки у маленькихъ дѣтей отходить на задній планъ. Назначеніе аспирина, антипирина, пирамидона и т. д. заслуживаетъ преимущества лишь тамъ, гдѣ одновременно желаютъ использовать болѣе или менѣе специфическое дѣйствіе по отношенію къ нѣкоторымъ инфекціямъ (инфлуэнцы, ревматизма, нѣкоторыхъ ангинахъ и т. д.) или же когда, какъ, напр., при назначеніи салициловыхъ препаратовъ, желаютъ воспользоваться ими для усиленія потогоннаго способа леченія. Часто многіе врачи примѣняютъ хининъ или лишенные горечи замѣняющія его средства, что, несомнѣнно, имѣетъ свое оправданіе, ибо только одинъ хининъ изъ всѣхъ жаропонижающихъ средствъ не только повышаетъ теплоотдачу, но ограничиваетъ и теплообразование \*).

Обширное примѣненіе противолихорадочныхъ средства находятъ лишь у старшихъ дѣтей, и притомъ лишь тогда, когда они субъективно сильно страдаютъ отъ лихорадки. Здѣсь часто пріятнѣе устранить бессонницу, потерю аппетита, чѣмъ головныя боли и боли въ суставахъ съ помощью противолихорадочнаго средства, чѣмъ съ помощью ваннъ и т. д.

Примѣненія алкоголя, хотя вслѣдствіе расширенія кожныхъ сосудовъ онъ дѣйствуетъ охлаждающимъ образомъ, а благодаря наркотическому дѣйствию вызываетъ нѣкоторую эйфорию, слѣдуетъ совершенно избѣгать у дѣтей всякаго возраста или, по крайней мѣрѣ, давать его лишь временно въ качествѣ возбуждающаго средства при угрожающемъ упадкѣ силъ, но и, здѣсь, какъ мы увидимъ ниже, безъ него можно обойтись, замѣняя его другими болѣе дѣйствительными средствами.

Скажемъ здѣсь вкратцѣ, что наряду съ борьбой противъ лихорадки надо не упускать изъ виду заботливаго ухода и цѣлесообразнаго питанія.

Большинство изъ названныхъ противолихорадочныхъ средствъ, какъ изъ водолечебныхъ, такъ и изъ лекарственныхъ, обнаруживаетъ, если достигнуть застоя тепла съ помощью теплаго обертыванія или прикрыванія, потогонное дѣйствіе. Оно имѣетъ часто лечебное примѣненіе у дѣтей, но нужно имѣть въ виду двѣ вещи: груднымъ дѣтямъ въ качествѣ теплаго, способствующаго потоотдѣленію напитокъ можно давать только чай, подслащенный въ случаѣ надобности сахарномъ, но отнюдь не молоко въ произвольныхъ количествахъ. Во 2-хъ, при спазмофилии и у лимфатическихъ дѣтей слѣдуетъ избѣгать всякихъ средствъ, вызывающихъ застой тепла, такъ какъ они легко ведутъ къ гипертерміи и параличу сердца. Пилокарпинъ можно примѣнять у дѣтей лишь какъ *ultimum refugium* и при хорошей дѣятельности сердца.

Для борьбы съ слишкомъ низкой температурой служатъ главнымъ образомъ тѣ же мѣры, какъ для предупрежденія ея: грѣлка, теплая ванна, бутылки съ теплой водой и т. д. Инкубаторъ и

\*) Однако у многихъ дѣтей онъ вызываетъ сильный шумъ въ головѣ и нарушеніе слуха.



теплая ванна Stedé могут быть примѣняемы только въ учрежденіяхъ, а въ домашней обстановкѣ можно импровизировать грѣлку изъ всякой большой бутылки или глинянаго сосуда, плотно закрытыхъ. Матерямъ и нянямъ нужно указать на опасность ожога ребенка, если вытечетъ горячая вода или отъ непосредственнаго соприкосновенія съ горячей бутылкой, если она недостаточно хорошо обернута. То же относится къ различнымъ термоформнымъ подушкамъ.

Гдѣ важно быстрое энергичное согрѣваніе, преимущества заслуживаютъ горячія ванны. Ихъ можно начинать съ 35—36° С. и осторожнымъ приливаніемъ горячей воды повысить до 40° С. и болѣе, причѣмъ полезно сильно растирать кожу ребенка свободной рукой.

Въ виду того, что обыкновенно съ температурой ниже нормы сочетаются и другія явленія упадка силъ, прежде всего сердечной слабости и уменьшенной способности тѣла реагировать, то въ подобныхъ случаяхъ комбинируютъ сильно возбуждающую горячую ванну съ кратковременными холодными обливаніями груди, живота, спины. Вмѣсто этого можно производить также похлопыванія полотенцемъ, смоченнымъ въ холодной водѣ. Этими мѣрами не нарушается дѣйствіе горячей ванны, но настолько сильно возбуждается дѣятельность сердца и дыханія, какъ развѣ только съ помощью другой мѣры, а именно горчичной ванны, влажныхъ обертываній съ прибавленіемъ горчицы.

Первое выполняется такимъ образомъ, что заворачиваютъ 4—5 столовыхъ ложекъ (черной) горчичной муки въ кусокъ полотна и распускаютъ въ течение нѣсколькихъ минутъ въ горячей водѣ ванны. При этомъ способѣ развиваются пары, сильно раздражающіе слизистыя оболочки и могущіе ухудшить, напр., имѣющійся бронхитъ. Поэтому горчичная ванна въ настоящее время почти вездѣ замѣнена горчичными обертываніями, какъ это описано въ главѣ о капиллярномъ бронхитѣ.

У дѣтей съ распространенными экземами и у лимфатическихъ горчичныхъ обертываній дѣлать нельзя.

Въ легкихъ случаяхъ и въ крайности, когда нельзя скоро выполнить ни горячей ванны, ни горчичнаго обертыванія, можно достигнуть согрѣванія кожи, а вмѣстѣ съ тѣмъ и улучшенія кровообращенія сильнымъ растираніемъ ея рукою, или сухимъ платкомъ, но лучше всего горчичнымъ спиртомъ, камфорнымъ, летучей мазью или смѣсью равныхъ частей масла и спирта. Изъ внутреннихъ средствъ можно всегда достать спиртные напитки и черный кофе. О послѣднихъ сказано выше. Ихъ возбуждающее дѣйствіе кромѣ того кратковременно, а для слизистой оболочки желудка оно въ большихъ дозахъ навѣрное вредно, а потому лучше всего избѣгать ихъ примѣненія. Напротивъ, никакихъ возраженій нельзя сдѣлать относительно кофе, который при введеніи въ достаточно теплое вѣдѣ согрѣваетъ и дѣйствуетъ стимулирующимъ образомъ и даже въ большихъ дозахъ никогда не вызываетъ ни параличей, ни отравленій. Поэтому его широкое примѣненіе у грудныхъ дѣтей можетъ быть настоятельно рекомендуемо. Сравнительно съ кофе возбуждающее дѣйствіе чернаго или зеленаго чая слишкомъ незначительно, чтобы можно было примѣнять ихъ въ качествѣ лечебнаго средства.

Изъ лекарствъ кровообращеніе сильнѣе и быстрѣе всего вызываютъ подкожныя впрыскиванія камфорнаго масла. У самыхъ маленькихъ грудныхъ дѣтей надо впрыскивать сразу не менѣе  $\frac{1}{2}$  стм., а въ крайнемъ случаѣ,—безъ всякаго опасенія 1—2 стм. Въ случаѣ надобности это количество можно вводить каждыя 1—2 часа даже

цѣлые дни подъ-рядъ, но отдѣльныя мѣста впрыскиваній не должны находиться слишкомъ близко другъ къ другу во избѣжаніе омертвѣнія (а при наличности бактеріеміи) и гнойниковъ.

Внутрь можно давать камфору груднымъ дѣтямъ въ дозахъ по 0,03—0,05 аа. съ Acid. benzoic. въ видѣ порошка нѣсколько разъ въ день, а старшимъ дѣтямъ соотвѣтственно больше. Но дѣти часто отказываются принимать ее въ виду плохого вкуса.

Мускусъ, который раньше очень любили, примѣняется въ настоящее время рѣдко: внутрь *tinct. Moschi* съ *liq. ammon. anisat.* и *Spirit. aeth. aa.* черезъ 1—2—3 часа по 5—10 капель или подкожно: *Tinct. Moschi* приблизительно черезъ 3 часа по  $\frac{1}{2}$ —1 куб. стм. Онъ дорогъ и безъ него можно во всякомъ случаѣ обойтись.

Быстро, но не стойко дѣйствуетъ *coffein. patrio-benzoic.*, который можетъ быть назначаема въ дозахъ по 0,03 (во 2-мъ полугодіи), 0,06 (на 2—3-мъ году), 0,1 (на 4—6-мъ году), у дѣтей школьнаго возраста по 0,15—0,2 черезъ 2—3 часа внутрь или въ тѣхъ же дозахъ подкожно (въ 10—20%-номъ стерильномъ растворѣ).

Для очень быстраго дѣйствія пригоденъ также адреналинъ (*Takamine*), который впрыскивается внутримышечно въ однократной дозѣ 0,2—0,3 основного раствора (у грудныхъ дѣтей, у старшихъ—больше). Примѣненіе его какъ прибавки къ внутривеннымъ впрыскиваніямъ поваренной соли встрѣчается по крайней мѣрѣ у маленькихъ дѣтей непреодолимыхъ техническія затрудненія, однако *Rospischill* у старшихъ дѣтей подкожно впрыскивалъ до 60-ти капель въ 150 куб. стм. физиологическаго раствора поваренной соли и притомъ 2—4 раза въ день \*).

Медленнѣе, но зато болѣе стойко дѣйствуетъ наперстянка въ видѣ *Infus. fol. Digit.* 0,3—0,5:100 на 3 дня (для грудныхъ дѣтей, для старшихъ дѣтей соотвѣтственно больше). Въ виду извѣстнаго кумулятивнаго дѣйствія при повторномъ примѣненіи надо нѣсколько дней не давать наперстянки и въ это время вводити *Tinct. Strophanthi* (1—3—5 капель черезъ 3 часа). Въмѣсто *Infus. Digitalis* можно съ успѣхомъ назначать дигаленъ (*Digitoxin, solubile*) или *Digituratum*, которые даютъ груднымъ дѣтямъ 3 раза въ день по 2—3 капли, а старшимъ—до 3 разъ въ день по 10—12 капель. Кумулятивное дѣйствіе несомнѣнно, менѣе выражено, чѣмъ при назначеніи настоекъ или листьевъ наперстянки; но необходимо считаться съ возможностью наступленія его и слѣдить, не замѣчается ли замедленіе пульса.

Пригоднымъ сердечнымъ возбуждающимъ средствомъ является еще, *secale cornutum pulveratum*, особенно при сердечной слабости у старшихъ дѣтей въ теченіе острыхъ заразныхъ болѣзней (скарлатины, дифтеріи, пневмоніи и т. д.). По совѣту *Steffen'a* старшаго, ее можно давать 3—4 раза въ день по 0,3—0,5 внутрь. *H. Neumann* рекомендуетъ назначать *Extract. fluid. Secl. cornuti* черезъ 2 часа по 2—3 капли (въ общемъ до 1-го грм.) на 1-мъ году, 3—4 капли (въ общемъ до 1,5 грм.) на 2-мъ.

Дѣйствіе только что названныхъ возбуждающихъ сердце средствъ (наперстянки, дигалена, спорыньи), особенно у маленькихъ дѣтей, часто трудно оцѣнить правильно и потому дозировка до нѣкоторой степени произвольна; указанная дозы представляютъ лишь приблизительныя точки опоры и при угрожающемъ сердечномъ параличѣ можно примѣнить ихъ безъ опасенія, хотя впрочемъ болѣею частью и безъ успѣха \*\*).

\*) Его наблюденія не подтверждены другими авторами.

Прим. М. Б.

\*\*) Дозировка сердечныхъ средствъ, согласно нашимъ экспериментальнымъ изслѣдованіямъ и наблюденіямъ у постели больныхъ дѣтей, основанная на четырехъ показателяхъ (величина сердца, длина тѣла, степень кровяного дав-

Всѣ средства, указанная для леченія остраго упадка силъ, дѣйствуютъ косвенно и на возбужденіе дыханія, но они не даютъ результата, если параличъ дыханія стоитъ на первомъ планѣ, и если онъ обнаруживается появленіемъ дыхательныхъ остановокъ періодическаго дыханія при хорошей или сносной дѣятельности сердца. Здѣсь иногда облегченіе и отдыхъ истощенному дыхательному центру даетъ вдыханіе кислорода, около 3-хъ литровъ въ минуту въ теченіе 5—10-минуть 1—2—3 раза въ часъ, причемъ является возможность устранить заколдованный кругъ, путемъ улущенія артеріализаціи крови.

Если разстройство дыханія, какъ это особенно бываетъ у маленькихъ грудныхъ дѣтей, съ трудомъ дышащихъ черезъ ротъ, возникаетъ вслѣдствіе закупорки носовыхъ ходовъ, то можно облегчить его механическимъ очищеніемъ носа сухими или смоченными въ глицеринѣ ватными тампонами, а при сильномъ набуханіи слизистой оболочки—адреналиномъ. Это дѣлаютъ такимъ образомъ, что пропитываютъ ватный тампонъ свѣже-приготовленнымъ растворомъ адреналина 1:3000 (путемъ разбавленія стойкаго основнаго раствора адреналина-Takamine 1:1000) и на нѣсколько минутъ вводятъ въ носъ. Дешевле и удобнѣе примѣнять ежедневно свѣжій растворъ адреналина съ помощью лепешекъ гемизина *Borroughs, Wellcome & Co.* (1 лепешка на 5 куб. см. воды=1:1000). Тяжелыя разстройства дыханія въ области гортани требуютъ иногда интубаціи или трахеотоміи.

Часто, особенно у грудныхъ дѣтей возникаетъ задача предупредить длительное обѣднѣніе водою организма или возможно быстро устранить уже наступившее. Простѣйшія средства: обильное питье фізіологическаго раствора поваренной соли <sup>1)</sup> или щелочнаго раствора поваренной соли (такъ назыв. раствора *Heim-John'a* [рецептъ № 2]) или минеральной воды (Фахингенъ, Виши, Зальцбрунъ, Обербрунненъ, Карлсбадъ, Мюльбрунненъ или т. п.) или чуть солоенаго чаю. Но въ тяжелыхъ случаяхъ эти способы не помогаютъ, такъ какъ ребенокъ отказывается пить, или питье вызываетъ неукротимую рвоту. Иногда удается это сдѣлать съ помощью неоднократно повторяемаго въ теченіе дня введенія въ прямую кишку тѣхъ же растворовъ, если ихъ вводитъ возможно выше, въ нагрѣтомъ до температуры тѣла видѣ, въ количествѣ 50—100 куб. см. (у грудныхъ дѣтей) съ помощью *Nélaton'*овскаго катетера. Чтобы помѣшать быстрому выходу обратно, надо послѣ введенія жидкости нѣсколько минутъ придерживать рукою заднепроходное отверстіе. Если и такимъ образомъ не удастся вызвать всасываніе въ кишечникъ достаточныхъ количествъ жидкости, то часто можно достигнуть цѣли весьма нѣжнымъ введеніемъ только въ прямую кишку.

Аппаратомъ для этого служитъ ирригаторъ съ длинной трубкой, въ которую вставленъ стеклянный кранъ, и на конецъ которой надѣтъ катетеръ. Онъ вводится возможно дальше въ прямую кишку и укрѣпляется у заднепроходнаго отверстія полосками липкаго пластыря. Притокъ регулируется съ помощью крана такимъ образомъ, чтобы въ минуту втекало 30—40 капель, въ часъ 90—120 куб. см. Такимъ образомъ, не вызывая сильнаго давленія, можно нѣ-

ленія и напряженность вѣсовыхъ наростаній) можетъ выразиться въ такомъ видѣ. Если дозу взрослоаго изобразить единицей, то для дѣтей первыхъ двухъ мѣсяцевъ жизни она будетъ  $\frac{1}{10}$ , для 3—6 м.  $\frac{1}{8}$ , для 7—9 м.  $\frac{1}{4}$ , для 10—12 м.  $\frac{1}{3}$ , въ возрастѣ 1—2 лѣтъ  $\frac{2}{5}$ , 3 л.  $\frac{3}{5}$ , 4—5 л.  $\frac{7}{15}$ , 6—7 л.  $\frac{3}{4}$ , 6—9 л.  $\frac{4}{5}$ , 10—14 л.  $\frac{7}{10}$ .

Прим. ред.

<sup>1)</sup> О прибавленіи соли сказано на стр. 16, въ главѣ 1.

сколько разъ въ день вводить по 200 куб. см. и больше. Въ качествѣ жидкости для вливанія примѣняется какой-либо изъ названныхъ растворовъ или, чтобы устранить вызывающее лихорадку дѣйствіе поваренной соли, такъ наз. Ringer'овскій растворъ (рецептъ № 1).

Наиболѣе быстрое надежное введеніе воды достигается съ помощью подкожнаго вливанія, для котораго примѣняютъ либо стерильный физиологическій (0,7%-ный) растворъ поваренной соли или, лучше, Ringer'овскій растворъ.

Для выполненія служитъ или большой съвороточный шприцъ, или воронка, снабженная шприцовой канюлей и трубкой, какъ это обыкновенно дѣлаютъ у взрослыхъ. У сильно обдѣнѣвшихъ водой грудныхъ дѣтей можно съ одного укола въ кожу груди, живота или спины ввести медленно и при неоднократномъ передвиганіи иглы ввести 50 и больше, до 100 куб. см. Этотъ способъ въ виду его болѣзненности долженъ ограничиваться лишь самыми тяжелыми случаями, но онъ является часто единственнымъ, который приводитъ къ цѣли, и который можно примѣнять 2—3—4 раза въ день.

Весьма часто при самыхъ разнообразныхъ обстоятельствахъ является необходимость позаботиться о быстромъ и основательномъ опороженіи кишечника. Съ помощью клистировъ и кишечнаго промыванія это достижимо только по отношенію къ толстой кишкѣ, и потому они достаточны только тамъ, гдѣ надо удалить затвердѣвшія въ кишкѣ каловыя массы.

Примѣняя малыя, вмѣщающіе въ себѣ 30—50 куб. см. клистирные шприцы, не слѣдуетъ вводить въ прямую кишку твердыхъ костяныхъ наконечниковъ, такъ какъ при неожиданныхъ движеніяхъ ребенка могутъ легко наступить раненія, а нужно на нихъ надѣть толстый Nélaton'овскій катетеръ или такъ наз. кишечную трубку изъ резины. То же относится къ твердымъ наконечникамъ ирригатора. Возможно болѣе глубокое введеніе трубки, которая и у маленькихъ грудныхъ дѣтей можетъ достигать толщины мизинца, высокое положеніе таза (подкладываніемъ подушки) въ спинномъ или боковомъ положеніи и сдавливаніе заднепроходнаго отверстія послѣ введенія клизмы необходимы для того, чтобы жидкость задержалась на нѣкоторое время въ кишечникѣ и могла дѣйствовать на каловыя массы.

Вливанія можно соединить также съ промываніемъ. Въмѣсто ирригатора всегда лучше всего пользоваться воронкой съ трубкой, большіхъ размѣровъ, чѣмъ примѣняемая для промыванія желудка (см. это). Жидкостью для промыванія можетъ быть теплая вода или физиологическій растворъ поваренной соли, но можно также усилить въ каждомъ данномъ случаѣ дѣйствіе съ помощью вяжущихъ слабительныхъ (напр., Infus. fol. Senn.), противопаразитарныхъ (отвары чеснока и т. п.) и другихъ прибавленій. Масляныя клизмы въ количествѣ 30—100 грм. служатъ для размягченія твердыхъ каловыхъ кусковъ. Глицериновые клистиры (1—2 чайныхъ ложки съ такимъ же количествомъ воды) оказываютъ болѣе сильное раздраженіе на перистальтику нижняго отдѣла кишечника; ихъ можно замѣнить также извѣстными глицериновыми свѣчками, которыя продаются въ видѣ небольшой, приспособленной для дѣтской практики формѣ, или мыльными свѣчками, т. е. валиками, толщиной въ мизинецъ, длиною въ 3—5 см., которыя могутъ быть вырѣзаны легко изъ любого обыкновеннаго мыла и являются въ качествѣ весьма распространеннаго народнаго средства \*).

\*) Пора бы совсѣмъ бросить способъ введенія въ задній проходъ кусочковъ мыла, вызывающаго очень сильное раздраженіе и нерѣдко нравящагося маленькимъ дѣтямъ и тѣмъ способствующаго возникновенію крайне нежелательныхъ влеченій. Независимо отъ сказаннаго, многіе сорта мыла, какъ мы видѣли не разъ, производятъ чуть не прижигающее дѣйствіе на нѣжную слизистую прямой кишки.

Для основательнаго опорожненія всего кишечнаго канала болѣе пригодны лекарственныя слабительныя, которыя имѣются въ большемъ количествѣ.

Наиболѣе излюбленнымъ въ теченіе цѣлыхъ десятилѣтій, и безъ достаточнаго для того основанія, является каломель, назначаемый для грудныхъ дѣтей по 0,01—0,05 черезъ 2 часа до дѣйствія, а для дѣтей 3-го года жизни по 0,05—0,1. Весьма сомнительно, обладаетъ ли каломель въ маленькихъ, черезъ большіе промежутки даваемыхъ дозахъ приписываемымъ ему противопоноснымъ свойствомъ, остается вопросомъ, такъ какъ онъ отнюдь не является пригоднымъ обеззаражи-



Рис. 12. Промываніе желудка.

вающимъ средствомъ для кишечника. Но несомнѣнно, что онъ легко вызываетъ раздраженіе кишечника, которое значительно превышаетъ желаемое дѣйствіе и во всякомъ случаѣ вредно, такъ какъ увеличиваетъ способныя къ гніенію кишечныя отдѣленія. Современные педиатры едва ли примѣняютъ его еще у грудныхъ дѣтей \*). Вмѣсто ка-

\*) Изслѣдованіями проф. Schmidt'a и др. непосредственно доказано, что каломель увеличиваетъ количество бактерий въ кишечникѣ \*\*).

Прим. М. Б. \*\*) Вынужденъ выступить защитникомъ каломеля въ томъ смыслѣ, что малыя дозы его, назначаемыя съ цѣлью дезинфекціи, успѣшно ее производятъ въ тѣхъ случаяхъ, когда диспепсія протекаетъ при воючихъ испражненіяхъ и когда бѣдная печень набухаетъ, рѣзко говоря намъ о чрезмѣрной на ея долю выпавшей работѣ по нейтрализаціи и уничтоженію вредныхъ началъ броженія, въ избыткѣ поступающихъ къ ней изъ кишечника. Въ результатѣ

ломеля какъ слабительнаго примѣняютъ гораздо болѣе безвредное (касторовое) масло, которое легко дать маленькимъ дѣтямъ, сдѣлавши его болѣе жидкимъ съ помощью нагрѣванія ложки надъ свѣч-кой и надо давать его въ одинъ приемъ и въ не слишкомъ малыхъ дозахъ по 1—2 чайныхъ ложки. Старшія дѣти принимаютъ его большею частью безъ отвращенія, если смазать имъ языкъ шоколадомъ въ видѣ предложенной Неносч'омъ эмульсіей съ равными частями Sir. Manna (рецептъ № 8) \*).

Для однократнаго, основательнаго освобожденія кишечника у дѣтей съ 3-го года фенолфталеинъ въ видѣ лепешекъ пургена или конфектъ лаксина является, правда, дорогимъ, но средствомъ дѣйствующимъ безъ всякой боли. Лепешки пургена (розовыя) должны быть даваемы по крайней мѣрѣ въ количествѣ 2—3-хъ на разъ, такъ какъ меньшія дозы часто не дѣйствуютъ. Также пригоденъ калифигъ, но въ виду содержанія въ немъ александрийскаго листа онъ иногда вызываетъ легкія колики. Маленькимъ дѣтямъ можно давать клещевинное масло, а также жженую магнезію съ ревенемъ („Hufeland'овскій дѣтскій порошокъ“), у старшихъ примѣнимы еще слабительныя соли, особенно при привычномъ запорѣ, насколько вообще при немъ необходимы лекарственныя средства. Лучше всего начинаютъ съ того, что утромъ даютъ около чайной ложки искусственной карлсбадской соли въ винномъ стаканчикѣ теплой воды, повышаютъ или уменьшаютъ дозу, смотря по надобности \*\*).

Опорожненія желудка въ настоящее время лишь въ видѣ исключенія вызываютъ еще рвотными средствами; нѣжнѣе и полнѣе это удается съ помощью промыванія желудка, которое именно у маленькихъ дѣтей выполнимо съ технической стороны весьма просто.

Ребенка, какъ видно на рис. 12, кладутъ на бокъ, опускаютъ лицо нѣсколько внизъ, чтобы вытекающее мимо желудочнаго зонда содержимое вышло наружу, а не попало бы какъ-нибудь въ дыхательныя пути. Это единственная предосторожность, на которую надо обращать вниманіе строжайшимъ образомъ. Инструментарій состоитъ изъ воронки, вмѣстимостью въ 150—200 куб. см. съ трубкой, длиною въ 1 метръ, которая на нижнемъ концѣ снабжена стеклянной соединительной трубкой безъ крана; на послѣднюю надѣтъ мягкой катетеръ, толщиною въ карандашъ. Этотъ катетеръ служитъ у грудныхъ дѣтей

дѣйствія маленькихъ, нераздражающихъ желудка дозъ каломеля, даваемыхъ 2—3 раза въ день, получается потеря испражненіями ихъ вонючаго запаха, возстановленіе всегда желательной въ кишечникѣ слабо-кислой реакціи и быстрое, чуть не на глазахъ, уменьшеніе печени. Но говоря такимъ образомъ, мы ни въ какомъ случаѣ не согласны признать за каломелемъ особой чудодѣйственной силы, а шаблонное примѣненіе его непростительно ни съ научной, ни съ практической точекъ зрѣнія.

Прим. ред.

\*) Никогда не слѣдуетъ забывать, что касторовое масло оставляетъ послѣ себя большую торпидность кишечника, что при естественной наклонности послѣдняго къ запорамъ представляетъ большіе неудобства, съ которыми дѣтскому врачу приходится считаться на каждомъ шагѣ. Насколько рициновое масло легко принимается малышами, настолько трудно иногда дать его болѣе взрослымъ дѣтямъ, смазываніе же шоколадомъ языка всегда оканчивается его облизываніемъ, а касторка такъ въ ложкѣ и остается.

Прим. ред.

\*\*) Лечение дѣтскихъ запоровъ средними солями не можетъ найти широкаго примѣненія, такъ какъ, напр., одинаковая доза сѣрнокислой магнезіи у дѣтей одного и того же возраста и вѣса даетъ различный результатъ: въ одномъ случаѣ—боль съ поносомъ, въ другомъ—ни боли, ни поноса, кромѣ того, употребленіе слабительныхъ солей требуетъ отсутствія малѣйшихъ слѣдовъ воспаленія и даже гипереміи. Единственной лучше другихъ дѣйствующей и со стороны дѣтей протеста не вызывающей солью мы считаемъ лимоннокислую магнезію, хотя и при ея употребленіи полное ручательство за успѣхъ обезпечено быть не можетъ.

Прим. ред.

желудочнымъ зондомъ. Его просто вводятъ вплоть до задней стѣнки зѣва, тамъ онъ вызываетъ легкія тошнотворныя, а затѣмъ глотательныя движенія, которыми и пользуются для продвиженія зонда. Такимъ образомъ зондированіе желудка удается очень легко; во всякомъ случаѣ нѣтъ никакой опасности попасть зондомъ въ гортань; начальныя тошнотныя движенія прекращаются очень скоро, при покойномъ держаніи зонда. Дальнѣйшій процессъ состоитъ въ выпусканіи желудочнаго содержимаго и послѣдовательномъ промываніи водой температуры тѣла или физиологическимъ растворомъ поваренной соли, какъ это дѣлается у взрослыхъ. Для удаленія послѣднихъ остатковъ жидкостей для промыванія зондъ надо передвигать впередъ и назадъ на нѣсколько стм., чтобы его отверстие попадало въ жидкость, а не находилось въ собравшемся надъ нею воздухѣ, въ такъ наз. «желудочномъ пузырьѣ». Болѣе крупныя свертки твораго, какіе встрѣчаются въ атоническихъ желудкахъ, болѣею частью не могутъ быть удалены промываніемъ, но для лечебныхъ цѣлей это не имѣетъ значенія. Прибавленіе лекарствъ къ жидкости не оправдало <sup>1)</sup> возлагавшихся на него ожиданій.

Изъ вяжущихъ средствъ, примѣняемыхъ для леченія большого кишечника, все еще преобладаетъ таннинъ. Примѣняемый въ 0,25—0,5%-номъ растворѣ температуры тѣла для промыванія кишечника, онъ достигаетъ лишь нижнихъ отдѣловъ толстой кишки <sup>2)</sup>, если же необходимо дѣйствіе его на болѣе высоко расположенную часть кишечника, то надо вводить его внутрь, и для этого пригодны многочисленныя новѣйшіе препараты таннина, оставляющіе кишечникъ въ болѣе или менѣе неизмѣненномъ видѣ и постепенно отщепляющіе тамъ дубильную кислоту: таннигенъ, таннальбинъ, танноформъ, таннисмутъ и т. д. Въ виду того, что нѣкоторыя части ихъ покидаютъ кишечникъ въ неизмѣненномъ видѣ, не надо быть слишкомъ осторожнымъ съ ихъ дозировкой. Болѣею частью назначаютъ ихъ въ видѣ порошковъ въ коробочкѣ и назначаютъ нѣсколько разъ въ день на кончикѣ ножа. Такъ какъ они являются нерастворимыми и довольно объемистыми порошками, то лучше всего назначать ихъ въ смѣси съ густымъ овсянымъ отваромъ и т. п. Очень удобна форма микстуры для взбалтыванія съ Mucilago Gummi arabici и съ небольшимъ количествомъ сахара по чайной—десертной ложкѣ (рецептъ № 9) <sup>3)</sup>.

Для промываній вмѣсто Acid. tannicum можно примѣнять теплый чай изъ ромашки или 2%-ный Liq. Alumin. acet. Много разъ рекомендованныя крахмальныя клизмы (чайная ложка крахмала на 150—200 куб. стм. воды, нагрѣваемая до превращенія крахмала въ клейстеръ; вводится 30—50 куб. стм. температуры тѣла) не обнаруживаютъ вяжущаго дѣйствія, но могутъ служить въ качествѣ vehiculum для подобныхъ прибавокъ и, кромѣ того, защищаютъ слизистую оболочку чисто механически; впрочемъ, и это весьма сомнительно.

Изъ лекарственныхъ вяжущихъ средствъ, кромѣ препаратовъ таннина, весьма часто назначается висмутъ.

Онъ дается въ видѣ Bismuth. subnit. (а также subsalicyl.) по 0,2—0,3 черезъ 3 часа груднымъ дѣтямъ или въ видѣ 3—4%-ной микстуры для взбалтыванія съ Mucilago Gummi arabici (20 на 100 грм. микстуры) черезъ 3 часа по чайной-десертной ложкѣ. Испраженія окрашиваются отъ образованія сѣрнистаго висмута въ сѣровато-черный цвѣтъ. Таннисмутъ, висмутоза, висмонъ и т. д. представляютъ новыя пригодныя препараты висмута.

<sup>1)</sup> Весьма полезно прибавленіе Tincturae Ratanhiae \*). Прим. М. Б.

<sup>2)</sup> Съ чѣмъ мы никакъ согласиться не можемъ. Прим. ред.

<sup>3)</sup> Напрасно умаляется значеніе высокиихъ клизмъ, предложенныхъ моимъ незабытымъ учителемъ проф. А. Monti, несомнѣнно достигавшимъ, съ помощью ихъ, промываніе толстой кишки на всею ея протяженіи, вплоть до слѣпой. Намъ удавалось и удается получать такіе же результаты. Прим. ред.

<sup>4)</sup> Прибавленіе Mucilago Gummi arabici совершенно излишне. Прим. М. Б.

Непосредственный успѣхъ ограничивающаго выдѣленія, вяжущаго вліянія названныхъ средствъ заключается въ ихъ противоположномъ дѣйствіи. Нѣсколько иначе дѣло обстоитъ съ бѣлой глиной, *bolus alba*, которая въ большихъ дозахъ (5—10 грм. и больше нѣсколько разъ въ день) въ 100—150 грм. кипяченой воды или чая въ видѣ взвѣси дается какъ напитокъ и большею частью выпивается безпрепятственно. Она дѣйствуетъ чисто механическимъ путемъ, благодаря тому, что мелкія частицы глины, проникая въ желудочно-кишечное содержимое, мѣшаютъ бактеріямъ развиваться на ихъ питательной почвѣ и этимъ препятствуютъ ихъ вредной дѣятельности въ смыслѣ гніенія или броженія. Итакъ, взвѣсь глины можетъ быть назначаема только какъ вспомогательное средство при чайной діетѣ и дѣйствительна лишь въ томъ случаѣ, если кишечникъ освобожденъ уже отъ большихъ остатковъ пищи; въ этихъ предѣлахъ она несомнѣнно полезна.

Далѣе, особаго разсмотрѣнія требуетъ опиумъ въ качествѣ средства, ограничивающаго перистальтику. Его опасность для маленькаго дѣтскаго организма въ общемъ, повидимому, преувеличена, поскольку болѣзненные явленія, принадлежащія къ картинѣ нѣкоторыхъ тяжелыхъ пищевыхъ расстройствъ, ошибочно приписывались дѣйствию назначаемыхъ малыхъ дозъ опія и потому вообще предостерегали отъ назначенія опія маленькимъ дѣтямъ \*). Помимо того, опій, какъ средство, вызывающее запоръ, примѣняется рѣдко, такъ какъ, правда, онъ до нѣкоторой степени понижаетъ перистальтику и всасываніе, но отнюдь не уменьшаетъ процессовъ разложенія содержимаго кишечника. Примѣненіе его въ качествѣ ограничивающаго перистальтику средства поэтому показано лишь въ томъ случаѣ, если онъ, какъ и наркотическія при спастическомъ кашлѣ, устраняетъ чрезмѣрную защитительную реакцію организма, т. е. въ данномъ случаѣ сильную потерю воды или сильныя колики и тенезмы при очень слабомъ выдѣленіи кишечника. Но ясно, что это симптоматическое леченіе можетъ замаскировать тяжесть лежащихъ въ основѣ заболѣваній, и клинической опытъ показываетъ, что это именно у маленькихъ грудныхъ дѣтей чаще всего угрожаетъ жизни.

Относительно дозировки опія H. Neumann совѣтуетъ давать *Tinct. Op. simpl.* (или *scodata*) по одной каплѣ на 50 куб. см. воды и назначать ее черезъ часъ у грудныхъ дѣтей первыхъ 6-ти мѣсяцевъ по одной чайной ложкѣ, на 2-мъ полугодіи по десертной ложкѣ, пока въ теченіе 3-хъ часовъ не будетъ испраженій, а затѣмъ рѣже. У старшихъ дѣтей можно увеличить количество капель опія такимъ образомъ, что дѣтямъ 3—6-ти лѣтъ и 8 лѣтъ даютъ 3 капли, старшимъ дѣтямъ—3—5 капель и не чаще, чѣмъ черезъ 3 часа. Эти количества можно увеличить только въ исключительныхъ случаяхъ, напр., при воспаленіи слѣпой кишки или брюшины. Здѣсь средство цѣлесообразнѣе давать въ видѣ чистаго опія съ *Orium pur.* или *Extract.* Опіи въ видѣ свѣчекъ по 0,01—0,02 для 3—6-лѣтнихъ, 0,02—0,03 для старшихъ дѣтей, смотря по надобности 3—4 раза въ день (рецептъ № 10).

Для успокоенія коликъ служатъ, правда, менѣе вѣрныя, чѣмъ опиумъ, но зато совсѣмъ безвредныя гидротатическіе приемы, очень теплыя сухіе компрессы или припарки на животъ; послѣднія надо мѣнять, каждая  $\frac{1}{4}$  часа или  $\frac{1}{2}$  часа, причемъ онѣ должны быть достаточно теплы и прикрыты чѣмъ-нибудь сухимъ. Уменьшающее колики дѣйствіе, приписываемое нѣкоторымъ видамъ чая, напр., чаю изъ перечной мяты, матерями и нянями, отнюдь не специфическое, но можно ихъ примѣнять тѣмъ болѣе, что въ большинствѣ случаевъ

\* ) Еще лучше назначеніе пантопона въ тѣхъ же дозахъ. Прим. М. Б.



они удовлетворяют имѣющемуся показанію лишить ребенка временно пищи.

Примѣненіе наркотическихъ средствъ у дѣтей ограничивается, помимо сказаннаго, успокоеніемъ часто весьма мучительнаго кашлевого раздраженія и вызываніемъ сна. Для первой цѣли, подробное разсмотрѣніе которой относится къ специальной части этой книги, упомянемъ здѣсь лишь слѣдующее: самое употребительное у дѣтей наркотическое вещество есть Codein. phosphor. въ водномъ сильно подслащенномъ растворѣ (рецептъ № 12). У грудныхъ дѣтей можно начинать съ 0,002 3—4 раза въ день, но можно доходить въ refracta dosi часто до весьма значительныхъ дозъ (0,004—0,005 3—4 раза въ день) для достиженія дѣйствія. У дѣтей нейтральнаго періода можно начать съ этой послѣдней дозы и дойти до 0,01—0,012 3—4 раза въ день. Въ случаѣ, если кодеинъ отказывается служить и въ этихъ дозахъ, то разрѣшается, а иногда и необходимо дать Morphin. hydrochlor, запрещаемый врачами не менѣ опиума, но при внимательномъ наблюденіи допустимый и даже показанный. Дозы приблизительно составляютъ  $\frac{1}{3}$  дозы кодеина.

Нѣсколько болѣе подробнаго разсмотрѣнія требуютъ снотворныя средства. Привычная бессонница, затрудненное, медленное, часами, засыпаніе или тревожный сонъ нерѣдко наблюдаются и въ дѣтскомъ возрастѣ. Такъ какъ здѣсь дѣло идетъ объ одномъ изъ явленій общей невропатіи, то надо лечебныя мѣры направить на основное страданіе или въ каждомъ конкретномъ случаѣ надо принять мѣры для устраненія условій воспитанія и среды, мѣшающихъ сну, и для этого лучше всего примѣнять теплыя общія обертыванія или теплыя продолжительныя ванны и т. п.; только въ крайнихъ случаяхъ прибѣгаютъ къ снотворнымъ средствамъ. Иначе дѣло обстоитъ при скоропреходящей бессонницѣ, обусловленной острой, тяжелой болѣзнью, и безъ того истощающей силы. Несомнѣнно, что при такихъ условіяхъ можетъ быть настоятельное показаніе позаботиться о хорошемъ снѣ, напр. при неустранимомъ никакимъ другимъ способомъ безпокойствѣ нѣкоторыхъ дѣтей съ расстройствами питанія или при бессонницѣ въ теченіе сильно лихорадочныхъ септическихъ заболѣваній (тифа, просовидной бугорчатки и т. п.) старшихъ дѣтей. У грудныхъ дѣтей для этого наилучшее средство—хлораль-гидратъ.

Въ виду того, что дѣйствіе его наступаетъ довольно быстро, его даютъ въ 1—2 %-номъ водномъ растворѣ черезъ  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  часа по чайной ложкѣ, пока не наступитъ сонъ. При этомъ способѣ назначенія in refracta dosi никогда не бываетъ вредно, а съ другой стороны можно достигнуть желаемаго дѣйствія съ достаточной увѣренностью (рецептъ № 11). Необходимыя для этого дозы впрочемъ индивидуально различны; часто приходится доходить до нѣсколькихъ дециграмм. Даже разовыя дозы по 0,5—1,0 грм. (въ 2 %-номъ растворѣ) при введеніи въ прямую кишку при частыхъ эclamптическихъ судорогахъ у грудныхъ дѣтей совершенно безопасны даже для сердца и кровяного давленія и даютъ черезъ 10—15 минутъ прекращеніе припадковъ и сонъ на нѣсколько (6—8) часовъ.

Также и для старшихъ дѣтей хлораль-гидратъ представляетъ хорошее снотворное, но его труднѣе назначать имъ, въ виду его царалающаго горькаго вкуса.

Здѣсь превосходную замѣну представляетъ верональ (по 0,1—0,3 грм. дѣтямъ отъ 3—10 или 12-ти лѣтъ). Еще скорѣе получается желаемый результатъ отъ легко растворимаго верональ-натрія.

Такъ какъ при разсматриваемомъ примѣненіи снотворныхъ средствъ дѣло всегда идетъ лишь о кратковременномъ, часто лишь объ однократномъ приѣмѣ, то нѣтъ никакой надобности въ замѣнѣ, и потому вполне достаточно двухъ названныхъ лекарствъ.

Какъ примѣняемая для успокоенія раздражительнаго кашля наркотическія средства, такъ равно какъ и отхаркивающія, показанныя при застоѣ выдѣленія въ глубокихъ частяхъ легкихъ, вслѣдствіе недостаточнаго кашлевого раздраженія или вслѣдствіе ненормальной вязкости выдѣлений, изложены въ спеціальной части этой книги. То же относится къ мочегоннымъ, кровоостанавливающимъ, противоглистнымъ и ко всей области съворочнаго леченія.

Напротивъ, общаго разсмотрѣніе требуетъ группа тоническихъ (укрѣпляющихъ или измѣняющихъ) средствъ, такъ какъ дѣти, представляющія объектъ подобнаго леченія, весьма многочисленны во всякой врачебной практикѣ.

Они обыкновенно обращаются къ врачебной помощи съ поставленнымъ публикой, а также ясно или молча санкціонированнымъ врачами діагнозомъ „малокровія“ или „блѣдной немочи“, отчасти въ виду недостаточнаго питанія или блѣднаго, усталаго вида, отчасти въ виду функциональныхъ расстройствъ всевозможнаго рода (головныхъ болей, потери аппетита, медленнаго засыпанія, плохого настроенія духа, легкой утомляемости и т. д.). Отъ врача требуютъ, чтобы онъ помогъ назначеніемъ „укрѣпляющаго средства“.

Число предлагаемыхъ промышленностью препаратовъ для этой цѣли въ настоящее время столь велико, что ни одинъ врачъ не затруднится, если онъ пожелаетъ прописывать, въ отдѣльномъ случаѣ, каждый разъ все новыя, еще не примѣнявшіяся или остававшіяся безъ примѣненія лекарственныя средства. При большемъ или меньшемъ желаніи, безъ всякаго плана пробовать то одно изъ *remedia alterantia* въ тѣсномъ смыслѣ слова (желѣзо, мышьякъ, іодъ, препараты хинина и фосфора въ безконечныхъ сочетаніяхъ и измѣненіяхъ), то питательные препараты, врачу открыто широкое поле дѣйствія. Что такой способъ недостойнъ мыслящаго врача и даже не оправдывается въ достаточной степени неблагодариміемъ родителей, обращающихся за помощью, понятно само собою. Въ крайнемъ случаѣ врачъ, если онъ не можетъ уклониться отъ суггестивнаго воздѣйствія своимъ врачебнымъ совѣтомъ на своихъ кліентовъ, то долженъ точнымъ физическимъ изслѣдованіемъ ребенка и тщательнымъ изученіемъ его условій жизни и ухода выяснитъ лежащія въ основѣ болѣзни, причины ея и содѣйствовать устраненію этой причины въ качествѣ врача и воспитателя. Большая часть названныхъ болѣзней, составляющихъ область подобныхъ требованій со стороны публики, относится къ группѣ функционально-нервныхъ расстройствъ, какъ у взрослыхъ, такъ и у дѣтей. У этихъ послѣднихъ гораздо меньше, чѣмъ у взрослыхъ, оправдывается лекарственное леченіе, причемъ оно меньше даетъ надежды на успѣхъ, такъ какъ дѣти, по крайней мѣрѣ маленькія, почти не доступны лекарственному внушенію. Благодаря такому обстоятельству эмпирическое дѣйствіе многихъ видоизмѣняющихъ средствъ въ тѣсномъ смыслѣ слова у дѣтей значительно ограничено, а область ихъ примѣненія, въ общемъ, та же, что у старшихъ.

О «кровообразующихъ» средствахъ, какія требуются, напр., во всѣхъ случаяхъ дѣйствительно неправильнаго кровообразованія, необходимое указано во главѣ о малокровіи.

Обширное примѣненіе у дѣтей, къ несчастью, даже и не у больныхъ, находятъ искусственные питательные препараты, число которыхъ въ настоящее время—легіонъ. Въ то время какъ мы узнали изъ патологіи груднаго ребенка, какія ясныя показанія существуютъ для уменьшенія и увеличенія отдѣльныхъ пищевыхъ веществъ

при выборѣ пищи, у старшихъ дѣтей питательные препараты даются безъ всякой критики по предвзятымъ мнѣніямъ или согласно случайнымъ удачнымъ наблюдениямъ.

Искусственные препараты бѣлка не имѣютъ никакого оправданія, если у худощаваго ребенка желательно достигнуть болѣе сильнаго накопленія жира; они полезны только тамъ, гдѣ во время или послѣ истощающей болѣзни, уменьшающей содержаніе бѣлка въ организмѣ, и при пониженіи аппетита обильное введеніе азотистыхъ веществъ можетъ повысить задержаніе азота. Съ другой стороны, повышенная доставка ведетъ только къ повышенному выдѣленію, что отнюдь не можетъ считаться цѣлесообразнымъ. Изъ питательныхъ препаратовъ, содержащихъ преимущественно жиръ или углеводы, первые заслуживаютъ предпочтенія, согласно указаннымъ выше причинамъ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ они переносятся. По справедливости высоко цѣнится рыбій жиръ и приготовленные изъ него эмульсіи \*); напротивъ, средства, „замѣняющія рыбій жиръ“ (липанинъ, фуколь и т. д.), въ виду совершенно другого химическаго состава, не могутъ имѣть притязанія на это названіе. Изъ углеводовныхъ препаратовъ больше всего утвердились многочисленныя препараты солода (часто въ сочетаніи съ желѣзомъ, іодомъ и т. д.). Нѣкоторые, какъ напр., Loefflind'овская солодовая вытяжка и щелочная вытяжка „солодоваго супа“ той же фабрики, дѣйствуютъ въ то же время слегка слабительно, другіе, напр., Brunnengräber'овскій мальтокристоль и Soxhlet'овскій содержащій солодъ „питательный сахаръ“ не имѣютъ этого дѣйствія.

Весьма излюбленнымъ, содержащимъ преимущественно углеводы, питательнымъ и вкусовымъ средствомъ въ дѣтской практикѣ является какао и приготовляемый изъ него съ прибавленіемъ муки и сахара, а также сливокъ шоколадъ.

Примѣненіе алкогольныхъ укрѣпляющихъ средствъ (вина, крѣпкаго пива) для ежедневнаго употребленія въ настоящее время единодушно осуждается даже тѣми врачами, которые считаютъ алкоголь дозволеннымъ и необходимымъ, въ видѣ временной мѣры, при острыхъ состояніяхъ слабости. Лишь въ качествѣ растворяющаго средства, въ формѣ, главнымъ образомъ, возбуждающихъ аппетитъ лекарственныхъ средствъ, напр., хинное или пепсинное вино, ароматическія настойки (Tinct. Chinae composita, Tinct. amara, Tinct. ferri romata и т. д.), алкоголь назначается чайными ложками или каплями. Дѣйствіе подобныхъ лекарствъ, которыя возбуждаютъ аппетитъ, главнымъ образомъ, своимъ вкусовымъ раздраженіемъ, у маленькихъ дѣтей, понятное дѣло, меньше и скорѣе пригодно, чѣмъ у старшихъ. Въ первомъ возрастѣ жизни, уже у грудныхъ иногда полезны пепсинъ, въ особенности соляная кислота (0,5—0,1%-ный растворъ официальной соляной кислоты) по чайной ложкѣ скоро послѣ ѣды или до нея, но при этомъ никогда не слѣдуетъ забывать, что потеря аппетита, особенно временная, часто является цѣлесообразной защитительной реакціей организма—нельзя бороться съ нею безнаказанно.

При привычной потерѣ аппетита у дѣтей въ возрастѣ нейтральномъ и школьномъ всѣ указанные средства, равно какъ орексинъ, ихтальбинъ и т. п., даютъ гораздо меньшіе результаты, чѣмъ цѣле-

\* ) Надо однако имѣть въ виду, что у многихъ дѣтей, у которыхъ существуетъ невыносимость къ жирамъ вообще, и рыбій жиръ переносится плохо.  
Прим. М. Б.

сообразное регулирование діеты (причемъ особенно необходимо устраненіе часто существующаго, наряду съ этимъ, привычнаго запора), недопущеніе всякаго принужденія во время ѣды. Все это вмѣстѣ съ устраненіемъ другихъ факторовъ, которые нарушаютъ физическое благосостояніе маленькихъ дѣтей, часто нервныхъ и окруженныхъ нервными взрослыми, иногда можетъ быть достигнуто только переводомъ въ совершенно новую обстановку близкихъ людей, отъ чего зависятъ, въ большинствѣ случаевъ поразительные, въ благоприятномъ смыслѣ, результаты пребыванія въ пансіонатѣ, въ горахъ, на морскомъ берегу и т. д.

Отводя здѣсь (*sit venia verbo*) психологической сторонѣ дѣла роль въ необычной степени, мы отнюдь не отрицаемъ, что въ общемъ успѣхъ значительное участіе принимаютъ и другіе факторы леченія: свѣтъ, воздухъ, движенія на открытомъ воздухѣ, ванны и т. д. Больше всего мы цѣнимъ въ этомъ отношеніи свободныя движенія на открытомъ воздухѣ, которыя, въ виду ихъ разнообразія, не утомляютъ и не наскучиваютъ, но улучшаютъ самочувствіе ребенка, хотя здѣсь играетъ роль вліяніе главнымъ образомъ свѣта, меньше—дѣйствіе ваннъ. Такое положеніе тѣмъ болѣе основательно, что искусственныя морскія ванны дома, въ обыкновенной обстановкѣ, часто не даютъ никакого результата или лишь весьма сомнительный. Кромѣ того, несомнѣнно, что сильное раздраженіе кожи и нервовъ холодными ваннами должно быть дозировано возможно тщательнѣе, причемъ необходимо постоянное наблюденіе за непосредственными послѣдствіями, нужно строже приспособляться къ состоянію ребенка, посылаемаго на морской берегъ для укрѣпленія, чѣмъ въ томъ случаѣ, когда примѣняютъ менѣе рѣзко дѣйствующее вліяніе свѣта, воздуха, подвижныхъ игръ. Во всякомъ случаѣ и при употребленіи холодныхъ морскихъ ваннъ надо требовать, чтобы онѣ были непродолжительны (1—2 минуты), чтобы ребенокъ двигался въ водѣ, чтобы послѣ ванны его быстро согрѣли.

Тамъ, гдѣ купаются нѣсколько дѣтей вмѣстѣ, большею частью удается ввести въ воду и боязливыхъ дѣтей безъ всякаго принужденія, тамъ же, гдѣ этого нельзя сдѣлать послѣ неоднократныхъ умѣлыхъ, осторожно выполняемыхъ, энергичныхъ попытокъ, тамъ насиліе, часто примѣняемое надъ ребенкомъ, въ смыслѣ прученія его къ холодной ваннѣ, лишь увеличиваетъ страхъ и вредитъ здоровому состоянію нервовъ.

Для укрѣпленія слабыхъ дѣтей вообще, въ особенности для леченія золотухи морскія соленыя и рассольныя ванны пользуются широко распространенной славой. Согласно сказанному и согласно съ данными нашего врачебнаго опыта онѣ могутъ быть разсматриваемы только какъ вспомогательныя средства, отказываясь служить на пользу ребенка въ обычной обстановкѣ, тогда какъ въ курортѣ онѣ несомнѣнно дѣйствительны вмѣстѣ съ другими названными лечебными способами.

Относительно технической стороны, надо сказать слѣдующее: соль (поваренная, морская, стассфуртская) прибавляется передъ ванной въ такомъ количествѣ, чтобы получился 1,5—2,0%-ный растворъ (для грудныхъ дѣтей ванна должна быть приблизительно въ 30—40, для большихъ дѣтей 100—200 литровъ). Если соль оставляетъ нерастворимые каменные осадки, то раньше растворяютъ ихъ въ горячей водѣ и осторожно сливаютъ растворъ съ осадка. Температура ванны для грудныхъ дѣтей должна быть 32—33° С., для старшихъ дѣтей около 30° С., т. е., въ общемъ, немного меньше, чѣмъ при обыкновенныхъ ваннахъ изъ воды, продолжительность ванны около 5—10-ти минутъ. Часто ванна, съ цѣлью повысить реакцію кожи, заканчивается болѣе прохладнымъ обтираніемъ всего тѣла растворомъ соли. Рекомендуются начинать съ 2—3-хъ рассольныхъ

ваннъ въ недѣлю, переходя къ большому ихъ числу лишь въ томъ случаѣ, если ребенокъ не утомляется.

Для дозировки лекарственнымъ средствъ у дѣтей, какъ бы это ни было желательнымъ для всякаго врача, нельзя дать схематическихкй предписаній. Единственную, но весьма неточную точку опоры представляеть вѣсъ тѣла; изъ дозы, предназначенной для взрослого, даютъ ту часть, которая соотвѣтствуетъ вѣсу тѣла даннаго ребенка сравнительно съ вѣсомъ тѣла взрослого (60—70 килограмм.). При такой мѣркѣ даже у маленькихъ дѣтей едва ли можно переступить предѣлы допустимаго; чаще величина дозы будетъ меньше той, какая необходима для дѣйствія. Въ виду того, что у дѣтей почти безъ исключенія пользуются только такими дифферентными средствами, которыя обнаруживаютъ болѣе или менѣе скоро и ясно замѣтное дѣйствіе и которыя, съ другой стороны, не обнаруживаютъ опасныхъ побочныхъ вліяній, рекомендуется часто выполнятъ назначеніе in refracta dosi, т. е. въ повторныхъ малыхъ дозахъ до наступленія дѣйствія (испращенія, сна, паденія лихорадки, потоотдѣленія и т. д.), даже если въ назначаемой дозѣ существуетъ сомнѣніе. Указаніе промежутка времени между отдѣльными дозами, конечно, должно быть установлено въ зависимости отъ быстроты наступленія дѣйствія—оно колеблется между  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ -часомъ (напр., при хлоралгидратѣ, аспирипѣ и т. д.) и 2—3 часами (напр., при слабительныхъ средствахъ\*).

\*) Основная причина научной несостоятельности различныхъ методовъ дозированія заключается въ отсутствіи постояннаго руководящаго принципа, каковымъ можетъ быть только вѣсъ тѣла. Помимо вѣса, на величину лекарственной дозы должна оказывать вліяніе самая степень вѣсовыхъ наростаній, представляющаяся далеко неодинаковой въ разные періоды роста. Впрочемъ окончательное и возможно полное рѣшеніе вопроса о точномъ дозированіи лекарствъ въ теченіе роста принадлежитъ, разумѣется, будущему, такъ какъ для этого необходимо путемъ опытовъ и клиническихъ наблюденій выяснить значеніе степени вѣсовыхъ наростаній, а равно и особенности фармакологическаго дѣйствія въ зависимости отъ анатомо-физиологическихъ условій растущаго организма. Изученные въ достаточной степени законы вѣсовыхъ наростаній представляютъ собою основную мѣрку для опредѣленія дозы, причемъ послѣдняя должна быть увеличена и уменьшена, смотря по тому, въ какой степени вліяетъ рядъ упомянутыхъ моментовъ. Научность дозированія лекарствъ по вѣсу тѣла безспорна уже потому, что между общою массою тѣла и циркулирующимъ въ крови лекарственнымъ средствомъ всегда должны быть строго опредѣленныя отношенія, фактическія же данныя вѣсовыхъ наростаній достаточны для составленія средней нормы. Способъ наученъ, такъ какъ точенъ. Онъ практиченъ внѣ всякаго сомнѣнія, такъ какъ относительный вѣсъ тѣла въ теченіе ряда мѣсяцевъ перваго года и послѣдующихъ лѣтъ растетъ почти на одинаковую величину.

Что касается вліянія силы роста на степень фармакологической картины, то наблюденія у постели больныхъ показываютъ, что впечатлительность растущаго организма къ лекарственнымъ средствамъ тѣмъ значительнѣе, чѣмъ усиленнѣе совершается физическое развитіе. И опыты надъ животными убѣдили меня въ томъ, что возникновеніе новыхъ элементовъ дѣлаетъ растушій организмъ болѣе воспримчивымъ къ циркулирующимъ въ его крови медикаментамъ.

Всѣми признаваемыи фактъ повышенной чувствительности дѣтскаго организма ко всякаго рода дѣйствующимъ на него извнѣ вліяніямъ, считая въ томъ числѣ и лекарственныя средства, обратная пропорціональность между степенью воспримчивости и возрастомъ обязываютъ врача давать дѣтямъ грудного періода вдвое, даже втрое меньшія количества медикаментовъ, чѣмъ слѣдовало бы по даннымъ вѣса тѣла.

Принимая во вниманіе неравномѣрность роста отдѣльныхъ системъ и органовъ, нельзя никоимъ образомъ руководствоваться вѣсомъ тѣла и степенью наростаній при назначеніи лекарственныхъ средствъ вообще, такъ какъ медикаменты, вліяющіе исключительно или преимущественно на извѣстную часть организма, должны дозироваться въ соотвѣтствіи съ вѣсовымъ ея показателемъ

При нѣкоторыхъ лекарствахъ желаемое дѣйствіе (напр. при уро- тропинѣ кислотность нормально щелочной мочи) наступаетъ спустя болѣе долгое время ( $\frac{1}{2}$ —1 сутки), въ такомъ случаѣ надо поддержи- вать ее меньшими или болѣе рѣдкими дозами, чѣмъ необходимо было для полученія основного дѣйствія. При назначеніи средствъ съ куму- лативнымъ дѣйствіемъ (напр. наперстянки) или обладающихъ свой- ствомъ быстро ослабѣвать, въ производимомъ ими эффектѣ, вслѣд- ствіе скоро наступающаго привыканія къ нимъ (напр. мышьякъ) у маленькихъ дѣтей надо смотрѣть съ той же точки зрѣнія, что и у взрослыхъ.

Лишь въ отношеніи немногихъ лекарственныхъ веществъ въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ наблюдалась обычно повышенная чувствительность. Сюда относится, напр., опій. Что приписы- ваемое ему вредное дѣйствіе, по крайней мѣрѣ, отчасти зависитъ отъ неправильной постановки показаній къ его примѣненію или отъ неправильнаго распознаванія имѣющихся явленій отравленія, указано было на стр. 9. Дѣйствительно не выносятъ грудныя дѣти карбо- ловой кислоты. поэтому рекомендуется совершенно избѣгать въ первое время жизни въ тѣхъ случаяхъ, когда возможно всасываніе за- мѣтныхъ ея количествъ, напр., при перевязкахъ изъ карболовой воды. Точно также хлороформъ у грудныхъ дѣтей опасенъ, для цѣлей об- щаго наркоза лучше всего замѣнять его эфиромъ. Незачѣмъ особо упоминать о томъ, что ядовитыя вещества, вродѣ кокаина, именно у дѣтей должны быть также по возможности замѣняемы менѣе ядови- тыми препаратами.

Назначеніе лекарственныхъ веществъ въ значительной мѣрѣ отклоняется отъ того, что принято у взрослыхъ. Хотя у малень- каго грудного ребенка имѣются нѣкоторыя вкусовыя ощущенія, тѣмъ не менѣе у него вкусъ такъ мало развитъ, что можно въ большинствѣ случаевъ обходиться безъ исправляющихъ средствъ, напр. при назна- ченіи соляной кислоты, настоекъ наперстянки и т. д. Еще во 2—3 году жизни у дѣтей съ разстройствами питанія и у рахитиковъ вку- совыя ощущенія настолько незначительны, что они принимаютъ, напр., рыбій жиръ и т. п. безъ всякаго отвращенія. Обстоятельство это надо особенно отмѣтить, ибо всѣ рекламы о препаратахъ, замѣняющихъ рыбій жиръ, ложно утверждаютъ, что рыбій жиръ можно давать дѣтямъ лишь силой. Въ качествѣ исправляющаго средства въ этомъ возрастѣ,

и напряженности ея физическаго развитія. Требования эти подлежатъ выпол- ненію въ отношеніи прежде всего средствъ, дѣйствующихъ на сердце (*remedia cordiaca*) и составляющихъ особнякомъ стоящую группу съ главнымъ ея пред- ставителемъ—наперсточной травой (*herba digitalis purp.*).

Для средствъ, неотличающихся особымъ или исключительнымъ тяготѣ- ніемъ къ опредѣленнымъ органамъ и системамъ, можно принять слѣдующую, на возрастъ, вѣсъ и степени вѣсовыхъ наростаній основанную дозировку. Если дозу 20 лѣтъ принять за единицу, то дѣтямъ 1 мѣсяца надо назначать 0,04, двумъ—трехмѣсячнымъ 0,05, четырехъ—пятимѣсячнымъ 0,07, шести- мѣсячнымъ—0,08, семи—восьмимѣсячнымъ 0,09, десяти—двѣнадцатимѣсячнымъ 0,1, двухъ—трехлѣтнимъ 0,3, четырехъ—восьмилѣтнимъ 0,4, десяти—четырна- цатилѣтнимъ 0,5, пятнадцатилѣтнимъ 0,6. Дозированіе сердечныхъ средствъ, основанное на 4 показателяхъ (величина сердца, длина тѣла, степень кровяного давленія и напряженность наростаній) можетъ быть выражено такой схемой. При дозѣ 20 л. въ 1,0, доза для одного—двухъ мѣсяцевъ будетъ 0,1, для трехъ— шести мѣс. 0,2, для семи—девяти мѣс. 0,25, для десяти—двѣнадцати мѣс. 0,3, для одного—двухъ лѣтъ 0,4, для трехъ л. 0,6, четырехъ—пяти л. 0,7, шести— семи л. 0,75, восьми л. 0,8, девяти л. 0,85, десяти—четырнацати л. 0,7, пят- надцати л. 0,8.

Прим. ред.

если необходимо, можно применять только сладкие вещества; ощущение къ другимъ, напр., ароматическимъ веществамъ, даже у нормальныхъ дѣтей еще совершенно отсутствуетъ. Если лекарства имѣютъ плохой вкусъ, то лучше всего устранять неприятное впечатлѣніе разрѣшеніемъ получить предварительно лепешечку перечной мяты или шоколада.

Порошки даются въ молокъ, въ слизи и т. п.; у маленькихъ дѣтей лучше всего назначать ихъ въ видѣ микстуры для взбалтыванія (срв. рецептъ №№ 3 и 9), а 5—6 лѣтнія дѣти привыкаютъ, по большей части, глотать ихъ въ облаткахъ. Лепешки надо превратить предварительно въ порошокъ съ прибавленіемъ воды или съ помощью раздавливанія ихъ, такъ какъ дѣти не умѣютъ ихъ глотать, подобно пилюлямъ и облаткамъ.

Подкожныя и внутримышечныя впрыскиванія можно применять, какъ у взрослыхъ. У грудныхъ дѣтей первыя, вмѣсто конечностей, имѣющихъ малый размѣръ, лучше выполнять на кожѣ груди, особенно въ области надъ большой грудной мышцей, внутримышечныя—въ области бедра или въ ягодичныя мышцы.

Внутривенныя вливанія у грудныхъ дѣтей и у дѣтей первыхъ лѣтъ жизни выполнимы съ трудомъ, даже совершенно невозможны, ибо вены у нихъ не просвѣчиваютъ и слишкомъ узки для введенія канюли. О подкожныхъ вливаніяхъ необходимое сообщено на стр. 94.

При наружномъ примѣненіи лекарства въ видѣ смазываній или мазей, которыя должны дѣйствовать мѣстно и всасываться въ не вполне опредѣленномъ, но во всякомъ случаѣ незначительномъ количествѣ, концентрации должны быть взяты для большихъ дѣтей сравнительно высокія; можно даже для грудныхъ дѣтей брать приблизительно половину дозы взрослога, а въ случаѣ надобности—повысить.

Здѣсь мы приведемъ нѣсколько рецептовъ въ качествѣ примѣровъ, какъ прописывать лекарства дѣтямъ:

- |   |   |
|---|---|
| 1. Ringer'овскій растворъ:<br>Natr. chlorat. 7,5<br>Kal. chlorat. 0,42<br>Calcium chlorat. 0,24<br>Aq. dest. ad 1000,0<br>Обезпложивать!  | 5. Aristochin 0,15—0,2<br>Sacch 0,3<br>M. f. pulv. d. tal. dos. Nr. VI.<br>S. 3 раза въ день по порошоку.<br>(Для ребенка 2-го года жизни).                                   |
| 2. Heim-John'овскій растворъ:<br>Natr. chlorat.<br>Natr. bicarbon. aa 5,0<br>Aq. dest. ad. 1000,0   | 6. Chinin. hydrochlor. 0,1—0,2<br>Butyr. Cacao 1,0<br>M. f. supposit. d. tal. dos. Nr. III.<br>S. Въ случаѣ надобности по одной свѣчкѣ. (Для ребенка 2 го года жизни).        |
| 3. Aspirin (Acid. acetylo-salicyl). 3,0<br>Sirup. Rub. Id. 20,0<br>Aq. dest. ad 60,0<br>MDS. 5 разъ въ день по чайной ложкѣ. Передъ примѣненіемъ сильно взбалтывать! (Для ребенка 2-го года жизни). | 7. Chinin. hydrochlor. 0,2—0,4<br>Mucilag. gummi arab. aa 25,0<br>Aq. dest. ad 25,0<br>MDS. Въ случаѣ надобности ввести половину въ клизмѣ.<br>(Для ребенка 2-го года жизни). |
| 4. Euchinin 0,2—0,3<br>Sacch. 0,3<br>M. f. pulv. d. tal. dos. Nr. VI.<br>S. 3 раза въ день по порошоку.<br>(Для ребенка 2-го года жизни).   | 8. Ol. Ricini<br>Sir. Mannae aa 7,5<br>MDS. Принять въ 2—3-хъ порціяхъ въ теченіе 1/2-часа. Передъ примѣненіемъ сильно взбалтывать!<br>(Для ребенка 2-го года жизни).         |

9. Tannigen. 6,0  
 Mucilag. gummi arab. 12,0  
 Saccharin. tabl. I  
 Aq. dest. ad 60,0  
 MDS. 5 разъ въ день по чайной ложкѣ. Передъ примѣненіемъ сильно взбалтывать!  
 (Для ребенка 2-го года жизни).
10. Extract. Opii 0,01  
 Butyr. Cacao 1,0  
 M. f. suppos. d. tal. dos. Nr. III.  
 S. По мѣрѣ надобности вводить до 3-хъ разъ въ день по свѣчкѣ.  
 (Для ребенка 2-го года жизни).

11. Sol. Chloral. hydrat. 1,5 : 100,0  
 Saccharini tabul. Nr. II  
 DS. Черезъ  $\frac{1}{4}$  часа по чайной ложкѣ до наступленія сна.  
 (Для ребенка 2-го семестра жизни).
12. Codein. phosphor. 0,1  
 Aq. dest. 50,0  
 Sir. spl. 30,0  
 MDS. 3—4 раза въ день по чайной ложкѣ.  
 (Для ребенка 2-го года жизни).

### Литература.

- Pfaundler-Schlossmann, Handbuch der Kinderheilkunde, 2 Aufl., 1910.  
 H. Neumann, Die Behandlung der Kinderkrankheiten, 3. Aufl., 1905.  
 A. v. Lindheim, Saluti juvenutis, 2. Aufl., 1908.

AKUSHER-LIB.RU



## Спеціальная часть.

### I.

#### Болѣзни новорожденныхъ.

Н. Finkelstein'a и L. F. Meyer'a въ Берлинѣ.

#### Недоноски и слаборожденные.

Жизнеспособность недоношеннаго ребенка зависитъ отъ степени зрѣлости и отъ причины преждевременныхъ родовъ. Всѣ недоношенные вслѣдствіе болѣзни матери, если даже они появились на свѣтъ незадолго ante terminum, представляютъ сравнительно мало надежды на сохраненіе жизни, тогда какъ предѣлъ жизнеспособности дѣтей-недоносковъ здоровыхъ родителей лежитъ поразительно низко. Дѣйствительно удается дѣтей, родившихся на 6-мъ мѣсяцѣ беременности съ вѣсомъ въ 750 грм. и ростомъ въ 35 см., довести до удовлетворительнаго развитія. Въ общемъ, можно надѣяться на сохраненіе жизни недоносковъ при вѣсѣ въ 1200—1500 грм. и въ возрастѣ 27—28 недѣль утробной жизни \*).

Изъ болѣзней, вызывающихъ одновременно ранніе роды и жизненную слабость, слѣдуетъ назвать, прежде всего, сифилисъ родителей. У сифилитическихъ плодовъ находятъ обыкновенно тяжелыя анатомическія измѣненія органовъ (висцеральный сифилисъ), уменьшающія надежды на жизнь до весьма значительныхъ размѣровъ. Наряду съ сифилисомъ имѣютъ не меньшее значеніе конституціональныя заболѣванія матери (нефритъ, діабетъ, эклампсія, туберкулезъ и т. д.).

Выращиваніе недоносковъ встрѣчаетъ различныя затрудненія. Сравнительно большая поверхность ихъ тѣла ведетъ къ значительной потерѣ тепла вслѣдствіе теплоизлученія и потеря эта должна быть выравнена повышеннымъ введеніемъ пищевой энергіи. Но послѣднее, однако, особенно затрудняется тѣмъ, что ребенокъ, слабый и сонливый (*vie sans respiration*), съ трудомъ можетъ быть пробуждаемъ къ активной работѣ сосанія груди. Поэтому немалое число недоносковъ умираетъ отъ голода. Правда, большая часть ихъ погибаетъ отъ расстройствъ

\*) Необходимо различать два вида врожденной слабости: у дѣтей-недоносковъ съ одной стороны и у рожденныхъ въ срокъ или двойней, рѣдко тройней—съ другой. Въ первомъ случаѣ *debilitas* является только главнымъ признакомъ, а во второмъ—она представляетъ собою опредѣленное страданіе, съ которымъ въ большинствѣ случаевъ можно съ успѣхомъ бороться. Дѣти могутъ являться на свѣтъ вполне правильно развитыми, доношенными, но слабыми отъ рожденія — *misère physiologique ou organique*, причѣмъ въ дальнѣйшемъ они растутъ нормально по отношенію къ себѣ, хотя и уступаютъ среднимъ показателямъ физическаго развитія. Между двумя названными формами врожденной слабости имѣется много переходныхъ ступеней въ зависимости отъ того, насколько недоношенность участвуетъ въ качествѣ причины.

Прим. ред.

питанія и присоединяющихся зараженій, по отношенію къ которымъ они, понятное дѣло, могутъ оказывать лишь слабое сопротивленіе.

1. Уходъ. Лечение должно считаться съ указанными обстоятельствомъ. Надо избѣгать всякаго охлажденія, особенно тщательно въ первые дни, когда недостаточная регуляція тепла сама по себѣ угрожаетъ пониженію температуры тѣла; надо быстро обсушивать, купать и кормить такихъ дѣтей. Ванну дѣлать теплѣе обычной (до 35° R.), въ первое время лучше совершенно отказаться отъ нея. Если недоносокъ уже подвергся охлажденію, то надо какъ можно скорѣе согрѣть его горячей ванной (повышая температуру отъ 35 до 40°), ибо всякое долго длящееся пониженіе температуры уменьшаетъ шансы на жизнь.

Одежда можетъ быть обычная. Завертываніе въ вату излишне и нецѣлесообразно.

Но въ особенности надо заботиться о систематической, равномерной доставкѣ тепла. Дешевле всего и при тщательномъ наблюденіи вполнѣ достаточно примѣненіе обычныхъ грѣлокъ.

Четыре обыкновенныя бутылки отъ пива или минеральной воды наполняются кипящей водой, хорошо закутываются и кладутся въ постельку грудного ребенка такимъ образомъ, чтобы двѣ бутылки приходились вдоль верхней части, двѣ вдоль нижней части тѣла; онѣ завертываются въ нѣсколько слоевъ одеяломъ. Каждые 4 часа мѣняютъ одну изъ грѣлокъ, нѣсколько смягчая вновь вводимую теплоту подкладываніемъ лишняго слоя одеяла. Удобнѣе примѣнять грѣлки въ видѣ U-образныхъ трубокъ. (O. Rommel<sup>1)</sup>).

Далѣе, пользуются ваннами изъ жести съ двойными стѣнками (ваннами Credé), наполняемыми каждые 4 часа водою температуры 50°.

Всѣ эти приспособленія требуютъ тщательнаго обращенія съ ними, ибо при нихъ легко можетъ произойти вредно дѣйствующая дозировка вводимаго тепла въ смыслѣ излишка или недостатка. Надежнѣе и болѣе независимо отъ добросовѣстности ухаживающаго персонала работаютъ инкубаторы или кувезы, имѣющіяся въ видѣ различныхъ, отчасти, довольно простыхъ моделей; они могутъ быть также импровизированы изъ простаго ящика. При самой простой конструкціи источникъ тепла (бутылки, камни) помещается въ нижнемъ отдѣлѣ ящика, раздѣленнаго горизонтально. Воздухъ входитъ черезъ многочисленныя отверстія этого отдѣла, нагреваетъ ноги лежащаго въ верхнемъ отдѣлѣ ребенка и выходитъ изъ головного конца<sup>2)</sup>.

Для примѣненія въ клиникахъ предназначены работающія весьма тщательно, саморегулируемыя кувезы. Въ новѣйшихъ больницахъ для грудныхъ дѣтей въ настоящее время имѣются особыя комнаты для недоносковъ, равномерно нагреваемая и хорошо провѣтриваемая.

Кувезы должны быть въ общемъ установлены такимъ образомъ, чтобы внутренняя температура ихъ составляла 30° C., но въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ нагреваніе должно сообразоваться съ тѣмъ, при какой внѣшней температурѣ неустойчивый, въ смыслѣ теплорегулированія, организмъ можетъ сохранять нормальную температуру тѣла, которую нужно непрерывно контролировать. Не менѣе тщательно, чѣмъ охлажденія, надо избѣгать и перегрѣванія; такъ какъ, помимо лихорадки, слѣдствіемъ значительной задержки тепла могутъ быть серьезныя расстройства (поносъ, судороги, коллапсъ). Внимательная сидѣлка можетъ по потѣни и безпокойству ребенка своевременно заключить о томъ, что онъ получаетъ слишкомъ много тепла.

<sup>1)</sup> Можно получать отъ Stiefenhofera, München, Karlsplatz.

<sup>2)</sup> Простую модель можно получить отъ Lentza, Berlin N.-W., Birkenstrasse 18.

По мѣрѣ роста ребенка улучшается способность регулированія тепла, пока онъ не окрѣпнѣетъ настолько, что можетъ сохранять и безъ грѣлки свою температуру на физиологической высотѣ. Въ это время онъ обыкновенно достигаетъ уже вѣса въ 2200—2400 грм. Само собою разумѣется, что рѣзкой границы нельзя провести: одинъ ребенокъ долженъ пользоваться введеніемъ тепла снаружи въ теченіе болѣе короткаго, другой—въ теченіе болѣе долгаго времени. Слишкомъ большая надежда на способность недоноска регулировать свою теплоту сказывается иногда въ остановкѣ или уменьшеніи вѣсовых прибавокъ послѣ удаленія ребенка изъ инкубатора, хотя новое доставленіе тепла даетъ возможность дальнѣйшаго, вполне правильнаго развитія.

Также трудно обозначить точно время перваго выхода на свѣжій воздухъ. Какъ ни желательны солнце, свѣтъ и воздухъ для маленькаго ребенка, надо все-таки выждать до той поры, когда онъ достигнетъ нормальнаго вѣса тѣла.

2. Вскармливаніе. Недоношенный ребенокъ въ теченіе перваго года жизни долженъ выполнять огромную работу, которая называется скорѣе „жизненную силу“, чѣмъ „жизненную слабость“. Между тѣмъ, какъ нормальный ребенокъ къ концу 20-й недѣли приблизительно лишь удваиваетъ свой вѣсъ (3410—6714), недоносокъ, по наблюденію Cameron'a, въ тотъ же промежутокъ времени утраиваетъ его (1740—5180 грм.). Достигнуть этого результата онъ можетъ только при достаточномъ введеніи пищи. Дѣйствительно, всѣ наблюдатели установили, что такія дѣти пьютъ весьма много, получая приблизительно 120—130 калорій на 1 кило вѣса тѣла, т. е. на 20—30 калорій больше нормальныхъ дѣтей. Изъ такого факта сдѣлали заключеніе о большей потребности въ пищѣ, которую хотѣли, по закону Rubner'a, объяснить большой теплоотдачей вслѣдствіе относительно большей поверхности маленькаго организма. Въ настоящее время, однако, съ этимъ не соглашаются и говорятъ, что пища недоноска является „роскошью“, и что онъ можетъ нормально развиваться при меньшихъ количествахъ.

Для недоносковъ болѣе, чѣмъ для всякаго другого ребенка, необходимо вскармливаніе молокомъ матери. Естественное вскармливаніе, однако, вначалѣ встрѣчается съ нѣкоторыми техническими затрудненіями, обусловливаемыми недостаточной силой сосанія и неохотой къ нему ребенка.

Затрудненія эти касаются, во 1-хъ, самого ребенка, высасывающаго изъ груди слишкомъ мало. Слабыхъ недоносковъ поэтому вообще не слѣдуетъ прикладывать къ груди, а надо давать имъ отцѣженное молоко черезъ ротъ или носъ съ помощью ложечки, капельной пипетки или специально устроенныхъ сосудовъ. Даже болѣе крѣпкіе недоноски вначалѣ настолько напрягаются при сосаніи груди, что у нихъ наступаютъ полуобморочные припадки, вотъ почему лучше вначалѣ кормить ихъ вполне или, по крайней мѣрѣ, наполовину отцѣженнымъ молокомъ.

Съ другой стороны, являются затрудненія въ развитіи и поддержаніи достаточной лактаціи. Объемъ цѣлямъ физиологически служить раздраженіе сильнымъ сосаніемъ, которое здѣсь отсутствуетъ или недостаточно. Если мать хочетъ кормить, то отдѣленіе молока не наступаетъ или его недостаточно, оно скоро пропадаетъ. Если взята кормилицу, то ей грозитъ застой молока, вслѣдствіе чего уменьшается

его продукція. Для матери нѣкоторую помощь можетъ оказать насосъ для молока; еще лучше прикладываніе здороваго, крѣпкаго ребенка до тѣхъ поръ, пока количество молока не увеличится. Кормилицу слѣдуетъ на нѣкоторое время брать вмѣстѣ съ ея ребенкомъ или заботиться о томъ, чтобы излишекъ выпивали другія дѣти, чтобы онъ, по крайней мѣрѣ, сцѣживался. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ полезно, чтобы мать и кормилица нѣсколько разъ въ день обмѣнивались дѣтьми. Но при этомъ надо, прежде всего, убѣдиться въ отсутствіи сифилиса у всѣхъ участвующихъ лицъ. Дѣти съ сифилисомъ или съ подозрѣніемъ на него (анамнезъ родителей) должны быть вскармливаемы только матерью или отцѣженнымъ молокомъ.

Регулируя число кормленій, вовсе не слѣдуетъ руководиться тѣмъ правиломъ, согласно которому физиологическая потребность ребенка въ пищу правильно распредѣляется въ часы бодрствованія и сна. Недоноски почти непрерывно спятъ, ихъ приходится будить даже для кормленія. Слабые недоноски, лишенные способности принимать значительное количество пищи, должны быть питаемы 10—12 разъ въ день; число кормленій уменьшаютъ постепенно по мѣрѣ того, какъ дѣти окрѣпнутъ. Лишь только сила сосанія достигла достаточной силы и становится возможнымъ введеніе необходимыхъ количествъ пищи, уменьшаютъ число кормленій до обычныхъ 5—6 разъ въ сутки.

Искусственное вскармливаніе недоносковъ должно быть примѣняемо въ случаяхъ крайней необходимости, ибо оно всегда представляетъ рискованное предпріятіе.

Если развились уже разстройства питанія, то жизнь такихъ дѣтей, имѣющихъ незначительную запасную силу, подвергается серьезной опасности; поэтому каждый поносъ, являющійся въ первыя недѣли жизни недоносковъ, служить безусловнымъ показаніемъ къ прекращенію искусственнаго вскармливанія и къ переводу ребенка на женское молоко.

Какой способъ вскармливанія выбрать, трудно сказать. Всѣ питательныя смѣси даютъ иногда успѣхъ, но чаще—неуспѣхъ. Обыкновенныя разведенія молока мало питательны. Повидимому, предпочтенія передъ другими смѣсями заслуживаетъ вскармливаніе пахтаньемъ, лучше всего съ прибавленіемъ декстрина и мальтозы (Soxhlet'овскаго питательнаго сахара) въ осторожной дозировкѣ. Но и тутъ опасность разстройствъ весьма велика.

**Предсказаніе.** Значительная часть недоносковъ преодолеваетъ всѣ указанныя затрудненія легко и оказывается болѣе жизнеспособной, чѣмъ можно предполагать *a priori*. Уже въ концѣ 1-го, отчасти 2-го или 3-го года сглаживается разница при сравненіи ихъ съ нормальнымъ ребенкомъ. Впослѣдствіи, однако, существуютъ нѣкоторыя своеобразныя особенности, которыя надо ставить въ связь съ преждевременными родами, напр., большую наклонность къ рахиту, особенно къ нѣкоторымъ формамъ малокровія. Къ концу перваго года жизни, иногда и раньше, обнаруживается зачастую поразительная блѣдность, которая въ одной части случаевъ зависитъ отъ недостаточнаго введенія желѣза, накапливающагося, какъ извѣстно, въ большихъ количествахъ въ послѣдніе мѣсяцы утробной жизни. Здѣсь часто полезно раннее назначеніе содержащихъ желѣзо питательныхъ веществъ; если оно отказывается служить, то весьма вѣроятно предположить недостаточную функцію кроветворнаго аппарата вслѣдствіе врожденныхъ аномальныхъ условій.

Утверждаютъ, что головная водянка, болѣзнь Little'я, другіе центральные спастическіе параличи, идиотія встрѣчаются у недоносковъ чаще, чѣмъ у другихъ дѣтей. Повидимому, такъ оно и есть. Но причина едва ли заключается въ самихъ преждевременныхъ родахъ; скорѣе можно думать, что тѣ самые моменты, которые вызываютъ преждевременные роды, лежатъ въ основѣ этихъ аномалій нервной системы. Недоношенные дѣти здоровыхъ родителей въ этомъ отношеніи, не даютъ обычнаго для другихъ плодовъ предсказанія <sup>1)</sup>.

### Асфиксія.

Асфиксіей называютъ болѣзненное состояніе ребенка, вызываемое затрудненнымъ поступленіемъ кислорода и слабой отдачей углекислоты. Процессъ этотъ можетъ наступить еще въ утробѣ матери, такъ что ребенокъ является на свѣтъ асфиксическимъ, или возникнуть скоро послѣ родовъ.

1. **Врожденная асфиксія.** Какъ извѣстно, первое дыхательное движеніе вызывается тѣмъ, что вслѣдствіе прекращенія плацентарнаго кровообращенія прекращается снабженіе крови кислородомъ и происходитъ переполненіе ея углекислотою, раздражающее дыхательный центръ. Если движеніе головки прекращается до выхода плацентарной крови, то появляются преждевременныя дыхательныя движенія, которыя, при такихъ условіяхъ, могутъ вести къ опасности удушенія или самому удушенію. Разстройства кровообращенія между матерью и ребенкомъ могутъ обуславливаться преждевременнымъ отдѣленіемъ дѣтскаго мѣста, сдавливаніемъ пуповины и т. д.

Картина болѣзни. Клинически слѣдуетъ отличать двѣ формы асфиксіи.

При легкой асфиксіи ребенокъ представляетъ темную, багрово-синюю окраску кожи, замедленную сердечную дѣятельность, недостаточныя дыхательныя движенія или ихъ остановку, но у него имѣется вполне сохраненный тонусъ мышцъ. Болѣе сильныя дыхательныя движенія можно легко вызывать, раздражая кожу ребенка (синяя мнимая смерть).

При тяжелой асфиксіи у ребенка цвѣтъ кожи „блѣдный, какъ у свѣжаго трупа“. Рефлекторная возбудимость понижена, лишь слабыя удары сердца указываютъ, что имѣется еще жизнь. Мышечный тонусъ совершенно отсутствуетъ. Дыхательная дѣятельность прекратилась и не можетъ быть вызвана обычными раздраженіями кожи (бѣлая мнимая смерть).

На вскрытіи находятъ явленія удушенія: переполненіе кровью органовъ, кровоизліянія въ сывороточныя оболочки и какъ слѣдствіе преждевременнаго дыханія—амниотическая жидкость и меконій въ дыхательныхъ путяхъ.

Предсказаніе въ легкихъ степеняхъ асфиксіи благопріятно. Въ тяжелыхъ—сомнительно; но и здѣсь иногда удается, правильнымъ образомъ дѣйствій, достигнуть часто успѣха, казавшагося, на первый взглядъ, даже невозможнымъ. Утверждали, хотя не доказали, что дѣти, перенесшія асфиксію, предрасположены къ заболѣваніямъ центральной нервной системы (болѣзнь Little'я, идиотія). Во всякомъ случаѣ необходимо предполагать, кромѣ того, еще особое предрасположеніе, если

<sup>1)</sup> Не всякое выпячиваніе родничка въ теченіе второй половины года представляетъ серьезное прогностическое явленіе. Часто незначительная головная водянка проходитъ безслѣдно въ нѣсколько мѣсяцевъ.

разстройство кровообращенія даетъ столь стойкія и тяжелыя послѣдствія.

Леченіе. Для возбужденія дыханія сначала необходимо примѣнять частыя и сильныя раздраженія кожи. Удаливъ катетеромъ попавшую въ зѣвъ и ротъ слизь, дѣлають новорожденному теплую ванну, затѣмъ сильно его растирають; если результата положительнаго нѣтъ, то быстро погружаютъ его то въ холодную, то въ теплую воду (ванна изъ двухъ ведеръ). Съ помощью такихъ манипуляцій можно добиться успѣха при легкой формѣ асфиксій. Напротивъ, въ тяжелыхъ случаяхъ надо принимать болѣе энергичныя мѣры; особенно рекомендуются извѣстныя, предлагаемыя учебниками акушерства, подбрасыванія по Schultze, высокія достоинства которыхъ въ настоящее время общепризнаны \*). Наряду съ этимъ можно примѣнять сдавливаніе грудной клѣтки, массажъ сердца (30 ударовъ въ минуту \*\*), ритмическія потягиванія за языкъ (вытягиваніе его впередъ и отодвиганіе назадъ) 40—50 разъ въ минуту.

2. Асфиксія, развившаяся послѣ рожденія. Если асфиксія наступаетъ только послѣ рожденія, то надо предполагать, что правильному поступанію кислорода препятствуютъ или заболѣваніе центральной нервной системы, или болѣзни органовъ кровообращенія и дыханія.

Въ общемъ, подобныя препятствія возникаютъ при заболѣваніяхъ легкихъ (бѣлая пневмонія при сифилисѣ, плевритѣ и порокахъ сердца), уродствахъ (аплазія легкихъ, грыжа грудобрюшной преграды, зобы, ведущіе къ сдавливанію дыхательнаго горла, гиперплазія вилочковой железы), при общихъ заболѣваніяхъ новорожденныхъ (сифилисѣ, септицеміи), при болѣзняхъ или раненіяхъ головного мозга (энцефалитѣ, врожденной головной водянкѣ, кровоизліяніяхъ при травмахъ во время родовъ), у слабыхъ отъ рожденія недоносковъ, болѣею частью одновременно съ ателектазомъ легкихъ вслѣдствіе недостаточнаго развитія грудной клѣтки.

Асфиксія развивается болѣею частью тотчасъ же послѣ родовъ. Если ребенокъ, который въ первыя недѣли своей жизни хорошо развивался, впоследствии внезапно поражается асфиктическими приступами, то въ большинствѣ случаевъ причиною разстройства дыханія являются гриппоподобныя заболѣванія. У недоносковъ и дѣтей съ тяжелыми разстройствами питанія наблюдаются самопроизвольные приступы асфиксій, причина которыхъ еще не вполне выяснена.

Картина болѣзни. Смотря по причинѣ, мѣняется и клиническая картина. Вдыханія рѣдки, прерывисты, происходятъ неправильно или полно. Цвѣтъ кожи синюшный, температура низка, конечности холодны, иногда наблюдаются легкіе отеки. При выслушиваніи легкихъ временами замѣтенъ мелкій шумъ тренія, какъ слѣдствіе ателектатическихъ процессовъ.

При развивающихся впоследствии формахъ асфиксій болѣею частью имѣются признаки, которые даже, въ случаѣ отрицательныхъ данныхъ со стороны легкихъ, какъ это часто бываетъ, указываютъ на катаральное ихъ состояніе (кашель, втягиванія надчревя и межреберныхъ промежутковъ, иногда лихорадка).

\*) Съ этимъ какъ-разъ нельзя согласиться, такъ какъ именно въ послѣднее время высказываются самыя серьезныя возраженія противъ этого способа. (См. статью M. Hirsch'a въ Deutsche med. Wochenschr. 7 марта 1912 г.).

Прим. М. Б.

\*\*) Лучшее всего дѣйствуетъ здѣсь вибраціонный массажъ.

Прим. М. Б.

При распознавании надо всегда обращать внимание на причины асфиксии, ибо сама по себе она является только симптомом.

Очень часто только одно вскрытие обнаруживает пороки развития, которые при жизни не были распознаны и не могли быть распознаны. Чаще всего находят ателектазы легких и описанные при утробной форме признаки удупления.

Предсказание зависит от причин. При названных раньше пороках развития, само собою разумется, надежда на выживание весьма мала. Но в других случаях предсказание зависит от возможности целесообразного лечения и ухода, хотя, конечно, и в этом случае часто не получают желаемых результатов.

Лечение. Как и при врожденных формах асфиксии, следует применять попеременное согревание и охлаждение, растирания кожи, подбрасывание по Schultze, но лучше всего вдыхания кислорода.

При асфиктических состояниях недоносков надо в особенности избегать всех мер, способствующих охлаждению и больше всего заботиться о достаточном введении пищи <sup>1)</sup>.

## Родовые травмы.

### I. Cephalhaematoma externum.

Картина болезни. Кефальгематомой называют кровоизлияние, обнаруживающееся на 2—3-й день жизни, иногда и позже в области теменной кости, реже на другой кости головы, в некоторых случаях в двойном виде, и достигающее наибольших размеров в следующие 5—6 дней. Опухоль обыкновенно не превосходит размеров яйца, лишь в виде исключения наблюдается более значительная. Опухоль не чувствительна к давлению; при ощупывании со стороны здоровых участков теменной кости обнаруживается граница в виде твердого валика, на котором ощупывающий палец как бы проваливается в мягкую тштовидную ямку.

В течение следующих недель кровоизлияние это медленно исчезает и надкостница снова прилегает к кости, образуя, в конце концов, утолщение, остающееся на долгое время. Если всасывание происходит медленно, то над опухолью со стороны приподнятой надкостницы образуется тонкая костная оболочка, которую можно узнать при ощупывании, благодаря своеобразному, так наз. «пергаментному хрусту».

Общее состояние не нарушается, температура тела не изменяется, разв только вследствие вмешательства или самопроизвольного заражения наступает воспаление и нагноение.

Этиология. Наиболее вероятно предположить, что при рождении кожа головы смъщается вследствие давления со стороны стенок родового канала, происходит, так сказать, отслойка надкостницы, которая у новорожденного не так плотно соединена с костью, как впоследствии. Вследствие нежной васкуляризации при этом происходит кровоизлияние между надкостницей и костью. В области швов отслойка надкостницы невозможна, так как здесь *periosteum* плотнее соединен с черепными частями. Обстоятельство это и обуславливает локализацию гематомы на одной черепной кости. Другия попытки объяснения, напр., дефектами окостенения, быстрым прекраще-

<sup>1)</sup> Но не чрезмерномъ.

ніемъ давленія на черепъ, послѣдующей гипереміей и разрывомъ сосудовъ, менѣе вѣроятны.

Распознаваніе не представляетъ никакихъ затрудненій. Неопытный наблюдатель иногда попадаетъ въ заблужденіе благодаря костному выступу, ложно діагносцируя дефектъ черепныхъ костей, съ послѣдующей meningocele (мозговой грыжей). Но отъ meningocele кефальгематома отличается всегда своей локализацией. Первая обыкновенно находится въ области шва или родничка, тогда какъ вторая занимаетъ выпуклую часть кости. Противъ кефальгематомы и за менингоцеле говорятъ: пульсация опухоли, увеличеніе опухоли при крикѣ ребенка, возможность вправленія.

Отъ не имѣющей никакого значенія *caput succedaneum*, т. е. имѣющемуся уже часто во время родовъ разлитому отеку мягкихъ покрововъ черепа, который быстро исчезаетъ, кефальгематома отличается локализацией на одной черепной кости.

Предсказаніе хорошее, если удастся избѣжать нагноенія. Въ противномъ случаѣ оно сомнительно, ибо наступаетъ костоѣда костей, менингитъ и септицемія, угрожающія жизни ребенка, разъ только не будетъ своевременно предупреждено нагноеніе.

Въ общемъ, при доброкачественномъ теченіи болѣзни леченіе не нужно. Въ виду возможности зараженія, лучше всего выжидать естественнаго теченія заживленія; лишь тамъ, гдѣ всасываніе кровоизліянія слишкомъ много заставляеть себя ждать, можетъ быть показанъ асептической проколъ. При наличности признаковъ зараженія необходимо хирургическое вмѣшательство.

## II. *Cephalhaematoma internum.*

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ происходитъ одновременно съ наружной кефальгематомой также кровоизліяніе между черепными костями и твердой мозговой оболочкой, т. е. *cephalhaematoma internum*. Происходитъ это можетъ только въ томъ случаѣ, если имѣется переломъ кости (травма во время родовъ), если наружное кровоизліяніе, благодаря недочетамъ окостенѣнія теменныхъ и затылочныхъ костей, находитъ доступъ внутрь черепа. Мозговые явленія, обуславливаемые повышеннымъ внутричерепнымъ давленіемъ, ясно говорятъ за характеръ заболѣванія. Въ отличіе отъ тѣхъ явленій давленія на мозгъ, которыя обусловлены кровоизліяніемъ въ мозговые оболочки или въ самый мозгъ, здѣсь, въ случаѣ примѣненія поясничнаго прокола, отсутствуетъ примѣсь крови.

Въ смыслѣ предсказанія эпидуральное кровоизліяніе даетъ сомнительные результаты. При явленіяхъ давленія на мозгъ можетъ явиться вопросъ о высасываніи, послѣ того, разумѣется, какъ положеніе кровоизліянія опредѣлено пробнымъ проколомъ.

### Кровоизліянія въ мозгъ.

При тяжелыхъ родахъ, съ примѣненіемъ искусственной помощи, рѣже при нормальныхъ, можетъ имѣть мѣсто сдавленіе, ведущее къ явленіямъ мозгового характера. Дѣти рождаются асфиктическими; механизмъ дыханія совершается поверхностно, неправильно, пульсъ замедленъ. Если асфиксія не уступаетъ правильно поставленному леченію и въ дальнѣйшемъ развиваются судороги и параличи, то простое давленіе на мозгъ въ такихъ случаяхъ становится уже невѣроятнымъ, приходится думать о кровоизліяніи въ мозгъ.

Этіологія. Травма, вызывающая кровоизліянія, отнюдь не должна заключаться въ тяжелыхъ поврежденіяхъ черепа, въ трещинахъ и переломахъ. Гораздо чаще кровоизліяніе происходитъ безъ наружнаго раненія, даже и въ томъ случаѣ, если роды не были особенно тяжелыми. Причину здѣсь является скорѣе всего надвиганіе черепныхъ



костей другъ на друга съ послѣдующими застоємъ крови, разрывомъ сосудовъ и т. д.

Клиническая картина обуславливается ненормальнымъ давленіемъ на мозгъ: спячка, замедленный пульсъ, неправильное, прерывистое дыханіе, выпяченный, напряженный родничокъ, косоглазіе; параличи, особенно судороги наблюдаются довольно часто. Подозрѣніе на мозговое кровоизліяніе долженъ вызывать глубокой, длительный сонъ, спячка, и недостаточное дыханіе въ тѣхъ случаяхъ, когда асфиксія послѣ родовъ отъ обычныхъ средствъ скорѣе ухушается, чѣмъ улучшается \*).

Въ счастливыхъ случаяхъ спустя нѣсколько дней исчезаютъ даже угрожающія мозговья явленія, не оставляя и слѣда пораженія мозга. Но, съ другой стороны, зачастую раньше или позже развиваются падачевидныя состоянія и какъ признакъ стойкихъ поражений мозга—параличи.

При патолого-анатомическихъ изслѣдованіяхъ находятъ у дѣтей, умершихъ съ явленіями самой тяжелой асфиксии, субдуральныя или субарахноидальныя гематомы на выпуклой сторонѣ мозга. Рѣже наблюдается кровоизліяніе въ мозжечокъ, на основаніи мозга и въ желудочки, рѣже всего—въ самое вещество мозга.

Распознаваніе, по отношенію къ уродствамъ мозга, особенно тамъ, гдѣ отсутствуетъ видимое поврежденіе, весьма затруднительно. Въ сомнительныхъ случаяхъ рекомендуется поясничный проколъ: геморрагическая жидкость съ измѣненными и распавшимися красными кровяными тѣльцами (форма головокъ дурмана) говоритъ за мозговое кровоизліяніе.

Предсказаніе должно быть весьма осторожнымъ даже въ томъ случаѣ, если въ теченіе нѣсколькихъ дней наблюдаются признаки мозгового давленія, не говоря о томъ, что еще остается опасность хроническихъ функциональных страданій мозга. Параличи, идиотизмъ, падачая болѣзнь нерѣдко являются дальнѣйшимъ послѣдствіемъ такого поврежденія \*\*).

При явленіяхъ тяжелаго давленія на мозгъ надо взвѣсить показанія къ проколу и аспираціи кровоизліянія.

### Гематома грудино-ключично-сосковой мышцы.

Вслѣдствіе разрыва волоконъ мышцъ шеи (особенно грудино-ключично-сосковой мышцы, также трапецевидной, лѣстничной) происходятъ кровоизліянія въ мышечную оболочку. Такіе разрывы могутъ наступать какъ при нормальныхъ, такъ и при искусственныхъ родахъ. Въ качествѣ причины подобнаго раненія мышцъ является чрезмѣрное поворачиваніе головки; въ качествѣ признака замѣчаютъ скоро послѣ родовъ на тѣлѣ небольшую, доходящую до величины голубиного яйца твердую неболезненную опухоль, покрытую неповрежденной кожей.

Гематому мышцы и остающуюся послѣ ея всасыванія мозоль не слѣдуетъ смѣшивать съ наступившими въ утробной жизни рубцовыми измѣненіями, которыя гораздо чаще раненій являются причиной кривошеи.

\*) Это обстоятельство и является однимъ изъ возраженій противъ примѣненія подбрасываній по Schultze.

Прим. М. Б.

\*\*) Не менѣе важными послѣдствіями надо считать также хорю и родственный ей атетозъ.

Прим. М. Б.

Лечение. Гематома обыкновенно проходит сама собой въ нѣсколько недѣль. Рекомендуютъ только легкій массажъ съ пассивными движеніями. Нельзя, однако, отрицать возможности развитія на почвѣ гематомы контрактуры мышцъ съ послѣдовательной кривошеей (caput obstipum).

### Параличи нервовъ.

а) Параличъ *plexus brachialis*. Причиной параличей *plexus brachialis* у новорожденного являются травмы, поражающія нервныя сплетенія при нормальныхъ, а еще болѣе — при искусственныхъ родахъ.

Какъ извѣстно, плечевое сплетеніе состоитъ изъ соединенія вѣтвей



Рис. 13. Родовой параличъ руки, плечевой типъ. (Берлинскій дѣтскій приютъ).



Рис. 14. Отдѣленіе эпифизовъ головки плеча, зажившее въ ложномъ положеніи. Ясно выраженная гиперпронація руки. (Берлинскій дѣтскій приютъ).

отъ 5 до 8 шейныхъ нервовъ съ вѣтвями первыхъ грудныхъ нервовъ. Всѣ они иннервируютъ мышцы плеча, плечевой части верхнихъ конечностей и предплечья. Поврежденія сплетенія происходятъ чаще всего на 2—3 см. выше ключицы, въ такъ наз. точкѣ Erb'a, фарадическое раздраженіе которой вызываетъ сокращеніе дельтовидной мышцы (подымающей руку), плечевой, двуглавой и *m. brachioradialis* (сгибателей предплечья), супинатора (поворачивающаго предплечье кнаружи) и нижнелопаточной мышцы (поворачивающей плечо кнаружи). Соотвѣтственно этому и параличъ большею частью представляетъ картину такъ назыв. Erb'овскаго паралича, поражающаго названныя группы мышцъ и не сопровождающагося расстройствами чувствительности (плечевой типъ).

Картина болѣзни. Рука тотчасъ послѣ родовъ свѣшивается неподвижно, вяло и поворочена внутрь. Ладонь обращена назадъ и кнаружи. Защитительныхъ движеній въ смыслѣ сгибанія руки не удается вызвать уколомъ иглы, между тѣмъ какъ здоровая рука отвѣчаетъ на то же раздраженіе сильными движеніями. Параличъ особенно ясенъ при подниманіи ребенка, причеиъ больная рука свѣшивается вяло внизъ (рис. 13 и 14).

Рѣже встрѣчается второй типъ родового паралича, такъ назыв. предплечевой типъ. Здѣсь парализованы мышечныя группы, снабжаемыя 7—8 шейными и первымъ груднымъ нервами. Это вызываетъ параличи предплечья и мелкихъ мышцъ кисти руки, сгибателей и разгибателей пальцевъ, а также и расстройства чувствительности.

Во многихъ случаяхъ сюда присоединяются еще явленія паралича Кларке: симптомы со стороны глаза и зрачковъ, суженіе послѣднихъ, уменьшеніе щели между вѣками, западеніе назадъ глазного яблока. Часто въ этихъ случаяхъ вовлекаются въ параличъ мышечныя группы перваго типа, или же параличъ является полнымъ, распространяющимся одинаково на предплечье и на плечо.

При долго продолжающемся разстройствѣ наступаетъ реакція перерожденія, атрофія, болтающійся суставъ и контрактуры.

Въ качествѣ патолого-анатомической основы при вскрытіи у дѣтей, умершихъ отъ другихъ болѣзней, находили гематомы, разрывы, ненормальныя сращения и рубцы въ плечевомъ сплетеніи.

Распознаваніе родового паралича представляетъ затрудненіе, главнымъ образомъ, въ смыслѣ отличія его отъ приобретенныхъ во время родовъ переломовъ и вывиховъ, сопровождающихся такими же

разстройствами движенія; особенно важно отдѣленіе эпифиза головки плеча. Иногда параличъ наблюдается одновременно съ пораженіемъ кости. Обнаруженіе смѣщенія точнымъ ощупываніемъ или Röntgen'овскимъ снимкомъ предохраняетъ отъ неправильнаго діагноза. Подозрительны, въ смыслѣ отслойки эпифиза, особенно измѣненіе контура плеча, видимое главнымъ образомъ сверху, чрезмѣрная гиперпронація и рано наступившая контрактура (рис. 15). Отъ смѣшенія съ сифилитическимъ ложнымъ параличемъ, (Parrot'овскимъ параличемъ, ср. въ главѣ о сифилисѣ) предохраняютъ точное общее изслѣдованіе и Wassermann'овская реакція.

Виды на выздоровленіе при параличѣ плеча благоприятны. Чаще всего функція вполне возстановляется, въ легкихъ случаяхъ это наблюдается уже въ нѣсколько недѣль; все же не надо рассчиты-



Рис. 15. Лѣвосторонній родовой параличъ п. facialis. (Берлинское убѣжище для дѣтей).

вать на это съ очень большой увѣренностью. При плечевомъ типѣ и при полномъ параличѣ предсказаніе гораздо неблагоприятѣе. Если послѣ 4-го мѣсяца не наступило выздоровленія или, если оно неполно, то едва ли можно на что-нибудь еще надѣяться.

Леченіе должно противодѣйствовать атрофіи и контрактурѣ. Сначала показаны легкой массажъ и пассивныя движенія, впослѣдствіи—2—3 раза въ недѣлю—фарадизація и гальванизація. Если параличъ не проходитъ, то согласно новѣйшимъ даннымъ, можетъ еще оказать успѣхъ оперативное вмѣшательство (нервный шовъ, отдѣленіе сросшейся, пересадка сухожилій).

б) **Параличъ лицевого нерва.** Нерѣдки также параличи лицевого нерва вслѣдствіе поврежденія при родахъ.

Причиною является травма, дѣйствующая на периферическій стволъ лицевого нерва. При родахъ со щипцами параличъ лицевого нерва втрое чаще, чѣмъ при самопроизвольныхъ родахъ; во всякомъ случаѣ онъ происходитъ вслѣдствіе непосредственнаго давленія щипцовъ на нервы, но имѣетъ значеніе также и давленіе выступовъ таза, въ особенности если онъ узокъ.

Симптомы такіе же, какіе извѣстны вообще относительно паралича лицевого нерва: ротъ при крикѣ оттягивается въ здоровую сторону (рис. 15), часто также нельзя закрыть вполнѣ глазъ парализованной стороны (заячій глазъ, lagophthalmus). Параличъ въ большинствѣ случаевъ односторонній. При распознаваніи нужно исключить врожденный нервный дефектъ периферическаго или центральнаго происхожденія (аплазію). Особенно подозрителенъ въ этомъ отношеніи двухсторонній параличъ.

Съ точки зрѣнія прогноза параличъ въ общемъ благоприятенъ. Въ большинствѣ случаевъ онъ исчезаетъ въ нѣсколько дней maximum въ 6 недѣль. Длительный параличъ наблюдается рѣдко и всегда вызываетъ подозрѣніе на другую этиологію.

Леченіе состоитъ, лучше всего, въ фарадизаціи (слабые токи!). Къ нему можно приступать лишь послѣ того, какъ параличъ не улучшился въ теченіе 2—3 недѣль\*).

### **Заболѣванія пупка.**

Въ теченіе утробнаго періода пупочный канатикъ поддерживаетъ соединеніе между матерью и плодомъ. Въ составляющей его оболочкѣ изъ амніома и въ массѣ Wharton'овской студии, кромѣ лишенныхъ функціи остатковъ эмбриональныхъ образований (желточнаго хода и алантоиса), имѣются двѣ артеріи и одна вена. Анатомическое строеніе этихъ сосудовъ уклоняется отъ обычнаго. Стѣнки сосудовъ толсты и богаты мышечными волокнами и эластическими элементами. Далѣе, они не содержатъ vasa vasorum, столь важныхъ для питанія сосудовъ. Въ пупочной венѣ кровь матери протекаетъ отъ дѣтскаго мѣста къ печени ребенка. Здѣсь вена дѣлится на двѣ вѣтви, одна изъ которыхъ направляется къ воротной венѣ, а другая, ductus venosus Arantii, впадаетъ непосредственно въ нижнюю полую вену. Кровь совершаетъ извѣстное зародышевое кровообращеніе и въ концѣ-концовъ возвращается по пупочнымъ артеріямъ, отходящимъ отъ подчревныхъ артерій, въ дѣтское мѣсто.

Съ первымъ дыхательнымъ движеніемъ прекращается кровообращеніе въ пупочныхъ сосудахъ; при сильномъ расправленіи легкихъ понижается кровяное давленіе, артерія и вена сокращаются благодаря обильно находящимся въ нихъ эластическимъ волокнамъ и выжимаютъ оставшуюся кровь. Лишенный всякой возможности питанія (при отсутствіи vasa vasorum) пупочный канатикъ высыхаетъ. Эта мумификація, какъ думали долгое время, не можетъ, однако,

\*) Наболѣе быстрый результатъ даетъ вибраціонный массажъ.

считаться жизненнымъ явленіемъ, но происходитъ регулярно и безъ связи остатковъ пупка съ тѣломъ ребенка, если одновременно дѣйствуютъ теплота и сухость. Напротивъ, теплота и влага ведутъ къ гніенію остатковъ пупочнаго канатика. Физиологическое высыхание большею частью заканчивается на 4-й день. Одновременно съ нимъ происходитъ демаркаціонное воспаленіе кожной части пупка, ведущее къ отторженію остатковъ пупочнаго канатика обыкновенно на 5—6-й день. Съ этого времени ранка пупка лежитъ глубже кожныхъ покрововъ, въ узкой воронкѣ, возникающей благодаря тому, что внутрибрюшная часть пупочныхъ сосудовъ вѣсколько оттягивается назадъ. Полное заживленіе ранки требуетъ около 3 недѣль.

Въ брюшной части пупочныхъ сосудовъ образуются тотчасъ послѣ родовъ тромбы вслѣдствіе остановки кровообращенія. Постепенно эти тромбы организуются вслѣдствіе востанія въ нихъ соединительной ткани со стороны внутренней оболочки, пока, наконецъ, сосудъ совсѣмъ не закупоривается (*endarteritis obliterans*). Пупочная вена превращается въ круглую связку, идущую отъ пупка къ печени, а пупочная артерія—въ боковыя пупочно-пузырныя связки, идущія отъ пупка къ мочевому пузырю.

### II. Врожденные аномаліи.

**Кожный пупокъ** (*umbilicus cutaneus*) возникаетъ благодаря тому, что кожа надвигается слишкомъ далеко на пупочный канатикъ, такъ что послѣ отпаденія остатковъ его отсутствуетъ воронкообразное ея западеніе. Пупочная рана находится на культѣ, возвышающейся надъ кожей, которая въ большинствѣ случаевъ постепенно стягивается, а иногда остается еще и въ позднѣйшемъ возрастѣ.

При **амнионномъ пупкѣ**, напротивъ, оболочка пупочнаго канатика, нормально переходящая надъ самымъ основаніемъ въ цилиндрической футляръ изъ кожи, распространяется на кожные покровы до величины небольшой монеты. Благодаря тому, что мумификація и отторженіе пупочнаго канатика распространяются и на эту часть, возникаетъ дефектъ кожи, заживающій лишь постепенно съ помощью грануляцій. Обѣ аномаліи безвредны, не имѣютъ значенія и не требуютъ особаго леченія.

Напротивъ, большое значеніе имѣетъ **пупочная грыжа** (*hernia funiculi umbilicalis*), порокъ развитія, обязанный своимъ возникновеніемъ оставшейся до втораго утробнаго мѣсяца физиологической пупочной грыжѣ. Кишечныя петли, которыя въ нормальныхъ условіяхъ должны уйти въ брюшную полость, остаются въ пупочномъ канатикѣ.

Значительная опухоль возвышается надъ пупочной областью. Оболочка опухоли настолько прозрачна, что можно убѣдиться въ характерѣ содержимаго ея—кишечныя петли. Въ дѣйствительности же грыжи часто содержатъ не только кишечникъ, но и другіе брюшные органы (желудокъ, печень, селезенку).

Бываетъ, что грыжа сама уходитъ въ брюшную полость, но нельзя рассчитывать на это съ полною увѣренностью. Если не лечить, то, вслѣдствіе отпаденія амниотической оболочки, можетъ наступить смертельный исходъ отъ перитонита.

Ошибка въ распознаваніи возможна только при малыхъ грыжахъ. И она тутъ особенно опасна, ибо въ случаѣ перевязки кишечника нельзя предотвратить омертвѣнія и непроходимости. Поэтому надо ощущиваніемъ точно выяснитъ содержимое выпячиванія пупочнаго канатика.

Леченіе состоитъ, вообще говоря, въ ранней лапаротоміи, вправленіи и соединеніи краевъ кожи. Лишь въ видѣ исключенія можно рассчитывать на рѣдко наблюдаемое самопроизвольное излеченіе.

**Наличие ductus omphalo-mesentericus.** *Ductus omphalomesentericus*, идущій отъ кишечника къ желточному пузырю, долженъ облитерироваться нормально въ концѣ 2-го утробнаго мѣсяца. Если такой облитерации не происходитъ, то остается соединеніе между тонкой кишкой и пупкомъ (открытый Мескел'евскій дивертикулъ).

Эта рѣдкая аномалія, по отпаденіи пупочнаго канатика, препятствуетъ обычному заживленію пупочной ранки. Появляется отдѣленіе жидкости, точное изслѣдованіе обнаруживаетъ свищъ, изъ котораго выходитъ мутная жидкость. Она по запаху, микроскопическому и химическому изслѣдованію состоитъ изъ кишечнаго содержимаго; но существуютъ и дивертикулы, закрытыя по направленію къ кишечнику и дающіе лишь скудное щелочное выдѣленіе, напоминающее кишечный сокъ.

Леченіе состоитъ въ хирургическомъ удаленіи дивертикула.

**Свищъ урахуса** (*urachus*). Изъ урахуса (мочевого хода) разви-

вается нормально пузырь, а остаток мочевого хода подвергается обратному развитию съ превращениемъ въ *ligamentum vesicale medium* (средняя пузырная связка). Если часть эта, что бываетъ въ очень рѣдкихъ случаяхъ, остается открытой, то пупокъ сообщается съ пузыремъ, моча капаетъ изъ свищевато-отверстія пупка. Можно доказать, что выдѣляемая жидкость представляетъ мочу, такъ какъ въ ней обнаруживается мочева кислота.

Причинами уродства является разстройство оттока мочи, фимозы, эпителиальная склейка и заслонки.

Лечение должно устранить препятствія къ мочеотдѣленію. Самый же свищъ слѣдуетъ, послѣ восстановления естественнаго оттока мочи, прижечь, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ освѣжить и зашить.

## II. Зараженіе пупочной ранки.

Всякое замедленіе въ отторженіи остатковъ пупочнаго канатика и заживленіи пупочной раны (см. стр. 119) должно возбуждать подозрѣніе о зараженіи, возникшемъ благодаря физиологическимъ процессамъ. Правда, слишкомъ рѣзко нельзя проводить границу между здоровой и больной пупочной ранкой. Практически зараженіе можно предполагать только въ томъ случаѣ, если послѣ отпаденія пупочнаго канатика воспаленіе усиливается и присоединяется лихорадка. Зараженіе, вызванное патогенными кокками, рѣже палочками, ведетъ къ мѣстнымъ заболѣваніямъ, локализирующимся на остаткахъ пупочнаго канатика, въ пупочной ранкѣ или къ прогрессирующему воспаленію. Такое нормальное съ внѣшней стороны теченіе отнюдь еще не доказываетъ неповрежденности ранки, такъ какъ именно самыя опасныя инфекции обыкновенно развиваются безъ обычныхъ, видимыхъ для глаза, признаковъ воспаленія.

По локализациі различаютъ заболѣванія остатковъ пупочнаго канатика (отклоненія отъ физиологической мумификаціи, гангрену), мѣстныя воспаленія пупка (бленноррею, язву, грибовидное разрощеніе, омфалитъ, омертвѣніе пупка), наконецъ, прогрессирующія зараженія (тромбоартеритъ, періартеритъ, тромбо- и перифлебитъ).

Другое весьма обычное дѣленіе по тяжести заболѣванія будетъ такимъ:

### Легкія болѣзни пупочной ранки:

1. Замедленное ея заживленіе.
2. Бленноррея.
3. Язва и грибовидное разрощеніе.
4. Омфалитъ незначительныхъ размѣровъ.
5. Омертвѣніе остатковъ пупочнаго канатика.

### Тяжелыя болѣзни пупочной ранки:

1. Омертвѣніе пупка.
2. Тромбоартеритъ и тромбофлебитъ.
3. Періартеритъ и перифлебитъ.

Зараженіе пупочной ранки, особенно его тяжелыя болѣзненные формы, благодаря развитію асептики въ послѣдніе годы, стали болѣе рѣдкими. Мы уже научились съ помощью общей асептики, въ частности асептическаго ухода за остаткомъ пупочнаго канатика, выполнять дѣйствительную профилактику. При этомъ наилучшимъ оказался способъ сухого леченія: остатокъ пупочнаго канатика завертывается въ чистый обезпложенный кусочекъ полотна или марли (а не въ легко приклеивающуюся вату), затѣмъ фиксируютъ его на животикѣ ребенка съ помощью пупочнаго бинта. Всѣ обеззараживающія жидкости или мази не должны примѣняться, ибо влажная теплота препятствуетъ мумификаціи, благопріятствуя гніенію. Напротивъ, можно способствовать высыханію присыпкой, напр., бѣлой

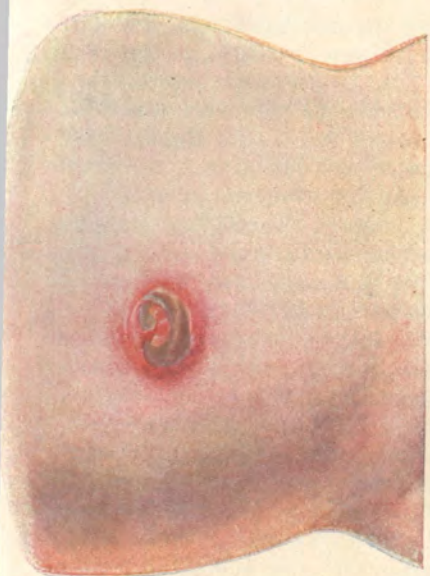


Рис. 16. Небольшая язва пупка. (Берлинскій дѣтскій прыгъ).



Рис. 18. Arteriitis и periarteriitis umbilicalis. (Стѣнка артеріи и періартеріальная соединительная ткань слизисто-гноино инфильтрированы до мочевого пузыря, начинающійся перитонитъ).

глины<sup>1)</sup> или дерматоломъ въ небольшихъ количествахъ. Какъ только повязка промокнетъ или загрязнится, надо тщательно переменить ее, избѣгая дерганія.

Такое леченіе по отпаденіи пупочнаго канатика примѣняется и для леченія пупочной ранки. Особенно при сильномъ выдѣленіи надо избѣгать всего, что задерживаетъ оттокъ выдѣленія раны.

Противъ ежедневной ванны въ частномъ домѣ ничего нельзя возразить; въ большихъ же учрежденіяхъ со скученностью жильцовъ, гдѣ существуетъ возможность перенесенія болѣзни, надежнѣе будетъ отказаться отъ купанья до той поры, пока ранка не заживетъ\*).

**1. Омертвѣніе культи пупочнаго канатика.** Омертвѣніе остатка пуповины (*sphacelus*), которое можно узнать по вони, измѣненію цвѣта, влажности и лихорадкѣ вслѣдствіе всасыванія, указываетъ на неправильное леченіе, препятствовавшее высыханію.

Леченіе состоитъ въ удаленіи гніющихъ тканей термокаутеромъ. Если сдѣлать это своевременно, то наступаетъ быстрое выздоровленіе. Въ противномъ случаѣ возможно септическое зараженіе или интоксикація, исходящая изъ очага омертвѣнія.

**2. Бленноррея (*excoriatio umbilici*).** Бленнорреей называютъ сывороточно-гнойное или чисто-гнойное выдѣленіе, развивающееся послѣ отпаденія остатка пуповины изъ пупочной ранки, тогда какъ сама пупочная складка представляется слегка красной и вяло гранулирующая ранка на днѣ пупка обнаруживаетъ гнойно-слизистый налетъ. Оттокъ выдѣленій затрудненъ чисто анатомическими условіями (ретракціей культи пупка подъ кожу и образованіемъ покрывающихъ складокъ кожи). Благодаря этому обстоятельству, а также благоприятствующимъ застою повязкамъ, нерѣдко происходитъ переходъ воспаленія на прилежащую часть періартеріальной ткани и на свѣже-образовавшіеся въ артеріяхъ тромбы, которые на нѣкоторомъ протяженіи подвергаются гнойному распаду. Такимъ образомъ возникаютъ свищеподобныя образованія, въ которыя можно ввести зондъ часто на нѣсколько стм. и изъ которыхъ при поглаживаніяхъ выдѣляется много гноя.

Распознаваніе ставится на основаніи длительного выдѣленія изъ пупочной раны. Слѣдуетъ указать, что одно только нагноеніе пупка, какъ бы оно было сильно, не можетъ быть основой для распознаванія общей пупочной септицеміи. Въ случаяхъ, гдѣ нагноеніе пупка сопровождается тяжелымъ нарушеніемъ общаго состоянія, надо искать и другихъ причинъ для такихъ общихъ явленій.

Предсказаніе благоприятно. Лишь рѣдко зараженіе распростра-

<sup>1)</sup> Глину надо предварительно прокалить, въ виду возможности содержанія въ ней палочекъ столбняка.

<sup>\*</sup> Мы всегда примѣняемъ, совѣтуемъ дѣлать тоже другимъ, сухую присыпку изъ 1 ч. салициловой кислоты на 15 частей *magisterii bismuthi* или даже *taici pulv.* Видоизмѣненная, такимъ образомъ, присыпка *M. Runge* (*acid. salycilic. cum amylo triticeo*) высушиваетъ быстро, служа вмѣстѣ съ тѣмъ вполне рациональнымъ антисептическимъ средствомъ, никогда не раздражающимъ ранки. При этомъ сухомъ туалетѣ пупочнаго канатика нужно названной присыпкой прикрыть всю область пупка такимъ образомъ, чтобы вся культя была погружена въ порошокъ. При такомъ методѣ нѣтъ никакой надобности запрещать ванны даже въ общественныхъ мѣстахъ призрѣнія младенцевъ, при томъ, однако, обязательномъ условіи, чтобы во время купанья ребенка прилегающій ко дну пупочной ранки слой присыпки отнюдь не снимался, новая же порція его прямо накладывалась поверхъ оставшейся.



няется, благодаря полному распаду тромбовъ, вплоть до подвздошной артерій.

При леченіи надо дать раньше всего свободный оттокъ гною. Надо помнить, что полоски марли и обильное присыпаніе порошкомъ больше благоприятствуютъ задержкѣ, чѣмъ дренированіе и грануляціи. Лучше всего нѣсколько разъ удалять гной изъ свищевыхъ путей поглаживаніемъ. Въ видѣ исключенія можно позаботиться даже о достаточномъ оттоктѣ путемъ расщепленія свища съ помощью полаго зонда. Когда это достигнуто и если ребенокъ свободенъ отъ пищеварительныхъ разстройствъ, бленнорея быстро проходитъ. Антисептические порошки въ видѣ тончайшаго слоя могутъ способствовать грануляціямъ. Окружность пупка надо защищать отъ подермін съ помощью мази.

3. *Ulcus umbilici* (рис. 16) возникаетъ отчасти первично, отчасти какъ слѣдствіе бленнореи. Она представляетъ потерю вещества, окруженную отчасти острыми, круто ниспадающими, инфильтрированными краями, продолговатой или неправильной формы, величиною отъ монеты въ 5 пфенниговъ до величины талера; дно покрыто гнойнымъ или салынымъ налетомъ. Иногда она похожа на сифилитической первичный склерозъ. Кромѣ лихорадки, нѣтъ общихъ явленій. Предсказаніе само по себѣ благоприятно; конечно, могутъ присоединиться мѣстныя и общія зараженія ранки.

Леченіе состоитъ въ очищеніи влажной или сухой теплотой (предохранять окружающія ткани съ помощью смазыванія вазелиномъ), перекисью водорода и присыпкой обеззараживающихъ порошковъ. Сходные результаты во многихъ случаяхъ даетъ примѣненіе ртутныхъ солей въ мазяхъ или порошкѣ. Въ особенности послѣ присыпки небольшими количествами каломеля часто наблюдають поразительно быстрое улучшение \*).

Дифтерія пупка является также въ видѣ плоской язвы съ крупознымъ налетомъ; вокругъ нея имѣется иногда весьма обширная, плотная, воспалительная инфильтрація. Предсказаніе въ случаяхъ, гдѣ рано примѣнено леченіе, неплохое; тамъ же, гдѣ распознаваніе поставлено поздно или совсѣмъ не поставлено, можетъ наступить смерть отъ слабости сердца. Сывороточное леченіе показано въ сочетаніи съ мѣстной терапіей.

4. Грибовидная опухоль или гранулема пупка (*Fungus umbilici, granuloma umbilici*). При замедленномъ заживленіи пупочной ранки, благодаря усиленному выдѣленію и нагноенію, можетъ развиться грануляціонная опухоль, гранулема или грибовидное разрощеніе пупка, которое сидитъ въ видѣ красноватой опухоли, величиною отъ горошины до орѣха, на днѣ пупка; иногда это образованіе настолько скрыто, что его можно видѣть лишь по раздвиганіи краевъ (рис. 17).

Кромѣ гранулемъ, хотя и рѣдко, встрѣчаются энтеротератомы или аденомы, которыя происходятъ отъ отшнурованныхъ, инвертированныхъ остатковъ ductus omphalo-mesentericus и отличаются отъ слегка бугристой поверхности грибовидной опухоли своею гладкой поверх-

\* Не въ благотѣльномъ, а въ магическомъ дѣйствіи присыпки изъ каломеля съ талькомъ (1:10) мы краснорѣчиво убѣждались на дѣтяхъ, у которыхъ черезъ 1½ — 2 мѣсяца показывались ясные признаки lues hereditaria. Можно сказать больше — подобная присыпка никогда не даетъ того хорошаго результата, какой получается у безусловно здороваго ребенка отъ названной выше смѣси салициловой кислоты съ висмутомъ или талькомъ.

ностью. При постановкѣ діагноза надо помнить о томъ, что подъ картиной опухоли можетъ скрываться выпяченный свищъ *urachus'a* или сохранившійся и выпавшій *ductus omphalo-mesentericus* (срв. выше). Ошибка имѣла бы тяжелыя послѣдствія, ибо показанное при гранулемахъ леченіе иногда можетъ вести ко вскрытію кишечника и брюшины.

Для леченія при маленькихъ гранулемахъ достаточно частаго смазыванія палочкой ляписа или трихлоруксусной кислотой, чтобы вызвать сморщиваніе грануляціонной ткани. Большія опухоли, послѣ перевязки, слѣдуетъ удалять ножницами или раскаленной петлей \*).

**5 Омфалитъ** (острое воспаленіе пупочнаго кольца). Омфалитъ — воспаленіе пупочнаго кольца и прилегающей къ кожѣ подкожной клѣтчатки — можетъ присоединиться къ бленнорреѣ и язвѣ, а также случаться и при нормальномъ заживленіи пупочной раны, исходя изъ какой-либо небольшой трещинки пупочнаго кольца. Вокругъ пупка кожа насыщенно-красна и инфильтрирована. Брюшные покровы напряжены и для того, чтобы облегчить боли, вызываемыя каждымъ напряженіемъ мышцъ брюшныхъ покрововъ, грудобрюшное дыханіе происходитъ поверхностно или совершенно отсутствуетъ. Напротивъ, грудная клѣтка работаетъ гораздо сильнѣе; ноги, для большаго расслабленія стѣнокъ живота, находятся въ сгибательномъ положеніи. Наблюдается лихорадка, при болѣе же сильныхъ воспалительныхъ явленіяхъ страдаетъ и общее состояніе.

Предсказаніе при незначительномъ распространеніи благоприятно, при обширной инфильтраціи оно должно быть поставлено съ осторожностью, ибо существуетъ опасность того, что воспаленіе распространится въ глубину и вовлечетъ въ процессъ брюшину.

Леченіе состоитъ въ примѣненіи влажной и сухой теплоты. Если образуется абсцессъ, то надо своевременно вскрыть его; также при плотномъ, прогрессирующемъ инфильтратѣ можетъ понадобиться даже полное разсѣченіе.

**6. Омертвѣніе пупка.** Столь частое въ прежнее время омертвѣніе пупка, къ счастью, въ настоящее время почти не наблюдается. Оно присоединяется къ одной изъ описанныхъ выше болѣзней пупочной ранки или самостоятельно развивается у кахектическихъ дѣтей. Омертвѣніе ткани съ измѣненнымъ цвѣтомъ и вонью разрушаетъ значительная поверхности брюшной кожи живота. Въ особенно печальныхъ случаяхъ гангренозный распадъ распространяется на глубже лежащія части, вызывая воспаленіе брюшины и даже вскрытіе кишечныхъ петель. При явленіяхъ лихорадки, коллапса, самыхъ тяжелыхъ общихъ припадковъ это заболѣваніе даетъ весьма грустное предсказаніе и ведетъ обыкновенно къ смерти. Извѣстно лишь немного случаевъ, гдѣ послѣ отторженія омертвѣвшихъ мѣстъ все зажило путемъ грануляцій.

Леченіе можетъ дать весьма немного. Наряду съ обычными при омертвѣніи мѣстными мѣрами нужно въ особенности улучшить состояніе питанія и тѣмъ самымъ повысить степень сопротивляемости организма.

\*) Не нужно никакихъ ножницъ, тѣмъ болѣе раскаленной петли. Для устранения *fungi umbilici* вполне достаточно перевязки шелковой лигатурой съ послѣдующей присыпкой *acidi salycilici cum bismuth. subnitrico*.

7. **Общая зараженія дѣтскаго организма.** Всѣ относящіяся сюда заболѣванія пупка имѣютъ одну общую черту—прогрессирующей характеръ, который въ концѣ-концовъ ведетъ къ септическому или пѣмическому общему зараженію. Этому способствуетъ или гнойный распадъ сосудистыхъ тромбовъ, или распространяющійся дальше по соединительнымъ тканямъ сосудовъ лимфангитъ.

Чаще всего встрѣчается прогрессирующее заболѣваніе пупочныхъ артерій, причемъ дѣло идетъ о лимфангитической формѣ, періартеритѣ, который только и можетъ быть распознанъ по студенистой или гнойной инфильтраціи соединительной ткани въ окружности сосудовъ, чѣмъ дается поводъ къ воспаленію сначала предбрюшиннаго пространства, а затѣмъ брюшины съ послѣдующимъ общимъ воспаленіемъ ея (рис. 18). Въ рѣдкихъ случаяхъ процессъ опускается черезъ предбрюшинное пространство внизъ, выходя черезъ паховой каналъ наружу, вызывая гнойный фуникулитъ, орхитъ, флегмону паховой области (такъ наз. *phlegmone praeperitonealis*). Рѣже встрѣчается тромбоартеритъ. Въ противоположность періартериту, который большею частью развивается при хорошо зажившей пупочной ранѣ, тромбоартеритъ возникаетъ благодаря тому нагноенію въ начальной части артерій, которое столь часто ведетъ къ бленнорреѣ. Этому благоприятствуетъ, вѣроятно, нецѣлесообразное леченіе ранки, ведущее къ задержкѣ гнойнаго распада съ распространеніемъ его дальше, когда онъ въ концѣ-концовъ достигаетъ подвздошной артеріи, вызывая пѣмическое общее заболѣваніе. Тромбоартеритъ можетъ существовать одновременно съ періартеритомъ.

При заболѣваніи пупочной вены, вѣроятно, въ виду весьма незначительнаго развитія периваскулярной ткани, лимфангитъ одинъ едва ли наблюдается. Напротивъ, здѣсь дѣло большею частью идетъ объ одномъ тромбозѣ или о тромбозѣ вены съ перифлебитомъ. Заболѣваніе вены ведетъ къ перитониту или къ гепатиту, часто съ множественными абсцессами или къ сочетанію обоихъ процессовъ.

Въ качествѣ признака этихъ заболѣваній сначала появляется только лихорадка, происхожденіе которой тѣмъ менѣе ясно, что, какъ упомянуто, сама пупочная рана (даже и при заболѣваніи вены) уже зажила. Но какъ только наступило зараженіе крови или зараженіе брюшины, внезапно развивается картина тяжелаго септического общаго зараженія часто съ пѣмическими метастазами или воспаленіемъ брюшины. Желтуха особенно часто бываетъ при заболѣваніи вены. Такое ухудшеніе при медленно идущемъ заболѣваніи можно наблюдать даже на 2—3—4-мъ мѣсяцѣ. Въ дальнѣйшемъ могутъ возникать даже гнойники въ печени, какъ послѣдствія зараженія пупка.

Предсказаніе почти безусловно плохое, лишь въ видѣ исключенія можетъ наступить остановка и инкапсулированіе гнойнаго процесса еще до развитія общаго зараженія.

Леченіе такое же, какъ вообще при септическомъ зараженіи.

8. **Столбнякъ новорожденныхъ.** Этіологія. Столбнякъ новорожденныхъ отличается отъ столбняка взрослыхъ лишь своеобразностью мѣста входа зараженія. Почти безъ исключенія заболѣваніе начинается съ пупочной ранки. Перенесеніе облегчается грязными руками ухаживающихъ (въ особенности, если руки загрязнены богатой палочками столбняка садовой землей или пылью изъ щелей пола); иногда виноватъ бываетъ и перевязочный матеріалъ (глина).

Обнаруженіе возбудителей удастся лишь въ немногихъ случаяхъ (выскабливаніе пупочной раны острой ложечкой и прививаніе выскобленнаго матеріала мышамъ). Воспалительное измѣненіе самой пупочной ранки не вызывается палочкой. Если же таковая имѣется, то дѣло идетъ о послѣдствіяхъ смѣшаннаго зараженія гноеродными микроорганизмами.

Патолого-анатомическія данныя представляютъ застой и гиперемію въ центральной нервной системѣ. Иногда наблюдаются большія кровоизліянія.

Инкубационный періодъ большею частью весьма коротокъ: уже на 1—2-й день жизни могутъ обнаружиться симптомы. Большинство случаевъ наблюдается къ концу первой недѣли и лишь немногіе на 2—3-й недѣлѣ.

Первымъ признакомъ является тризмъ, который сначала узнается по трудности давать грудной сосокъ или рожокъ. Вскорѣ ригидность распространяется на лицо, наконецъ, на туловище, руки и ноги, такъ что все тѣло становится ригиднымъ. Весьма характерно лицо больного, именно: *facies tetanica* со сморщенными за-



Рис. 19. Столбнякъ новорожденныхъ (излеченный случай, Берлинскій дѣтскій пріютъ). Типическое выраженіе лица.

крытыми вѣками, съ напряженными, твердыми, вслѣдствіе сокращенія жевательныхъ мышцъ, щеками, слегка заостренными плотно, сжатыми губами и опущенными внизъ углами рта (сардоническій смѣхъ, рис. 19). Въ дальнѣйшемъ теченіи наблюдаются молніеобразные, пронизывающіе все тѣло подобно удару тетаническіе толчки; въ промежуткахъ больной ребенокъ лежитъ молча, неподвижный какъ палка, часто искривленный опистотонически, съ вытянутыми ногами и ригидно-согнутыми руками. Вслѣдствіе участія дыхательныхъ мышцъ возникаютъ дыхательныя расстройства и синюха. Чѣмъ тяжелѣе случай, тѣмъ чаще наблюдаются толчки (судороги). Въ тяжелыхъ случаяхъ наступаетъ повышеніе температуры, представляющее часто весьма неожиданныя колебанія и достигающее гиперпиретическихъ степеней.

Распознаваніе всегда возможно на основаніи клинической картины. Обнаруживать палочки не приходится, тѣмъ болѣе, что отрицательными данными нельзя воспользоваться, а отличить это заболѣваніе отъ другихъ не всегда легко. Тоническія судороги у новорожденныхъ встрѣчаются также при травмахъ во время родовъ (мозговыхъ и менингеальныхъ кровоизліяніяхъ), при энцефалитическихъ и мозговыхъ процессахъ. Последніе отличаются важнымъ дифференціальнымъ діагностическимъ признакомъ, а именно участіемъ мышцъ глаза, отсутствующимъ при столбнякѣ.

Общее предсказаніе весьма неблагоприятно; умираетъ приблизительно 70—80% заболѣвшихъ; въ частности предсказаніе ставится въ зависимости отъ продолжительности инкубаціи и тяжести состоянія. Долгая инкубація, сравнительная рѣдкость приступовъ, отсутствіе дыхательныхъ расстройствъ, синюхи и высокихъ температуръ даютъ возможность ставить болѣе благоприятное предсказаніе, правда, лишь съ осторожностью.

Леченіе состоитъ, главнымъ образомъ, въ назначеніи средствъ, успокаивающихъ судороги. Требуется полный покой, устраненіе сотрясеній; влажныя или сухія, не тугія обертыванія уменьшаютъ раздраженіе отъ смѣны температуры и движенія воздуха. Изъ лекарствъ испытанъ въ особенності хлоралгидратъ (0,5 на пріемъ до 3,0 грм. сутки), также въ сочетаніи съ бромомъ (1,0—2,0 въ сутки) или вероналомъ (0,075 на дозу). Вводить эти средства лучше всего въ клизмѣ. Питаніе представляетъ большія затрудненія въ виду тризма. Отцѣженное женское молоко или другая замѣняющая его пища дается съ помощью ложечки, если приходится вливать пищу черезъ носъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ, во избѣжаніе повторнаго возбужденія, слѣдуетъ предпочесть троекратное вливаніе съ помощью зонда. Для введенія воды можно пользоваться маленькими клизмами или продолжительнымъ вкапываніемъ.

Сывороточное леченіе еще не даетъ неоспоримыхъ результатовъ. Совѣтуютъ впрыснуть содержимое стлянки столбнячнаго антитоксина съ 250 имм. ед., наполовину подкожно въ области пупка, наполовину внутривозвоночно путемъ поясничнаго прокола.

### Пупочныя кровотеченія.

Пупочныя кровотеченія происходятъ или изъ артерій при наличности пупочнаго канатика, или послѣ отпаденія его, а равно паренхиматозно (идіопатическое кровотеченіе). Сосудистое кровотеченіе предполагаетъ расстройство фізіологическаго закрытія, идіопатическое—общее или мѣстное пониженіе свертываемости крови или ненормальную проницаемость сосудовъ.

Кровотеченіе изъ пупочныхъ сосудовъ при наличности пупочнаго канатика никогда не слѣдуетъ объяснять лишь недостаточной перевязкой пупочнаго канатика, ибо фізіологическіе процессы послѣ отпаденія его (сокращеніе сосудовъ, уменьшеніе кровяного давленія вслѣдствіе расправленія легкиихъ) достаточны, чтобы сдѣлать невозможнымъ кровотеченіе при нормальныхъ условіяхъ и безъ перевязки. Поэтому надо всегда искать глубже лежащихъ причинъ пупочнаго кровотеченія (ателектазъ легкиихъ, асфиксія, пороки сердца).

При рѣдкихъ кровотеченіяхъ послѣ отпаденія пупочнаго канатика, повидимому, еще неизвѣстныя причины препятствуютъ образованію тромба или закупоркѣ просвѣта съ помощью разрастанія соединительной ткани (уменьшеніе свертываемости благодаря зараженію?).

Паренхиматозное кровотеченіе является слѣдствіемъ общей септицеміи, ведущей къ затрудненію свертываемости крови, рѣже—мѣстнаго препятствія къ образованію плотнаго тромба вслѣдствіе зараженія пупка.

Леченіе кровотеченій изъ сосудовъ пупочнаго канатика требуетъ особенно тщательной перевязки, для чего рекомендуются эластическіе

резиновые шнуры. Наряду съ этимъ надо регулировать легочное дыханіе и наблюдать за нимъ. Кровотеченіе послѣ отпаденія пупочнаго канатика останавливается смачиваніемъ растворомъ адреналина (1:1000), прижиганіемъ съ помощью термокаутера или обкалываніемъ пупочной области. Всѣ эти мѣры безуспѣшны при паренхиматозномъ кровотеченіи. Здѣсь, какъ и при всѣхъ другихъ кровотеченияхъ, не поддающихся указаннымъ средствамъ первой категоріи, надо испытать мѣстное примѣненіе и подкожное впрыскиваніе 10—20 куб. см. стерильнаго Мерска'овскаго раствора желатини. Въ новѣйшее время примѣняютъ, и даже съ успѣхомъ, впрыскиванія по возможности свѣжей, лучше всего человѣческой сыворотки.

### Септицемія.

Въ прежнее время септичeskія заболѣванія всевозможнаго характера вплоть до самыхъ тяжелыхъ формъ, были особенно часты въ дѣтскихъ больницахъ и родильныхъ домахъ („родильная септицемія новорожденныхъ“). Въ настоящее время, благодаря успѣхамъ гигиены, они стали гораздо рѣже, хотя все еще наблюдается довольно много случаевъ.

Что касается этиологіи этой болѣзни, то здѣсь имѣютъ значеніе многіе виды микроорганизмовъ. На первомъ мѣстѣ слѣдуетъ назвать самыя извѣстныя возбудители нагноенія: стафилококки, пневмококки и стрептококки, но также участвуютъ иногда другіе виды, напр., изъ группы кишечной палочки, Friedlaender'овскія сумочныя палочки, палочки геморрагической септикеміи, различныя виды сине-гноинной палочки и proteus и т. д.

Еще въ тѣлѣ матери плодъ можетъ заразиться вслѣдствіе перехода бактерій изъ заболѣвшаго дѣтскаго мѣста. Вторую возможность зараженія до родовъ представляетъ время между разрывомъ пузыря и окончательнымъ выходомъ плода.

Сравнительно съ развивающимся впоследствии зараженіемъ этотъ способъ заболѣванія, конечно, наблюдается рѣдко. Послѣ родовъ въ качествѣ входныхъ воротъ для возбудителей болѣзни на первомъ мѣстѣ стоитъ пупокъ. Но и остальная поверхность кожи въ первые дни жизни представляетъ столь частыя и многочисленныя нарушенія цѣлости (ссадины, трещины, опрѣлости и т. д.), что имѣется много и другихъ путей. Большею частью возникаютъ только мѣстныя разстройства—чирьи, гнойники, флегмоны, затѣмъ уже присоединяются септичeskое или піэмическое общее зараженіе.

Подобно кожѣ, слизистая оболочка можетъ служить входнымъ мѣстомъ для заразы, особенно при такихъ эпителиальныхъ раненіяхъ слизистой оболочки полости рта, какъ наблюдавшіеся (при столь частомъ раньше вытираніи рта) стоматитъ, афты *Bed na'g'a*, съ которыхъ и начинаются септичeskія заболѣванія. Рѣже находятъ первичныя септичeskіе очаги въ зѣвѣ, въ слизистой оболочкѣ носа, въ соединительной оболочкѣ глаза, миндалинахъ, ухѣ и кишечникѣ. Слѣдуетъ также имѣть въ виду возможность общаго зараженія со стороны легкихъ и мочевыхъ путей.

Перенесеніе бактерій происходитъ различными видами контакта (бѣлье, руки, посуда, лохіальныя выдѣленія и т. д.). Часто высказывавшіяся раньше предположенія о зараженіи содержащимъ бактеріи молокомъ матери или коровьимъ молокомъ не оправдались. Разстройства питанія въ значительной степени благоприятствуютъ, въ виду

ослабленія способности иммунизации, зараженію; вотъ почему заболѣванія наблюдаются чаще у искусственно вскармливаемыхъ дѣтей.

Анатомическая основа септицеміи, при мѣняющейся клинической картинѣ, весьма многообразна. Особенно при самомъ остромъ ея теченіи данныя вскрытія часто даютъ мало указаній и ограничиваются паренхиматозно-дегенеративными измѣненіями; при болѣе продолжительности могутъ обнаруживаться болѣе рѣзкія измѣненія въ различныхъ органахъ. Особенно часты кровоизліянія въ сывороточныя оболочки. Къ нимъ присоединяются: пневмонія, явленія гастроэнтерита, многочисленные метастатическіе сывороточные, сывороточно-геморрагическіе или гнойные очаги воспаленія (эмболическіе абсцессы, септические инфаркты, остеомиелитъ, эмпіема, синовитъ и т. д.).

При разнообразной этиологіи и многочисленности входныхъ воротъ для септического зараженія картина болѣзни также весьма разнообразна и смотря по степени общаго отравленія и участію въ заболѣваніи отдѣльныхъ органовъ даетъ весьма разнообразныя состоянія. Во всякомъ разѣ большинство случаевъ имѣетъ тѣ общія черты, что симптомы общаго отравленія больше и правильнѣе выступаютъ на первый планъ, чѣмъ это наблюдается въ болѣе позднемъ возрастѣ, т. е. лихорадка, безпокойство, смѣняющееся апатіей, склонность къ коллапсу, расстройство сознанія. Нарушенія пищеварительной функціи въ видѣ поносовъ и быстрыхъ потерь вѣса наблюдаются почти всегда; они часто выступаютъ въ такой формѣ, что септицемія протекаетъ подъ видомъ желудочно-кишечнаго заболѣванія. Сходство картины съ тяжелыми первичными диспептическими, токсическими состояніями, развивающимися въ теченіе чистыхъ расстройствъ питанія, вполне ясно, и въ дѣйствительности болѣею частью процессъ слѣдуетъ разсматривать такимъ образомъ, что парентеральное заболѣваніе даетъ поводъ къ тяжелому пищевому расстройству.

Болѣею частью септицемія протекаетъ молниеносно, въ теченіе короткаго времени приводя къ смерти и лишь бактериологическое изслѣдованіе даетъ возможность распознаванія. Въ остальныхъ случаяхъ, гдѣ болѣзнь тянется въ теченіе долгаго времени, можно отмѣтить и многіе другіе признаки.

Лихорадка отсутствуетъ рѣдко; высокія и неправильныя повышенія температуры, особенно въ началѣ заболѣванія, часто сопровождаются раньше или позже тяжелыми коллапсообразными пониженіями. Иногда съ самаго начала повышенія температуры скрываются состояніемъ коллапса. Такіе потрясающіе ознобы, какіе бывають въ болѣе позднемъ возрастѣ, здѣсь никогда не наблюдаются.

Въ мочѣ регулярно находятъ бѣлокъ, цилиндры и эпителий, какъ выраженіе токсическаго раздраженія почекъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ развивается геморрагическій нефритъ или цистопіэлитъ. Увеличеніе селезенки и печени весьма часто, но пользоваться ими для діагностическаго значенія можно лишь тогда, когда увеличеніе развивается во время самой болѣзни. Многочисленныя измѣненія на кожѣ говорятъ о дѣйствиі токсинеміи. Наблюдаются септическія эритемы, похожія на скарлатину, корь или *erythema multiforme*; характерны и весьма важны для діагноза кровоизліянія въ видѣ мелкихъ петехій или болѣе обширныхъ экхимозовъ. Цвѣтъ кожи иногда принимаетъ сѣрый оттѣнокъ (какъ при отравленіи анилиномъ). Часто

кожа и слизистыя оболочки окрашены въ желтый цвѣтъ, благодаря присоединяющейся желтухѣ.

Смотря по преобладанію опредѣленной группы симптомовъ, различаютъ геморрагическую, желудочно-кишечную и пневмоническую форму септицеміи.

Піэмія въ тѣсномъ смыслѣ слова, отличающаяся метастатическими гнойниками, встрѣчается у новорожденного, какъ и вообще въ грудномъ возрастѣ, не очень часто, вѣроятно, потому, что малая сопротивляемость этого возраста не благопріятствуетъ медленному теченію болѣзни, требующемуся для образованія абсцессовъ. Все же она встрѣчается довольно нерѣдко, протекая отчасти съ кожными метастазами, отчасти съ эмболическими абсцессами во внутренніе органы, отчасти же въ видѣ суставной піэміи или остеомиэлита. Сравнительно рѣдко встрѣчаются эндокардитъ и перикардитъ.

Своеобразной формой теченія септицеміи слѣдуетъ считать болѣзни Вунгъ и Винскеля. Этиологія обѣихъ еще не выяснена. Первая ведетъ къ жировому перерожденію сердца, печени и почекъ, напоминающему перерожденію при фосфорномъ отравленіи, къ кровоизліяніямъ въ органы и въ кожу. Новорожденные, пораженные этими рѣдкими заболѣваніями, являются на свѣтъ въ асфиксіи, вскорѣ развиваются тяжелыя явленія болѣзни: поносъ, паденіе вѣса, кровоизліянія и сонливость. При сильной синюхѣ и желтухѣ упадокъ силъ растетъ очень быстро; большинство больныхъ умираетъ, лишь немногіе выздоравливаютъ.

Главные симптомы Винскелевской болѣзни обусловлены гемоглобинеміей и гемоглобинуріей. Болѣзнь протекаетъ съ явленіями синюхи, желтухи, одышки, желудочно-кишечныхъ явленій и обыкновенно ведетъ къ смерти въ очень короткое время.

Распознаваніе основано на присутствіи входныхъ воротъ, на (довольно трудномъ) обнаруженіи метастатическихъ очаговъ, на явленіи петехій, желтухи и т. д. Главное затрудненіе заключается въ отличительномъ діагнозѣ отъ пищевой интоксикаціи, которую надо имѣть тѣмъ болѣе въ виду, что парэнтеральное зараженіе у маленькаго ребенка очень скоро ведетъ къ вторичнымъ разстройствамъ питанія. Здѣсь правильное заключеніе облегчается возможностью вліять на лихорадку, токсическія явленія и поносы діететическими мѣрами. Бактеріологическое изслѣдованіе крови внѣ клиники уже потому большей частью не даетъ результатовъ, что извлеченіе необходимой для того дозы (по крайней мѣрѣ 2 куб. см.) не всегда выполнимо.

Предсказаніе всегда серьезно. Чѣмъ болѣе бурно начинается и протекаетъ септический процессъ, тѣмъ меньше надежды на сохраненіе жизни. При медленно идущей піэмической формѣ есть надежда на успѣшную борьбу съ зараженіемъ. При правильномъ питаніи иногда оправляются даже, повидимому, безнадежные случаи\*).

Профилактика. Исторія больницъ для грудныхъ дѣтей и пріютовъ показала уже, какъ много можно достигнуть въ смыслѣ борьбы съ зараженіемъ предохранительными мѣрами. Какъ уже было раньше упомянуто, оказалось возможнымъ бороться съ источниками зараженія

\*) Sepsis neonatorum можетъ протекать въ острой, подострой и даже хронической формѣ, причемъ предсказаніе будетъ тѣмъ неблагоприятнѣе, чѣмъ раньше отъ момента рожденія развивается процессъ, чѣмъ серьезнѣе картина общей интоксикаціи и чѣмъ слабѣе заболѣвающий ребенокъ. Исходъ въ выздоровленіе возможенъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вирулентность инфекціи невелика, восприимчивость организма слаба, локализациі въ важныхъ для жизни органахъ отсутствуютъ или выражаются въ очень кроткой формѣ. Возможна еще неполная *restitutio ad integrum*, благодаря которой дѣтскій организмъ надолго остается весьма склоннымъ къ инфекціямъ другого рода. Прим. ред.



и по возможности создавать возможно меньше входныхъ воротъ для зараженія хорошимъ уходомъ за кожей и пупкомъ, тщательнымъ присмотромъ за положеніемъ ребенка и устраненіемъ чрезмѣрнаго очищенія рта. Въ частномъ домѣ также надо добиться того, чтобы новорожденный былъ окруженъ въ наибольшей степени чистой и асептической обстановкой.

Особая осторожность требуется при родильныхъ зараженіяхъ матери. Здѣсь лучше всего ухотъ за матерью и ребенкомъ поручить различнымъ лицамъ. Если это невыполнимо, то надо, по крайности, ухотъ за ребенкомъ выполнять раньше, чѣмъ за матерью, чтобы защитить его отъ соприкосновенія съ разными выдѣленіями. Это рекомендуется и у здоровой роженицы, ибо даже нормальныя лохи содержатъ септическія бактеріи. Напротивъ, опасность, угрожающая ребенку со стороны молока матери, страдающей родильной горячкой, часто преувеличивается. Не доказано, чтобы этимъ путемъ возникло септическое зараженіе. Но тотъ, кто все-таки опасается этого, можетъ назначать сцеженное молоко матери. Даже молоко матери, заболѣвшей грудницей, судя по всему, не опасно для ребенка, если только самозащита неповрежденной полости рта не нарушена вытираніями.

Первое мѣсто при леченіи септицеміи принадлежитъ правильному вскармливанію, ибо установлено внѣ всякаго сомнѣнія, что цѣлесообразной пищей можно способствовать, въ значительныхъ размѣрахъ, образованію иммунныхъ тѣлъ, нецѣлесообразной же можно только вредить. Дѣйствительно женское молоко нерѣдко въ состояніи настолько поддерживать силы ребенка, что онъ способенъ побѣдить постигшее его зараженіе. Точно также дѣйствуютъ тѣ способы искусственнаго вскармливанія, которые вліяютъ на общее состояніе такъ же благоприятно, какъ женское молоко. Отъ цѣлесообразнаго вскармливанія можно ожидать особенно многого тамъ, гдѣ на первомъ планѣ стоятъ кишечныя разстройства. Ихъ слѣдуетъ лечить также точно, какъ и возникшія на почвѣ неправильнаго питанія (ср. разстройства питанія).

Мѣстныя нагноенія надо лечить согласно хирургическимъ показаніямъ, однако слѣдуетъ избѣгать сильныхъ обеззараживающихъ веществъ, особенно карболовой кислоты и іодоформа.

Кромѣ того, надо непрерывно стремиться къ поддержанію силы сердца (01. camphor. нѣсколько разъ въ день подкожно по  $\frac{1}{2}$  шприца<sup>1)</sup>, Coffein. citric. или natriosalicylicum 0,5:100 4—5 разъ въ день по 5 грм., Solut. Adrenal. hydrochlor. (1:1000)  $\frac{1}{2}$ —1 шприцъ и т. д.). При высокой лихорадкѣ слѣдуетъ испытать теплыя ванны, при склонности къ коллапсу—осторожно горячія ванны. Колларголь въ видѣ клизмы или мази, какъ и стрептококковая сыворотка, не дали убѣдительныхъ успѣховъ.

### Melaena neonatorum.

Меленой называютъ обыкновенно съ давнихъ временъ выходненіе большихъ количествъ крови изъ желудочно-кишечнаго канала. Кровь выдѣляется рвотой или испраженіями. Существуетъ также melaena spuria, при которой извергаемая рвотой кровь происходитъ изъ другихъ органовъ, помимо желудочно-кишечнаго канала (напр., при носовомъ кровотеченіи), даже отъ другихъ лицъ (напр., изъ трещинъ грудного соска кормящей матери). Напротивъ, при меленѣ въ тѣсномъ смыслѣ слова мѣстомъ происхожденія кровотечения является желудочно-кишечный каналъ больного ребенка.

<sup>1)</sup> Въ настоящее время были высказаны соображенія противъ примѣненія камфоры при тяжелыхъ общихъ отравленіяхъ.

При этой формѣ различаютъ *melaena symptomatica* и *melaena vera*. *Melaena symptomatica* есть послѣдствіе или частичное явленіе другой болѣзни. Въ качествѣ таковой наблюдаются часто болѣзни печени (на почвѣ сифилиса) или другіе процессы, вызывающіе сильный застой. Но самой частой причиной будутъ септическія и септически-геморрагическія зараженія, при которыхъ мелена развивается частью вмѣстѣ съ другими кровотеченіями, частью самостоятельно. Во многихъ случаяхъ существуетъ зараженіе микроорганизмами, специфически вызывающими кровотеченія.

Происхожденіе *melaenae verae* еще не выяснено. Извѣстно только, что кровь происходитъ обыкновенно изъ маленькихъ язвочекъ, расположенныхъ въ желудкѣ или въ двѣнадцатиперстной кишкѣ, рѣже въ другихъ мѣстахъ; но язвочки эти могутъ отсутствовать и при вскрытіи находятъ только кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ или простыя гипереміи. Относительно способа происхожденія язвъ нельзя сказать ничего опредѣленнаго; прежнее предположеніе, что дѣло идетъ объ эмболіяхъ изъ тромбовъ пупочныхъ венъ, кажется мало вѣроятнымъ. Въ настоящее время предполагаютъ скорѣе тромбозъ мелкихъ сосудовъ кишечника съ присоединяющимся затѣмъ кровотеченіемъ и и изъязвленіемъ; тромбозъ, быть можетъ, развивается на почвѣ сосудодвигательно-ишемическаго процесса. О важности разстройствъ питанія можно судить по частой наличности язвъ двѣнадцатиперстной кишки при тяжелыхъ атрофическихъ состояніяхъ (декомпозиціи): предполагаютъ, что повышенное раздраженіе центральной нервной системы можетъ обуславливать кровоизліяніе въ слизистую оболочку кишечника, которая затѣмъ, благодаря дѣйствию пищеварительныхъ соковъ, превращается въ язву.

Отхожденіе крови начинается большей частью на 2 — 4-й день, иногда раньше или позже. Оно можетъ быть незначительно, но повышается вскорѣ до такой степени, что выдѣляемые испраженія окрашены въ цвѣтъ дегтя, черники, или же рвотой извергаются массы хлопьевидныхъ кровяныхъ свертковъ. Степени и продолжительности кровопотери соотвѣтствуетъ присоединяющаяся слабость и малокровіе. Многія дѣти истекаютъ кровью уже въ первый день, у другихъ—эта болѣзнь длится дольше, даже до 2-й недѣли. Изъ случаевъ, оставленныхъ безъ всякаго леченія, оканчиваются смертью болѣе половины.

При распознаваніи надо установить раньше всего, идетъ ли дѣло о *melaena spuria*, *symptomatica* или *vera*, ибо это весьма важно для предсказанія. Симптоматическія кровотеченія, особенно зависящія отъ септицеміи, даютъ весьма неблагоприятное предсказаніе.

Для леченія на первомъ мѣстѣ рекомендуются, повторяемые въ случаѣ надобности, подкожныя впрыскиванія желатины, а именно свободнаго отъ палочекъ столбняка, готоваго и получаемаго въ стерильныхъ стеклянныхъ трубкахъ Мерск'овскаго препарата (10 — 25 куб. см.), давшаго уже спасеніе во многихъ случаяхъ. Всѣ другія мѣры (ледъ, *liquor ferri sesquichlorati*, адреналинъ, впрыскиванія сыворотки) ненадежны. При этомъ можно примѣнять также средства, направленные противъ коллапса, въ нѣкоторыхъ случаяхъ—вливаніе поваренной соли \*).

\*) Нужно всегда помнить, что рѣшительно ничѣмъ себя не проявляющій унаслѣдованный сифилисъ можетъ давать картину *melaenae*, и назначаемыя (А. Baginsky, А. Mouti) въ такихъ случаяхъ, маленькія дозы каломеля творять прямо-таки чудеса.

### Рожа.

Рожа новорожденныхъ, этиологически не отличающаяся отъ рожи позднѣйшаго возраста, представляетъ, однако, склонность къ продолжительному блужданію и обусловленную тѣмъ злокачественность. Она большею частью начинается съ пупка или съ половыхъ органовъ и развивается въ концѣ первой или второй недѣли.

Болезнь начинается покраснѣніемъ и отекомъ опуханіемъ заболѣвшей области; затѣмъ опухоль начинаетъ разрастаться и странствовать. При этомъ имѣется высокая лихорадка, которая во многихъ случаяхъ чередуется съ коллапсоподобными состояніями. Общее состояніе дѣтей сильно страдаетъ. На почвѣ рожи развиваются иногда омертвѣніе кожи, флегмонозные, гангренозные и общіе септические процессы.

Для распознаванія особенное значеніе имѣетъ отличительное распознаваніе отъ флегмоны. Предсказаніе у новорожденныхъ весьма неблагоприятно, во всякомъ случаѣ, болѣе неблагоприятно, чѣмъ у старшихъ дѣтей грудного возраста, не говоря уже о большихъ дѣтяхъ.

Леченіе обычное (ихтиоловая мазь, алкогольные компрессы, растворъ сулемы 1:1000, уксуснокислый глиноземъ и т. д.). Въ особенности съ помощью возбуждающихъ средствъ и питанія женскимъ молокомъ надо по возможности стараться поддерживать силу сердца и общую сопротивляемость.

### Острый бленнорройный конъюнктивитъ новорожденныхъ.

Тяжелые гнойные катарры соединительной оболочки глазъ у новорожденныхъ встрѣчаются часто, во-первыхъ, потому, что повидимому, въ первое время жизни имѣется повышенное предрасположеніе слизистой, а, во-вторыхъ, во время самаго прохожденія черезъ зараженные половые пути матери создаются весьма благоприятныя условія для зараженія. Дѣйствительно, большинство дѣтей заболѣваетъ, благодаря такому зараженію, во время родовъ, особенно, если мать страдаетъ какой-либо формой гнойнаго вагинита. Гораздо меньше дѣти болѣютъ впоследствии, въ силу другихъ способовъ непосредственнаго зараженія.

Возбудителемъ бленнорреи большею частью оказывается гонококкъ. Извѣстны также пневмококковые катарры, катарры, обзанные палочкѣ Koch-Weeks'a, и т. д. Для распознаванія большею частью достаточно изслѣдованія окрашеннаго мазка.

Симптомы наиболее тяжелой формы бленнорреи, именно перелойной, обнаруживаются на 2—3-й день жизни въ видѣ отека и покраснѣнія вѣкъ, изъ которыхъ вытекаетъ жидкое, сывороточное, геморрагическое выдѣленіе. Глаза открываются лишь съ трудомъ, вѣки сильно напряжены, соединительныя оболочки хемотичны. Въ тяжелыхъ случаяхъ напряженіе вѣкъ можетъ стать столь значительнымъ, что возникаетъ опасеніе омертвѣнія; на соединительной оболочкѣ могутъ обнаруживаться крупозные налеты. Спустя нѣсколько дней напряженіе уменьшается, начинаетъ появляться весьма обильное гнойное выдѣленіе, между тѣмъ какъ соединительная оболочка представляется слегка зернистой.

Теченіе неосложненныхъ случаевъ ведетъ, спустя 6—8 недѣль, къ излеченію. Но всегда угрожаетъ опасность заболѣванія рогаговицы

съ присоединяющимся ея прободеніемъ. Извѣстно, что  $\frac{1}{3}$  всѣхъ слѣпыхъ представляетъ жертву бленнорреи. Изъ другихъ осложненій слѣдуетъ назвать перелойное воспаление суставовъ, заболѣванія сухожильныхъ влагалищъ, кожные нарывы и сыпи.

Теченіе бленнорреи, вызванной другими микроорганизмами, а не гонококками, большею частью доброкачественнѣе и короче; но, во всякомъ случаѣ, и здѣсь не исключается заболѣваніе роговой оболочки.

Польза предложенной *Crédé* профилактики въ видѣ впусканій 1 капли 1% раствора ляписа (или 5% раствора софолы) въ каждый глазъ (съ мѣрами защиты роговой оболочки) достаточно извѣстна. Возникающій при этомъ иногда „серебряный катарръ“ имѣетъ малое значеніе сравнительно съ получаемымъ отъ способа хорошимъ результатомъ.

Леченіе въ стадіи сильнаго опуханія состоитъ только въ противовоспалительныхъ мѣрахъ. Часто рекомендуются ледяные компрессы; но холодъ при очень сильномъ раздраженіи можетъ оказать вредъ, между тѣмъ какъ сухая или влажная теплота не представляетъ никакихъ опасеній. При этомъ рекомендуются частыя промыванія теплыми антисептическими растворами (борный растворъ, сулема 1:5000). Послѣ того, какъ уже развилось сильное нагноеніе, кромѣ выполняемыхъ самимъ врачомъ сначала ежедневно, а затѣмъ рѣже, смазываній вывернутыхъ вѣкъ 1—2% растворомъ ляписа слѣдуетъ примѣнять послѣдующее промываніе физиологическимъ растворомъ поваренной соли, или ежедневно впускать нѣсколько капель 10% раствора протаргола или аргирола (*rescenter et frigide parati*). При всѣхъ мѣропріятіяхъ надо самымъ тщательнымъ образомъ избѣгать раненія роговой оболочки. Въ случаяхъ односторонняго заболѣванія въ здоровый глазъ ежедневно впускаютъ  $\frac{1}{2}$ % растворъ ляписа и иногда накладываютъ защищающую повязку. Осложненія со стороны роговой оболочки надо лечить по общимъ принципамъ леченія глазныхъ болѣзней. Суставные метастазы часто заживаютъ безъ вскрытія сустава, иногда послѣ прокола при примѣненіи теплоты (и застойной гипереміи по *Vierly*?).

### Опуханіе грудныхъ железъ и маститъ (грудница).

У многихъ новорожденныхъ мальчиковъ и дѣвочекъ на 3—4-й день послѣ родовъ грудныя железы увеличиваются; опуханіе возрастаетъ до середины второй недѣли, затѣмъ постепенно снова уменьшается. При давленіи железа выдѣляетъ весьма сходное съ молозивомъ, такъ наз. „молоко вѣдьмы“. Здѣсь дѣло идетъ о дѣйствительномъ процессѣ выдѣленія, соотвѣтствующемъ процессу въ грудныхъ железахъ матери. Быть можетъ, причина заключается въ томъ, что нѣкоторое количество млекогоннаго вещества, происходящаго изъ яичниковъ и матки, возбуждающаго, по новѣйшимъ изслѣдованіямъ, млекоотдѣленіе беременныхъ и роженицъ, попадаетъ черезъ дѣтское мѣсто въ тѣло ребенка и здѣсь обнаруживаетъ свое специфическое дѣйствіе.

На почвѣ этого физиологическаго процесса можетъ, вслѣдствіе раздраженія, развиться грудница, особенно въ тѣхъ случаяхъ, если изъ опухшей груди, по старому ложному предразсудку, выжимаютъ молоко. Вызывается лихорадка, опухоль увеличивается, наступаетъ покрасненіе, и если не произойдетъ всасыванія, то можетъ возникнуть гной-

никъ или флегмона, и—какъ послѣдствіе ея—частное и общее зараженіе. Во всякомъ случаѣ предсказаніе при грудницѣ хорошее <sup>1)</sup>).

Леченіе состоитъ сначала въ противовоспалительныхъ мѣрахъ, а затѣмъ, если необходимо, въ разрѣзѣ, причемъ разрѣзъ долженъ быть сдѣланъ въ радіальномъ направленіи для того, чтобы не ранить железистыхъ ходовъ.

### Желтуха новорожденныхъ.

Болѣе чѣмъ у 80% всѣхъ новорожденныхъ, между 2 и 5 днемъ, развивается желтуха, которая сначала появляется на лицѣ, а затѣмъ постепенно опускается внизъ, склеры поражаются гораздо позже. Другія болѣзненные явленія отсутствуютъ. Испражненія окрашены желчью; свѣтлая моча не даетъ реакціи съ обыкновенными реактивами на красящія вещества; напротивъ, микроскопически можно найти сво-

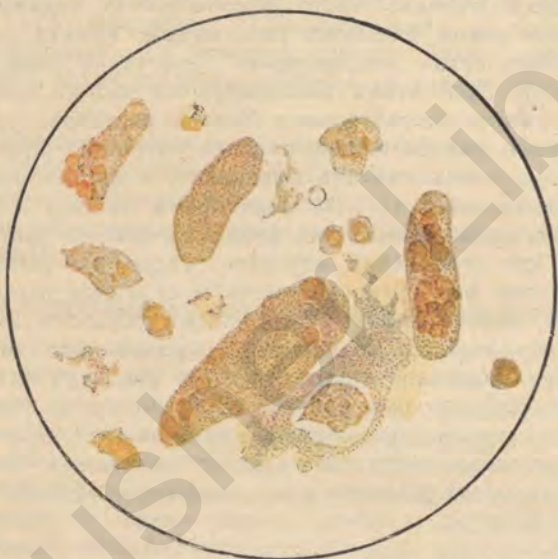


Рис. 20. Осадокъ мочи при желтухѣ новорожденныхъ. (Берлинскій дѣтскій пріютъ).

бодныя или лежащія въ свѣтлыхъ и гіалиновыхъ цилиндрахъ желтобурая глыбы („masses jaunes“) билирубина (рис. 20). Желтая окраска продолжается отъ нѣсколькихъ дней до 3 недѣль, лишь въ видѣ исключенія дольше. Весь процессъ не имѣетъ патологическаго значенія и долженъ считаться физиологическимъ.

Анатомическій субстратъ не находили на трупахъ дѣтей, умершихъ отъ случайной болѣзни; только въ тканяхъ можно обнаружить кристаллы билирубина.

О причинѣ желтухи новорожденныхъ неизвѣстно ничего опредѣ-

<sup>1)</sup> Неопрятное содержаніе ребенка, плохой уходъ за воспалительнымъ очагомъ, новая инфекция могутъ повлечь воспаленіе окружающей железу клетчатки (perimastitis), съ образованіемъ обширной флегмоны, угрожающей жизни ребенка. съ понятной вполне возможностью общаго зараженія. Въ отношеніи мальчиковъ гибель долекъ железы не играетъ никакой роли, тогда какъ для дѣвочекъ она грозитъ въ далекомъ будущемъ, когда новорожденная сама станетъ матерью и будетъ лишена возможности кормить грудью своихъ дѣтей только потому, что на зарѣ жизни нарывъ грудной железы уничтожилъ большинство долекъ, если не всѣ.

ленного. Прежнія теоріи, что она вызывается безъ посредства печени всасываніемъ продуктовъ обмѣна красящаго вещества крови изъ экстравазатовъ или распавшихся красныхъ кровяныхъ тѣлецъ (гематогенная теорія) опровергается присутствіемъ желчныхъ кислотъ въ мочѣ и въ калѣ, ибо доказано, что здѣсь можетъ идти рѣчь только о всасываніи желчи. Также теорія Quinke—о переходѣ желчи изъ меконія прямо въ кровь черезъ открытый ductus venosus Arantii—имѣетъ много возраженій противъ себя. Вѣроятнѣе всего предположеніе о временной аномаліи функціи печеночныхъ клѣтокъ, вслѣдствіе которой желчь вытекаетъ не только въ желчные капилляры, но отчасти также и въ кровь. Толчкомъ къ этому оттоку въ неправильномъ направленіи является, можетъ быть, вызванное полихолоіей или вязкостью желчи повышеніе давленія въ системѣ желчныхъ капилляровъ \*).

У новорожденного наблюдаются еще другіе виды желтухи, которые потому заслуживаютъ вниманія, что они всѣ имѣютъ болѣе серьезное значеніе, чѣмъ желтуха новорожденныхъ. При всѣхъ этихъ формахъ удается обнаружить растворенныя красящія вещества желчи въ мочѣ безъ всякаго труда, а потому изслѣдованіе мочи въ діагностическомъ отношеніи весьма важно.

Самой частой изъ этихъ формъ желтухъ является септическая желтуха. Далѣе, въ больницахъ иногда въ видѣ эпидеміи встрѣчаются лихорадочныя, сопровождающіяся желудочно-кишечными явленіями и отчасти оканчивающіяся смертью заразные формы, быть можетъ, зависящія отъ энтерогеннаго зараженія палочками желчныхъ путей (такъ называемая maladie bronzée). Врожденныя атрезіи большихъ желчныхъ путей выражаются также въ первые дни жизни желтухой. Загадочное и рѣдкое заболѣваніе представляетъ привычная тяжелая желтуха новорожденныхъ, поражающая нѣсколькихъ или всѣхъ дѣтей одной семьи, сопровождающаяся тяжелыми общими явленіями, въ концѣ-концовъ холемическими симптомами и ведущая большей частью къ смерти. При вскрытіи находятъ внутреннія кровоизліянія, маленькіе сывороточные выпоты въ полостяхъ тѣла, опуханіе селезенки и печени, «ядерную желтуху» (сильную желтушную окраску мозговыхъ ядеръ).

### Отекъ (oedema) и склерэдема новорожденныхъ.

У слабыхъ новорожденныхъ и въ особенности часто у родившихся преждевременно наблюдаются чаще, чѣмъ въ позднѣйшіе мѣсяцы, общіе, въ большинствѣ случаевъ не особенно значительные отеки, что дало поводъ создать названіе oedema neonatorum. Всѣ эти отеки не имѣютъ ничего общаго съ нефритомъ, но по своей сущности вполнѣ соответствуютъ «идиопатическимъ» отекамъ, которые нерѣдко развиваются у худосочныхъ дѣтей на первомъ и второмъ году жизни и обуславливаются разстройствомъ процессовъ задержанія и выдѣленія воды, въ свою очередь, находящихся въ связи съ разстройствомъ солевого обмѣна и обыкновенно выраженныхъ тѣмъ сильнѣе, чѣмъ богаче пища солями, въ особенности солями натрія. Между тѣмъ какъ у дѣтей старшаго возраста «слабость» вслѣдствіе разстройствъ питанія и инфекцій обыкновенно оказывается пріобрѣтенной, у новорожденныхъ и родившихся преждевременно въ основѣ этой слабости лежитъ врожденная функціональная недостаточность. Если удается укрѣпить маленькихъ дѣтей съ помощью надлежащаго ухода и питанія, то отеки исчезаютъ сами собой.

Въ противоположность мягкимъ, легко сдавливаемымъ отекамъ при склерэдемѣ существуетъ плотная, съ трудомъ сдавливаемая припухлость, которая вызываетъ неподвижность суставовъ въ томъ случаѣ, если она выражена въ рѣзкой степени. При этомъ кожа блѣдна, какъ у трупа, и обнаруживаетъ характерное ощущеніе холода. Температура тѣла опускается значительно ниже нормы.

\*) Согласно съ Poga'комъ, различаютъ три формы: при первой бываетъ умѣренная желтуха лица, груди и спины съ быстрымъ ходомъ процесса, при второй участвуетъ кожа живота и верхнихъ отдѣловъ конечностей, причѣмъ явленія исчезаютъ значительно позже—на 7-й—12-й день, при третьей—ко всему этому присоединяется еще окраска конъюнктивы, а процессъ можетъ затягиваться до конца второй недѣли.

На трупѣ подкожная клѣтчатка и мускулатура оказываются пропитанными жидкостью, которая въ противоположность обыкновенной отечной жидкости имѣетъ желтоватый цвѣтъ и очень богата бѣлкомъ, слѣдовательно обладаетъ свойствами сыворотки.

Измѣненіе кожи начинается въ большинствѣ случаевъ на голени, которая всегда поражается болѣе сильно, и въ тяжелыхъ случаяхъ распространяется на все тѣло, оставляя свободными мошонку, лодыжки и вѣки. Склерэдему сопровождаютъ всегда признаки выраженной жизненной слабости—апатія, сонливость, малый пульсъ, поверхностное неправильное дыханіе, недостаточное воспріятіе пищи. Отъ тяжести этихъ общихъ явленій въ большинствѣ случаевъ зависитъ плохое предсказаніе, но все же иногда удается спасти даже весьма отчаянные случаи путемъ поднятія общаго состоянія. Въ дифференціально-диагностическомъ отношеніи необходимо имѣть въ виду жировую склерэдему, которая не вдавливается и зависитъ отъ затвердѣнія жира; слѣдовательно, на трупѣ не выдѣляется жидкости и не сопровождается обыкновенно лихорадкой.

Сущность склерэдемы еще не выяснена. Больше всего споровъ вызываютъ слѣдующія гипотезы: септической инфекции, сопровождающейся заболѣваніями сосудовъ, или идиопатической отекомъ, къ которому присоединяется обыкновенно наступающая лишь на трупахъ оконченность подкожной жировой клѣтчатки вслѣдствіе пониженія жизненныхъ процессовъ и охлажденія. Своеобразная консистенція отека можетъ вызвать мысль о томъ, что мы имѣемъ дѣло съ состояніемъ, сходнымъ съ отекомъ вслѣдствіе отмороженія, причемъ это состояніе развивается благодаря поражению сосудовъ вслѣдствіе чрезмѣрнаго охлажденія.

Лечение заключается въ примѣненіи тепла съ помощью кувеза или тому подобныхъ приспособленій (см. выше). Нагрѣваніе усиливается при помощи теплыхъ ваннъ. Въ остальномъ лечение заключается въ поднятіи ослабленныхъ силъ. Необходимо также питаніе женскимъ молокомъ.

### Альбуминурія.

Выдѣленіе бѣлка у новорожденныхъ отмѣчается цѣлымъ рядомъ наблюдателей столь часто, что оно получило названіе «физиологическаго». Но есть авторы, наблюдающіе альбуминурію лишь очень рѣдко. Дѣло всегда идетъ о ничтожномъ выдѣленіи бѣлка, продолжающемся отъ 3 до 6 дня жизни; въ осадкѣ находятъ эпителий мочевыхъ путей, лейкоциты и много мочекислыхъ солей.

Причина альбуминурии, несмотря на долгое изученіе вопроса, неизвѣстна. Во всякомъ случаѣ ее считаютъ послѣдствіемъ значительныхъ измѣненій въ обменѣ веществъ и кровообращеніи при переходѣ изъ утробной во внѣтробную жизнь, видятъ прямой поводъ отчасти въ раздраженіи большими, проходящими черезъ почки, количествами мочевой кислоты (срв. мочекислый инфарктъ). Нѣкоторые наблюдатели думаютъ, что альбуминурія появляется только при особенно врожденной слабости почекъ, главнымъ образомъ у дѣтей экламптическихъ матерей.

### Мочекислый инфарктъ.

Мочекислымъ инфарктомъ называютъ то своеобразное измѣненіе почекъ, при которомъ онѣ пронизаны отъ сосочковъ до мозговой оболочки желтовато-красными полосками, исчезающими по направленію къ корковому слою. Микроскопически находятъ въ почечномъ веществѣ мочекислыя соли. Фактъ увеличеннаго выдѣленія мочевой кислоты у новорожденныхъ стоитъ внѣ всякихъ сомнѣній. Онъ можетъ быть объясненъ наиболее вѣроятно массовой гибелью содержащихъ нуклеинъ клѣтокъ (лейкоцитовъ). Но до сихъ поръ не рѣшено, почему мочевая кислота осаждается въ видѣ инфаркта.

Постепенно въ первыя 2 недѣли инфарктъ вымывается изъ организма безъ вреда для новорожденнаго и даетъ въ мочѣ его столь характерный осадокъ: желтовато-красная, мелкозернистая масса, окрашивающія пеленки въ красноватый цвѣтъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи оказывающіяся цилиндрами, которые покрыты уратами, мелкими осадками мочекислыхъ солей и эпителиемъ.

### Геморрагін влагалища.

Въ рѣдкихъ случаяхъ у новорожденныхъ дѣвочекъ въ первые дни наблюдаются кровоизліянія изъ влагалища, болѣею частью въ незначительныхъ размѣрахъ. Кровь, какъ легко можно установить (ушная воронка въ видѣ зеркала), происходитъ изъ матки. Другіе симптомы, а равно разстройствъ общаго состоянія отсутствуютъ.

Причина процесса нѣсколько выяснена въ новѣйшее время. Дѣло идетъ, по всей вѣроятности, о приливѣ крови и подъэпителиальныхъ кровоизліяніяхъ въ матку, сходныхъ съ процессомъ менструаціи и вызываемыхъ, подобно послѣднему, специфическими внутренними выдѣленіями, циркулирующими въ крови матери во время беременности, случайно переходящими въ количествахъ, достаточныхъ для эффекта.

Въ смыслѣ отличительнаго распознаванія слѣдуетъ принять во вниманіе врожденныя злокачественныя новообразованія и септическія заболѣванія. Menstruatio praecox значенія не имѣетъ, такъ какъ она никогда не наблюдается въ первые дни жизни.

#### Литература.

- Runge, Die Krankheiten der ersten Lebenstage, 3. Aufl.  
Lange, Physiologie, Pathologie und Pflege der Neugeborenen. F. S. Naumann,  
Leipzig.  
Finkelstein, Lehrbuch der Säuglingskrankheiten, Teil I.

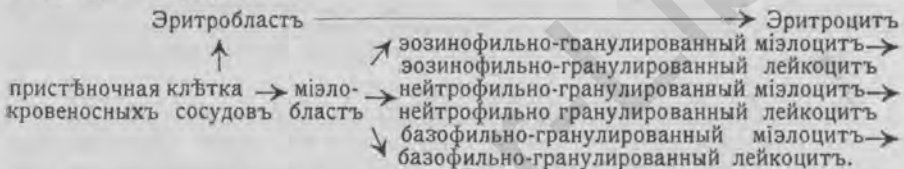


## II.

# Болѣзни крови и кровотворныхъ органовъ. Конституціональныя болѣзни и болѣзни обмѣна веществъ.

М. Pfaundler (Мюнхенъ).

**Введение. Физиологическія и обще-патологическія данныя.** Въ-сосудистое образование кровяныхъ клѣтокъ начинается у человѣческаго плода, достигшаго въ длину 12 мм. Сначала въ печени, а затѣмъ (на 3 зародышевомъ мѣсяцѣ) по всему тѣлу, особенно въ костномъ мозгу и въ селезенкѣ изъ клѣтокъ и стѣнокъ кровеносныхъ сосудовъ возникаютъ красныя кровяныя тѣльца и бѣлыя тѣльца гранулированной системы, и притомъ въ слѣдующемъ порядкѣ:



Эти элементы образуютъ міелоидную паренхиму. Сходный (но еще гипотетическій) порядокъ развитія обнаруживаетъ негранулированная система бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Клѣтка стѣнокъ лимфатическихъ сосудовъ —> лимфобласть —> лимфоцитъ. Эти элементы образуютъ (вначалѣ также диффузную) лимфатическую паренхиму съ зародышевымъ центромъ, называемымъ лимфатическими узлами. Генеалогія «большихъ мононуклеаровъ» еще не выяснена <sup>1)</sup>. Изъ кровообразующихъ паренхимъ бѣлыя клѣтки попадаютъ активно, а красныя—пассивно (прободеніе кровяного ядра послѣ созрѣванія клѣтокъ) въ циркулирующую кровь.

Во время рожденія главная масса міелоидной паренхимы приходится на красновато-сѣрый (функционирующій) костный мозгъ, а лимфатическая паренхима на лимфатическіе узлы (железы), селезенку и остальныя лимфатическія скопленія тѣла. Въ трубчатыхъ костяхъ функционирующій костный мозгъ въ послѣдствіи превращается въ недѣятельный желтый, жирный и студневидный. При патологическихъ условіяхъ наблюдается, съ одной стороны, возвращеніе къ періоду диффузнаго распространенія кровообразующей паренхимы, наряду съ атипическимъ новообразованіемъ ея, а съ другой—преждевременное регрессивное измѣненіе (напр., образование студневиднаго мозга). То и другое, повидимому, вызывается одинаковыми патологическими раздраженіями, смотря по тому, имѣютъ ли они болѣе выраженное формативное или болѣе выраженное деструктивное дѣйствіе. Уже одно регулирующее раздраженіе, вызывающее естественную гибель кровяныхъ элементовъ, можетъ, при усиленномъ распадѣ ихъ, вести къ патологическимъ явленіямъ. Съ другой стороны, эндогенныя и экзогенныя яды, свойства которыхъ большею частью еще неизвѣстны, наблюдаются въ качествѣ источниковъ не физиологическаго раздраженія. У ребенка легче, чѣмъ у взрослага, происходитъ возвратъ къ эмбриональному типу кровообразо-

<sup>1)</sup> Этому дуализму, строгому дѣленію міелоиднаго и лимфатическаго происхожденія кровяныхъ клѣтокъ противопоставляютъ монофилетическое ученіе, согласно которому всѣ элементы крови представляютъ собой отпрыски одного ствола.

ванія, т. е. активированіе міелоидныхъ очаговъ кровообразованія внѣ костнаго мозга.

Кровь ребенка. Важнѣйшія особенности дѣтской крови, при сравненіи съ кровью взрослыхъ, изображены на табл. 1-й и на діаграммѣ табл. I. Относительно гистологической картины крови слѣдуетъ указать слѣдующее: эритробласты (содержащія ядро краснаго тѣльца) въ первые дни жизни (и недѣли жизни) у здоровыхъ дѣтей встрѣчаются часто, а впоследствии (къ полугоду) рѣже и случайно. Преобладаніе незрѣлыхъ сравнительно съ зрѣлыми клѣтками продолжается до 5-го года жизни; послѣ этого времени постепенно устанавливаются цифры, извѣстныя для взрослого. Среди незрѣлыхъ у ребенка поразительно часто наблюдають большія формы. Въ первыя недѣли жизни въ нормальной крови замѣчаютъ отдѣльные міелоциты. Какъ у здороваго ребенка въ нормальной его крови часто находятъ незрѣлыя кровяныя тѣльца, такъ при разстройствахъ кровообразованія у дѣтей они чаще попадаютъ въ русло крови, чѣмъ въ болѣе позднихъ возрастахъ.

Таблица 1.  
Физиологическія данныя къ гематологіи.

	Количество крови.	Количество гемоглобина.	Количество гемоглобина.	Содержаніе кислорода въ крови.		Удѣльный вѣсъ крови.
	по отношенію къ 100 грм. вѣса тѣла (п).		на 100 куб. см. крови.	на 100 грм. вѣса тѣла.		
Новорожденный (съ послѣдомъ).	6,96 g (P) <sup>1)</sup> P = 14,4		15—17 g колич. Hb <sup>2)</sup> са 110—130			1,070
			Hb-Zahl 60—80			
Ребенокъ 6—16 лѣтъ (Pueritia и Pubertas).	6,14—7,51 g въ сред. 6,78g P = 14,7	0,80 g P = 125	9,8—13,8 g въ сред. 12,1g колич. Hb 73—99 въ сред. 90.	15,6 сст	1,04 сст.	1,043
Взрослый.	4,69—6,05 g въ сред.: ○ 5,30 ○ 5,12 P = 19	0,70 g P = 143	14,0 g  колич. Hb 100	19,8 сст	1,0 сст	1,056

**Гемодинамика.** Встрѣчающіяся при болѣзняхъ крови патологическія явленія стали понятнѣе послѣ новѣйшихъ изслѣдованій главнымъ образомъ Plesch'a.

Способность органовъ функционировать (какъ способность всего тѣла) главнымъ образомъ зависитъ отъ снабженія кислородомъ, являющагося главной задачей крови и кровообращенія. Циркулированіе кровообращенія по Plesch'u происходитъ исключительно въ зависимости отъ процессовъ сгоранія въ тканяхъ. Если вслѣдствіе повышенной работы (напр., мышцъ при физическомъ трудѣ) увеличилась потребность въ кислородѣ, то большіе запросы удовлетворяются увеличеніемъ минутнаго объема <sup>3)</sup> (что достигается повышенной емкостью сердечныхъ ударовъ, повышенной, частотой пульса и ускореніемъ

<sup>1)</sup> Прямое опредѣленіе по Welcker'y (ненадежно). Остальныя данныя по СО-методу Zuntz-Plescha.

<sup>2)</sup> Гемоглобинометрическія цифры по Fleischl-Miescher'y.

<sup>3)</sup> Минутнымъ объемомъ называется количество крови, выбрасываемое въ минуту желудочкомъ сердца или проходящее черезъ идеальный поперечный разрѣзъ большаго и малаго кровообращенія.

тока), болѣе полнымъ насыщеніемъ артерій кислородомъ, повышеніемъ содержанія кислорода въ крови, лучшей вентиляціей легкихъ и лучшимъ использованиемъ кислорода тканями. Эти факторы находятся въ тѣсной связи другъ съ другомъ и въ симптоматикѣ болѣзней крови и кровообращенія часто являются законы, приложенные къ этимъ различнымъ взаимоотношеніямъ. Если вредное начало поражаетъ какой-нибудь изъ этихъ факторовъ, то болѣе частью обнаруживаются компенсирующія измѣненія другихъ; если, напр., вслѣдствіе обѣднѣнія гемоглобиномъ («Hb») уменьшается содержаніе кислорода въ крови, то увеличивается минутный объемъ. Если это происходитъ вслѣдствіе увеличенія сердечныхъ ударовъ (болѣе полного систолическаго опорожненія сердца при увеличенной емкости легкихъ), то наступаютъ сердцебиенія, малокровныя расширенія сердца и гипертрофія его; если это происходитъ вслѣдствіе повышенія частоты пульса, то возникаютъ малокровныя тахикардіи, если это происходитъ вслѣдствіе повышенія скорости тока, то получаютъ малокровныя шумы на заслонкахъ и «шумъ волчка». Поскольку эта компенсация обѣднѣнія гемоглобиномъ требуетъ повышенной дыхательной и циркуляторной работы, увеличивается потребление кислорода у малокровныхъ. Данныя E. Möllega вполнѣ подтвердили и для дѣтей найденныя для взрослыхъ законы гемодинамики.

## А. Группа малокровій.

### Общая симптоматологія.

При излагаемыхъ здѣсь состояніяхъ, которыя болѣею частью являются только слѣдствіемъ или сопровождающимъ явленіемъ другихъ разстройствъ, клинически на первый планъ выступаетъ уменьшеніе количества крови, абсолютное или относительное уменьшеніе эритроцитовъ или гемоглобина (при привычной блѣдности кожи и слизистыхъ оболочекъ) и компенсаторныя гемодинамическія послѣдовательныя явленія. Легко устанавливаемымъ критеріемъ считается въ настоящее время пониженіе гемоглобинометрическаго показателя, говорящаго объ олигохромэміи, т. е. уменьшеніи количества гемоглобина въ единицахъ объема крови. Этотъ критерій можетъ, однако, оказаться ошибочнымъ при измѣненномъ количествѣ кровяной жидкости (гидрэмии или при сгущеніи крови); къ сожалѣнію, общія количества крови и гемоглобина, по техническимъ основаніямъ, въ настоящее время могутъ быть точно опредѣлены лишь въ исключительныхъ случаяхъ.

Если обычное названіе «малокровіе, анемія» указываетъ также на уменьшеніе общаго количества крови или, по крайней мѣрѣ, на уменьшеніе главныхъ составныхъ частей ея, то все-таки надо помнить, что для состоянія даннаго ребенка важное значеніе имѣетъ не общее количество, а только общая работа крови. Въ такомъ случаѣ подобному функциональному опредѣленію понятія скорѣе соотвѣтствовало бы названіе «слабость крови». Несомнѣнно установлено, что кровь, какъ «органъ для переносовъ и сообщенія», можетъ выполнять достаточную, въ функциональномъ отношеніи, работу и при уменьшенномъ количествѣ, въ этомъ случаѣ она обращается быстрѣе и повышаетъ свою специфическую работу. Такимъ образомъ можно говорить о компенсированныхъ и некомпенсированныхъ малокровіяхъ. Только что было указано на различныя механизмы этой весьма обычной компенсаціи. Другимъ путемъ выравниваніе происходитъ благодаря тому, что «анемическая кровь» въ качествѣ таковой возбуждаетъ эритропэзъ, притомъ раньше всего въ мѣстахъ, гдѣ послѣ родовъ имѣется въ преобразованномъ видѣ мѣлоидная паренхима, т. е. въ функционирующемъ костномъ мозгу; далѣе, иногда въ мѣстахъ, которыя по окончаніи зародышевой жизни перестали принимать участіе въ эритропэтической функціи (напр., въ лимфатическихъ узлахъ, селезенкѣ, печени), и гдѣ мѣлоидная паренхима вновь образуется ad hoc. Не только мѣсто, но и способъ такого компенсаторнаго эритропэза можетъ соотвѣтствовать или не соотвѣтствовать стадіи развитія индивидуума; въ зависимости отъ этого различаютъ обычный постэмбриональный типъ отъ эмбриональнаго типа выравнивающего эритропэза. Въ то время, какъ послѣдній медленно ведетъ къ вымыванію въ кровообращеніе незрѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, встрѣчающихся физиологически лишь въ циркулирующей крови зародыша (мегалоциты и мегалобласты), при постэмбриональномъ эритропэзѣ явленіе это наблюдается лишь въ случаяхъ предъявленія крайнихъ требованій и при окончательномъ отказѣ кровообразующей функціи мозга. А такъ какъ переходъ къ эмбриональному типу опредѣляется главнымъ образомъ не только качествен-

ными, но и количественными обстоятельствами, такъ какъ онъ находится подъ влияніемъ возраста жизни, то онъ не можетъ служить, по крайней мѣрѣ, въ дѣтскомъ возрастѣ—для распознаванія различныхъ формъ анеміи. Эритропатическія раздраженія при анеміи лишь въ томъ случаѣ не вызываютъ никакого значительнаго компенсаторнаго дѣйствія, если уже съ самаго начала отсутствуютъ условія для успѣшной эритропатической дѣятельности.

**Анатомически** при малокровіяхъ можно найти измѣненія эритропатическихъ тканей (правда, при имѣющихся средствахъ не всегда удается).

При современномъ положеніи науки попытки систематическаго, логическаго дѣленія различныхъ формъ малокровія встрѣчаютъ значительныя затрудненія и въ лучшемъ случаѣ могутъ вести къ установленію нѣкоторой степени пригодной схемы.

## I. Малоокровіе вслѣдствіе первичной задержки эритропэза.

При этихъ анеміяхъ кроветворные органы оказываются недостаточными, въ силу врожденной слабости или въ силу того, что не имѣется внѣшнихъ условій для ихъ непрерывной работы или же вслѣдствіе отсутствія сырого матеріала. Общій клинической характеръ имѣетъ главнымъ образомъ здѣсь отрицательныя свойства. Въ крови отсутствуютъ явленія и послѣдствія усиленнаго распада эритроцитовъ (см. ниже), а также нѣкоторые признаки чрезмѣрнаго атипическаго или неполнаго (реактивнаго) эритропэза (см. ниже). Находятъ главнымъ образомъ только измѣненія общаго количества крови, олигемію, гидрэмію, далѣе, олигоцитозъ и олигорохромэмію, во всякомъ случаѣ также полихромазію, равно какъ и болѣе сильныя разницы въ величинѣ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

1. **Врожденныя или рано пріобрѣтенныя анергическія и апластическія анеміи.** Въ этой еще мало изученной группѣ недостаточность эритропэза обусловливается аномаліями образованія костнаго мозга.

Не такъ рѣдко наблюдаютъ у малокровныхъ грудныхъ дѣтей гипопластическій мозгъ или у дѣтей обоихъ первыхъ лѣтъ жизни уже жирный мозгъ въ трубчатыхъ костяхъ. Послѣднія данныя считаются субстратомъ малокровія при врожденной микседемѣ и родственныхъ въ симптоматическомъ отношеніи состояніяхъ. Вѣроятно, сюда относятся также и появляющіеся рано виды малокровія въ случаяхъ инфантилизма съ гипопластической половой и сосудистой системой, въ которыхъ состояніе крови напоминаетъ хлорозъ и ошибочно вело къ опредѣленію «привычныхъ или хроническихъ хлорозовъ». Benjamins недавно сообщилъ объ относящемся сюда типѣ анергической анеміи ранняго дѣтства съ гипопластическимъ тѣлосложеніемъ и слабоуміемъ, при которой пріобрѣтенные вредные моменты не играютъ роли, терапевтическія мѣропріятія безуспѣшныя и анатомическіе признаки отрицательныя. Здѣсь анемію слѣдуетъ считать послѣдствіемъ врожденной функциональной слабости кроветворнаго аппарата; она сочетается также съ расстройствами развитія въ другихъ областяхъ.

2. **Малоокровіе въ зависимости отъ питанія.** Затрудненіе эритропэза можетъ здѣсь быть объяснено недостаткомъ матеріала. При экспериментальномъ голоданіи и при равномерномъ пониженномъ питаніи, правда, согласно имѣющемуся опыту, развивается не малоокровіе, а атрофія крови развѣ только развивается параллельно съ атрофіей всей остальной массы тѣла. Но одностороннее отсутствіе желѣза въ пищѣ можетъ нарушить эритропэзъ, по крайней мѣрѣ, по Вунге, это имѣетъ значеніе для наиболѣе важныхъ случаевъ слишкомъ продолжительнаго исключительнаго вскармливанія молокомъ въ первые годы жизни ребенка. Послѣ употребленія всего имѣющагося у новорожденнаго запаса желѣза (въ печени?) мо-

жать—по аналогіи съ другими млекопитающими—при вскармливаниі бѣднымъ желѣзомъ молокомъ коровы <sup>1)</sup> (или женскимъ молокомъ) легко наступить, по крайней мѣрѣ, весьма скудный балансъ; такое положеніе совпадаетъ съ клиническимъ наблюденіемъ, говорящимъ, что исключительное вскармливаніе молокомъ ребенка въ теченіе всего перваго, тѣмъ болѣе 2-го и 3-го года жизни стоитъ въ несомнѣнной причинной связи съ малокровіемъ (успѣхъ діететическаго леченія!). Hugouinonq, Stöltzner и др. полагаютъ, что указанный запасъ желѣза особенно незначителенъ у слабыхъ недоносковъ, особенно у двойней, и при вскармливаниі молокомъ подается поводъ къ рано развивающемуся малокровію. Быть можетъ, балансъ желѣза иногда нарушается также тяжелыми аноректическими состояніями въ періодъ полового созрѣванія и въ нѣкоторыхъ случаяхъ заразныхъ психогенныхъ или болѣе серьезныхъ заболѣваній органовъ. О малокровіяхъ, обусловленныхъ недостаткомъ другого эритропэтического матеріала (кромѣ желѣза), неизвѣстно ничего.

3. Такъ наз. малокровіе пролетарія, малокровіе отъ постоянного сидѣнія въ комнатѣ, школьное малокровіе, малокровіе инкубаторовъ. Установлено, что дѣти, выростающія въ средѣ городского пролетаріата, т. е. въ переполненныхъ, плохо провѣтриваемыхъ и освѣщаемыхъ, холодныхъ и сырыхъ помѣщеніяхъ, мало бывающія на чистомъ воздухѣ и благодаря плохому уходу имѣющія мало склонности къ тѣлеснымъ движеніямъ, становятся не только блѣдными и вялыми, но также, въ значительной степени, малокровными. Дальнѣйшія наблюденія въ томъ смыслѣ, что всѣ объективные признаки такого малокровія быстро проходятъ въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, самое большее—нѣсколькихъ мѣсяцевъ при продолжительномъ пребываніи и тѣлесныхъ движеніяхъ на свободномъ чистомъ воздухѣ въ деревнѣ, въ горахъ, на берегу моря, даетъ право заключить, что одно изъ названныхъ болѣею частью сложныхъ, вредно дѣйствующихъ вліяній или ихъ совокупность неблагоприятно вліяетъ на эритропэзъ (въ особенности). Впрочемъ, эти дѣти на 1—3-мъ году жизни почти безъ исключенія страдали рахитомъ, до 10-го года болѣею частью заражаются туберкулезомъ, но предполагаемая здѣсь формы малокровія, повидимому, не зависятъ отъ этихъ весьма распространенныхъ или отъ другихъ заболѣваній органовъ или системъ. Къ этой группѣ я присоединилъ бы еще малокровіе недоносковъ, которые находились долгое время въ инкубаторахъ, ибо они также очень благоприятно реагируютъ на леченіе чистымъ воздухомъ.

Неоднократно старались съ помощью естественныхъ и искусственныхъ опытовъ на животнѣхъ, животныхъ и растеніяхъ установить болѣе точныя данныя объ анемизирующихъ вредностяхъ этого рода и о способѣ ихъ дѣйствія, но пока безъ опредѣленнаго результата. Недостатокъ свѣта, правда, вызываетъ обѣднѣніе растеній хлорофилломъ, съ которымъ Нb имѣетъ сходство, но въ чистыхъ опытахъ не наблюдалось уменьшенія Нb у взрослыхъ людей и животныхъ, по крайней мѣрѣ, не было (относительной) олигохромэміи, а также олигоцитоза (полярная ночь, работы въ шахтахъ, испытываемыя животныя въ темной клѣткѣ). Отъ пониженія напряженія кислорода и недостаточной декарбонизаціи крови можно было бы ожидать скорѣе противоположнаго дѣйствія. Возможно, что эритропэзъ роста у анемизированнаго организма тяжелѣе реагируетъ на такія вредности, въ особенности на отсутствіе актиническихъ и сходныхъ раздраженій (Schönenberger). Болѣе сильное снабженіе кровью мышць и кожи при пребываніи и упражненіи тѣла на чистомъ воздухѣ, въ особенности при

<sup>1)</sup> Коровье молоко содержитъ въ литрѣ до 0,3—0,7, женское около 1 $\frac{1}{2}$ —2 мгр. Fe<sub>2</sub>O<sub>3</sub>.

движении послѣдняго и при дѣйстви непосредственныхъ или косвенныхъ лучей, а также благодаря соединенной съ этимъ гибели эритроцитовъ («умирающую ихъ отъ жары!»), быть можетъ, вызываетъ эритропэтическія раздраженія, безъ которыхъ нельзя обойтись, по крайней мѣрѣ, въ періодѣ развитія, особенно у дѣтей съ неблагоприятнымъ предрасположеніемъ \*).

Въ крови при этой формѣ находятъ только умѣренный анизотозъ, олигохромэмію, легкій олигоцитозъ, иногда полихроматофилю. Наряду со свойственными хлорозу общими признаками малокровія (головной болью, бессонницей, отсутствіемъ аппетита, общей слабостью, сердцебиеніемъ, неохотой къ труду и т. д.) здѣсь наблюдаютъ особенную склонность къ запору, индикануріи, перемежающейся альбуминуріи и къ рвотѣ. Увеличеніе сердечнаго притупленія и случайные сердечные шумы наблюдаются въ особенности при школьномъ малокровіи. Лихорадки нѣтъ. Предсказаніе благоприятное.

4. Хлорозъ или блѣдная немочь и псевдохлоротическія состоянія почти всегда развиваются во время или послѣ періода полового созрѣванія, т. е. не являются дѣтскими болезнями въ тѣсномъ смыслѣ слова, поэтому мы не станемъ здѣсь подробно на нихъ останавливаться. Но въ симптоматическую группу малокровій хлорозъ можно помѣстить въ томъ случаѣ, если принять во вниманіе, что кровь многихъ больныхъ (въ теченіе нѣкотораго времени) обнаруживаетъ нормальное количество Hb и что нѣкоторые признаки и расстройства хлоротиковъ не принадлежатъ малокровію (Morawitz). Отсутствіе всѣхъ явленій, указывающихъ на увеличенный распадъ крови, говорить въ пользу того, что здѣсь обуславливающимъ анемію моментомъ является недостаточность эрипропэза, особенно затрудненное образованіе Hb.

**Сущность, этиологія.** Характерно въ данныхъ крови при хлоротической анеміи изолированное уменьшеніе красящаго вещества крови: олигохромэмія безъ (соотвѣтствующаго) олигоцитоза. Далѣе, оказалось, что общее количество крови, т. е. при нормальномъ содержаніи эритроцитовъ и общее количество ихъ, не уменьшено, а даже обыкновенно увеличено, въ нѣкоторыхъ случаяхъ до двойного количества, т. е. количество крови вмѣсто 5% вѣса тѣла можетъ дойти до 10%. Поэтому можно говорить о хлоротической плеторѣ. Съ наступающимъ «увеличеніемъ массы крови» выработка Hb можетъ не идти шагъ за шагомъ. Чѣмъ обусловлена плетора, представляетъ ли она патологическое поддержаніе повышеннаго содержанія крови и эритроцитовъ (6—8% вѣса тѣла) періода передъ половымъ созрѣваніемъ, стоитъ ли она въ связи съ склонностью блѣдно-немочныхъ задерживать воду, представляетъ ли процессъ попытку компенсировать уменьшенное количество кислорода въ крови, все это еще не выяснено. Другой исходной точкой для сужденія о сущности блѣдной немочи является тотъ, прочно установленный фактъ, что заболѣваніе это почти исключительно встрѣчается у лицъ женскаго пола, притомъ во время полового созрѣванія, причемъ оно рецидивируетъ съ появленіемъ впоследствии имульса въ области яичниковъ. Поэтому надо думать о наследственной семейной функциональной слабости (адиноміи) эритропэза, обнаруживающейся вслѣдствіе расстройствъ въ концертѣ железъ съ внутренними секретіями. Кровообразованіе подвергается опасности при такомъ предрасположеніи, если отсутствуютъ нѣкоторыя раздраженія, исходящія изъ яичниковъ. Расстройства функций щитовидныхъ железъ во время полового созрѣванія будто бы также вызываютъ состояніе, подѣльное хлорозу (F. Müller). Другія гипотезы, напр., объ уменьшенномъ всасываніи желѣза, о

\*) Здѣсь совершенно ничего не упомянуто объ азэротоксеміи, т. е. объ отравленіи ребенка, дышащаго въ спертomъ воздухѣ негигиеническихъ помѣщеній, всѣми продуктами, портящими въ воздухѣ, какъ-то: углекислотой, кожными испареніями, испареніями различныхъ выдѣлений, грязной одежды, пищи, находящихся часто по близости отхожихъ мѣстъ, того или другого тоvara, пыли при профессиональныхъ работахъ, выполняемыхъ въ самой квартирѣ, и т. д., и т. д.

первичномъ неврозѣ, объ энтероптозѣ, о кишечной атоніи, о сосудистой гипоплазии и т. д. уже оставлены. Гигіеническіе и климатическіе факторы не играютъ никакой роли въ происхожденіи хлороза. Мнѣніе, что эта болѣзнь у сельскаго населенія встрѣчается рѣдко, также не оправдалось.

**Симптомы.** Олигохромэмія, анизоцитозъ (вслѣдствіе набуханія?), полихромазія, незначительный олигоцитозъ, общая блѣдность красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, уменьшеніе цвѣтового указателя, удѣльнаго вѣса крови, повышенная свертываемость ея, увеличеніе числа пластинокъ представляютъ въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ единственныя замѣтныя измѣненія крови. Сонливость, усталость, мигреноподобныя головныя боли, головокруженія, одышка, сердцебіеніе, обмороки, колюще въ боку, боли въ надчревьѣ, чувство озноба, мельканіе въ глазахъ, шумъ въ ушахъ, диспепсія, отсутствіе аппетита и парорексія (такъ наз. Pica), дисменоррея и катарральныя бѣли — представляютъ главныя разстройства больныхъ; объективно наблюдается большею частью блѣдность (отъ цвѣта алебаstra до зеленоватаго цвѣта), легкіе отеки, образованіе тромбовъ въ венахъ (то и другое также на сѣтчаткѣ), увеличеніе сердечнаго притупленія, усиленіе сердечнаго толчка, случайныя шумы, шумъ волчка, увеличенная частота пульса, tachypnoë, гастроптозъ, умѣренная гиперхлоргидрія, иногда увеличеніе селезенки (или опущеніе ея?); характерныя измѣненія обѣихъ веществъ неизвѣстны.

**Распознаваніе.** Данныя относительно крови отнюдь не патогностичны. Въ смыслѣ отличительнаго распознаванія важны нѣкоторыя отрицательныя данныя и уменьшенный цвѣтовой индексъ. Ложныя малокровія (см. ниже) часто принимаются за хлорозъ. Далѣе, къ смѣшенію подають поводъ токсогенныя малокровія и малокровія вслѣдствіе потери крови.

Французскіе авторы подъ названіемъ хлороза новорожденныхъ, а Finkelstein — подъ названіемъ олигосидерэміи — описываютъ врожденную форму анеміи, которая этиологически, разумѣется, не имѣетъ никакого отношенія къ хлорозу, но близко стоитъ къ послѣднему въ томъ отношеніи, что она ведетъ только къ олигохромэміи (и умѣренной олигоцитэміи) и быстро реагируетъ на лечение желѣзомъ.

## II. Анеміи вслѣдствіе потери крови.

Здѣсь наряду съ явленіями первой группы (въ данномъ случаѣ обусловленными относительной недостаточностью эритропэза) замѣчается явленіе раздраженія; пойкилоцитозъ, нормобласты, лейкоцитозъ.

**Малокровіе послѣ кровотеченій** особенно въ травматическихъ случаяхъ весьма поучительно въ смыслѣ опредѣленнаго происхожденія, напоминающаго частыя экспериментально-патологическія данныя. Непосредственно послѣ происшедшаго внѣшняго или внутренняго кровотеченія наблюдается истинное обѣднѣніе кровью, истинная олигэмія, которая, правда, въ отдѣльныхъ случаяхъ быстро сглаживается, но при частомъ или привычномъ повтореніи вреднаго вліянія остается; количество крови на килограмм. вѣса тѣла можетъ уменьшиться отъ 60 до 30 куб. см. и того меньше. Первое стремленіе къ возстановленію послѣ происшедшаго кровотеченія состоитъ въ наполненіи остатка крови водою со стороны тканей, имѣющее цѣлью налитіе вновь сосудистой системы и возстановленіе опредѣленнаго кровяного давленія. Такимъ образомъ развиваются гидрэмія, олигохромэмія, олигоцитозъ (при нормальномъ индексѣ), а также набуханіе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Затѣмъ происходитъ возстановленіе кровяныхъ тѣлецъ. Обезкровливаніе производитъ сильное раздраженіе на костный мозгъ, который, поскольку нѣтъ еще истощенія органа, ведетъ, съ одной стороны, къ быстрому удаленію застоявшихся зрѣлыхъ клѣтокъ (эритроцитовъ, нейтрофильныхъ лейкоцитовъ), но также незрѣлыхъ формъ (бѣдныхъ гемоглобиномъ, зернистыхъ, полихроматическихъ

эритроцитовъ, пойкилоцитовъ и анизоцитовъ, кругло-ядерныхъ лейкоцитовъ, мѣлоцитовъ) («кровяной кризисъ»), съ другой—дѣйствуетъ пластически на подготовку активной мозговой ткани и производитъ бурное чрезмѣрное возрожденіе эритроцитовъ и зернистыхъ лейкоцитовъ. Послѣдующая доставка гемоглобина большею частью замедляется. Относительный лейкоцитозъ (потеря лейкоцитовъ меньше, чѣмъ эритроцитовъ, ибо ихъ меньше въ болѣе быстро передвигающемся срединномъ токъ крови!), уменьшеніе цвѣтового индекса характеризуетъ эту стадию малокровія, обусловливаемого кроветеченіемъ. Возрожденіе обыкновенно сохраняетъ типъ постэмбриональнаго эритропѣза. Исключеніе здѣсь представляютъ, согласно собственнымъ опытамъ, только очень слабыя пупочныя кроветеченія новорожденныхъ. Свертываемость крови увеличивается во время кроветеченій и послѣ нихъ.

Въ **этіологическомъ** отношеніи, кромѣ травмы, имѣютъ главное значеніе такъ наз. геморрагическіе діатезы, болѣзнь Barlow'a, мелена, кроветеченія изъ пупка, носовыя кроветеченія, полипы прямой кишки, кишечные паразиты (?) и геморрагическіе нефриты.

**Клиника.** Большая и внезапная потеря крови ведутъ къ обмороку, блѣдности, слабости тѣла, а также къ судорогамъ, часто повторяющіяся, мелкія кроветеченія—къ кахектическимъ состояніямъ. Для дѣтей кроветеченія опаснѣе, чѣмъ для взрослыхъ. Внезапная потеря  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$  всей крови, т. е. около 2% вѣса тѣла, угрожаетъ жизни.

### III. Гемоцитолитическія и мѣлопатическія малокровія.

Въ этой самой большой группѣ мы имѣемъ дѣло съ дѣйствіемъ приобретаемыхъ вредныхъ началъ, которыя отчасти поражаютъ готовую, въ сосудахъ циркулирующую кровь, отчасти мѣста образованія крови. Но строгое разграниченіе случаевъ по мѣсту дѣйствія вредныхъ началъ невозможно практически и не можетъ быть обосновано теоретически. Ибо если кровяной ядъ попадаетъ въ циркулирующую кровь, то онъ поражаетъ не только циркулирующій готовый клѣточный матеріалъ, но нерѣдко также и молодыя формы этихъ элементовъ въ кроветворяющей паренхимѣ. Благодаря этому, получается уже сочетанное дѣйствіе мѣлогеннаго и гематогеннаго характера. Яды, напр., свинецъ, которые считаются специфическими для эритроцитовъ, оказались также ядами и для костнаго мозга. Далѣе, признаки вырожденія и крайняго, усиленнаго распада кровяныхъ клѣтокъ замѣчаются особенно въ томъ случаѣ, когда вслѣдствіе какихъ-либо мѣлогенныхъ, вредно дѣйствующихъ началъ въ кроветвореніи попадаютъ слабыя клѣтки. Наконецъ, слѣдуетъ предполагать, что гематопластическое раздраженіе, производимое увеличеннымъ распадомъ готоваго матеріала на кроветворные органы, въ случаяхъ превышенія опредѣленныхъ границъ можетъ стать патологическимъ, вреднымъ. Поэтому незачѣмъ искать критерія въ патологической крови, дающаго возможность съ точностью дѣлать, въ этой группѣ мѣлогенныя и гемолитическія формы малокровія. Какъ базофильная грануляція («кряпчатость») эритроцитовъ, пойкилоцитозъ, образование дурмана и т. д., гемосидерозъ (отложеніе большихъ количествъ кровяного пигмента изъ оставшихся эритроцитовъ въ органахъ), такъ и признаки обратнаго развитія въ эмбриональный типъ эритропѣза, являются, правда, важными и характерными особенностями разбираемыхъ теперь формъ вообще, но они не даютъ возможности дѣлать выводы въ томъ смыслѣ, поражаетъ ли вредное начало готовую кровь или кровь созидающуюся.

Повидимому, всѣ относящіяся сюда анеміи слѣдуетъ считать токсогенными анеміями въ самомъ широкомъ смыслѣ слова, т. е. онѣ вызываются болѣе или менѣе извѣстными экзогенными или эндогенными кровяными ядами (см. ниже). По дѣйствию ихъ полезно раздѣлить на двѣ категоріи:

а) Гемоцитолитически дѣйствующіе кровяные яды, которые вызываютъ раствореніе или распадъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ въ сосудахъ. Красящее вещество переходитъ въ плазму (ге-



моглобинемія), отчасти превращаясь въ печени въ билирубинъ или уробилинъ, отчасти накапливаясь въ печени, селезенкѣ и въ костяхъ въ видѣ гемосидерина, отчасти выдѣляясь почками (гемоглобинурия и метгемоглобинурия). Остатки тѣла эритроцитовъ (тѣни или обломки) отчасти перерабатываются въ селезенкѣ (сподогенная опухоль селезенки), отчасти поглощаются фагоцитами. Эта работа по уборкѣ не всегда происходитъ безъ разстройствъ (гибель бѣлыхъ клѣтокъ, внутрисосудистыя свертыванія, такъ наз. гематогенная желтуха, анурия и т. д.).

Подобное дѣйствіе изъ имѣющихъ для дѣтей значеніе экзогенныхъ веществъ оказываютъ въ особенности нѣкоторыя чужеродныя сыворотки (первично-токсическое дѣйствіе въ отличіе отъ аллергии!), яды змѣиный и пчелиный, нѣкоторые растительные яды (папоротникъ, виды паслена, сморчки), изъ эндогенныхъ веществъ—возникающіе при ожогахъ яды, переходящія въ кровь составныя части желчи (холемиа), въ особенности микробные токсины (септицемія, болѣзнь Winkler'я, малярія, тифъ, скарлатина).

Эндогенными гемоцитолитическими веществами, аутолитическими амбоцепторами вызывается особое заболѣваніе—**пароксизмальная гемоглобинурия**. По даннымъ, найденнымъ Donath'омъ и Landsteiner'омъ, специально подтвержденнымъ Mogo и Noda для дѣтскаго возраста, эти амбоцепторы in vivo и in vitro обладаютъ способностью связываться съ эритроцитами лишь при очень низкой температурѣ, вслѣдъ за чѣмъ естественный комплементъ крови, который, впрочемъ, подверженъ здѣсь необычнымъ колебаніямъ, замыкаетъ систему,—наступаетъ гемолизъ. Такимъ путемъ объясняется появленіе разстройствъ въ случаяхъ, вызванныхъ преимущественно простудой, начинающихся ознобомъ и синюхой, болями въ крестцѣ, гемоглобинурией, олигоцитозомъ и относительнымъ лейкоцитозомъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ наступаютъ эмболіи и омертвѣнія. Продолжительность приступа составляетъ большею частью 1—2 часа, за нимъ слѣдуетъ часто желтуха, увеличеніе селезенки и уробилиногенурия. Обычное появленіе этихъ ненормальныхъ амбоцепторовъ (аутоиммунныхъ тѣлъ?), вѣроятно, стоитъ въ связи съ уменьшеніемъ сопротивляемости эритроцитовъ. Почти всегда дѣло идетъ о дѣтяхъ, страдающихъ врожденнымъ сифилисомъ или парасифилитическими явленіями (косвенное дѣйствіе яда!).

Гемоцитолізъ, сопровождающійся образованіемъ метгемоглобина вызывается нѣкоторыми лекарственными препаратами, напр., хлорноватоокислымъ кали, соединеніемъ фенола (фенацетиномъ, лактофениномъ \*), феноколомъ, фенолфталеиномъ-пургеномъ), производными анилина (антифебриномъ), пирогаллоломъ. Химическія измѣненія Hb съ вытѣсненіемъ O<sub>2</sub> вызываютъ CO, H<sub>2</sub>S и синильная кислота.

б) Другіе кровяные яды ведутъ къ крайней гибели кровяныхъ тѣлецъ безъ того, чтобы наступало въ большихъ размѣрахъ ихъ раствореніе въ сосудахъ. Отчасти дѣло идетъ о вредномъ началѣ, дѣйствующемъ въ печени, селезенкѣ и костномъ мозгу (еще на юношескія формы). Гемосидерозъ, фагоцитозъ кровяныхъ тѣлецъ, выдѣленіе уробилина и уробилиногена встрѣчаются и въ этихъ случаяхъ. Сюда относятся изъ экзогенныхъ яловъ свинецъ (Unguentum

\*) Лактофенинъ, кромѣ метгемоглобинурии, вызываетъ также сильную желтуху.

Diachylon при экземѣ!), ртуть (при сифилисѣ!), мышьякъ, изъ эндогенныхъ ядовъ—липидныя вещества (олеиновая кислота?), происходящія изъ тѣла животныхъ паразитовъ (Taenia и Bothrioccephalus, аскариды, Anchylostomum, Trichocephalus), изъ перерожденныхъ тканей тѣла, гипотетическіе токсины при острыхъ кишечныхъ заболѣваніяхъ и нефрозахъ (уреміи), наконецъ, бактерійные яды или продукты реакціи на нихъ при скрытой и явной бугорчаткѣ и сифилисѣ.

**Анатомическіе результаты** дѣйствія подобныхъ ядовъ на кровь и костный мозгъ отчасти представляютъ измѣненія регрессивнаго характера (атрофія костнаго мозга при бугорчаткѣ и хроническомъ нефритѣ), отчасти хроническія воспалительныя измѣненія, отчасти прогрессивныя расстройства питанія—гипертрофіи, новообразованія активнаго вещества костнаго мозга. Это новообразование можетъ зайти далеко, вплоть до первичныхъ „мозговыхъ зародышей“, представляющихъ въ сущности эндотелій капилляровъ—метапластическое образованіе костнаго мозга. Оно уже не связано съ костнымъ мозгомъ, но наблюдается въ самыхъ разнообразныхъ мѣстахъ тѣла, особенно въ печени, селезенкѣ и лимфатическихъ железахъ. Привлеченіе такихъ запасовъ можетъ, хотя бы отчасти, сглаживать вредное дѣйствіе. Наблюдается это явленіе чаще всего при:

1. Обычномъ, легкомъ типѣ хронической токсической анеміи, къ которой относятся въ особенности **анеміи, сопровождающія бугорчатку, сифилис, хроническіе невроты.**

Другіе, еще мало изученные, особенно вермигенные и гистогенные, можетъ быть, даже бактеріогенные яды крови липоиднаго характера обладаютъ тѣмъ свойствомъ, что они дѣлаютъ возрожденіе бѣлыхъ и красныхъ клѣтокъ атипическимъ. Въ то время, какъ упомянутое уже метапластическое появленіе разлитыхъ очаговъ образованія крови въ различныхъ органахъ напоминаетъ кроветвореніе у зародыша, въ упомянутыхъ здѣсь случаяхъ процессъ возрожденія въ самомъ костномъ мозгу имѣетъ количественно ненормальный типъ, сходный съ эмбриональнымъ. Клинически это явленіе, характеризующее наиболѣе тяжелый.

2. Такъ наз. **Biermer'овскій типъ** или **типъ злокачественнаго малокровія** (анаемія perniciosa), распознается по появленію многочисленныхъ мегалоцитовъ и мегалобластовъ. Эти гигантскіе эритроциты иногда настолько преобладаютъ, что слишкомъ компенсируютъ уменьшенное процентное содержаніе гемоглобина красныхъ кровяныхъ тѣлецъ—показатель Нб больше единицы. Истощеніе мѣлоидной паренхимы обнаруживается лейкопеміей, въ особенности многоядернымъ гиполейкоцитозомъ, относительнымъ лимфоцитозомъ, крайней олигохромеміей, олигоцитозомъ, пойкилоцитозомъ, анизоцитозомъ и уменьшеннымъ содержаніемъ бѣлка въ крови. Гдѣ विकарирующій гематопэзъ не можетъ возникнуть, вслѣдствіе какихъ-бы то ни было (конституціональных?) причинъ („апластическая пернициоза“), теченіе особенно неблагоприятно. Весьма важное значеніе имѣетъ сильно уменьшенная способность свертыванія крови, ведущая къ геморрагическому діатезу (кровоизліянія въ слизистую оболочку, кожу, сѣтчатку).

**Клиническая картина** составляется главнымъ образомъ изъ приведенныхъ здѣсь, упомянутыхъ въ отдѣлѣ хлороза и постгеморрагическаго малокровія „общихъ анемическихъ“ признаковъ. Предсказаніе и теченіе зависятъ отъ того, въ какой степени вліяла

первичное вредное начало распознана ли была болѣзнь и можно ли ее устранить, съ нею бороться.

Рѣдкость типа „пернициоза“ въ дѣтскомъ возрастѣ и нѣкоторыя особенности этого заболѣванія у юношей, напр., увеличеніе селезенки, заставляютъ думать, что кровь и костный мозгъ у маленькихъ дѣтей иначе реагируютъ на названные яды, чѣмъ у взрослыхъ. Опыты Reskzeň'a и друг., наблюденіе семейныхъ, т. е., повидимому, тождественныхъ, по своей сущности вредныхъ вліяній по отношенію къ крови различныхъ возрастовъ жизни (см. ниже, группу 4) вполне подтверждаютъ такое положеніе. Наиболѣе частой формой реакціи дѣтскаго организма является, повидимому,

3. Такъ наз. типъ **Jaksch-Hayem'a**, родственный лейкоэритроцитическому типу.

Подъ названіемъ *anaemia pseudoleucaemica infantum* <sup>1)</sup> Jaksch и одновременно Hayem описали у дѣтей, въ возрастѣ отъ  $\frac{1}{2}$  года до 2 лѣтъ, довольно часто встрѣчающуюся, клинически довольно рѣдко обособленную форму заболѣванія, настолько близко стоящую къ *Viertel's*овскому малокровію, что при ней, наряду съ признаками анемизирующаго (но не гемоцитолитическаго) распада крови (съ гемосидерозомъ!), имѣются также признаки сильнаго раздражающаго дѣйствія на кровообразующіе органы съ распространеніемъ на эритропластическую паренхиму въ багровомъ костномъ мозгу, новообразованіе внутри- и внѣсосудистыхъ гемопѣтическихъ очаговъ въ печени, селезенкѣ, лимфатическихъ железахъ и почкахъ, а также количественный возвратъ кровотоенія къ его эмбриональному типу. Въ отличіе отъ типа „пернициоза“ мѣлоидное новообразованіе печени, особенно селезенки достигаетъ здѣсь столь значительныхъ размѣровъ, что органы эти сильно увеличиваются въ массѣ, обнаруживаютъ также сильную лейкопѣтическую дѣятельность—большою частью съ усиленнымъ вымываніемъ бѣлыхъ тѣлец!

Benjamin въ послѣднее время указалъ, что мѣлоидная метаплазія имѣеть чисто внѣ-костномозговой характеръ; въ костномъ мозгу наряду съ эритробластозомъ отъ раздраженія существуетъ лимфоидное перерожденіе.

Изъ сказаннаго можно вывести симптомы: въ такой крови обнаруживается большою частью олигоцитозъ (приблизительно 1—3 милліона красныхъ кровяныхъ тѣлецъ) и олигохромемія. Уменьшеніе гемоглобина можетъ превзойти уменьшеніе числа эритроцитовъ (нормоцитотической типъ при регенераціи съ уменьшеннымъ показателемъ окраски) или можетъ значительно отстать отъ него. Послѣднее наблюдается въ томъ случаѣ, если господствуетъ мегалоцитотическая регенерація, а появленіемъ мегалоцитовъ и мегалобластовъ (указатель окраски равенъ единицѣ или больше ея). Пойкилоцитозъ, полихромазія, базофильная зернистость и явленія распада ядеръ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ весьма выражены. Наряду съ этимъ, хотя и необязательно, существуетъ лейкоцитозъ, разной степени и характера; число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ соотвѣтствуетъ тяжести состоянія; оно обыкновенно составляетъ приблизительно 20.000, въ нѣкоторыхъ случаяхъ преобладаютъ (при воспалительныхъ осложненіяхъ) зернистыя, болшею же частью незернистыя формы (ср. нормальная данная). Находятъ, кромѣ того эозинофилы, мѣлоциты часто въ уве-

<sup>1)</sup> Другія названія (*Anaemia splenica, lienalis*, тяжелое малокровіе грудныхъ дѣтей) гораздо менѣе соотвѣтствуютъ сущности заболѣванія и пока нѣтъ никакихъ основаній отказываться отъ упомянутаго выше термина.

личенномъ количествѣ. Замѣчательно, что сплошь и рядомъ имѣется и большой мононуклеозъ—до 20%.

Остальная клиническая картина болѣзни соотвѣтствуетъ среднему или тяжелому рахиту въ сочетаніи съ сильнымъ малокровіемъ; весьма выражена, сопровождающаяся мертвенной желтизной, общая слабость и вялость. Если сохранена до нѣкоторой степени жировая подкладка, то получается пастозный обликъ. Часто наблюдаются мелкія кровоизліянія въ кожу и слизистое, твердое, не болѣзненное увеличеніе селезенки съ острыми краями; она почти всегда выходитъ за реберную дугу, но часто достигаетъ горизонтали пупка, переходитъ черезъ нее, въ значительной степени выпячивая брюшные покровы. Отмѣчается замѣтное увеличеніе мягкой печени съ тонкими и острыми краями, незначительное, общее увеличеніе лимфатическихъ железъ. Случайные сердечные шумы, въ виду малаго возраста больныхъ, сравнительно рѣдки, пульсъ полный и мягкій.

**Время появленія, теченіе и исходъ.** Jaksch-Hauey'овское малокровіе начинается между 7 и 16 мѣсяцами, почти, исключительно у дѣтей вскармливаемыхъ искусственно, достигаетъ постепенно (рѣдко быстро) значительныхъ степеней, остается въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ (рѣдко до 3-го года и позже), оканчиваясь, затѣмъ въ извѣстномъ процентѣ случаевъ, самопроизвольнымъ излеченіемъ. Среди всѣхъ тяжелыхъ формъ, о которыхъ можно судить по общему состоянію и по изслѣдованію крови, ни въ одной не наблюдаются такіе большіе шансы на благоприятный исходъ, какъ здѣсь. Впрочемъ, въ большинствѣ опасныхъ для жизни осложненій (кишечныхъ разстройствъ, бронхопневмоніи) виноватъ рахитъ. Лишь рѣдко дѣло доходитъ до перерожденія мышцъ, отековъ, кровотеченій, влекущихъ за собою детальный исходъ.

**Этіологія.** Туберкулезъ, сифились и другія заразные болѣзни, глистная болѣзнь, хроническія разстройства питанія и отравленія неоднократно были указываемы клиницистами въ качествѣ этиологическихъ факторовъ. Гораздо болѣе тѣсное отношеніе къ малокровію Jaksch-Hauey'a имѣетъ, повидимому, рахитъ. Такъ какъ рахитическія измѣненія скелета можно обнаружить почти на каждомъ дѣтскомъ трупикѣ изъ относящагося сюда періода развитія (см. ниже), то сочетаніе апатеміае pseudoleucaemіае съ рахитомъ не представляеть



Рис. 21. 16-мѣсячный мальчикъ и 14-мѣсячная дѣвочка съ рахитическимъ и Jaksch-Hauey'овскимъ малокровіемъ. Оба ребенка были выписаны выздоровѣвшими послѣ леченія въ теченіе вѣсколькихъ недѣль. (Изъ Грацкой дѣтской клиники проф. M. Pfaundler'a).

ничего удивительного, рахитъ достигаетъ у такихъ дѣтей большею частью среднихъ, нерѣдко и болѣе тяжелыхъ степеней, оставаясь до 2—3 лѣтъ въ клинически ясной и замѣтной формѣ.

Въ новѣйшее время Aschenheim и Benjamin, также Morgan старались выяснитъ отношеніе между обоими заболѣваніями; исходя изъ упомянутыхъ выше данныхъ о массовыхъ скопленіяхъ лимфоидныхъ и скудныхъ количествахъ гранулированныхъ клѣтокъ въ костномъ мозгу (и крови), первые предполагаютъ, что одновременно съ рахитическимъ заболѣваніемъ костей, какъ таковымъ, происходитъ и дегенеративный процессъ въ костномъ мозгу, именно лимфоидное перерожденіе его, которое въ дальнѣйшемъ теченіи можетъ дойти до значительнаго уменьшенія гранулопэза, эритроблостога вслѣдствіе раздраженія (въ костномъ мозгу), компенсирующаго мѣлоиднаго превращенія въ другихъ органахъ, особенно въ селезенкѣ (отсюда названіе «рахитическая мегалопленія»). Но надо помнить, что по Grawitz'у склерозирующие костные процессы съ образованіемъ лимфоиднаго костнаго мозга могутъ быть почвой для возникновенія Biermeier'овскаго малокровія. Невольно является мысль о сравненіи съ патогенезомъ Barlow'sкой болѣзни.

Быть можетъ, рахитъ и анэмія Jaksch-Haue't'a являются координированными послѣдствіями вредныхъ вліяній опредѣленнаго характера и оба возникаютъ въ опредѣленное же «критическое» время на почвѣ болѣзненнаго предрасположенія, обнаруживающагося при дѣйствіи разнообразныхъ причинъ на почвѣ наслѣдованій.

Какъ ни интересны эти взгляды, мы не можемъ къ нимъ вполне присоединиться до сихъ поръ, пока самая этиологія рахита не будетъ выяснена болѣе подробно. Пока же для систематической классификаціи Jaksch-Haue't'овскаго малокровія слѣдуетъ держаться той точки зрѣнія Naegeli, по которой оно является при особахъ биологическихъ условіяхъ перваго возраста, представляя собою простой вариантъ «вторичнаго» малокровія. Вѣроятно, первичнымъ явленіемъ оказываются повторныя инфекціонныя и дистрофическія заболѣванія въ теченіе перваго года жизни. Цѣль этихъ вредныхъ началъ вызывается съ одной стороны, повидимому, рахитъ и съ другой стороны Jaksch-Haue't'овское малокровіе во время критическаго и столь важнаго въ отношеніи послѣдствій періода развитія въ теченіе перваго года жизни, если только существовало врожденное предрасположеніе къ болѣзни. Этотъ послѣдній моментъ приближаетъ Jaksch-Haue't'овскій типъ къ анергически-апластическому малокровію.

У старшихъ дѣтей встрѣчается рѣдко заболѣваніе, которое, подобно Jaksch-Haue't'овскому малокровію, сходно съ процессомъ типа „пернициоза“ (эмбриональный эритропэзъ, эритроблостога, тяжелый пойкилоцитозъ, повышенный показатель окраски), съ другой стороны, благодаря лейкоцитозу и мѣлопэзу въ лимфатическихъ органахъ, страданіе представляетъ нѣчто переходное къ группѣ лейкоэмій, а потому вполне удачно названо „лейканеміей“ (Leube).

4. Повидимому, также обусловливается токсогеннымъ поражающимъ преимущественно (быть можетъ, подвергнувшуюся уже поврежденію) эритропэтическую систему вліяніемъ группа болѣе рѣдкихъ, наблюдающихся особенно въ юношескомъ возрастѣ заболѣваній, которыя, по крайней мѣрѣ въ симптоматическомъ отношеніи, довольно близко стоятъ другъ къ другу, что видно изъ слѣдующихъ, хотя и не обязательныхъ признаковъ: явленія общаго малокровія, олигоцитозъ (рѣже полицитозъ), олигохромемія, эмбриональный эритропэзъ съ мегалоцитами и мегалобластами; повышенный распадъ эритроцитовъ съ послѣдовательными явленіями (гемосидерозъ, пигментная аномалія кожи, увеличеніе печени, желтуха, выдѣленіе билирубина, уробилина, уробилиногена, раннее сподогенное (?) увеличеніе селезенки, измѣняющіяся данныя относительно лейкоцитозовъ (какъ при Jaksch-Haue't'овскомъ малокровіи), часто лейкопенія, относительный лимфоцитозъ, наконецъ, геморрагическій діатезъ.

Одна изъ входящихъ въ эту категорію формъ, называемая **семейной хронической гемолитической желтухой**, приближается, въ виду ранняго семейнаго появленія, послѣдующаго уменьшенія сопротивляемости эритроцитовъ, растворенія ихъ, особенно подъ вліяніемъ холода и отчасти въ самомъ кровяномъ токъ, пароксизмическаго, въ общемъ доброкачественнаго характера, наконецъ, по своему отношенію къ сифилису и другимъ токсическимъ

зараженіямъ — къ пароксизмальной гемоглобинеміи (см. выше); но при этомъ заболѣваніи не удалось найти аутолитическихъ гемолизиновъ.

Случаи, приписываемые **Banti-Senator** овскому симптомокомплексу, наблюдаются позже (послѣ 5-го года жизни) и протекаютъ хронически въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, оканчиваясь (несмотря на леченіе) всегда смертельно. Водянка, желтуха, увеличеніе печени и сморщиваніе ея развиваются большею частью лишь въ послѣдствіи. Находить, между прочимъ, въ послѣднемъ стадіи фиброзъ (грануломатозъ?) весьма увеличенной селезенки и (первичный лимфоматозный?) циррозъ печени. Чаше, чѣмъ истинная „болѣзнь Banti“, наблюдается сходное съ нею состояніе при врожденномъ сифилисѣ.

При семейной мегалоспленіи **Gaucher-Schlagenhauser** 'a, протекающей такимъ же образомъ и считающейся своеобразнымъ лимфатически-эритропэтическимъ заболѣваніемъ цѣлой системы, клинически на первомъ планѣ стоитъ рано появляющееся, огромное увеличеніе селезенки.

Достойны вниманія результаты, полученные при двухъ послѣднихъ заболѣваніяхъ отъ спленэктоміи.

### Резюме.

Особенности реакціи дѣтскаго тѣла на анемизирующія вредныя начала (кровяные яды въ широкомъ смыслѣ слова).

Первой изъ этихъ особенностей является сила реактивнаго эритропэза. Она ведетъ къ вымыванію молодыхъ формъ (нормобластовъ); слѣдующимъ результатомъ является понятная въ раннемъ періодѣ развитія наклонность къ новообразованію эритропэтически-міелоидныхъ очаговъ въ печени, лимфатическихъ узлахъ и въ селезенкѣ (увеличеніе селезенки и лейкоцитозъ!) и къ возврату эмбриональнаго эритропэза (мегалобласты). Кромѣ того, слѣдуетъ принимать во вниманіе физиологической относительный лимфоцитозъ. Эти особенности объясняютъ, почему тяжелыя токсогенныя начала у ребенка большею частью не вызываютъ **Віегтег** овскаго типа «пернициоза», въ которомъ нельзя ожидать лейкопеніи съ увеличеніемъ селезенки, а получается типъ **Jaksch-Naue** 'a. Что такое заболѣваніе, по теченію своему, не имѣетъ столь злокачественнаго характера, быть можетъ, зависитъ отъ того, что въ раннемъ періодѣ, еще близкомъ къ утробному, у дѣтей въ большей степени, чѣмъ у взрослыхъ, является возможность компенсировающаго эритропэза.

**Anaemia pseudoleucaemica infantum** по **Naegeli** является типическимъ представителемъ токсогенныхъ болѣзней крови у дѣтей вообще. Большая часть этихъ болѣзней можетъ считаться ослабленнымъ, другая часть ихъ — вполне развитымъ, остальные — видоизмѣненнымъ видомъ малокровія **Jaksch-Naue** овскаго типа.

### Леченіе малокровныхъ состояній.

Цѣлесообразное причинное леченіе ясно само собою при тѣхъ токсогенныхъ малокровіяхъ, при которыхъ извѣстны яды и его источники (примѣръ: вызываемое глистами, сифилитическое малокровіе; гипотетическія ядовитыя вещества, лецитиды при злокачественномъ малокровіи старались устранить назначеніемъ холестерина какъ вещества, задерживающаго гемолизъ отъ лецитида яда коры въ пробиркѣ). Далѣе подобная терапія возможна тамъ, гдѣ отсутствуютъ нѣкоторые гигиеническіе факторы (движеніе, физическія упражненія на чистомъ воздухѣ, раздраженіе кожи, дѣйствіе лучей и т. д.), гдѣ, наконецъ, дѣйствительно имѣется недостатокъ желѣза въ пищѣ. Послѣднее, какъ упомянуто выше, отмѣчается сравнительно рѣдко. Желѣзо въ такихъ случаяхъ должно быть прописано съ рынка, а не изъ аптеки. Естественныя соединенія желѣза пищи всасываются болѣе совершенно и въ лучше используемой формѣ, чѣмъ желѣзо фабричныхъ препара-

товъ (Красногорскій). Большинство зеленыхъ овощей, стручковыхъ плодовъ, рѣпа, картофель, фрукты достаточно дѣйствительны, пріятны на вкусъ, сравнительно дешевы; при этомъ не надо пользоваться таблицами, указывающими содержаніе желѣза, ибо достаточнаго излишка желѣза всегда можно легко достигнуть. Если ребенокъ отказывается отъ растительныхъ веществъ, то дѣло идетъ или о грубыхъ недостаткахъ воспитанія, или о перекармливаніи молокомъ и яйцами. Слѣдуетъ ограничить количество послѣднихъ, въ крайнемъ случаѣ совершенно устранить ихъ изъ пищи. На 2-мъ году жизни безъ нихъ обойтись легко, на первомъ году можно въ крайнемъ случаѣ дѣлать тоже; хотя, повидимому, питательныя вещества животнаго царства мѣшаютъ дѣйствию растительной пищи \*). При тщательномъ приготовленіи пюре изъ овощей, въ особенности шпината \*\*), моркови, вареной въ собственномъ соку большею частью хорошо переносится въ этомъ возрастѣ. Появленіе въ испраженіяхъ растительныхъ остатковъ, окрашенныхъ въ зеленый или желтовато-красный цвѣтъ не является противопоказаніемъ.

Сомнительно, можно ли достигнуть при анергически-апластическихъ формахъ поднятія искусственными раздражающими средствами гематопѣтической функціи, особенно той, которая производитъ въ неизвѣстныхъ намъ еще мѣстахъ дополнительное образованіе гемоглобина. Раньше такое раздражающее дѣйствіе приписывалось желѣзу. Но въ опытахъ на животныхъ не удалось это доказать, ибо описываемыя формы малокровія не вызываются искусственно. Наблюденіе, сдѣланное у постели больного, говоритъ, что лекарственное желѣзо дѣйствуетъ сколько-нибудь надежно лишь при блѣдной немочи, быть можетъ, при сходномъ съ нею, въ нѣкоторомъ отношеніи хроническомъ постгеморрагическомъ малокровіи <sup>1)</sup>, и что дѣйствіе этого меди-камента связано съ имѣющимися здѣсь особыми условіями.

Прописываютъ желѣзо лицамъ, страдающимъ блѣдной немочью, въ видѣ пилюль Вlaud (3 раза въ день по 1—3 пилюли послѣ ѣды) \*\*\*).

\*) Относительно яицъ надо сказать точнѣе. На первомъ году или даже въ теченіе первыхъ 1½ лѣтъ они даже совершенно недопустимы; что касается того, что чрезмѣрное пичканіе молокомъ является одной изъ важнѣйшихъ причинъ полнаго отсутствія аппетита у дѣтей послѣ года и нежеланія ихъ брать какую бы то ни было пищу, въ этомъ не можетъ быть ни малѣйшаго сомнѣнія.

Прим. М. Б.

\*\*\*) Но при условіи, если нѣтъ оксалурии.

Прим. М. Б.

<sup>1)</sup> Частичныя потери крови сами оказываютъ достаточное эритропѣтическое раздражающее дѣйствіе, болѣе быстрого наполненія сосудистой системы можно достигнуть введеніемъ воды различными способами.

\*\*\*)) Назначать дѣтямъ до перваго школьнаго возраста лекарствъ въ формѣ пилюль, капсулъ и облатокъ положительно нельзя, такъ какъ помимо трудности ихъ проглатыванія дѣти сплосъ и рядомъ раскусываютъ, разжевываютъ и немедленно выбрасываютъ ихъ вонъ, отказываясь потомъ отъ всякаго лекарства, подъ какимъ бы соусомъ оно приготовлено ни было.

Ростущій организмъ усваиваетъ болѣе значительныя, чѣмъ взрослый, количества поступающаго съ пищей желѣза и болѣе упорно его задерживаетъ въ себѣ. Столь большой спросъ понятенъ при усиленномъ обмѣнѣ веществъ и постоянномъ возникновеніи новыхъ элементовъ тканей и органовъ. Вотъ почему всѣ болѣзни дѣтскаго возраста даютъ послѣ себя острое малокровіе различныхъ степеней, смотря по продолжительности процесса и періоду, въ какомъ процессъ поразилъ организмъ. Развиваясь въ первое время жизни почти исключительно на почвѣ желудочно-кишечныхъ расстройствъ, малокровіе безслѣдно проходитъ при строгомъ соблюденіи основныхъ правилъ питанія и ухода. Здѣсь желѣзо дѣлаетъ мало и способно вызывать возвраты диспепсій. У болѣе взрослыхъ дѣтей предшкольнаго и школьнаго возраста отсутствіе

Я нашелъ, что многіе другіе фабричныя препараты, а равно естественныя желѣзныя воды не дѣйствительны. Ни одинъ изъ нихъ не полезенъ въ такой степени, чтобы говорить о немъ, какъ о лучшемъ. Всякаго рода искусственно приготовленные органическіе препараты желѣза, вина и ликеры съ желѣзомъ, выражаясь мягко, излишни. Гдѣ стремятся къ ассимиляціи, тамъ надо примѣнять естественныя питательныя средства; такъ наз. раздражающее дѣйствіе присуще и неорганическимъ препаратамъ.

Дальнѣйшая цѣль—дѣйствовать адекватными, естественными эритропэтическими раздраженіями, какими являются потери крови и усиленный распадъ ея. Перваго можно достигнуть искусственными кровозвлеченіемъ, второго—большею частью мышьякомъ (Tinct. Fowleri). Мышьякъ, будто бы, также вызываетъ усиленное прониканіе эритроцитовъ изъ резервуаровъ костнаго мозга въ кровь. Чисто эмпирическое леченіе мышьякомъ «казалось полезнымъ въ случаяхъ злокачественнаго малокровія взрослыхъ; его pendant, Jaksch-Hauey'овское малокровіе истощенныхъ, слабыхъ дѣтей первыхъ лѣтъ, рѣдко представляетъ необходимыя показанія для такого леченія. Во всякомъ случаѣ слѣдуетъ испытать леченіе Fowler'овымъ растворомъ, разведеннымъ 3 ч. мятной воды (постепенно увеличивая отъ 2—8 капель въ день).

Мысль о гормоноподобномъ дѣйствіи, возбуждающемъ кровообразующую паренхиму, лежитъ въ принципѣ опотерапевтическихъ попытокъ. Неубнег давалъ небольшія количества костнаго мозга въ видѣ бутербродовъ. Не лишнимъ будетъ замѣтить, что а priori дѣйствія можно ждать только отъ активнаго краснаго, но не обычнаго (жирнаго) мозга. Болѣе органотерапіей, чѣмъ замѣной матеріала является, быть можетъ, переливаніе крови, о которомъ въ новѣйшее время вновь стали говорить. Надежда переносить кровяныя тѣльца въ предѣлахъ того же вида, т. е. отъ человѣка къ человѣку непосредственно, теперь оставлена (биологическая и индивидуальная специфичность!). Я видѣлъ при апластической анеміи большія неудачи отъ повторныхъ внутривенныхъ впрыскиваній крови.

Въ частныхъ клиникахъ и курортахъ различныя виды „вторичнаго“ малокровія и блѣдной немочи усердно подвергаютъ „физическимъ“, особенно водолечебнымъ способамъ. При блѣдной немочи, быть можетъ, еще полезны деплеторные потогонныя способы. Здѣсь одни рекомендуютъ (напр. Winternitz) холодныя обмыванія, обтиранія, даже холодныя ванны, души, другіе (Dyes, Rosin)—горячіе способы примѣненія, ванны изъ горячей воды или горячаго воздуха. Такія противоположности не вызываютъ особаго довѣрія. Быть можетъ,

аппетита и вялая дѣятельность пищеварительныхъ актовъ служатъ лишь выраженіемъ основнаго страданія, когда ferrum исправляетъ все дѣло и оживляетъ основныя функціи усвоенія питательныхъ веществъ. Благопріятное дѣйствіе желѣза особенно рѣзко сказывается въ періоды усиленія роста тѣла въ длину, а также при той формѣ хлороза, которая столь обыкновенна во время полового созрѣванія.

Изъ многочисленной группы препаратовъ желѣза у дѣтей можно ограничиваться немногими, руководствуясь правиломъ: вводить въ дѣтскій желудокъ формы съ постояннымъ составомъ, вѣрнымъ дѣйствіемъ, легкой усвояемостью и возможно меньшею склонностью задерживать кишечную перистальтику. Строго говоря, почти нѣтъ ни одного препарата, который бы полностью удовлетворялъ всѣмъ указаннымъ условіямъ. Лучше другихъ переносятся: ferratum ferrum lacticum, pyrophosphas ferri cum amm. citr. s. natro bicarb. Первые два препарата прекрасно переносятся въ смѣси съ пепсиномъ и поваренной солью, причѣмъ порошокъ принимается довольно охотно посыпаннымъ на кусочекъ хлѣба съ масломъ. Двойная соль пирофосфорнокислаго желѣза хорошо принимается въ растворѣ съ прибавкой сиропа.

Прим. ред.



дѣйствуетъ только кожное раздраженіе, какъ таковое, а самое средство имѣетъ второстепенное значеніе.

Рекомендація вылушенія селезенки при Jaksch-Hayem'овской формѣ нашему разсмотрѣнію не подлежитъ.

Пребываніе въ деревнѣ, настоящая сельская жизнь, лѣтнее пребываніе на горныхъ озерахъ на высотѣ 500—1500 метровъ, смотря по привычкѣ и конституціи, за исключеніемъ мѣстностей, богатыхъ осадками, является цѣлесообразнымъ назначеніемъ. Такое пребываніе даетъ возможность примѣнять игры, цѣлесообразныя, систематическія, въ то же время и поучительныя физическія упражненія. Надо избѣгать безцѣльныхъ прогулокъ, курортныхъ прогулокъ вблизи больныхъ. При посѣщеніи южнаго берега (напр., Римины) слѣдуетъ быть осторожнымъ въ купаньяхъ. Во многихъ случаяхъ слѣдуетъ надолго прекратить посѣщеніе школы.

### Добавленіе. Мнимое малокровіе.

При многихъ состояніяхъ, которые публика и врачи легкомысленно называютъ „малокровными“, „анемичными“, на самомъ дѣлѣ имѣются процессы, о которыхъ здѣсь слѣдуетъ упомянуть, хотя система и отводитъ имъ другое мѣсто. Если изслѣдовать наудачу блѣдныхъ дѣтей старшаго возраста, то у большинства изъ нихъ можно найти количество гемоглобина и число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ въ крови въ физиологическихъ предѣлахъ. Эти дѣти, слѣдовательно, или совершенно не малокровны, или же въ полномъ смыслѣ слова олигемичны, т. е. ихъ сосуды содержатъ уменьшенное количество крови съ нормальнымъ содержаніемъ клѣтокъ и красящаго вещества. Какая изъ обѣихъ этихъ возможностей имѣется на-лицо, до послѣдняго времени нельзя было рѣшить, ибо для вскрытій здѣсь рѣдко представлялись случаи, прижизненное же опредѣленіе количества крови невозможно по чисто техническимъ затрудненіямъ. Въ новѣйшее время Erich Müller пополнилъ этотъ пробѣлъ. По способамъ Zuntz-Plesch'a у блѣдныхъ дѣтей старше 6 лѣтъ (за исключеніемъ хроническихъ нефритовъ, бугорчатки и дѣтей, находившихся при особенно неблагоприятныхъ гигиеническихъ условіяхъ) было опредѣляемо общее количество крови, общее содержаніе гемоглобина и кислородная емкость крови, причемъ, однако, не оказалось никакой разницы по сравненію съ дѣтьми, выглядѣвшими здоровыми. Итакъ, дѣло здѣсь шло не объ олигеміи, а только о мнимомъ малокровіи. Возможность подобной состояній предполагалась и раньше (SahlI, Strauss и др.). Причиною такихъ мнимыхъ малокровій слѣдуетъ считать или уменьшенную прозрачность надкожицы, или уменьшенное кровонаполненіе кожи (ишемію ея); послѣдняя можетъ обуславливаться меньшимъ развитіемъ капиллярной сѣтки крови, переполненіемъ кровью другихъ органовъ, сокращеніемъ кожныхъ сосудовъ (angiospasmus cutis); въ особенности оба послѣднія предположенія вполнѣ совпадаютъ съ часто поразительными колебаніями вида дѣтей (измѣненіе цвѣта лица!). Сатурнизмъ и хроническіе нефрозы, которые у взрослыхъ часто являются причиной мнимыхъ малокровій, несомнѣнно встрѣчаются лишь въ маломъ процентѣ случаевъ среди больныхъ дѣтскаго возраста. Сопутствующія явленія указываютъ на другіе пути: здѣсь дѣло большею частью идетъ о болѣзненно предрасположенныхъ, наследственно больныхъ, неправильно воспитываемыхъ дѣтяхъ съ тѣмъ болѣзненнымъ складомъ, который обозначаютъ именемъ лимфатическаго (см. въ соответствующей главѣ).

Частичными явленіями или проявленіями такихъ состояній я считаю большинство дѣтскихъ мнимыхъ малокровій. Поэтому здѣсь желѣзо и мышьякъ, равно какъ и другіе обыкновенно примѣняемые способы леченія не оказываютъ никакого дѣйствія.

### В. Группа лейкемій и псевдолейкемій.

Въ этой области анатомическое изслѣдованіе достигло значительныхъ результатовъ и дало надежную основу для научной систематики. Спутанность клиническихъ, особенно чисто гематологическихъ данныхъ, касающихся въ особенности такъ наз. псевдолейкемій и ихъ отношенія къ лейкеміямъ, выяснено только анатомическими изслѣдованіями. Впрочемъ, еще не рѣшенъ вопросъ, поставленный клиницистами о томъ, какъ согласовать картины, наблюдаемыя у постели больного, съ данными, отмѣчаемыми на вскрытіи.

Всѣ болѣзненные типы этой группы имѣютъ въ основѣ ясно выраженныя, болѣе или менѣе распространенныя измѣненія лимфоидной и міэлоидной системъ, характеризующіяся вообще прогрессивно идущими разстройтвами питанія. Для цѣлей элементарнаго дидактическаго изложенія можетъ служить слѣдующій обзоръ, изъ котораго видно, насколько обычная клиническая терминологія можетъ служить поводомъ къ систематизаціи гетерогенныхъ и къ раздѣленію гомогенныхъ состояній.

Анатомическій субстратъ.	Пораженіе лимфоидной системы (лимфаденозы).	Пораженіе міэлоидной системы (міэлозы).	Клиническая терминологія.
Общая гиперплазія съ экспансивнымъ (не агрессивнымъ) ростомъ.	1. Лимфоцитоматозы.	3. Міэлоцитоматозы.	Лимфатическая и міэлоидная лейкемія (и хлоромы).
		Съ увеличеннымъ вымываніемъ клѣтокъ.	
		Безъ вымыванія клѣтокъ.	Истинныя псевдолейкеміи (P i n k u s - C o h n - h e i m).
Общая гиперплазія съ агрессивнымъ (опухолообразнымъ) ростомъ и атипическимъ разрощеніемъ.	2. Лимфосаркоматозы (K u n d r a t).	4. (Міэлосаркоматозы).	Лимфо- и міэло-саркомы.
			«Псевдолейкемія».
Псевдогиперплазія: метаплазирующее разрощеніе преимущественно въ соединительнотканыхъ клѣткахъ междуточной ткани.	5. Грануломатозы.	6. Фибромиэлозъ.	S t e r n - b e r g ' o v - с к а я б о л ѣ з н ь .

Внѣ этого ряда, болѣе или менѣе обобщенныхъ лейкемическихъ и «псевдо-лейкемическихъ» заболѣваній стоитъ много чисто мѣстныхъ формъ: ограниченная лимфо- и мѣдосаркома опредѣленного органа (ясно выраженного злокачественнаго характера) и одиночная гранулема.

### 1. Лимфоцитоматозы

представляютъ собою, говоря а priori, общія заболѣванія всей системы лимфатической ткани въ видѣ разрошеній преобразованной лимфатической ткани плюсъ новообразованій ея въ различныхъ органахъ.

Поскольку эти заболѣванія сопровождаются увеличеннымъ вымываніемъ элементовъ незернистой системы кровяныхъ клѣтокъ, т. е. „лимфеміей“, они извѣстны подъ названіемъ

#### лейкемическихъ лимфаденозовъ или лимфатическихъ лейкемій.

Анатомически можно видѣть, что паренхима лимфатическихъ железъ, селезенки, миндалинъ, фолликуловъ языка и кишечника, разсѣянная въ тканяхъ (въ вилочковой железѣ, костномъ мозгу, почкахъ) мелкія скопленія лимфатической ткани въ неравномерно измѣненномъ видѣ, увеличена благодаря атипическому разрошенію, причемъ въ сосудахъ можно обнаружить распространенные, плащевидные, новообразованные добавочные слои лимфоцитовъ. Большею частью разрошеніе сопровождается увеличеніемъ соотвѣтственнаго органа, достигающимъ зачастую высокиихъ степеней. Оно всегда ведетъ къ сглаживанію нормальной архитектуры, къ образованию аномальныхъ формъ клѣтокъ (эмбриональныя клѣтки?, большіе мононуклеары?, атипическіе лимфоциты, „Rieder'овскія формы“). Распространеніе на сосѣднія ткани напоминаетъ злокачественную опухоль, правда, они не прорастаютъ въ элементы этой ткани типичнымъ образомъ, но какъ бы подвергаютъ ихъ удушенію (экспансивный ростъ).

**Появленіе, теченіе, признаки.** Лимфатическія лейкеміи, къ которымъ предрасположенъ юношескій возрастъ, протекаютъ почти всегда остро, т. е. въ теченіе нѣсколькихъ недѣль или мѣсяцевъ (въ среднемъ 2 мѣсяца), заканчиваясь смертью. Поражаются также грудныя дѣти и новорожденные. Картина болѣзни сходна съ острымъ зараженіемъ, развивающимся внезапно или послѣ малокровныхъ предвѣстниковъ. Къ общимъ явленіямъ такого заболѣванія (высокой лихорадки, усталости, болямъ въ конечностяхъ, костяхъ, головѣ, нарушенію сознанія, головокруженію, рвотѣ, поносу) присоединяются вскорѣ отеки, явленія геморрагическаго діатеза (кровоизліянія въ кожу и слизистыя, опуханіе десенъ, некротическія измѣненія мукозы, образование гнилостныхъ, зловонныхъ язвъ изъ распада лимфомъ съ ложноперепопчатымъ покровомъ полости рта), гиперплазія миндалинъ, умѣренное припуханіе лимфатическихъ железъ около угла нижней челюсти, на шеѣ, рѣже въ суставныхъ сгибахъ. Вилочковая железа, печень, селезенка немного увеличиваются и оказываются на ощупь болѣе плотными. Часто существуютъ альбуминурія и цилиндрурія, усиленная эндогенная пуринурія и фосфатурія (распадъ клѣточныхъ ядеръ!). Въ далеко зашедшихъ стадіяхъ картина часто осложняется серозитами, рѣже случаются лейкемическіе инфильтраты въ кожѣ, сѣтчаткѣ и т. д.

**Распознаваніе** обезпечиваютъ типическія данныя со стороны крови: блѣдность, несвертываемость, умѣренное, даже значительное абсолютное и относительное увеличеніе незернистыхъ безцвѣтныхъ клѣтокъ, среди которыхъ находятся незрѣлыя (лимфобласты) и ати-

пическія формы, какъ то: большіе лимфоциты и слабѣе окрашивающіяся полиморфно-ядерныя (Rieder'овскія) клѣтки, рѣже лимфоциты нормальной величины въ чрезмѣрномъ количествѣ. Абсолютно или относительно уменьшенное число элементовъ мѣлоидной паренхимы является выраженіемъ измѣненія въ костномъ мозгу и напоминаетъ измѣненія при тяжеломъ токсическомъ малокровіи (олигоцитозъ, пойкилоцитозъ, анизцитозъ, полихромазія, базофильная зернистость, нормо- и мегалобласты, мѣлоциты). Если благодаря (часто встрѣчающимся!) септическимъ осложненіямъ лимфемія уменьшается, то картина можетъ легко **симулировать** Biermer'овское или Jaksch-Haue't'овское малокровіе.

Вывываніе лимфоцитарныхъ элементовъ можетъ, при такихъ лимфаденозахъ, въ силу неизвѣстныхъ причинъ, быть весьма незначительнымъ, появляется оно лишь въ послѣднемъ стадіи или все время совершенно отсутствуетъ.

Такіе суб- и алейкемическіе лимфаденозы, такъ наз.

### истинныя псевдолейкеміи по Cohnheim-Pinkus'y

даютъ поводъ къ постановкѣ ложнаго діагноза: Werlhof'овой болѣзни, Purpurae fulminantis, септицеміи. Протекающее большею частью хронически и безлихорадочно, заболѣваніе это, впрочемъ, встрѣчается въ дѣтскомъ возрастѣ вообще рѣдко.

Съ другой стороны, фізіологической лимфоцитозъ ранняго дѣтскаго возраста можетъ, благодаря заразнымъ процессамъ (тифу, коклюшу, скарлатинѣ, сифилису) или часто наблюдающемуся воспалительному діатезу, симулировать лимфемію при лимфаденозѣ.

2. **Лимфосаркоматозы**, поражающіе преимущественно юношей, приближаются (въ качествѣ развивающихся не диффузно, но постепенно распространяющихся заболѣваній лимфатической системы съ агрессивнымъ ростомъ и образованіемъ метастазовъ) къ злокачественнымъ опухолямъ. Они представляютъ переходъ отъ лимфоцитоматозовъ (лимфатическихъ лейкемій и псевдолейкемій Cohnheim-Pinkus'a) къ истинной лимфосаркомѣ.

Самую частую форму является исходящій изъ средостѣнія, хронически протекающій, вызывающій кахексію лимфосаркоматозъ. Лимфатическія железы средостѣнія увеличиваются (часто вмѣстѣ съ увеличеніемъ вилочковой железы), образуя большія, плотно склеенныя массы опухолей, которыя сначала вызываютъ явленія сдавливанія (притупленіе, тѣни при Röntgen'овскомъ изслѣдованіи, сжатіе сосудовъ, нервовъ, бронховъ, тромбозы, параличи, суженія, оттѣсненіе верхнихъ частей легкиихъ и сердечной сумки). Впослѣдствіи заболѣваютъ и лежащія по близости, затѣмъ и отдаленныя группы лимфатическихъ железъ, тогда какъ селезенка и печень какъ анатомически, такъ и клинически большею частью остаются незадѣтыми. Въ концѣ-концовъ развивается часто геморрагическій діатезъ.

Данныя изслѣдованія крови могутъ въ теченіе долгаго времени быть нормальными. Незернистыя клѣтки (въ противоположность тому, что бываетъ при лимфоцитоматозахъ) никогда не увеличены въ количествѣ, а рѣзко уменьшены, слѣдствіемъ чего является относительный зернистый лейкоцитозъ, который, благодаря образованію метастазовъ въ костномъ мозгу, можетъ переходить въ абсолютную форму. Въ такихъ случаяхъ развивается также картина малокровія.

Подобныя же явленія вызываютъ лимфосаркоматозъ брюшныхъ лимфатическихъ железъ.

3. Міелоцитоматозы представляютъ общее заболѣваніе мѣлоидной ткани тѣла, характеризующееся разрощеніемъ и повышеніемъ функціи предобразованной мѣлоидной ткани (въ костномъ мозгу) съ разсѣян-



нымъ прибавочнымъ образованіемъ ея въ различныхъ органахъ. Наряду съ костнымъ мозгомъ подобными новообразованіями поражаются, главнымъ образомъ, селезенка, лимфатическія железы и печень. Здѣсь лимфатическая паренхиматозная ткань сдавливается, замѣняясь мѣлоидной. Слизистыя и серозочныя оболочки остаются, въ противоположность лимфацитоматозамъ, свободными.

Поскольку при этихъ мѣлоцитоматозахъ происходитъ болѣе сильное вымываніе клѣтокъ зернистой системы въ кровяной токъ, говорятъ о

лейкемическихъ мѣлоцитоматозахъ или мѣлоидныхъ лейкеміяхъ.

Рис. 22. 6-лѣтній мальчикъ съ такъ наз. псевдолейкеміей (Сohnheim-Pinkus). При поступленіи 5000 бѣлыхъ, 4,2 милліона красныхъ, незначительная олигохромемія, 74% многоядерныхъ, 18,5% лимфоцитовъ, 5% большихъ одноядерныхъ, 2,5% эозинофиловъ. Увеличеніе въ теченіе  $\frac{3}{4}$  года железъ, вызывающихъ венозную застой. Внутригрудное увеличеніе железъ оттѣснило дыхательное горло. Проба Pirquet отрицательна. Подъ вліяніемъ назначеннаго внутрь мышьяка началось уменьшеніе опухоли, продолжавшееся затѣмъ самопроизвольно. (Изъ дѣтской больницы Гизель. Мюнхень, Прив.-доц. д-ръ Ibrahim).

Несомнѣнные случаи столь рѣдкаго заболѣванія извѣстны лишь во второмъ дѣтствѣ (послѣ 6 лѣтъ)<sup>1)</sup>; они почти всегда протекають хронически (въ теченіе мѣсяцевъ и лѣтъ) и оканчиваются смертью.

**Симптомы.** Первые ясные признаки вызываются вначалѣ механически суженіемъ пространства и давленіемъ постепенно нарастающей до огромныхъ размѣровъ, плотной твердой опухоли селезенки. При этомъ въ теченіе короткаго времени можетъ сохраняться эйфорія и хорошій видъ ребенка. Въ послѣдующемъ развиваются кахектическія явленія, вызываемыя въ особенности кровотеченіями (блѣдность, усталость, одышка, сердцебіеніе, отсутствіе аппетита, исхуданіе), боли въ костяхъ (самопроизвольныя и при давленіи), геморрагической діатезѣ (съ „ретинитомъ“ и расстройствами слуха). Въ мочѣ находятъ бѣлокъ, цилиндры, сильно повышенное выдѣленіе мочевоы кислоты. Наружное и внутреннее увеличеніе лимфатическихъ железъ въ умѣренной степени часто развивается лишь послѣ долгаго существованія болѣзни. Неправильныя повышенія температуры часты.

<sup>1)</sup> У меньшихъ дѣтей, у которыхъ предполагалась мѣлоидная лейкемія, дѣло шло несомнѣнно объ анеміи Jakseh-Naume'a.

При сильно лейкемических свойствах крови замѣчаютъ (но менѣе ясно, чѣмъ при лимфеміи) блѣдность, клейкость, сѣровато-бѣлый осадокъ, медленное свертываніе. Малокровіе большею частью просто нормобластическое, рѣже мегалобластическое, по степени своей весьма разнообразное. Число бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ составляетъ большею частью 100.000—400.000. Въ абсолютномъ увеличеніи принимаютъ участіе всѣ виды клѣтокъ зернистой системы, такъ что кровь выглядитъ, какъ взвѣсъ костнаго мозга. Точно также относительно увеличены, главнымъ образомъ, міэлоциты различной зернистости (въ общемъ до 50% бѣлыхъ), иногда зоинофильно и базофильно зернистые лейкоциты; во всякомъ случаѣ нейтрофильно гранулированные, зернистые полиморфно-ядерные лейкоциты чаще всего остаются въ незначительномъ большинствѣ. Замѣчательно появленіе міэлобластовъ—особенно къ концу—и ненормальныхъ клѣтокъ.

**Діагностическія затрудненія** возникаютъ, главнымъ образомъ, въ томъ случаѣ, если на картину измѣненія крови и на опухоль селезенки вліяютъ осложненія и лечебные приемы (см. ниже). Впрочемъ, особенно значительные лейкоцитозы встрѣчаются у малокровныхъ по различнымъ причинамъ (напр., септицемія) и при грануломатозѣ, хотя здѣсь картины измѣненія крови менѣе пестры, участія же зоинофиловъ и откормленныхъ клѣтокъ не имѣется. Сравнительно съ Jaksch-Hauep'овскимъ малокровіемъ, которое, впрочемъ, отличается отъ міэлоидной лейкеміи клинически и анатомически лишь въ количественномъ отношеніи, можетъ практически рѣшить вопросъ, главнымъ образомъ, предѣльный для процесса возрастъ (5 лѣтъ).

Міэлоцитоматозы, по крайней мѣрѣ, временно, т. е. въ началѣ и во время ремиссій, могутъ протекать также сублейкемически и алейкемически: „міэлоидныя псевдолейкеміи“.

4. Міэлосаркоматозы («множественныя, агрессивныя міэломы» въ костномъ мозгу и внѣ его) въ дѣтскомъ возрастѣ неизвѣстны. Напротивъ—сравнительно часто встрѣчаются, въ видѣ особаго типа или особыхъ формъ теченія лимфо- и міэлоцитоматозовъ.

### Хлоромы

(хлоролимфо- и хлороміэлосаркомы) съ лейкемическимъ характеромъ и безъ него. Наибольшее число наблюдавшихся до сихъ поръ случаевъ хлоромы касалось (мужскихъ) индивидуумовъ юношескаго возраста (4—30 лѣтъ), изъ нихъ половина была дѣтей. Хлоромы отличаются отъ соотвѣстныхъ лейкемій и псевдолейкемій съ анатомической стороны особенно обширными, генерализованными надкостничными разраженіями клѣтокъ, которыя по неизвѣстнымъ причинамъ часто принимаютъ желтую или сѣровато-зеленую окраску, развиваясь преимущественно на плоскихъ костяхъ черепа (въ области глазницы, висковъ и щекъ), на костяхъ скелета грудной клѣтки, рѣже на наружной кожѣ и въ сыровоточныхъ оболочкахъ. Клинически онѣ отличаются образованіемъ симметрическихъ припуханій или опухолей, смѣщающихъ органы (напр., выпячиваніе глазныхъ яблокъ, параличъ головныхъ нервовъ), далѣе востаніемъ въ полости тѣла (каналъ



Рис. 23. 2½-лѣтній мальчикъ съ хлороматозными опухолями плоскихъ костей черепа, позвонковъ, глазницы съ гиперплазіей лимфатическихъ узловъ и анеміей †. (Изъ королевской университетской дѣтской клиники въ Мюнхенѣ, проф. Pfaunder).

спинного мозга, полость рта, хоаны, полость скалистой кости) и рано вызывают характерный симптомокомплекс. Ихъ агрессивный характеръ ставитъ хлоромы между цито- и саркоматозами. Впрочемъ анатомическія и клиническія явленія вполне соотвѣтствуютъ наблюдаемымъ при обыкновенномъ лимфо- или мѣлоцитоматозѣ. Теченіе всегда острое, весьма тяжелое, продолжительность заболѣванія до исхода въ смерть составляетъ всего нѣсколько мѣсяцевъ.

При

### 5. Грануломатозѣ

образуются вслѣдствіе хронически протекающихъ, воспалительныхъ процессовъ постепенно затвердѣвающихъ, склеивающихся грануляціонныхъ опухолей лимфатическихъ железъ съ склонностью къ омертвѣ-

нію, оплотнѣнію, образованію рубцовъ безъ лимфоцитарнаго разрошенія и безъ агрессивнаго роста. Составляютъ онѣ, главнымъ образомъ, изъ эндотеліоидныхъ и эпителиоидныхъ клѣтокъ, гигантскихъ, веретенообразныхъ, круглыхъ клѣтокъ, фибробластовъ и фибрина. Грануломы встрѣчаются отчасти генерализованными съ самаго начала, отчасти все время мѣстными. Лимфатическая ткань селезенки и печени въ дальнѣйшемъ теченіи поражается въ большинствѣ случаевъ, тогда какъ ткань другихъ органовъ (напр., костнаго мозга)—рѣдко.

**Симптомы.** Прежде всегда появляются мягкія, гроздевидныя, железистыя опухоли на шеѣ (одностороннія, затѣмъ двустороннія) и вскорѣ наступаютъ признаки суженія пространства въ средостѣніи. При общей формѣ, протекающей хронически и фатально, вызывающей малокровіе, кахексію, заканчивающейся обычно смертью, наступаетъ послѣ постепеннаго затвердѣнія лимфатическихъ железъ также увеличеніе печени и селезенки. Характерны являющіеся (даже у не туберкулезныхъ) длительные, тяжелые періоды лихорадки (intermittens). Подозрѣніе о грануломатозѣ подтверждается, главнымъ образомъ, обычной наличностью діазореакціи въ мочѣ. Диагнозъ рѣшается при жизни только гистологическимъ изслѣдованіемъ вырѣзанной железы.

Формы, остающіяся локализованными, излечиваются (у сифилити-



Рис. 24. 7½-лѣтній мальчикъ съ грануломатозомъ, преимущественно шейныхъ железъ. Диагнозъ подтвержденъ гистологическимъ изслѣдованіемъ. (Изъ королевской университетской дѣтской клиники, Мюнхенъ, проф. Pfaundler).

селезенки. Характерны являющіеся (даже у не туберкулезныхъ) длительные, тяжелые періоды лихорадки (intermittens). Подозрѣніе о грануломатозѣ подтверждается, главнымъ образомъ, обычной наличностью діазореакціи въ мочѣ. Диагнозъ рѣшается при жизни только гистологическимъ изслѣдованіемъ вырѣзанной железы.

ческих лиц). Въ отличіе отъ золотушныхъ лимфаденитовъ грануломы не склонны срастаться съ кожей, подвергаться прободенію, не имѣютъ никакого отношенія къ частичнымъ страданіямъ кожи и слизистыхъ оболочекъ.

#### Возникновеніе лейкемій и псевдолейкемій.

Міэлоцитоматозъ, принципиально совершенно сходный съ міэлоцитоматозомъ при міэлоидной лейкемій, имѣется физиологически у зародыша и возникаетъ путемъ метаплазій послѣ родовъ въ силу заразныхъ, токсическихъ, актиническихъ раздраженій. То же самое относится къ эмбриональному лимфоцитоматозу, который отличается отъ такового же при лимфоидной лейкемій развѣ только количественно. Установленіемъ этихъ фактовъ (Naegeli) проложенъ путь для изученія патогенеза лейкемическихъ заболѣваній, но здѣсь не выяснена до сихъ поръ этиологія. При многихъ видахъ патологическаго лейкопэза (напр., при міэлопэзѣ вслѣдствіе остеосклероза) можно думать о чисто компенсаторныхъ явленіяхъ, при другихъ (напр., при міэлопэзѣ вслѣдствіе развивающагося послѣ геморрагій, токсогеннаго и заразнаго малокровія) — объ увеличенныхъ требованіяхъ и потребностяхъ, третьихъ — о непосредственно специфически раздражающемъ дѣйствиі эктогенныхъ и эндогенныхъ веществъ (специфическаго возбудителя?).

Грануломатозы завязятъ частіи непосредственно отъ туберкулезнаго (Sternberg), въ другихъ случаяхъ — отъ сифилитическаго яда. Въ третьей части случаевъ нѣтъ ни бугорчатаго, ни сифилитическаго зараженія, ни какой бы то ни было другой опредѣленной причины (злокачественный грануломатозъ).

Истиннаго

#### Леченія

дѣтскихъ лейкемій нѣтъ. Правда, можно, особенно при міэлоцитоматозѣ, вызвать непосредственное разрушеніе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ въ кровообращеніи, а также мѣшать ихъ чрезмѣрному новообразованію и вымыванію, задерживая цитогенезъ, и въ началѣ заболѣванія дѣйствительно можно наблюдать даже не только поразительное уменьшеніе симптомовъ „лейкемій“, но и другое благопріятное вліяніе на явленія болѣзни (опухоль, малокровіе) съ яснымъ улучшеніемъ общаго состоянія. Но, вѣдь, всегда бывають возвраты. Такіе временные, но несомнѣнно продолжающіе жизнь успѣхи слѣдуетъ ставить наравнѣ съ благопріятнымъ дѣйствіемъ присоединяющихся заразныхъ болѣзней, что достигается вѣрнѣе и надежнѣе всего, съ одной стороны, мышьякомъ (Liquor Fowleri внутрь до 12 капель ежедневно въ теченіе мѣсяцевъ), съ другой стороны, Röntgen'овскими лучами въ количествѣ 2—6 разъ на область селезенки, на группы лимфатическихъ железъ, жесткими трубками, на разстояніи по крайней мѣрѣ 40 куб. см. въ теченіе 5—10 минутъ. Въ первомъ случаѣ угрожаютъ, конечно, явленія отравленія и токсогенное малокровіе, во-второмъ дерматитъ; и тамъ и здѣсь можетъ произойти слишкомъ бурная реакція (лихорадка и смерть), отъ которой не въ состояніи предохранять навѣрное даже осторожная дозировка и непрерывный контроль. Точкой опоры при оцѣнкѣ дѣйствія служитъ опредѣленіе количества красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и гемоглобиноваго показателя въ крови, также эндогенной мочевоы кислоты въ мочѣ. Притомъ надо, однако, имѣть въ виду, что полный эффектъ примѣненія Röntgen'овскихъ лучей обыкновенно наступаетъ спустя нѣсколько дней.

При алейкемическихъ лимфаденозахъ и міэлозахъ, особенно при лимфосаркоматозѣ, каждый опытный наблюдатель можетъ иногда видѣть поразительные результаты отъ тѣхъ же средствъ. Стойкіе успѣхи леченія тѣмъ не менѣе сомнительны. Леченіе общихъ грануломатозовъ безнадежно. Мѣстныя грануломы вылущаютъ или лечатъ іодомъ (часто съ успѣхомъ, какъ при внутреннемъ, такъ и при наружномъ



примѣненіи)—разъ только сифилитическій характеръ ихъ не требуетъ другой, болѣе дѣйствительной терапіи.

### Möller-Barlow'sкая болѣзнь.

**Сущность, анатомія.** Болѣзнь, носящая это названіе, зависитъ, повидимому, отъ пораженія костнаго мозга — міэлоза. Послѣдній отличается отъ міэлозовъ, ведущихъ къ лейкеміи и псевдолейкеміи, главнымъ образомъ, тѣмъ, что здѣсь вмѣсто міэлоидной паренхимы разрастается межучочная соединительная ткань, благодаря чему паренхима до нѣкоторой степени сдавливается, замѣняясь сплетеніемъ веретенообразныхъ и звѣздчатыхъ клѣтокъ съ промежуточнымъ основнымъ веществомъ. Превращеніе клѣточкаго костнаго мозга въ фиброзный соединительнотканый, плотный мозгъ (Naegeli) совершается въ мѣстахъ наибольшаго роста, на концахъ діафизовъ длинныхъ трубчатыхъ костей, на ребрахъ и черепѣ. Въ результатѣ получаютъ 2 послѣдствія:

Во-первыхъ, въ заболѣвшихъ мѣстахъ нарушается дѣятельность остеобластовъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ и дальнѣйшее новообразованіе кости, благодаря чему при замедленномъ всасываніи возникаютъ пробѣлы въ корѣ и ограниченная ненормальная ломкость костей (міэлогенный дѣтскій остеитабесъ). Мышечныя натяженія и незначительныя травмы ведутъ къ надломамъ, переломамъ въ концахъ діафизовъ трубчатыхъ костей и реберъ.

Отъ настоящихъ рахитическихъ поражений костей описанныя здѣсь измѣненія отличаются существенно. Наличность рахита, однако, можетъ благоприятствовать перелому заболѣвшихъ концовъ діафизовъ.

Во-вторыхъ, страдаетъ гемопѣтическая функція костнаго мозга, слѣдствіемъ чего являются прогрессивное малокровіе и геморрагическій діатезъ, обнаруживающійся въ особенности на мѣстахъ переломовъ (поднадкостничныя кровоизліянія и кровоизліянія въ костный мозгъ), равно и въ другихъ пунктахъ.

**Клиническіе признаки.** Остеитабесъ вызываетъ: сильную болѣзненность заболѣвшихъ костей, особенно концовъ діафизовъ при движеніи, соприкосновеніи, и какъ слѣдствія — ложный параличъ (впрочемъ, необязательный признакъ), вздутіе соответственныхъ частей скелета, особенно костей бедра и голени, колѣннаго сустава, костей плеча и предплечья—локтевого сустава, реберъ на мѣстахъ соединенія кости съ хрящемъ (рѣже плечевыхъ костей) съ тѣстообразнымъ припуханіемъ мягкихъ частей, въ которыхъ развиваются кровоподтеки, съ напряженіемъ кожи, обезображиваніемъ (напр., западеніемъ грудины вмѣстѣ съ реберными хрящами), крепитацией.

Геморрагическій діатезъ выражается на слизистыхъ оболочкахъ припуханіемъ, разрыхленіемъ десенъ (только при прорѣзывающихся или прорѣзавшихся зубахъ!), кровоизліяніями въ соединительную оболочку, носъ, кишечникъ, мочевые пути (кровавыя испраженія, гематурія), на надкостницѣ челюстей, на заболѣвшихъ трубчатыхъ костяхъ сильными под- и наднадкостничными образованіями кровяныхъ сгустковъ, на стѣнкахъ глазницы—пучеглазіемъ и кровянистымъ пропитываніемъ вѣкъ, на черепныхъ покровахъ—образованіемъ кефалгематомъ \*), на наружной кожѣ—петехіями, кровоподтеками и отеками.

\*.) Немного страннымъ кажется категорическое заявленіе о возникновеніи кровяной опухоли новорожденныхъ въ силу геморрагическаго діатеза потому,

Рис. 25.



Рис. 25. Плечевая кость ребенка 1-го года съ болѣзью Barlow'a. Мягкія части удалены, для того чтобы яснѣе обнаружить мѣсто надлома шейки.

Рис. 26. Бедренная кость ребенка 1-го года съ болѣзью Barlow'a. Кровоизліянія въ костный мозгъ и поднадкостничныя кровоизліянія съ приподнятіемъ надкостницы.  
(Изъ корол. дѣтской клиники въ Килѣ, проф. д-ръ W. v. Starck).



РЕНТГ

Рис. 27. Измѣненіе десенъ въ одномъ случаѣ Möller-Barlow'ой болѣзни. (Изъ кор. университетской дѣтской клиники въ Мюнхенѣ, проф. Pfandler).

Изъ признаковъ малокровія наблюдаются блѣдность, въ небольшомъ числѣ случаевъ измѣненія крови, напр., олигохромемія, олигоцитозъ, пойкилоцитозъ, относительный лимфоцитозъ, далѣе учащенное дыханіе, тахикардія, расширеніе сердца и шумы. Часто существуетъ атипическая лихорадка (вслѣдствіе всасыванія ткани послѣ кровотеченія?), нерѣдко отказъ отъ приема пищи.

Всякому наблюдателю болѣзнь Möller-Barlow'a представляется большею частью въ такомъ видѣ: послѣ незначительныхъ предвѣстниковъ (нарушеніе сна, настроенія, аппетита, цвѣта лица), даже безъ этихъ явленій, замѣчаются при купаніи, при обтираніи, при прикосновеніи къ ребенку, поднятіи его, надавливаніи на бедра болѣзненныя явленія, затѣмъ припуханіе въ области колѣна на одной или обѣихъ сторонахъ, а также припуханіе вблизи голеностопнаго, плечевого, лучезапястнаго сустава. По формѣ заболѣвшія части отличаются отъ кровоизліяній въ самые суставы; тутъ дѣло идетъ скорѣе о пораженіи сосѣднихъ концовъ трубчатыхъ костей. Нижнія конечности становятся неподвижными и принимаютъ форму буквы О (поворотъ кнаружи, отведеніе въ тазобедренномъ суставѣ, легкое сгибаніе въ колѣнѣ). Спустя нѣсколько дней замѣчаютъ валикообразное утолщеніе и синеватую окраску десенъ на мѣстѣ прорѣзавшихся или только прорѣзывающихся зубовъ, на кожныхъ покровахъ наблюдаются мѣстами кровоизліянія въ видѣ укусовъ блохи или болѣе значительныхъ кровоподтековъ. Мать сообщаетъ о своеобразномъ красномъ окрашиваніи смоченныхъ мочею пеленокъ, а въ свѣже-изслѣдованной мочѣ получается осадокъ эритроцитовъ, она представляетъ измѣненія, характеризующія острый геморрагическій нефритъ. Общее состояніе становится все болѣе тяжелымъ, лицо блѣднѣетъ, безпокойство усиливается; неподвижность парализованныхъ конечностей усиливаетъ впечатлѣніе имѣющагося на-лицо истощенія.

Для **распознаванія** особенно важны: пораженіе десенъ, псевдопаретическія явленія, болѣзненное опуханіе конечностей, гематурія и гематомы. Сочетаніе геморрагическаго діатеза съ множественнымъ заболѣваніемъ костей при нѣкоторыхъ внѣшнихъ обстоятельствахъ (см. ниже) выступаетъ въ доказательной степени. Röntgen'овская картина можетъ быть весьма характерной: обнаруживается неясная тѣнь на мѣстѣ губчататаго строенія внутри концовъ діафизовъ, а также краевыя тѣни періостальныхъ кровоизліяній.

**Теченіе, исходъ.** Болѣзнь развивается большею частью не остро и начинается пищеварительными разстройствами (самый чувствительный индикаторъ!). Клиническіе признаки возникаютъ постепенно, неосложненное теченіе бываетъ хроническимъ (цѣлые мѣсяцы), медленно прогрессирующимъ. Легкіе случаи оканчиваются произвольнымъ излеченіемъ, тяжелые ведутъ, повидимому, въ большинствѣ случаевъ къ смерти (отъ энтерита или пневмоніи). Предсказаніе зависитъ отъ опытности врача.

**Время появленія, этиологія.** Преобладающее большинство заболѣваній приходится на второе полугодіе жизни, рѣже начало относится къ болѣе позднему времени — на 2-й, 3-й — 4 й годы жизни болѣзнь возможна и въ болѣе раннемъ возрастѣ—3-й—5-й мѣсяцы

что въ статьѣ Н. Finkelstein'a и L. Meyer'a «Травмы при родахъ», гдѣ излагается современное ученіе о cephalhaematoma externum, не только не указанъ названный этиологическій моментъ, но даже признанъ сомнительнымъ.

Прим. ред.

жизни. Гораздо чаще страданіе это встрѣчается на сѣверѣ Европы, въ Германіи чѣмъ на югѣ, гдѣ оно во многихъ странахъ почти отсутствуетъ фактически, не только потому, что его не замѣчаютъ. По-видимому, болѣзнь распространилась съ сѣвера (изъ Англии; срв. рахитъ). Заболѣваютъ преимущественно мальчики, почти исключительно дѣти, вскармливаемые искусственно, особенно такія, которыя только или преимущественно вскармливаются рыночнымъ обезпложеннымъ, или другимъ путемъ обработаннымъ молокомъ.

Поэтому болѣзнь Barlow'a рѣдко встрѣчается среди пролетаріата. Ясно, что заболѣваютъ не всѣ вскармливаемые такимъ образомъ дѣти, а только особенно предрасположенныя. Ни одна изъ этиологическихъ гипотезъ (порча молока отъ нагрѣванія, бактерійныхъ токсиновъ, бактерій, положенія) не обоснованы въ достаточной степени. Включить болѣзнь Barlow'a въ группу „разстройство питанія“, значило бы расширять понятіе до безконечности.

**Леченіе.** Со времени первыхъ отчетовъ Barlow'a ни одна дѣтская болѣзнь не имѣла болѣе простаго и благодарнаго леченія, какъ та, которая носить его имя. Ни при одной изъ нихъ малая осведомленность дѣтскихъ врачей (смѣшиваніе съ рахитомъ, остеомаляціей, сифилисомъ, малокровіемъ) не даетъ болѣе тяжелыхъ послѣдствій. Даютъ обыкновенно мало измѣненную пищу: сырое коровье мо-



Рис. 28. Рентгенограмма праваго бедра дѣвочки 1-го года съ Базедовой болѣзью. Поднадкостничное кровоизліяніе на бедрѣ (изъ дѣтской клиники въ Килѣ, проф. W. v. Starck).

локо <sup>1)</sup> (жемчужная болѣзнь коровъ для грудного ребенка безопасна), женское молоко, ежедневно нѣсколько чайныхъ ложекъ сырого сока плодовъ, напр., сока апельсиновъ, любые свѣжіе, мелко-протертые плоды (напр. яблочный мусъ); вмѣстѣ съ тѣмъ назначаютъ кашку изъ зелени или сырой мясной сокъ; „кишечный катарръ“ не является противопоказаніемъ. Дѣйствіе такого леченія можетъ быть поистинѣ названо чудеснымъ; въ теченіе нѣсколькихъ дней исчезаютъ субъек-

<sup>1)</sup> Впрочемъ, разведенное водой или слизистыми отварами. Многіе обращаютъ особое вниманіе на смѣну производителя.

тивные явленія, спустя нѣсколько недѣль и объективные. Излеченіе тяжелыхъ поражений костей длится нѣсколько мѣсяцевъ. Переломы не требуютъ особыхъ повязокъ, ибо сохранившаяся надкостница большею частью оказывается достаточной: слѣдуетъ избѣгать всѣхъ лишнихъ манипуляцій на ребенкѣ, въ томъ числѣ ваннъ и противовоспалительныхъ обертываній.

### Добавленіе.

Многія изъ описанныхъ выше болѣзненныхъ состояній крови и кроветворныхъ органовъ сопровождаются закономѣрно или случайно выраженной склонностью къ кровотечениямъ съ геморрагическимъ предрасположеніемъ (діатезомъ). То же относится къ группѣ истинныхъ заразныхъ болѣзней, особенно къ бугорчаткѣ, многимъ отравленіямъ и т. д. Среди заболѣваній, ведущихъ къ синдрому

#### геморрагическаго діатеза,

существуютъ и такія, признаки которыхъ, при теперешнемъ состояніи науки, почти исключительно ограничиваются этими явленіями. Подобное состояніе обыкновенно обозначается семіотическими названіями „purpura“, „пятнистая болѣзнь“ и т. д.; хотя это и противорѣчитъ примѣняемымъ въ настоящее время систематическимъ принципамъ, а звучныя имена скрываютъ неустойчивость и отсутствіе опредѣленныхъ понятій, тѣмъ не менѣе нельзя было бы возразить противъ этого ничего серьезнаго, если бы здѣсь дѣло шло о нозологической единицѣ. Но очевидно это не такъ.

Большая часть такъ наз. „идіопатическихъ геморрагическихъ діатезовъ“ отличается отъ „симптоматическихъ, сопровождающихъ“ только тѣмъ, что въ виду отсутствія случая къ этому или достаточнаго знакомства съ дѣломъ анатомическое, клиническое и гематологическое изслѣдованіе остались недостаточными и потому безрезультатными, лжно толковались или совершенно не производились.

1. Въ особенности лимфоцитоматозы, какъ остро протекающіе лейкемическіе, такъ и алейкемическіе, а также нѣкоторые виды малокровія всегда очень легко симулируютъ „purpura fulminans“, „morbus maculosus“ и т. д. При этомъ можетъ отсутствовать увеличеніе селезенки и лимфатическихъ железъ; данныя крови могутъ быть количественно и качественно ничего не значущими, даже результаты вскрытія специалистами патологической анатоміи не вызываютъ у нихъ мысли о подобномъ заболѣваніи (Naegeli). Однако точное гематологически-гистологическое изслѣдованіе кровотворныхъ органовъ несомнѣнно указываетъ на алейкемически-лейкемическій лимфоцитоматозъ.

2. Совершенно то же можно сказать о геморрагическихъ діатезахъ при криптогенетическихъ септическихъ заболѣваніяхъ (палочка снѣга гноя, зараженіе кокками), опредѣленіе которыхъ часто возможно только съ помощью правильно выполненнаго бактериологическаго изслѣдованія крови и органовъ.

3. Многіе „идіопатическіе геморрагическіе діатезы“ протекаютъ благопріятно, безъ серьезныхъ разстройствъ общаго состоянія или съ большими интермиссіями; при этомъ нѣкоторые считаютъ возможнымъ исключить здѣсь лейкемическія, псевдолейкемическія и септическія основныя болѣзни, но безъ основанія: во многихъ повторныхъ „возвратахъ“ такъ наз. „Werlhof'овой болѣзни“ можетъ, напр., обна-

ружиться лейкомическій характеръ всего заболѣванія. Во всякомъ случаѣ слѣдуетъ признать, что нѣкоторый остатокъ подобныхъ состояній можетъ принадлежать къ симптомокомплексу новыхъ болѣзненныхъ типовъ и совершенно неизслѣдованныхъ поражений кровотошныхъ органовъ или стѣнокъ сосудовъ. Сказанное относится особенно къ проявляющемуся уже въ дѣтскомъ возрастѣ семейному, привычному геморрагическому діатезу мужчинъ, къ рѣдкой формѣ гемофилій или кровоточности.

Анафилактическая реакція сопровождается уменьшенной свертываемостью крови, что предрасполагаетъ къ кровоточеніямъ.

Номенклатура разбираемыхъ состояній можетъ выразиться въ слѣдующей схемѣ:

Кровоточенія различныхъ степеней, часто связанныя съ напоминающими крапивницу эксудативными эритемами и сывороточными инфильтраціями (или только послѣдними).

A.

Въ сывороточныхъ оболочкахъ суставовъ (періартикулярно или артикулярно), рѣже въ плеврѣ, перикардѣ и эндокардѣ.

B.

На наружной кожѣ, особенно на отлогихъ, травматически раздражаемыхъ мѣстахъ вблизи суставовъ.

C.

На слизистыхъ оболочкахъ (въ носу, въ полости рта, на соединительной оболочкѣ глаза, въ ухѣ, кишечникѣ, мочевыхъ путяхъ и въ мышцахъ).

*Purpura haemorrhagica* (*purpura simplex* въ легкихъ, *purpura fulminans* въ наиболѣе тяжелыхъ случаяхъ).

*Purpura rheumatica* = *Peliosis* (Schönlein).

*Morbus maculosus* (Werlhof) въ легкихъ,

*Purpura abdominalis* (Henoch) въ тяжелыхъ случаяхъ.

Въ симптоматологій нужно отмѣтить слѣдующее: предвѣстники и сопутствующія явленія сходны съ предвѣстниками при различныхъ малокровіяхъ: блѣдность, головная боль, мышечныя и костныя боли, усталость, общая слабость, отсутствіе аппетита, повышеніе температуры; далѣе рвота, колики, поносы.

Пятна весьма различныхъ по расположенію, формѣ, протяженію кровоизліяній въ кожу (петехій, синяковъ, кровоподтековъ и т. п.) остаются и при давленіи, продѣлываютъ извѣстную смѣну цвѣтовъ, свойственную обратному развитію гемоглобина, а иногда даютъ возможность прощупать плотные узлы (свертки фибрина?).

Крайне гетерогенныя свойства болѣзненныхъ состояній (предпочитающихъ болѣе поздній дѣтскій возрастъ) не даютъ, конечно, возможности говорить о законномѣрномъ теченіи и исходѣ. По той же причинѣ

Леченіе можно разсматривать только съ симптоматической точки зрѣнія. Несомнѣнно установлено, что покой въ постели (менѣе надежны сдавливающія повязки) противодѣйствуетъ возникновенію кровоизліяній и во многихъ легко протекающихъ случаяхъ можетъ совершенно прекратить болѣзнь. Если же больной встаетъ слишкомъ рано, то кровоточеніе возобновляется. Для того, чтобы установить, имѣется ли еще склонность къ кровоточеніямъ, Heubner рекомендуетъ испытаніе легкими уколами булавки.

Большинство старыхъ лекарственныхъ „кровоостанавливающихъ“, какъ извѣстно, ненадежно, мягко выражаясь. Полуторохлористое желѣзо и эрготинъ смѣнялись препаратами надпочечниковъ и желатины, которые назначаются мѣстно, внутрь и подкожно (адреналинъ 1 : 1000 въ видѣ компрессовъ или по каплямъ внутрь, стерильная 10% желатина для сдавливающихъ повязокъ или подкожно по 20—40 грм., или въ видѣ 1—2% желатиноваго чая чашками, въ формѣ 10% желатиноваго желе съ сиропомъ чайными ложками).

При гемофилии благоприятные результаты давали подкожныя и внутривенныя впрыскиванія кровяной сыворотки (10—20 куб. см. свѣжей сыворотки лошади, кролика, человѣка). Можно ли эти данныя переносить и на приобретенные геморрагическія діатезы, или „повторяемая время отъ времени“ впрыскиванія могутъ вызвать довольно опасныя анафилактическія явленія, что а priori почти неизбѣжно — пока еще не выяснено. При пурпурѣ покрововъ живота впрыскивали сѣрнокислый атропинъ (по 0,0003).

### Рахитъ.

**Анатомія.** При рахитѣ измѣняется, главнымъ образомъ, скелетъ; макроскопически въ стадіи наибольшаго развитія кости болѣе или менѣе размягчены и обезображены вздутіями, искривленіями, перегибами, образованіями мозолей. Надкостница и костный мозгъ гиперемированы, первая часть значительно утолщена, образуя губчатая отложенія (на черепныхъ костяхъ).

Наиболѣе важныя микроскопически-анатомическія критеріи рахита относятся также къ измѣненіямъ скелета; вотъ они (по Rommer'у и Schmorl'ю):

1. Во время развитія болѣзни новообразованное костное и хрящевое вещество недостаточно или совершенно не подвергается окостенѣнію. При этомъ во время развитія рахита на всемъ скелетѣ наблюдаютъ лишнюю извести хрящевую и костную (такъ наз. остеоидную) ткань на гораздо большемъ, чѣмъ нормально, протяженіи въ смыслѣ толщины и протяженія; особенно это наблюдается тамъ, гдѣ въ соответственномъ періодѣ развитія уже нормально энергія роста особенно велика, т. е. въ области надкостницы и подхрящевыхъ поясахъ. Новообразование остеоидной ткани происходитъ всюду, по крайней мѣрѣ, въ тѣхъ же размѣрахъ, какъ въ нормальныхъ условіяхъ. На мѣстахъ, къ которымъ предъявляются особенно сильныя механическія требованія (на концахъ діафизовъ, мѣстахъ прикрѣпленія сухожилій, въ наиболѣе сильныхъ сгибахъ и т. д.), вызванная мягкостью



Рис. 29. 6-лѣтній мальчикъ съ геморрагическимъ діатезомъ. (Изъ королевской университетской дѣтской клиники. Мюнхенъ. Проф. Pfaunder).

остеоидной ткани механическая недостаточность (уменьшенная поддерживающая сила и устойчивость къ давленію и напряженію), повидимому компенсируется еще чрезмѣрнымъ новообразованиемъ или уменьшеннымъ рассасываніемъ. Такое особенно сильное новообразование и массовое отложеніе (вторичное явленіе) сопровождается, конечно, сильной васкуляризацией (по Kassowitz'y воспаленіе, оститъ и періоститъ, *ostitis* и *periostitis rachitica*). Гдѣ оно выступаетъ сильнѣе, тамъ говорятъ о гиперпластической (остеофитной) формѣ рахита.

2. Образовавшіяся уже до начала заболѣванія кости становятся болѣе бѣдными и известью и благодаря этому размягчаются (*halisteresis*). Это обѣднѣніе известью, вопреки прежнему ученію, не надо представлять себѣ подобно тому, какъ оно получается при обработкѣ костей кислотами, чтобы сдѣлать ихъ доступными разрѣзыванію (химическое отнятіе извести); скорѣе оно происходитъ біологически, благодаря тому, что фізіологическое всасываніе старыхъ костныхъ частей продолжается, а замѣняются они новообразующимся, бѣднымъ известью или свободнымъ отъ нея веществомъ. Отнятіе извести отъ готовыхъ костей при развитіи рахита является, такимъ образомъ, исключительно слѣдствіемъ необъизвѣствленія остеоидной ткани (см. 1). Оно вполне тождественно съ обѣднѣніемъ известью при остеомаляціи, выражаясь, разумѣется, особенно тамъ, гдѣ кость уже нормально менѣе массивна (краніотабическія мѣста на затылкѣ). Рахитическій галистерезъ можетъ превратить трубчатыя кости въ легко разрѣзывающіеся, напоминающіе резину, эластическіе тяжи (остеомаляціанная форма рахита).

Размягченіе костной ткани можетъ происходить въ фізіологической или въ усиленной степени. Послѣдняя ведетъ къ остеопорозу, который иногда наблюдается при рахитѣ (остеопоротическая форма рахита). Этого остеопорозъ, поскольку онъ вообще переходитъ за фізіологическіе предѣлы, повидимому, связанъ съ неподвижностью конечностей, съ анемическими и дистрофическими состояніями; такимъ образомъ онъ представляетъ собою факультативное явленіе, отнюдь не связанное непосредственно и существенно съ самымъ рахитомъ.

3. Эндохондральное окостенѣніе нарушено характернымъ образомъ, именно постольку, поскольку отсутствуетъ подготовительное объизвѣствленіе хряща и (неправильно) распространяющійся и сильно васкуляризованный поясъ разрошенія хряща расширяется. Расширеніе это происходитъ вслѣдствіе замедленного рассасыванія, а послѣднее—отъ разстройства объизвѣствленія. Характерныя для рахита эндохондральныя разстройства окостенѣнія связаны съ продольнымъ ростомъ костей во время заболѣванія и потому отсутствуютъ при остеомаляціи (взрослыхъ). Несвоевременное наступленіе процесса объизвѣствленія хрящей и костей лежитъ такимъ образомъ въ основѣ разстройствъ окостенѣнія.

4. Въ костномъ мозгу рахитическихъ дѣтей иногда наблюдаютъ фиброзные очаги. Вопреки прежнимъ наблюденіямъ, *Margan* въ послѣднее время считаетъ измѣненія костнаго мозга при рахитѣ постоянными и въ патогенетическомъ отношеніи весьма важными данными (см. ниже). Первая фаза (клинически скрытая) рахитическаго пораженія костнаго мозга, по *Margan*'у, характеризуется ирритативной, атипической и отклоняющейся пролифераціей паренхимы костнаго мозга и хрящевыхъ клѣтокъ, вторая фаза (клинически ясный рахитъ)—образованиемъ волокнистаго костнаго мозга (ср. болѣзнь *Baglow'a*). Также и по *Ziegler*'у разрошеніе клѣтокъ костнаго мозга, называемыхъ имъ «эндо-стомъ», т. е. слоя костнаго мозга, прилегающаго къ кости, является наиболѣе важнымъ факторомъ.



Въ стадіи выздоровленія отъ рахита наблюдаютъ возстановленіе процесса предварительнаго обызвѣствленія хряща и превращеніе остеонидной ткани въ твердую, склеротическую, неуклюжую кость: эбурнеація.

Относительно обезображиванія рахитическаго скелета см. симптоматику.

Сколько-нибудь характерныя явленія въ мягкихъ частяхъ при тяжеломъ рахитѣ наблюдаются на поперечнополосатой (и гладкой) мышечной ткани (узкія, незрѣлыя волокна, увеличенныя въ количествѣ ядра, неясная полосатость) и считаются специфическими разстройствами питания регрессивнаго характера.

Часто печень и селезенка (пупыла и фолликулы) гиперпластичны, мякотная часть лимфатическихъ железъ увеличена.

**Патологическая химія.** Рахитическія кости и хрящи, въ противоположность мягкимъ частямъ, очень бѣдны минеральными составными частями, особенно  $\text{CaO}$  и  $\text{P}_2\text{O}_5$ . Содержаніе золы въ сухомъ веществѣ реберъ и позвонковъ можетъ понизиться приблизительно съ 60% до 20%. Съ потерей извести, быть можетъ, связано набуханіе хрящей (іоны кальція задерживаютъ процессъ присасыванія воды), которое (вопреки Красногорскому) при массовомъ увеличеніи играетъ лишь второстепенную роль, въ происхожденіи же рахита вовсе не играетъ роли. Что недостаточное обызвѣствленіе частей скелета при рахитѣ сопровождается уменьшенной задержкой извести, что рахитическій галистерезъ иногда ведетъ къ отрицательному балансу извести, что въ стадіи выздоровленія, напротивъ, появляется большая потребность въ извести,—все это можно было предположить уже а priori. Изслѣдованія объѣма веществъ могутъ это подтвердить, но дальнѣйшихъ важныхъ, особенно цѣнныхъ въ смыслъ патогенеза результатовъ они до сихъ поръ не дали.

**Патогенезъ.** Анатомія показала, что главной основой характерныхъ измѣненій скелета является отсутствіе минерализованія хряща и костей. Такой фактъ даетъ для патогенетическаго изученія, по крайней мѣрѣ, точную, обобщающую успѣхъ постановку вопроса; хотя помимо этого особенно надежныхъ, положительныхъ результатовъ еще нѣтъ.

Почему въ началѣ заболѣванія новообразованныя части скелета не отлагаютъ больше солей, по крайней мѣрѣ, неорганическихъ? Можно здѣсь предполагать три возможности. Во-первыхъ, введеніе неорганическихъ составныхъ частей можетъ быть недостаточно въ количественномъ отношеніи или форма, въ которой они приносятся кровью, можетъ быть неподходящей. Говорили о недостаточномъ перевариваніи и всасываніи извести, о недостаточномъ содержаніи ея въ пищѣ; даже пришли къ тому фантастическому взгляду, что естественное вскармливаніе дѣтей женскимъ молокомъ въ настоящее время больше не удовлетворяетъ требованіямъ, которыя предъявляются къ нему растущимъ дѣтскимъ организмомъ въ смыслѣ потребности въ фосфорнокислой извести. Эти взгляды, неоднократно повторяемые (не педиатрами), должны быть окончательно отвергнуты. Повторныя изслѣдованія объѣма веществъ отнюдь не даютъ никакихъ указаній на первичныя разстройства объѣма извести, на специфическое первичное разстройство объѣма веществъ. Равнымъ образомъ, не выполняются три логическія предпосылки этихъ учений. Дѣло въ томъ, что (по Brubacher, Stöltzner, Cronheim и Müller) объѣднѣніе извѣстью не поражаетъ въ той же степени и мягкія части рахитическаго тѣла, а по общему мнѣнію всѣхъ дѣтскихъ врачей, ни увеличенное введеніе извести и фосфора, ни улучшеніе всасыванія извести какимъ бы то ни было успѣшнымъ образомъ не можетъ считаться сколько-нибудь надежнымъ способомъ леченія въ періодѣ развитія рахита, а заболѣванія, которыя вызываются у растущихъ животныхъ экспериментально бѣдной извѣстью пищей, отличаются отъ рахита (Stöltzner, Schmol) какъ въ гистологическомъ\*),

\*) Въ подтвержденіе сказаннаго мы позволяемъ себѣ привести результаты собственныхъ изслѣдованій, произведенныхъ еще въ 1894 году, но не потерявшихъ научнаго значенія, какъ намъ кажется, и въ данную минуту (Газета «Врачъ»

такъ особенно въ биохимическомъ отношеніи. Промытыя конечности и кашка изъ хрящевыхъ костей такихъ животныхъ, вскармливавшихся бѣдной известью пищей, жадно привлекаютъ къ себѣ—изъ нейтральныхъ растворовъ извести—соли и іоны кальція, чего нельзя въ той же степени сказать о рахитическомъ матеріалѣ.

Во вторыхъ, отложенію извести могли бы противоѣдѣствовать особыя условия, напр., непрерывное отнятіе извести ненормальными кислотами тканевыхъ соковъ, но взглядъ на рахитъ, какъ на ацидозъ, былъ опровергнутъ Stöltzner'омъ. Кислотность или щелочность тканевыхъ жидкостей не измѣнена.

Остается наиболѣе вѣроятное а priori третье предположеніе, что особое болѣзненное свойство находящихся въ періодѣ роста тканей скелета само препятствуетъ минерализаціи. Это отнюдь не означаетъ, что рахитическое заболѣваніе ограничивается только скелетомъ, ибо, напротивъ, пораженію временно препятствующему минерализаціи, въ другихъ органахъ могли бы соотвѣтствовать другія разстройства (напр., мидистрофія, малокровіе).

Какого же свойства измѣненія въ костяхъ и хрящахъ, препятствующія минерализаціи? По мнѣнію М. Kasso witz'a, здѣсь имѣють значеніе воспалительные процессы, въ истинномъ смыслѣ этого слова, но, согласно тщательнымъ изслѣдованіямъ наиболѣе выдающихся анатомовъ (Pommer, v. Recklinghausen), и такое положеніе не подтвердилось. Schmorl опровергаетъ указанія Stöltzner'a въ томъ смыслѣ, что при рахитѣ отсутствуетъ обнаруживаемая микрохимически метаплазія, способствующая въ нормальныхъ условияхъ созрванію остеонидной ткани и превращенію ея въ мѣсто для отложенія извести, что, слѣдовательно, въ основѣ рахитическаго процесса лежитъ задержка развитія.

На основаніи упомянутыхъ выше данныхъ о первичныхъ, ирритативныхъ, общаго характера измѣненіяхъ костнаго мозга, Marfan въ нѣбольшее время пришелъ къ выводу, что процессы эти нарушаютъ функцію (возникающихъ изъ костнаго мозга) остеобластовъ, благодаря чему задерживается процессъ обывѣствленія. Предположеніе о такомъ міелогенномъ заболѣваніи, несмотря на ученіе Ziegler'a о функциональной независимости элементовъ костнаго мозга образующихъ кровь отъ элементовъ, служащихъ возникновенію кости, весьма поучительны, въ виду отношенія рахита къ болѣзни Barlow'a и Jaksch-Hauep'овскому малокровію.

Дальнѣйшія гипотезы объ этомъ пунктѣ, напр., гипотеза выпаденія нѣкотораго вліянія на ткань скелета вслѣдствіе выдѣлений различныхъ железъ съ внутренней секретіей (вилочковой железы, щитовидной железы, парашитовидной железы, надпочечниковъ, печени), въ настоящее время не имѣють еще надежной, положительной точки опоры.

**Частота и этиологія.** Оцѣнивать частоту рахита цифрами невозможно въ виду постояннаго, чисто субъективнаго отграниченія его признаковъ отъ физиологическихъ условий. Въ большей степени, чѣмъ чрезвычайно колеблющаяся и дающая лишь возможность грубой ориентировки данныя клиническаго изслѣдованія, здѣсь заслуживаютъ вниманія выполненныя опытными лицами, притомъ систематическія анатомическія изысканія на большомъ наудачу взятомъ матеріалѣ. Согласно такимъ даннымъ Schmorl'я составлена слѣдующая таблица,

1896 г. № 49): «На микроскопическихъ препаратахъ, полученныхъ изъ костей, представившихъ всѣ клиническіе признаки англійской болѣзни, линія окостенѣнія оказалась совершенно правильной, безъ зубчатости, а мозговая пространства хотя и казались шире обыкновенныхъ, но сохранили довольно правильное направленіе. Ясно выступавшія на костяхъ собакъ и поросенка припухлости концовъ трубчатыхъ костей и вздутія на мѣстахъ перехода реберъ въ хрящъ можно было объяснить только усиленнымъ размноженіемъ клѣточекъ этихъ послѣднихъ; впрочемъ, микроскопическая картина не давала достаточнаго права съ положительностью утверждать и такое размноженіе. Равнымъ образомъ, трудно, чтобы не сказать болѣе, было признать и чрезвѣрное развитіе сосудовъ *conditio sine qua non* истинной англійской болѣзни. Изъ сказаннаго ясно, что микроскопическимъ измѣненіямъ въ костяхъ животныхъ, вполне похожимъ на измѣненія, бывающія при англійской болѣзни, не всегда соотвѣтствуютъ и такія же микроскопическія измѣненія».

Прим. ред.

согласно которой рахитъ никогда не встрѣчается до середины второго мѣсяца жизни, лишь рѣдко по окончаніи второго года жизни, тогда какъ въ промежуткѣ между этимъ временемъ онъ поражаетъ чуть не всѣхъ дѣтей.

Таблица 2.

Процентное количество наблюдаемыхъ въ каждомъ возрастѣ рахитическихъ и нерахитическихъ дѣтей.

Возрастъ. Мѣсяцы.		0—1	1—3	3—6	6—9	9—12	12—18	12—24	24—36	36—48
Рахитическія измѣненія.	Отсутствіе измѣненій . . . . .	100	39,4	3,0	6,0	2,7	1,7	9,1	12,3	29,4
	Начинающіяся (распознаваемая только микроскопически) . . . . .	—	48,5	55,8	32,0	9,2	6,8	6,1	—	—
	Находящіяся въ полномъ развитіи (распознаваемая макроскопически и микроскопически) . . . . .	—	21,1	20,6	43,2	60,0	54,2	30,3	20,1	5,9
	Выздоровливающія . . . . .	—	—	20,6	18,8	26,7	25,4	33,3	21,5	8,8
	Выздоровѣвшія . . . . .	—	—	—	—	1,4	11,9	21,2	46,1	55,9

При этомъ слѣдуетъ, разумѣется, имѣть въ виду, что дѣло шло о преждевременно скончавшихся дѣтяхъ преимущественно изъ бѣднаго класса населенія и что рахитъ въ районѣ дѣятельности автора особенно распространенъ.

Недоноски заболѣваютъ, по наблюденіямъ автора, не въ томъ же стадіи ихъ развитія, но приблизительно въ томъ самомъ возрастѣ, какъ и доношенныя дѣти.

Частота и тяжесть рахита, въ частности, зависятъ отъ унаслѣдованныхъ моментовъ (ясно выраженное появленіе въ извѣстныхъ семьяхъ по Ritter'у; гетерологическія формы наследственности также имѣютъ здѣсь значеніе), отъ способа вскармливанія; тяжелыя формы встрѣчаются гораздо чаще у перекармливаемыхъ рожковыхъ дѣтей, чѣмъ при грудномъ вскармливаніи. Нельзя, однако, утверждать, что другія заболѣванія (разстройства питанія, зараженія) стали бы вызывать рахитизмъ. Страданія, задерживающія ростъ, повидимому, противодѣйствуютъ проявленію рахитическихъ признаковъ, такъ, напр., дѣти-атрофики никогда не страдаютъ тяжелымъ рахитомъ. Во всякомъ случаѣ нерѣдко наблюдаются рахитическія явленія у дѣтей, вскармливаемыхъ естественнымъ или правильно производимымъ искусственнымъ способомъ и пользующихся безупречнымъ уходомъ, имѣющихъ нормальные или превышающіе норму размѣры тѣла, не страдавшихъ ни разу никакими разстройствами. Дѣти тучныя или часто болѣвшія, слабыя болѣе расположены къ тяжелому рахиту, но здѣсь, вѣроятно, играетъ посредственную роль ограниченность движеній.

Далѣе рахитъ, какъ народная болѣзнь, зависитъ отъ образа жизни. Всякое нарушеніе естественнаго первоначальнаго

образа жизни, въ связи съ домашней обстановкой и культурностью людей, особенно же противоестественныя домашнія, безъ движеній занятія при ограниченной, односторонней мышечной работѣ, тѣсныя помѣщенія казармъ благопріятствуютъ рахиту или вызываютъ его (Hanse mann, Neumann). Насколько можно было получать на молодыхъ животныхъ экспериментальныя заболѣванія, тождественныя или сходныя съ человѣческимъ рахитомъ, насколько они возникли произвольно (напр., при наблюденіяхъ въ звѣринцахъ!), можно (на основаніи точныхъ опытовъ Findlay) сказать, что здѣсь играли роль не столько умышленно причинявшіяся, вредныя вліянія токсическаго заразнаго пищевого свойства, сколько насильственное измѣненіе обычнаго образа жизни, вызванное запираніемъ въ клѣткахъ. Въ полномъ соотвѣтствіи съ этимъ ученіемъ стоятъ многочисленныя факты изъ исторіи, географіи, этнографіи рахита, какъ, напр., постепенное увеличеніе его частоты, особенно съ начала XVII столѣтія, его максимальное распространеніе въ Англіи и остальныхъ странахъ умѣреннаго пояса Европы и Сѣверной Америки, его сравнительная рѣдкость въ странахъ полярныхъ, тропическихъ (не расовый иммунитетъ!), на высокихъ горахъ, въ малонаселенныхъ мѣстностяхъ вообще, его большее проявленіе въ зимніе мѣсяцы, наибольшая тяжесть среди пролетаріата большихъ городовъ, наконецъ, преобладающее среди лечебныхъ мѣропріятій значеніе леченія чистымъ воздухомъ, естественнаго вскармливанія и ухода (см. ниже).

Клиническія наблюденія рахита говорятъ, что патогенетическое значеніе имѣютъ слѣдующіе два момента: во-первыхъ, скрытое предрасположеніе, основанное на специфической наслѣдственности, не изученный пока еще по существу рахитической діатезъ (конституція) въ тѣсномъ смыслѣ слова; во-вторыхъ, ясно выступающія вредныя вліянія, дѣйствующія внѣутробно (можетъ быть, внутриутробно?) и по внѣшнему виду своему довольно разнообразныя.

### Клиническіе симптомы и ихъ возникновеніе.

Явленія на скелетѣ.

Первая группа: признаки отсталости развитія костей: *hurogenesis ossium*.

Вторая группа: признаки исчезновенія костей—галистерезъ.

Третья группа: признаки размягченія костей—остеомалация.

Четвертая группа: признаки чрезмѣрнаго новообразованія костеподобной ткани, остеодина гиперплазія и образованіе остеофитовъ.

Первая группа: Задержка развитія можетъ касаться всѣхъ частей скелета и благодаря этому вызывать множество ненормальныхъ явленій, особенно уклоненія въ размѣрахъ тѣла и пропорціи его. Благодаря отсталости скелета лица, черепъ является чрезмѣрно большимъ, заболѣваніе позвонковъ и нѣкоторыхъ трубчатыхъ костей нарушаетъ ростъ тѣла въ длину, всегда отстающій у рахитическихъ дѣтей (даже, если нѣтъ искривленій). Въ періодъ наибольшаго развитія и послѣ него можетъ произойти полная остановка роста—карликовый ростъ, послѣдній особенно присущъ поздно развивающимся длительнымъ процессамъ. То же обстоятельство вмѣстѣ съ вялостью мышцъ и болѣзненными явленіями въ надкостницѣ, на мѣстѣ прикрѣпленія мышцъ замедляетъ на цѣлые мѣсяцы развитіе нѣкоторыхъ статическихъ и динамическихъ отправленій тѣла: вставанія, сидѣнія, ползанія, стоянія, ходьбы, вообще пользованія конечностями. При поздно развивающемся рахитѣ снова

можетъ быть утрачена приобрѣтенная уже способность ходьбы. Если поднимаютъ рахитическаго ребенка, то ноги не становятся ровно, но въ сгибабельномъ положеніи, при сидѣніи онѣ „подгибаются“, руки примѣняются лишь только для поддержки позвоночника. На плоскихъ черепныхъ костяхъ разстройства окостенѣнія выражаются чрезмѣрной шириной и замедленнымъ зарощеніемъ черепныхъ швовъ и родничковъ. Большой родничокъ въ теченіе довольно значительнаго времени увеличивается въ размѣрахъ и можетъ оставаться до 3-го года жизни „открытымъ“, т. е. покрытымъ одной перепонкой. Очень замѣтно отра-



Рис. 30. 3½-лѣтній мальчикъ съ рахитомъ. Характерное сидѣніе съ подогнутыми ногами и опирающимися на нихъ руками. Умѣренное обезображиваніе черепа, грудной клѣтки и конечностей. (Изъ королевской университетской дѣтской клиники. Мюнхень. Проф. P f a u n d l e r).

жаются задержка и нарушеніе развитія на зубахъ. Начало и конецъ перваго прорѣзыванія ихъ замедляется часто на 1½ года, т. е. до возраста 2—3½ лѣтъ. Зубы прорѣзываются съ необычайно длинными промежутками, несимметрично, безпорядочно, въ особенности зубы верхней челюсти часто малы, мягки, ломки, цвѣтъ ихъ измѣненъ, они легко подвергаются каріозному процессу, къ которому очень склонны, часто имѣютъ необычайно уродливыя формы, до ампутаціи включительно. При этомъ образованіе зубнаго камня иногда бываетъ чрезмѣрнымъ. Молочные зубы представляютъ, особенно на шейкѣ и корнѣ, постоянные зубы (зачатки которыхъ также подвергаются поврежденію)—на рѣзущей поверхности и коронкахъ дефекты эмали въ видѣ полосокъ и колець

(эрозии). На всемъ скелетѣ, особенно на средней части ладони и нѣкоторыхъ трубчатыхъ костяхъ Röntgen'овское изслѣдованіе можетъ обнаружить уменьшеніе костныхъ ядеръ и ненормальную прозрачность костной ткани (см. характерный Röntgen'овскій рисунокъ).

Ясно выраженный, временами изолированный, рано появляющійся симптомъ, относящійся ко второй группѣ—называется kranio-tabes—размягченіе затылка. При ощупываніи затылочной кости и задней части теменной встрѣчаются ограниченныя, рѣдко сливающіяся, вдавливаемые мѣста размягченія, имѣющія приблизительно форму

и величину небольшихъ монетъ. Чувство, получаемое при надавливаніи на эти мѣста, сходно съ ощущеніемъ высушеннаго свиного пузыря или твердой, поношенной, войлочной шляпы.



Рис. 31. Бедро и голень 3½-лѣтняго ребенка съ тяжелымъ рахитомъ, надломомъ и характернымъ образованіемъ бокала на діафизахъ. (Изъ королевской университетской дѣтской клиники. Мюнхенъ. Проф. Pfaundler.)

Третья группа. При наличности уменьшенія сопротивляемости частей скелета, особенно плоскихъ костей и длинныхъ діафизовъ, привычное давленіе (напр., тяжести тѣла), напряженіе (отъ моделирующаго тонуса мышцъ) по биомеханическимъ законамъ ведетъ къ характернымъ измѣненіямъ формы (рахитическому обезображиванію или искривленію); наружное воздѣйствіе всякой силы гораздо легче вызываетъ нарушение непрерывности, чѣмъ при нормѣ, при эластическихъ же свойствахъ костей рѣже наступаютъ ихъ перегибы (надломы),

чѣмъ истинные переломы. При послѣднихъ, однако, концы перелома большею частью хорошо соединены утолщенной надкостницей. Вотъ почему переломы и надломы легко принимаются за искривленія. Истинныя рахитическія искривленія костей представляютъ въ большинствѣ случаевъ патологическія слѣдствія чисто фізіологическихъ искривленій. Ограниченныя размѣры учебника не дадутъ намъ возможности подробнѣе вдаваться въ разсмотрѣніе множества имѣющихъ значеніе частныхъ и комбинацій, которыя, кромѣ того, имѣютъ скорѣе ортопедическій интересъ. Мы постарались изобразить здѣсь на рисункахъ самыя важныя и частыя обезображиванія (ср. рис. 30—36). Особенно укажемъ на слѣдующіе типы: расширеніе черепа, податливость краевъ костей, укороченіе нижней челюсти въ сагиттальномъ направленіи (трапецевидная форма), верхней челюсти во фронтальномъ направленіи (форма лиры), загибъ внутрь нижнихъ и расхожденіе верхнихъ альвеолярныхъ отростковъ при нормальномъ положеніи зубовъ (положеніе

верхнихъ зубовъ въ видѣ листовъ карты, фронтальное положеніе нижнихъ рѣзцовъ, недостаточное закрытіе жевательной поверхности), перегибъ яремной дуги, кифотическое, выпуклое вправо сколіотическое, дугообразное искривленіе позвоночника въ поясничной и грудной части съ компенсирующимъ противоположнымъ искривленіемъ (здѣсь играютъ важную роль также вялость мышцъ и недостатки ухода), уплощеніе и втягиваніе боковыхъ стѣнокъ грудной клѣтки, особенно внизъ отъ третьяго ребра до Harrison'овской борозды на высотѣ мечевиднаго отростка; ниже перегибъ реберныхъ дугъ кнаружи, расширеніе ниж-

Рис. 32.



Рис. 33.



Рис. 32. 3-лѣтній мальчикъ съ сильными рахитическими обезображиваніями черепа, грудной клѣтки и рукъ. (Изъ королевской университетской дѣтской клиники. Мюнхень. Проф. Pfaundler).

Рис. 33. 2-лѣтній ребенокъ съ сильными рахитическими обезображиваніями, въ особенности груди и конечностей. (Изъ дѣтской больницы Гизелы. Мюнхень. Прив.-доц. д-ръ Ibrahim).

него, суженіе верхняго отверстія грудной клѣтки, выпячиваніе грудной клѣтки съ реберными хрящами, особенно въ нижнемъ отдѣлѣ (куриная грудь съ сердцевинымъ поперечнымъ размѣромъ), вслѣдствіе отрицательнаго давленія при вдыханіи, прямого дѣйствія дыхательныхъ мышцъ и вздутія живота, расширеніе лобковой дуги, выступаніе мыса, укороченіе конъюгаты (плоскій тазъ или тазъ въ видѣ клюва), горизонтальное положеніе шейки бедра (соха vara), искривленіе бедра впередъ и кнаружи, голени въ нижней трети впередъ (саблевидныя ноги), genu valgum и genu varum, одно-, двустороннее, симметрическое или противоположное, pes valgus. Верхнія конечности большею частью

менѣе обезображены, чѣмъ нижнія. Часто наблюдаются многочисленные надломы ключиць, реберь, лучевой кости, бедра.

Четвертая группа. Картина рахитического обезображиванія скелета, наконецъ, дополняется вздутіями и валикообразными узлами. На лобныхъ, теменныхъ буграхъ (рѣже на краяхъ костей) происходятъ большею частью симметрическія, вначалѣ довольно рѣзко отграниченныя, булавовидныя утолщенія костей, между которыми стрѣловидный и вѣнечный швы представляютъ западеніе въ видѣ долины, (сѣдловидная, крестовидная голова), что при одновременномъ уплощеніи затылка придаетъ большому черепу четырехугольныя очертанія (сарит quadratum). На мѣстѣ соединенія хрящевыхъ костей реберь снаружи (часто и внутри) образуются двойные узлы, которые въ совокупности



Рис. 34. 3-лѣтняя дѣвочка съ рахитическимъ крестовиднымъ черепомъ, съ выпячиваніемъ теменныхъ бугровъ и неполнымъ комплектомъ молочныхъ зубовъ. (Изъ королевской университетской дѣтской клиники. Мюнхень. Проф. Pfaundler).

надломами костей могутъ симулировать рахитическіе остеофиты.

Въ то время, какъ въ наиболѣе тяжелыхъ запущенныхъ случаяхъ искривленія, надломы и вздутія различныхъ частей скелета могутъ достигать чрезмѣрнымъ степеней и имѣть послѣдствіемъ различныя, часто, прямо таки, фантастическія уродства, они остаются въ большинствѣ случаевъ въ умѣренныхъ предѣлахъ, частью стусевываясь отложеніемъ кожного жира или даже совершенно отсутствуя. Больше всего выражены и бросаются въ глаза четки, расстройства въ процессѣ прорѣзыванія зубовъ, большой родничокъ съ мягкими краями, вздутіе эпифизовъ въ области лучезапястныхъ суставовъ.

Въ смыслѣ послѣдовательности появленія измѣненной скелета руководящимъ началомъ считаютъ срокъ наибольшей скорости роста различныхъ отдѣловъ (Vierordt). Срокъ этотъ раньше наступаетъ для черепа и грудной клѣтки, чѣмъ для конечностей. Краниотабесъ, а равно и четки являются, большею частью, первыми признаками на скелетѣ. Позже замѣчаются втягиваніе боковыхъ сторонъ грудной клѣтки съ увеличеніемъ родничка. Лишь къ концу перваго года жизни обнаруживается сарит quadratum, кифозъ, затѣмъ явленія на костяхъ конечностей. Болѣе грубыя, остающіяся искривленія этихъ послѣднихъ образуются довольно поздно, главнымъ образомъ тогда, когда конечности



испытываютъ обременѣніе при сидѣніи, ползаніи, стояніи. Искривленія бедра наблюдаются, однако, уже у маленькихъ, лежащихъ въ кровати грудныхъ дѣтей.

Если рахитъ развивается поздно, то краниотабесъ не наблюдается.

Большинство, замѣтныхъ клинически, измѣненій и функциональныхъ разстройствъ рахита въ другихъ системахъ органовъ можетъ несомнѣнно считаться за сопровождающія и послѣдовательныя явленія пораженія скелета, независимо отъ взгляда на рахитъ, какъ

Рис. 35.



Рис. 36.



Рис. 35. 2-лѣтній ребенокъ съ очень сильными рахитическими обезображиваніями. (Изъ дѣтской больницы Гизелы. Мюнхенъ. Прив.-доц. д-ръ Івгаһім).

Рис. 36. 5-лѣтняя дѣвочка съ обезображиваніемъ костей послѣ излеченнаго рахита. (Оттуда же).

на общую дискразію (Glisson, 1650). Непосредственная механическая связь, безъ сомнѣнія, существуетъ между обезображиваніемъ грудной клѣтки и нѣкоторыми изъ дыхательныхъ разстройствъ. Податливость костныхъ стѣнокъ скелета препятствуетъ движеніямъ грудобрюшной преграды въ особенности—слѣдовательно, провѣтриванію легкихъ и дыхательному газообмѣну. вмѣсто широкаго расправленія легкихъ сокращеніе грудобрюшной преграды вызываетъ присасываніе боковыхъ стѣнокъ грудной клѣтки (втягиваніе боковъ) и даже грудины. слѣдствіемъ такихъ явленій бываютъ: одышка, учащенное дыханіе, синюха, игра крыльевъ носа и заболѣванія дыхательныхъ путей (см. ниже). Такъ же ясна связь уменьшенной подвижности и

раздраженнаго настроенія рахитиковъ съ болями, обусловливаемыми заболѣваніемъ скелета (и мышцъ) и появляющимися особенно при активныхъ и пассивныхъ движеніяхъ. Въ періодъ наибольшаго развитія болѣзни выраженіе лица дѣтей обнаруживаетъ пугливость, страхъ, недовольство, недовѣрчивость; дѣти боятся всякаго подходящаго къ постели человѣка и заблаговременно протестуютъ противъ прикосновенія громкимъ крикомъ или своеобразными, сильными „защитительными“ движеніями ручекъ.

Дальнѣйшая группа факультативныхъ признаковъ характеризуется малокровіемъ (блѣдность кожи, олигоцитозъ, олигохромемія, пойкилоцитозъ, эритробластозъ, лимфоцитозъ, мононуклеозъ), значительнымъ увеличеніемъ печени и селезенки (не надо смѣшивать съ низкимъ стояніемъ обоихъ органовъ, обусловленнымъ обезображиваніемъ грудной клѣтки), систематической гиперплазіей другихъ лимфатическихъ органовъ (лимфатическихъ узловъ, миндалинъ) повышенной ихъ плотностью. Всего болѣе вѣроятно, что эти признаки, въ общемъ пропорціональные тяжести пораженія скелета, связаны съ пораженіемъ костнаго мозга въ заболѣвшихъ костяхъ, — первичнаго въ смыслѣ Marfan'a или вторичнаго (см. происхождение малокровія Jaksch-Hauey'a).

Нѣкоторая самостоятельность принадлежитъ несомнѣнно упомянутой выше, почти никогда не отсутствующей рахитической міопатіи, которая клинически выражается атоніей и атрофіей мышцъ, слабостью, утомляемостью, вялостью, нормальной способностью экскурсій суставовъ. Наиболѣе вѣроятнымъ предположеніемъ будетъ то, что эта міопатія представляетъ собою также послѣдовательное явленіе тяжелаго заболѣванія скелета, но насколько она заставляетъ шадить его, т. е. „цѣлесообразна“, повидимому, не оправдывается анатомическимъ характеромъ измѣненій. Съ нею несовмѣстимо многократно указываемое соучастіе гладкихъ сократительныхъ системъ, къ которому надо отнести ненормальную ширину сердца и сосудовъ, особенно желудочнокишечную атонію, запоры, тимпанитъ (рахитическій „лягушечій“ или „картофельный“ животъ). Впрочемъ, и другія мягкія части (кожа, подкожная жировая клѣтчатка) не менѣе вялы, чѣмъ мышцы.

Уменьшенная подвижность и отсталость тѣлеснаго развитія рахитиковъ легко вызываютъ отсталость въ социальномъ, слѣдовательно, и въ умственномъ отношеніи (малый запасъ представленій, понятій и словъ).

Къ явленіямъ, стоящимъ въ связи съ заболѣваніемъ скелета, относится, повидимому, часто связанная и тѣсно соединенная съ рахитомъ спазмофилія (см. это).

Развитіе рахитическаго заболѣванія большею частью обнаруживается слѣдующими невыясненными пока, но довольно характерными признаками.

Дѣти становятся усталыми, безпокойными, пласивыми; начинаютъ глубоко зарывать затылокъ въ подушки или же двигаютъ по подушкѣ головой до тѣхъ поръ, пока она совершенно не лишится волосъ. Во время сна выдѣляется обильный, клейкій, кислый потъ, особенно на головѣ (и потница). Другимъ признакомъ сосудодвигательнаго разстройства являются скорпроходящіе эритемы и пятна при давленіи. Моча принимаетъ необычайно пронзительный, рѣзкій запахъ. Лишь спустя дни или недѣли обнаруживаются первые признаки на скелетѣ и въ мышцахъ.

### Течение, осложненія, исходъ.

Первыя явленія на скелетѣ, именно: размягченіе затылка, кифозъ и четки могутъ вскорѣ достигнуть весьма значительныхъ степеней. Впрочемъ, теченіе болѣзни всегда хроническое, часто ремиттирующее, продолжающееся мѣсяцы, затягивающееся, во всякомъ случаѣ, до 2 лѣтъ. Если ребенокъ остается въ живыхъ, то рахитъ принимаетъ самопроизвольное обратное развитіе.

Начинающееся выздоровленіе выражается рядомъ функциональных успѣховъ (стояніе, качающаяся походка) и исчезаніемъ общихъ явленій. Крѣпость скелета въ случаяхъ выздоровленія оказывается вполне нормальной. Обезобразиванія (особенно искривленія длинныхъ, трубчатыхъ костей) спустя нѣсколько лѣтъ выравниваются, благодаря росту, часто поразительнымъ образомъ; но могутъ остаться и на всю жизнь: карликовый ростъ, горбъ, сколіозъ и другія уродства.

Рахитъ никогда не является непосредственной причиной смерти, но весьма часто—причиной косвенной; въ особенности велика смертность рахитиковъ въ больницахъ, при неблагоприятныхъ условіяхъ ухода. Самыми частыми и серьезными осложненіями, при возникновеніи которыхъ часто играютъ роль также и присоединяющіяся заразные болѣзни, являются бронхіальные катарры и капиллярные бронхиты съ бронхопневмоніями и безъ нихъ, тяжелыя формы спазмофиліи и эклампси съ ларингоспазмомъ, также упорные хроническіе энтериты съ твердыми, слизистыми испражненіями или маркими вонючими поносами и ложнымъ асцитомъ, истощающіе общее питаніе до крайнихъ степеней. Другія осложненія (діастазъ прямыхъ мышцъ живота, грыжи, нистагмъ) имѣютъ менѣе серьезное значеніе.

### Отличительное распознаваніе.

Насколько надежно и важно появленіе нѣкоторыхъ характерныхъ явленій со стороны скелета и общаго состоянія для распознаванія рахита въ общемъ, настолько часты здѣсь ошибки. Во избѣжаніе ихъ надо имѣть, прежде всего, въ виду, что врожденныя заболѣванія какого бы то ни было характера никогда не бываютъ рахитическаго происхожденія.

Къ такъ наз. „зародышевому рахиту“ принадлежитъ, между прочимъ, *osteogenesis imperfecta*, при которой недостаточное окостенѣніе на черепѣ новорожденныхъ выражается образованіемъ просвѣтовъ. Въ противоположность рахитическому размягченію затылка эти просвѣты расположены на височной кости вблизи стрѣловиднаго шва или на высотѣ теменной выпуклости, но не на затылочной кости, и весьма рѣзко отграничиваются отъ твердой, ихъ окружающей кости. Названные просвѣты постепенно исчезаютъ въ томъ періодѣ, когда рахитическое размягченіе затылка обыкновенно только начинаетъ появляться.

Врожденная микседема, равно какъ и монголоидная идіотія имѣютъ съ рахитомъ столь много общихъ, довольно ясныхъ признаковъ, что, съ одной стороны, возможны роковыя діагностическія ошибки, съ другой—приходится допускать сродство этихъ двухъ заболѣваній. Черты лица съ признаками кретинизма и нарушенной умственной дѣятельности, сухость кожи и волосъ при студенистыхъ свойствахъ подкожной клѣтчатки, увеличеніе языка, субнормальныя температуры, обнаженіе нижней части дыхательнаго горла говорятъ за

миксадему, монголоидная форма лица и беспокойство характера—за монголоидъ.

Если рахитизмъ протекаетъ съ болѣзнию Möller-Barlow'a, что наблюдается довольно часто и имѣеть за собой патогенетическія основанія, то послѣдняя можетъ скрываться за картиной рахита, причемъ признаки геморрагическаго діатеза рѣшаютъ вопросъ только о первой. То обстоятельство, что болѣзненное опуханіе при этомъ заболѣваніи расположено болѣе на концахъ діафизовъ, чѣмъ эпифизовъ, не всегда является вполне надежнымъ. Быстрые успѣхи леченія обезпечиваютъ діагнозъ Barlow'ской болѣзни, такъ сказать, ретроспективно, Röntgen'овскія же картины смогутъ хорошо объяснять лишь опытный въ этомъ дѣлѣ врачъ.

Тамъ, гдѣ уже рано тяжелыя эндохондральныя разстройства окостенѣнія съ міопатіей повели къ особому виду рахитическаго, болѣзненнаго паралича конечностей, можетъ возникнуть мысль о множественномъ Parrot'овскомъ ложномъ параличѣ (см. сифились).

Въ отличіе отъ Pott'овскаго горба рахитическій горбъ плоско закругленъ, не фиксированъ и почти всегда выравнивается при положеніи на животѣ.

Грушевидное вздутіе гидроцефалическаго черепа достаточно отличается отъ рахитической квадратной головы утолщеніемъ бугровъ; впрочемъ рахитическая мягкость черепа, конечно, благопріятствуетъ возникновенію истиннаго гидроцефалическаго вздутія и водянка желудочковъ наблюдается при рахитѣ довольно часто (застой крови и лимфы). Процессы въ надкостницѣ рахитическихъ череповъ могутъ давать поводъ къ подозрѣнію хлоромы.

При капиллярномъ бронхитѣ рѣшеніе вопроса о томъ, имѣются ли мелкіе лобулярные пневмоническіе очаги или нѣтъ, часто не находятъ отвѣта. Притупленія часто симулируются сколіозомъ, обезображиваніями грудной клѣтки или утолщеніемъ лопатокъ.

Рахитъ и остеомалаяція отличаются, согласно новымъ изслѣдованіямъ, не по существу, а только по своему появленію (можетъ быть по ихъ причинѣ). Остеомалаяція поражаетъ готовую, а рахитъ—быстро растущую кость. Въ рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ болѣзнь развивается между 3 годомъ жизни и періодомъ полового созрѣванія или тянется съ перерывами въ теченіе всего дѣтства, говорятъ о запоздаломъ рахитѣ или объ юношеской остеомалаяціи, смотря по тому, что выступаетъ на первый планъ, образование ли остеофитовъ съ эндохондральными разстройствами или остеопорозъ.

### Профилактика и терапия.

Куры и другія животныя, которымъ даютъ въ пищу элементарный фосфоръ, получаютъ склерозъ костей. На основаніи этого наблюденія Wegner рекомендовалъ фосфоръ при рахитѣ, Kassowitz призналъ это средство весьма дѣйствительнымъ. Наблюденія, изъ которыхъ авторы исходили, относятся, такимъ образомъ, къ животнымъ и притомъ не страдающимъ рахитизмомъ; получаемое здѣсь дѣйствіе, быть можетъ, противоположно остеопорозу, но остеопорозъ играетъ при явленіяхъ рахита на костяхъ (не представляющихъ, въ общемъ, причинную сущность заболѣванія) подчиненную роль. Съ этой точки зрѣнія нельзя считать леченіе фосфоромъ ни научно обоснованнымъ, ни причиннымъ (Stöltzner). Въ новѣйшее время нашли, что рыбій жиръ, еще болѣе фосфорный рыбій жиръ повышаютъ задержку извести у рахитиковъ,

причемъ, однако, еще нисколько не выясненъ вопросъ, являются ли разстройства обмѣна извести первичными или вторичными. Эмпирія говоритъ вообще за дѣйствительность фосфора, назначеннаго въ правильной формѣ, но услѣхи, въ среднемъ, не очень бросаюся въ глаза и, по моему мнѣнiю, скорѣе объясняются улучшенiемъ способности къ движенiямъ и улучшенiемъ общаго состоянiя, чѣмъ непосредственнымъ специфическимъ дѣйствиемъ на костный процессъ. Во всякомъ случаѣ есть основанiя давать дѣтямъ съ начинающимся и развитымъ рахитомъ фосфоръ, растворенный притомъ въ рыбьемъ жирѣ (фосфора 0,01, Ol. jecor. aselli ad 150,0; 3 раза въ день по 5 грм. послѣ ѣды). Растворъ надо защищать отъ окисленiя, онъ долженъ имѣть отчетливый запахъ фосфора, необходимо часто повторять его, примѣняя въ теченiе нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Всѣ другiе способы назначенiя фосфора, повидимому, менѣе дѣйствительны, равно какъ и мало цѣлесообразны въ силу другихъ причинъ. Рекомендуютъ также („неочищенный“) рыбiй жиръ, какъ таковой \*).

Назначенiе солей извести въ качествѣ предупреждающаго и лечебнаго средства противъ rachitis florida можно считать въ настоящее время примитивнымъ и несовременнымъ методомъ, все равно даютъ ли его самому больному ребенку или кормящей матери; практика говоритъ, что способъ этотъ бесполезенъ \*\*). Напротивъ, установлено, что во время консолидированiя скелета, въ периодъ выздоровленiя отъ рахита, наступаетъ необычайно большая потребность въ минеральныхъ соляхъ, которую цѣлесообразно удовлетворить повышеннымъ назначенiемъ извести (и фосфорной кислоты). Коровье молоко содержитъ сравнительно много извести (болѣе, чѣмъ излюбленная известковая вода!) и фосфорную кислоту. Можно давать на кончикъ ножика кислую фосфорнокислую известь. Но слѣдуетъ остерегаться того, чтобы несостоятельные люди тратили деньги на дорогомъ стоящие искусственные препараты, такъ какъ тѣ же деньги можно тратить для болѣе полезныхъ цѣлей, въ смыслѣ питанiя ребенка и его леченiя.

Органотерапiя рахита во всѣхъ испытанныхъ до сихъ поръ формахъ потерпѣла крушенiе. Stöltzner считаетъ доказаннымъ, что адреналинъ дѣйствуетъ на рахитъ въ качествѣ специфическаго средства, но положенiе нуждается въ подтвержденiи другими.

Относительно пищи рахитиковъ установлено, что никакой режимъ

\*) Мы лечимъ рахитъ фосфоромъ уже 20 лѣтъ и всегда краснорѣчиво убѣждались и убѣждаемся въ его пользѣ, но при обязательномъ всегда условiи удовлетворительнаго состоянiя кишечника. Разницы особой при назначенiи въ рыбьемъ жирѣ или въ миндальномъ маслѣ не видѣли, но убѣдились, что растворы въ ol. amygdal. dulc. меньше раздражаютъ пищеварительные органы. Кромѣ того, фосфорная терапiя производитъ особенно быстрое и рѣзкое дѣйствiе въ тѣхъ формахъ рахита, которая сопровождаются явной или скрытой спазмофилией и эклампсией. Бываетъ достаточно нѣсколькихъ дней для того, чтобы всѣ пугающiе родителей ребенка припадки прекращались навсегда. Рѣдко, но случается, что введенiе въ кишечникъ фосфора исправляетъ бывшiя до того и не поддавшiяся никакимъ способамъ леченiя диспепсiи, съ чѣмъ соглашается и A. B. Joali, признающiй подобную диспепсiю за симптомъ рахитизма, а не за его причину. Влiянiе на костную ткань, особенно же на зубную настолько разительно, что не вышедшiе до 10—11 мѣсяца рѣзцы появляются послѣ 2—3-недѣльнаго назначенiя фосфора и появляются быстро, въ теченiе какихъ-нибудь 10—20 дней. Прим. ред.

\*\*) Съ этимъ утвержденiемъ никакъ нельзя согласиться. Назначенiе фосфора рахитическимъ дѣтямъ, напр., въ видѣ глицерофосфатовъ, укусноислой извести (по И. А. Шабаду) и т. п., часто даетъ блестящiе результаты.

Прим. М. Б.

(въ томъ числѣ и рационально выполняемое кормленіе грудью) не можетъ служить надежнымъ предупреждающимъ средствомъ противъ рахита, по крайней мѣрѣ противъ его легкихъ формъ; далѣе, всякій видъ вскармливанія (въ томъ числѣ и женскимъ молокомъ) благопріятствуетъ появленію болѣзни, ухудшаетъ ея признаки, если онъ способствуетъ чрезмѣрно быстрому росту („несоотвѣтствіе между органическимъ и неорганическимъ ростомъ“), но въ общемъ нѣсколько скудная, мало денатурированная и необъемистая, разнообразная пища даетъ наилучшіе результаты. Отъ тѣхъ правилъ, которыя въ другомъ мѣстѣ этого сочиненія указаны, какъ рациональный способъ вскармливанія здоровыхъ дѣтей, при угрожающемъ рахитѣ или при наличности его надо отступать только въ томъ отношеніи, что слѣдуетъ давать тщательно приготовленную добавочную пищу (супъ, печенье, различныя свѣжія и вареная растительныя вещества) раньше, чѣмъ обыкновенно и затѣмъ послѣ извѣстнаго испытанія можно давать ихъ регулярно, наряду съ умѣренными количествами молока. Противъ отсутствія аппетита помогаетъ, кромѣ воспитательныхъ мѣръ и цѣлесообразнаго образа жизни, лучше всего уменьшеніе ежедневнаго количества молока.

Наиболѣе важная часть леченія рахита, по моему мнѣнію, заключается въ томъ, чтобы дѣти оставались возможно долѣе на чистомъ в воздухѣ, на солнечныхъ защищенныхъ отъ вѣтра мѣстахъ и чтобы старались правильно развивать свои мышцы. Первое стремленіе, конечно, въ значительной мѣрѣ достигается пребываніемъ въ мѣстностяхъ съ благопріятнымъ климатомъ. Наболѣе благопріятными мѣстностями считаютъ тѣ, на которыхъ меньше всего осадковъ (включая туманъ) и сильнаго вѣтра; противъ низкой температуры можно всегда защитить ребенка. Слѣдовательно, здѣсь наболѣе пригодны, по крайней мѣрѣ, для дѣтей 2—3-го года жизни, не очень малокровныхъ, пребываніе въ горахъ и зимнее леченіе<sup>1)</sup>. Въ городѣ надо пользоваться по возможности каждымъ солнечнымъ часомъ для пребыванія въ саду, на верандахъ и террасахъ, въ городскихъ скверахъ (въ колосочкахъ); ребенокъ долженъ по возможности весь день спать на чистомъ воздухѣ, а ночью—въ хорошо провѣтриваемой комнатѣ.

Вторымъ главнымъ пунктомъ леченія являются активныя и пассивныя движенія, соответствующія состоянію мускулатуры и скелета. Если ребенокъ завернуть на долгое время въ тѣсныя пеленки и лежитъ на спинѣ, причѣмъ за нимъ недостаточно ухаживаютъ, то желаемыя условія не достигаются. Хорошая няня умѣетъ вызвать у ребенка интересъ къ осторожнымъ движеніямъ или, по крайней мѣрѣ, дать свободу его естественному стремленію къ нимъ (купаніе, лежаніе на животѣ въ обнаженномъ видѣ, игры), класть его опытной рукой, качать, давать возможность ползати, носить, не причиняя разстройствъ и не вызывая появленія искривленій (плоскій твердый матрацъ, умѣренныя побужденія къ ходьбѣ и стоянію, отсутствіе ношенія цѣлыми часами на одной рукѣ, примѣненіе Epstein'овской качалки (см. рис. выше). При наболѣе тяжелыхъ формахъ съ характеромъ остеомаляціи, которыя возникаютъ, правда, только при очень небрежномъ или

<sup>1)</sup> Напр., въ Тиролѣ: Ахенталь, Феррипассъ, Бренерская область, Грэдены, Среднія горы надъ Боценомъ, Мендель, Карское озеро (дорого!), Ампеццо, Паневеджіо, Зульденъ. Въ Швейцаріи: Энгадинъ, въ особенности Самаденъ, Цуоцъ, Ст.-Моритцъ (дорого!), Энгельбергъ, Андерматтъ, Адельбоденъ, Гриндельвальдъ, Кандерштегъ, Лейзинъ, Тейфенъ, Трогенъ, Айроло и т. д. (по F e e r - N e i t a n n'у).

неправильномъ уходѣ, конечно, необходима наибольшая осторожность (надломы костей при переодѣваніи, купаніи!). Излюбленныя соленыя ванны и массажъ дѣйствуютъ вѣроятнѣе всего благодаря лишь активнымъ и пассивнымъ движеніямъ. Рекомендуются производить эти процедуры осторожно: сначала слегка поглаживать, затѣмъ производить сухія обтиранія кожи, позже—теплыя обмыванія, наконецъ теплыя ванны съ постепеннымъ поднятіемъ содержанія соли (до 1% и продолжительностью до 10 минутъ)—все это подъ контролемъ такъ наз. реакціи кожи (Heubner). Что въ больницахъ, несмотря на фосфоръ, примѣняемый противъ рахита, большею частью удается достигнуть очень малыхъ результатовъ, зависитъ, вѣроятно, отъ того, что тамъ оба вышеупомянутые и рѣшающіе лечебные факторы, по крайней мѣрѣ, до самаго послѣдняго времени мало принимались въ расчетъ \*).

\*) Общественныя мѣры борьбы съ рахитизмомъ служили программной темой секціи дѣтскихъ болѣзней XV Международнаго Медицинскаго Съѣзда въ Лиссабонѣ (1906 г.). Выводы мною составленнаго доклада (Lutte sociale contre le rachitisme. Comptes rendus du XV Congrès international de Medecine. Lisbonne, 19—26 Avril, 1906. Section VI. Pédiatrie) были полностью заслушаны и одобрены. Вотъ почему считаю не лишнимъ привести ихъ здѣсь. 1) Осушка болотъ, насажденіе и сохраненіе лѣсовъ, наблюденіе за питьевой водой рѣкъ, озеръ, колодезевъ. 2) Тщательная забота о чистотѣ городовъ и деревень, особенно тамъ, гдѣ много фабрикъ, заводовъ и подобныхъ имъ заведеній. 3) Организація разумной, систематической помощи бѣднякамъ различныхъ классовъ населенія. 4) Устройство удобныхъ, дешевыхъ квартиръ, гдѣ за маленькую плату удовлетворены основныя требованія гигиены. 5) Повышать заработную плату въ зависимости отъ увеличенія семьи и улучшенія жизненныхъ условий. 6) Установить опредѣленный законъ о количествѣ рабочихъ часовъ согласно научнымъ указаніямъ. 7) Открывать гигиеническія столовыя, бани, устраивать дачи на лѣтніе мѣсяцы, магазины дешеваго бѣлья, платья, одежды, организовывать разумныя, доступныя по цѣнѣ, развлеченія эстетическаго характера. 8) Выдавать родителямъ здоровыхъ, физически и морально нормальныхъ дѣтей преміи, субсидіи, награды въ видѣ поощренія. 9) Широко пропагандировать, путемъ прессы и бесѣдъ, кормленіе ребенка грудью матери, знакомя въ періодическихъ изданіяхъ съ полученными выгодами для ребенка и общества. Одновременно указывать всѣ печальныя послѣдствія, происходящія отъ кормленія наемной женщиной, въ особенности же отъ искусственнаго вскармливанія дѣтей. 10) Запрещать беременнымъ женщинамъ тяжелыя, систематическія, срочныя работы, ставя ихъ въ хорошія условия жизни, обезпечивающія достаточную, нормальную лактацію въ предстоящемъ періодѣ кормленія грудью. Общественныя учрежденія, частныя и благотворительныя должны принимать всѣ мѣры къ тому, чтобы ребенокъ нормально питался грудью въ теченіе указываемаго гигиеной періода. Въ первые 3 мѣсяца беременности и въ первые 4 мѣсяца послѣ родовъ женщина можетъ выполнять лишь мало ея утомляющую домашнюю работу. 11) За исключеніемъ слабыхъ случаевъ прекратить способъ кормленія наемными женщинами, такъ какъ при этомъ страдаетъ семья, нація же и государству грозитъ серьезная опасность. Пользованіе кормилицей допускается лишь при настоятельныхъ показаніяхъ сохранить жизнь вполне здороваго ребенка, лишеннаго возможности получить грудь родной матери, но при томъ обязательномъ условіи, чтобы ребенокъ мамки также питался нормальнымъ образомъ. 12) Возможно больше устраивать яслей, пріютовъ для дѣтей перваго возраста, гдѣ работающія на фабрикахъ, заводахъ или занимающіяся обработкой земли матери могли бы оставлять, на болѣе или менѣе продолжительный срокъ, дѣтей своихъ, кормя ихъ одной грудью или прикармливая, если для этого уже наступило время. 13) Устройство образцовыхъ молочныхъ фермъ, гдѣ бы бѣдняки могли получать даромъ или за небольшую плату вполне доброкачественный продуктъ. 14) Учрежденіе бесплатныхъ или скромно оплачиваемыхъ консультаций врачей-специалистовъ, контролирующіихъ кормленіе, вносящихъ въ него соотвѣтствующія поправки, дающихъ рациональные совѣты по уходу за дѣтьми перваго возраста жизни (consultations des mères et des nourrissons).

Сахарное мочеизнурение <sup>1)</sup>.

Гораздо рѣже, чѣмъ у взрослыхъ, въ дѣтскомъ возрастѣ въ видѣ исключенія уже на первомъ году жизни, чаще на второмъ 10-лѣтн встѣчается болѣзнь, называемая истиннымъ сахарнымъ мочеизнурениемъ (*Diabetes mellitus*). Истинный сахарный дѣтскій диабетъ, вѣроятно, большею частью панкреатогеннаго характера и сходенъ по сущности своей съ заболѣваніемъ взрослыхъ. Наблюденія педиатровъ способствовали въ значительной мѣрѣ тому, чтобы признать болѣзнь наследственнымъ, эндогеннымъ, дегенеративнымъ процессомъ. Признаки вырожденія (сифилисъ родителей, смѣшанные браки) наблюдаются нерѣдко. Авторъ (помимо весьма тяжелаго случая на 2-мъ году жизни) до сихъ поръ лечилъ только диабетическихъ дѣтей семитического происхожденія; нѣкоторые случаи относились къ дѣтямъ мало состоятельныхъ родителей.

Большую часть приходится читать, что дѣтскій диабетъ хотя и протекаетъ безъ осложнений, но быстро оканчивается смертью. Короткая продолжительность наблюденія зависитъ отъ того, что у дѣтей очень долго не думаютъ объ этомъ рѣдкомъ заболѣваніи, болѣзнь распознается сравнительно поздно. Тяжелому стадію часто предшествуетъ, въ теченіе многихъ лѣтъ, періодъ разстройствъ питанія безъ значительныхъ субъективныхъ или объективныхъ разстройствъ. Переходъ въ тяжелую форму могутъ вызывать заразные заболѣванія или другія вредныя вліянія. Лишь послѣ того, какъ выносливость къ углеводамъ быстро уменьшается или уже сильно понижена (гликозурия при минимальномъ ихъ введеніи) болѣзнь бросается въ глаза, благодаря исхуданію, потерѣ силъ, утомляемости, рѣже—болямъ въ конечностяхъ), особенно же въ силу полидипсиі, которая можетъ повести къ поли- и поллакиуріи, даже ночному недержанію мочи. Кожа суха и дѣти страдаютъ отъ ея зуда \*). Рѣже, чѣмъ у взрослыхъ, наблюдаются кожныя заболѣванія изъ группы крапивницы и пѣдермій. Довольно часто отсутствіе какого-бы то ни было опредѣленнаго признака, при болѣе или менѣе значительномъ исхуданіи, заставляетъ думать о возможности диабета, сдѣлавъ изслѣдованіе мочи и поставивъ, такимъ образомъ діагнозъ. Запахъ ацетона также можетъ служить указаніемъ.

Тогда находятъ въ суточномъ количествѣ, составляющемъ отъ 3 до 6 литровъ (*ueritia*), нѣсколько грм. ацетона и амміака (коэффициентъ послѣдняго (30—40%), много ацетоуксусной кислоты, оксимасляной, въ иныхъ случаяхъ, до 100—300 грм., (2—8%) винограднаго сахара, въ тяжелыхъ формахъ по большей части находятъ также бѣлокъ и цилиндры.

У дѣтей чаще, чѣмъ у взрослыхъ—особенно у самыхъ маленькихъ наблюдаются дѣйствительныя или мнимыя меллитуріи недіабетическаго характера. Въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ не о виноградномъ сахарѣ, а о другихъ видахъ его, даже о нѣкоторыхъ еще неточно изученныхъ возстановливающихъ веществахъ. Наиболѣе часто меллитурія груднаго ребенка представляетъ, повидимому, лактозурию (выдѣленіе небродящаго молочнаго сахара изъ пищи) и галактозурию; наиболѣе частыя причины этихъ состояній—разстройство пищеварительной дѣятельности. Но и безъ (ясныхъ) разстройства такого рода у многихъ дѣтей, страдающихъ конституціональными заболѣваніями (особенно у лимфатическихъ), выдѣляются вещества, дающія реакцію сахарной группы (*Aschenheim* и др.).—Далѣе, острые заразные болѣзни предрасполагаютъ дѣтей къ меллитуріямъ большею частью ясно пищеварительнаго происхожденія; тогда говорятъ о „пониженномъ“ предѣлѣ усвоенія сахара, большею частью не давая себѣ отчета въ томъ, что настоящее положеніе науки заставляетъ признавать выдѣленіе почками различныхъ видовъ сахара (мо-

<sup>1)</sup> О происхожденіи болѣзни см. литературу по внутреннимъ болѣзнямъ. Въ симптоматическомъ отношеніи здѣсь указаны только нѣкоторыя особенности дѣтскаго диабета.

\*) Въ одномъ моемъ случаѣ, который потомъ былъ и подъ наблюденіемъ проф. Noorden'a, зудъ былъ единственнымъ признакомъ, заставившимъ обратить вниманіе на мочу.

Прим. М. Б.



носахариды, дисахариды) при самых разнообразных, по сущности своей, функциональных расстройствах этих органов. Ни многодневная, ни многонедельная продолжительность, ни надежные, якобы, признаки ацетоза (увеличение коэффициента аммиака не является этим признаком!) не могут рѣшать въ подобныхъ случаяхъ вопросъ о диабетѣ въ положительную или отрицательную сторону; одна лишь постоянная прогрессивная гликозурия (выдѣленіе винограднаго сахара) при отсутствіи углеводовъ и наряду съ общими явленіями можетъ быть вполне доказательной.

Почти всегда смертельному исходу дѣтскаго діабета предшествуютъ ясно выраженные признаки настоящаго отравленія кислотами (рвота, кислое дыханіе, безпокойство, спячка—послѣдняя длится 1—2 дня). Средняя продолжительность всего заболѣванія составляетъ 3—6 лѣтъ, тяжелаго его періода— $1\frac{1}{2}$ —2 года (Noorden).

Леченіе дѣтскаго діабета не можетъ предупредить печальнаго конца, даже не можетъ его отсрочивать. Оно—преимущественно діететическое. Въ сущности приходится лавировать, при постоянномъ контролѣ важнѣйшихъ индикаторовъ для имѣющагося расстройства обмѣна веществъ, между значительнымъ или даже абсолютнымъ антигликемическимъ лишеніемъ углеводовъ и между опасностями, вызываемыми аутофагіей (благодаря въ особенности неправильно происходящему сторанію жировъ тѣла): деконституціей и кислотнымъ отравленіемъ. Противъ послѣдняго примѣняютъ успѣшно, но чисто симптоматически нейтрализующее введеніе щелочей (двууглекислый натръ съ лимоннымъ сокомъ чайными ложками). Отвращеніе больныхъ къ мясной и жирной пищѣ часто бываетъ весьма рѣзко выражено.

Овсяная мука диабетиками переносится не только лучше другихъ углеводовъ, но иногда вообще повышаетъ выносливость къ нимъ. На этомъ фактѣ основана рекомендація Noorden'овскаго леченія овсянкой (въ теченіе 1—2 недѣль ежедневно только супъ изъ овсяной крупы, масла, робората и нѣсколькихъ яицъ). Я видѣлъ также отъ этого способа леченія въ одномъ тяжеломъ случаѣ поразительные, хотя и не стойкіе результаты. Другія, бѣдныя углеводами или свободныя отъ нихъ составныя части пищи будутъ: мясо и мясной бульонъ, ветчина, сардинки, сало, аспикъ, листовые овощи, цвѣтная капуста, спаржа, сыръ, сливки, молоко (кислое), далѣе различные препараты для диабетиковъ; указаніямъ фабрикантовъ на содержаніе углеводовъ вѣрить не слѣдуетъ.

### Тучность. *Obesitas*.

Есть симптомъ, который въ крайней своей степени встрѣчается у дѣтей довольно рѣдко, а въ умѣренной часто, особенно въ позднѣйшемъ возрастѣ и можетъ зависѣть отъ различныхъ причинъ. Наибольше частая форма—чисто эктогенная тучность, обусловленная слишкомъ обильнымъ введеніемъ пищи, особенно въ видѣ углеводовъ и жировъ. При анамнестическихъ справкахъ относительно этого момента всегда оказывается, что потребность въ пищѣ дѣтей преувеличивается родителями. Перекармливаніе часто имѣется и въ томъ случаѣ, гдѣ оно рѣшительно отрицается. Слѣдуетъ обратить вниманіе на ѣду въ промежуткахъ между сроками обычнаго приема пищи, на питаніе молокомъ «противъ жажды», на конфеты, искусственные питательные препараты и т. д.

Также алкоголизмъ (назначеніе котораго въ дѣтскомъ возрастѣ въ новѣйшее время указываютъ Нескер и др.) слѣдуетъ принимать при этомъ во вниманіе. Публика и врачи читаютъ о «незначительныхъ питательныхъ свойствахъ» алкоголя и потому не принимаютъ его во вниманіе, какъ матеріалъ, дающій энергію и топливо при калорическомъ вычисленіи. Пиво, однако, по калорическому значенію, составляетъ приблизительно  $\frac{2}{3}$  такого же показателя для молока.

Въ дальнѣйшемъ ряду случаевъ введеніе пищи можетъ быть лишь отчасти значительно больше, а главнымъ образомъ, въ смыслѣ слишкомъ малой мышечной работы, физическихъ движеній ребенка, вслѣдствіе его вялаго темперамента (наслѣдственнаго или развившагося, благодаря принужденію, примѣру и т. д.—срв. откармливаніе животныхъ), потому, что оно обусловлено какимъ бы то ни было заболѣваніемъ, которое сопровождается миопатіей, и поражениями скелета и болями при мышечныхъ сокращеніяхъ (напр., рахить, параличи). Сюда относятся также случаи, гдѣ подъ картиною тучности скрыты признаки основнаго заболѣванія, что можетъ, напр., наблюдаться при эндоген-

ных нервных заболѣваніяхъ (наслѣдственная атаксія, Hoffmann-Werdnig). Такие случаи представляютъ собою уже переходъ къ истинной эндогенной тучности, которую правильнѣе называть «ожирѣніемъ» и которая, въ этиологическомъ отношеніи, часто распадается на два типа, а именно: съ одной стороны, представляетъ частичное явленіе гипо- и атиреоза, съ другой—послѣдовательное явленіе функциональныхъ разстройствъ и гипоплазіи зародышевыхъ желѣзъ (кастрація, половой инфантилизмъ). Здѣсь выпаденіе работы желѣзъ съ внутреннимъ выдѣленіемъ обуславливаетъ (экспериментально установленное) замедленіе обмѣна веществъ. Сходная данная замѣчается, быть можетъ, въ случаяхъ эндогенной тучности, которая, впрочемъ, почти не проявляется никакими симптомами и для которой пока еще нѣтъ надежныхъ этиологическихъ точекъ опоры, относительно же ея патогенеза мнѣніе практиковъ въ теченіе столѣтій говоритъ за врожденную аномалію конституціи, обуславливаемая предрасположеніемъ измѣненія работы клѣтокъ

и пониженіе общаго обмѣна веществъ. Это мнѣніе, въ теченіе долгаго времени, не могло быть подтверждено экспериментальной провѣркой. Повидимому, для изслѣдованія выби- рались подходящіе случаи, не тѣ, при которыхъ, вопреки общему правилу, можетъ сохраниться равновѣсіе при необычно маломъ введеніи пищи (напр., съ коэффициентомъ энергии 17 при движеніи тѣла, 12 при покоѣ въ комнатѣ, т. е. приблизительно при  $\frac{1}{2}$  части нормальнаго количества пищи въ теченіе недѣль и мѣсяцевъ!). Въ новѣйшее время было дѣйствительно установлено, что есть и такія лица, даже юноши съ привычно (хотя, можетъ быть, только періодически) пониженнымъ обмѣномъ веществъ, а равно такіе, которые «меньше сгораютъ», чѣмъ другіе, даже помимо слизистаго отека и полового инфантилизма (Bergmann).

Наконецъ, въ смыслѣ патогенеза надо указать еще на возможность спеціального разстройства жирового обмѣна веществъ. Если дѣйствительно при распадѣ жировъ тѣла играютъ роль липолитическіе ферменты лимфоцитовъ, то сочетаніе тучности съ нѣкоторыми системными заболѣваніями (гипо- и гиперплазія) лимфатическихъ органовъ, въ пользу котораго говорятъ клиническія наблюденія, можетъ быть, представляетъ собою правильное объясненіе этого процесса.

При леченіи дѣтской тучности надо принимать во вниманіе эти моменты. Причин-

ное леченіе возможно во многихъ случаяхъ (перекармливаніе, алкоголизмъ, недѣлесообразный образъ жизни, гипотиреозъ). Относительно діеты нужно, прежде всего, указать принципъ устраненія потерь азота. Леченіе щитовидной железой при нормальной функціи ея противорѣчитъ большею частью этому условію. По Нелсену предупрежденіе потерь азота при діететическихъ леченіяхъ обезжириваніемъ въ дѣтскомъ возрастѣ труднѣе, чѣмъ у взрослыхъ. Положеніе общаго питанія, согласно калорическому показанію, не должно быть ниже 80% діеты сохраненія (составляющей, въ періодѣ возмужанія, около 50 калорій на клгрм. вѣса тѣла или 15 калорій на кв. метръ поверхности), причемъ вѣсъ тѣла, служащій для вычисленія вѣса тѣла больнаго, занимаетъ середину между имѣющимся дѣйствительно вѣсомъ и тѣмъ вѣсомъ, который долженъ быть въ соотвѣтствіи съ ростомъ. Слѣдуетъ брать богатую азотомъ, водой и клѣтчаткой. бѣдную жиромъ и углеводами достаточную пищу, вызывающую чувство полнаго насыщенія. Ограниченіе вводимыхъ жидкостей недопустимо, ибо тучные, при движеніяхъ тѣла, теряютъ больше воды, чѣмъ здоровые.

Для старшихъ дѣтей съ цѣлью обезжириванія рекомендуется, напр., слѣдующій режимъ: въ полдень побольше супа, затѣмъ мясо съ большимъ количествомъ картофеля и другими прибавленіями (простой капустой, цвѣтной капустой, рѣпой; кромѣ того, отцентрифужированное, тощее молоко или чай съ сахариномъ, и съ хлѣбомъ, медомъ, плодами; обильное введеніе воды, количественно



Рис. 37. Тучность у 12-лѣтняго мальчика. (Университ. дѣтская клиника въ Бреславлѣ, проф. Tobler).

точно предписанное, и усиленные, скорыя контролируемыя движенія тѣла. Точность діеты опредѣляется въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ калорическимъ вычисленіемъ.

### Особыя болѣзненные предрасположенія (діатезы) и аномаліи конституціи.

У многихъ дѣтей чрезвычайно часто появляются особыя разстройства здоровья и притомъ даже въ томъ случаѣ, если избѣгаютъ возможно тщательнѣе всѣхъ вредностей, которыя, какъ извѣстно, ведутъ къ указаннымъ разстройствамъ. Отсюда само собою дѣлается заключеніе, что у данныхъ дѣтей имѣется въ организмѣ особенность, извѣстное предрасположеніе къ опредѣленнымъ разстройствамъ. Въмѣсто „болѣзненного предрасположенія“ часто примѣняютъ иностранное слово „діатезъ“. Болѣзненное состояніе, къ которому организмъ можетъ обнаружить предрасположеніе, бываетъ различнаго характера. Они относятся, напр., къ группѣ катарральныхъ процессовъ слизистыхъ оболочекъ и кожи \*), къ группѣ припуханія лимфатическихъ органовъ, нервно-психическихъ разстройствъ. Итакъ, можно говорить о катарральномъ предрасположеніи или діатезѣ, о лимфатическомъ, о нервно-психическомъ, причемъ ничто не предрѣшаетъ и не принуждаетъ ни къ какой гипотезѣ, а только выражается фактъ, вытекающій изъ многократныхъ наблюденій. Такой діатезъ не является „болѣзнью“ въ тѣсномъ смыслѣ слова, но глубоко скрытымъ предрасположеніемъ къ различнымъ формамъ заболѣванія. Отдѣльныя разстройства, элементы или проявленія діатеза нерѣдко мало или совсѣмъ не отличаются отъ заболѣваній у лицъ не предрасположенныхъ; впрочемъ, въ другихъ случаяхъ они представляютъ не только количественно, но также и качественно ненормальныя, „незаконныя“ реакціи организма на патогенное раздраженіе; тогда они заключаютъ въ себѣ нѣкоторыя особыя отличія, которыя заставляютъ опытнаго врача заподозрить въ качествѣ ихъ субстрата отклоненія и ненормальности организма.

Не всѣ діатезы, однако, совсѣмъ скрыты: существуетъ болѣзненное предрасположеніе, находящее себѣ постоянное выраженіе, причемъ послѣдовательныя состоянія отдѣльныхъ заболѣваній остаются надолго, или же, независимо отъ того, отклоняются отъ нормы внѣшнія формы тѣла, легко доступныя распознаванію, такъ назыв. *habitus*. Въ этихъ случаяхъ въ особенности охотно употребляютъ выраженіе „конституціональная аномалія“.

Дальнѣйшіе факты состоятъ въ томъ, что различныя болѣзненные предрасположенія легко сочетаются другъ съ другомъ; такъ, напр., предрасположеніе къ часто повторяющимся катарральнымъ процессамъ идетъ совмѣстно съ предрасположеніемъ къ опуханію лимфатическихъ органовъ, причемъ, однако, опуханія эти отнюдь не должны считаться лишь послѣдовательными явленіями процессовъ слизистыхъ оболочекъ и кожи. Оба ряда большею частью находятся во взаимной координаціи другъ съ другомъ. Въ подобныхъ случаяхъ, слѣдовательно, можно говорить о сложномъ катаррально-лимфатическомъ діатезѣ, а для тѣхъ врачей, которые въ смыслѣ прежняго ученія, считаютъ катарры „лимфатическими“ экску-

\*) Вопросъ о катарральныхъ процессахъ слизистыхъ оболочекъ лучше всего разработанъ англійскими врачами, особенно Eustace Smith'омъ подъ названіемъ «слизистой болѣзни».

даціями, выраженіе „лимфатическій діатезъ“ объединяетъ оба понятія. Часто присоединяется еще дальнѣйшій моментъ—нервное предрасположеніе, благодаря чему вознакаетъ нервно-лимфатическій діатезъ. Насколько стремленіе въ этой трудной области строго дифференцировать и разграничить желательно для дальнѣйшаго развитія и изученія вопроса, нельзя все-таки, въ угоду схемѣ, забывать (а это каждый опытный человекъ признаетъ за непреложный фактъ), что на практикѣ гораздо чаще встрѣчаются сложные діатезы со всевозможными комбинаціями.

Сущность діатезовъ заключается (по мнѣнію автора) въ врожденномъ въ большинствѣ случаевъ и притомъ дѣйствительно наследственномъ ослабленіи нѣкоторыхъ системъ органовъ. Страдающіе діатезомъ представляютъ патологическую расу. Комбинированные діатезы (напр., эксудативные, лимфатическіе) распадаются на частныя явленія, изъ которыхъ каждое зависитъ отъ (функциональнаго) ослабленія опредѣленной системы и обуславливаетъ предрасположеніе къ опредѣленному циклу симптомовъ. Критеріи этихъ явленій вытекаютъ изъ изслѣдованія функций соответственныхъ органовъ. Діатезы могутъ быть также приобретенными.

Здѣсь мы опишемъ, съ объективной лишь точки зрѣнія, чаще всего встрѣчающіеся въ практикѣ дѣтскаго врача и имѣющіе для него наибольшее значеніе виды, принадлежащіе къ этой группѣ, а именно:

1. Status thymico-lymphaticus (A. Paltauf 1889, Escherich 1896).

2. Воспалительный діатезъ (Th. White 1782), разработанный вновь Czernupодъ именемъ эксудативнаго (1905 и сл.).

3. Нервно-артритическій діатезъ (Comby 1900 и французскихъ, англійскихъ авторовъ).

Всѣ діатезы имѣютъ много общихъ чертъ. Они большинствомъ авторовъ считаются родственными, многими — даже тождественными. Согласно съ этимъ фактомъ существуетъ выраженіе, которое въ прежнее время, какъ и въ настоящее примѣняется еще въ качествѣ собирательныхъ именъ: „лимфатическая конституція“ (Virchow), „лимфатизмъ“ (Heubner) и т. д. Изъ чисто дидактическихъ соображеній мы предпочитаемъ отдѣльное разсмотрѣніе, а затѣмъ уже укажемъ на ихъ взаимоотношенія.

Въ прежнее время особенно было трудно отграниченіе этихъ состояній отъ золотухи. Она часто по ошибкѣ включалась въ эти діатезы, что задерживало дальнѣйшее развитіе патогенетическаго и клиническаго изслѣдованія. Правда, у серьезныхъ наблюдателей уже рано замѣчались попытки къ полному выдѣленію на основаніи наблюденій у постели больного, но лишь діагностикѣ съ помощью анафилаксии по Koch'у, особенно же ея безопасныхъ и удобныхъ модификацій по Pirquet и Moro, удалось выдѣлить чистые случаи лимфатизма отъ случаевъ съ туберкулезнымъ зараженіемъ и затѣмъ достигнуть, повидимому, удовлетворительнаго рѣшенія вопроса объ отношеніяхъ лимфатизма къ золотухѣ (Moro, Escherich).

### I. Status thymico-lymphaticus,

въ противоположность остальнымъ выше перечисленнымъ подвидамъ, обладаетъ опредѣленной анатомической основой именно увеличеніемъ различныхъ частей лимфатическаго аппарата — лимфатическихъ железъ на шеѣ, подмышечныхъ, брыжеечныхъ и предпозвоночныхъ железъ, фолликуловъ носоглоточнаго пространства и зѣва, стѣнокъ кишечника, основанія языка, селезенки, новообразованій и лимфатическихъ узловъ въ печени, щитовидной железѣ, костномъ

мозгу, увеличенієм вилочковой железы (состоящимъ, по Schridde, въ гиперплазіи мозговой части, гипоплазіи корковой части, атипичи Hassal'евскихъ тѣлецъ) при блѣдной кожѣ и сильномъ развитіи подкожнаго жирового слоя ея. Дальнѣйшія (непостоянныя) данныя будутъ: гипоплазія кровеносной и сосудистой системы, хромаффинной системы (мозговой части надпочечниковъ, надпочечнаго и солнечнаго сплетеній), цереброспинальной и половой системъ, наконецъ, различныя уродства, обусловленныя задержкой развитія.

Въ основѣ измѣненій лимфатическихъ железъ, по предварительнымъ даннымъ Bartels'a и Stein'a, лежитъ отсутствіе развитія лимфатическихъ путей и мозговыхъ тяжей съ расширеніемъ пояса краевыхъ фолликуловъ въ первомъ, атрофія специфической паренхимы во второмъ періодѣ роста. Всѣ остальные лимфоидныя ткани, повидимому, гипертрофируются компенсаторно. Процессъ въ лимфатическихъ железахъ является слѣдствіемъ разстройствъ развитія, причѣмъ явленіе это выступаетъ, главнымъ образомъ, въ основной ткани. Здѣсь дѣло идетъ, судя по всему, о болѣе или менѣе распространенной общей „гипопластической конституціи“, при которой гипоплазія кровеносной и сосудистой системы, быть можетъ, играетъ, руководящую въ генетическомъ отношеніи роль.

Ясные симптомы въ теченіе жизни могутъ совершенно отсутствовать. Первое подозрѣніе о status thymico-lymphaticus вызываетъ зачастую лишь внезапная, непредвидѣнная смерть съ явленіями первичной остановки сердца во время рожденія или позже, безъ яснаго или только незначительнаго повода, напр., вслѣдствіе наркоза, психическаго возбужденія, при легкихъ оперативныхъ вмѣшательствахъ (особенно на органахъ шеи), обильномъ питаніи, примѣненіи повязокъ, ваннъ и другихъ водолечебныхъ пріемовъ.

При всѣхъ случаяхъ смерти, наступившихъ безъ предшествовавшаго заболѣванія, находили вилочковую железу сравнительно увеличенной, ибо этотъ органъ принимаетъ особенное участіе въ регрессивныхъ процессахъ тѣла. Предполагали, что при mors thymica находимая масса органа вполне соответствуетъ физиологическимъ условіямъ, но что она лишь кажется чрезмѣрно нормальной, ибо ее сравниваютъ болѣею частью съ кахектическимъ трупомъ. Моментъ этотъ, можетъ быть, играетъ роль, но наличность увеличенія вилочковой железы (свыше 20 грм. у грудныхъ дѣтей и свыше 30 грм. у старшихъ дѣтей) въ относящихся здѣсь случаяхъ доказана точнымъ взвѣшиваніемъ.

Въ другой разъ смерть наступаетъ менѣе неожиданно у (самыхъ маленькихъ) дѣтей, которая въ теченіе долгаго времени страдала тетаіей и ларингоспазмомъ или болѣли черезчуръ остро протекавшими тяжелыми формами отравленія.

Происхожденіе этихъ случаевъ смерти при status thymico-lymphaticus не выяснено. Съ нимъ ставили въ связь наличность опухоли вилочковой железы, какъ таковой, но въ настоящее время извѣстно, что механическое дѣйствіе увеличеннаго органа (сдавливаніе бронховъ, нервовъ и сосудовъ) наблюдается лишь въ видѣ исключенія, даже во все не наблюдается, скорѣе надо думать о послѣдствіяхъ патологическаго выдѣленія вилочковой железы (гипертимизація, гипотимизація), которыя, впрочемъ, могутъ вовсе и не зависѣть отъ аномаліи размѣровъ органа. Въ настоящее время всѣ склонны думать, что опуханіе лимфатическихъ органовъ и вилочковой железы вовсе не является причиной разстройствъ, угрожающихъ жизни, но что оно есть координированный признакъ тяжелыхъ (хотя бы и скрытыхъ) разстройствъ питанія (включая сюда интоксикаціи, декомпозицію, спазмофілію).

Отъ внимательнаго и опытнаго глаза наблюдателя *status thymico-lymphaticus*, особенно у постели больныхъ дѣтей, обыкновенно не ускользаетъ.

Онъ узнаетъ его:

1. По пастозному *habitus'u*: дѣти блѣдны (главнымъ образомъ, вслѣдствіе ангиоспастической псевдоанеміи), тучны (вслѣдствіе перекармливанія при извѣстномъ, ненормальномъ предрасположеніи—патологической типъ откармливанія!) и вялы (благодаря увеличенному содержанию воды и уменьшенному тургору подкожной ткани).

2. По болѣе или менѣ систематической гиперплазіи вилочковой железы и лимфатическихъ органовъ, причемъ клинически имѣются такіе признаки: умѣренно консистентныя, легко прощупываемыя опухоли лимфатическихъ узловъ въ области шеи, суставныхъ сгибовъ, живота; увеличеніе селезенки, видимая гиперплазія миндалинъ неба и зѣва съ ихъ послѣдовательными явленіями, увеличенныя *papillae circumvallatae*. Иногда можно обнаружить увеличеніе вилочковой железы или наличность существованія ея (при тупленіи переходить за лѣвый край рукоятки грудины, сливаясь съ относительной тупостью сердца, наступаютъ явленія прижатія сосѣднихъ органовъ. Къ *Röntgen'ovской* картинѣ слѣдуетъ относиться осторожно!).

Менѣ часты и замѣтны только у старшихъ дѣтей признаки инфантилизма: отсталость роста и развитія вторичныхъ половыхъ признаковъ и характерныя для взрослыхъ явленія въ крови (лимфоцитозъ, хлоротическія свойства).

3. Въ небольшой части случаевъ наблюдаются: сердцебіенія, расширеніе и гипертрофія сердца, синюха, сердечная одышка, безпокойство и предсердечная тоска, бессонница по ночамъ (часто въ видѣ предвѣстниковъ внезапной смерти).

4. Признаки первичныхъ разстройствъ питанія, притомъ не всегда значительные (неустойчивая температура тѣла, колебанія вѣса), отчасти же тяжелые, особенно изъ группы спазмофилии, часто наблюдаемые при *status thymico-lymphaticus* у самыхъ маленькихъ дѣтей (*Finkelstein*).

## 2. Воспалительный или эксудативный діатезъ<sup>1)</sup>.

**Распространеніе.** Эксудативный діатезъ крайне распространенъ; его частоту можно сравнивать лишь съ таковою при рахитѣ: онъ, однако, болѣе часто попадаетъ врачу, чѣмъ послѣдній, ибо признаки его держатся въ теченіе болѣе долгаго времени. Патологическое состояніе это наблюдается въ извѣстныхъ семьяхъ; наследственность (особенно со стороны матери) играетъ большую роль, преимущественно гомологичная (которую можно установить лишь тамъ, гдѣ имѣются свѣдѣнія о дѣтствѣ самихъ родителей), но бываетъ и гетерологичная (невропсихопатія.—по *Freund'u* также подагра, тучность, диабетъ). Въ виду того, что бугорчатка родителей не имѣетъ никакого значенія для появленія у дѣтей эксудативнаго діатеза, его нельзя ставить въ связь съ какой-либо тѣлесной слабостью родителей.

**Появленіе первыхъ признаковъ.** Новорожденный никогда не представляетъ характерныхъ признаковъ болѣзни. Развѣ только бросаются иногда въ глаза малая величина его и нѣжность, особенно

<sup>1)</sup> Изложено преимущественно по *Szegny*, хотя цитированы и другіе.

въ тѣхъ случаяхъ когда онъ доношенъ и происходитъ отъ крупныхъ, сильныхъ физически родителей.

По Freund'у при воспалительномъ діатезѣ часто находятъ врожденный гребнеобразный клокъ волосъ на головѣ, происходящій оттого, что крѣпкая, длинная растительность идетъ отъ области темени къ срединѣ головы въ видѣ выступа.

Первое подозрѣніе на болѣзнь можетъ вызывать вялое возстановленіе первоначальнаго вѣса тѣла (при цѣлесообразной пищѣ и отсутствіи какихъ бы то ни было признаковъ пищеварительныхъ расстройствъ) или раннее уплощеніе его кривой. Изъ признаковъ, въ тѣсномъ смыслѣ слова, въ первыя недѣли и мѣсяцы являются раньше всего „первичные“ (см. ниже).

Появленіе молочной корки, «родимой грязи», опрѣлостей большею частью ограничивается первымъ годомъ жизни, а почесуха можетъ встрѣчаться и позже. Малокровныя, катарральныя явленія и увеличеніе лимфатическихъ железъ господствуютъ въ полной infantia и pueritia, но встрѣчаются отчасти у грудныхъ дѣтей.

### Симптоматологія.

I. *Habitus* различный. Различаютъ типъ нѣжныхъ, слабыхъ, больныхъ эксудативнымъ діатезомъ, и большихъ, повидимому, крѣпкихъ, но тучныхъ, слабыхъ мышцами дѣтей. Послѣднія могутъ обнаруживать сходство съ пастозными тимолимфатиками (см. выше) и происходитъ изъ раньше бывшихъ худыми дѣтей. Эта категорія представляетъ болѣе тяжелое заболѣваніе и большую опасность для жизни; напротивъ, нѣжныя дѣти въ послѣдствіи вполне оправляются и нерѣдко становятся тучными въ концѣ перваго или въ половинѣ втораго года. Обоимъ типамъ свойственна большею частью то стойкая, то болѣе или менѣе преходящая блѣдность, въ основѣ которой имѣется ложное малокровіе.

Согласно имѣющимся до сихъ поръ даннымъ помимо эозинофилии (до 10% по Rosensteign'у) нѣтъ никакихъ характерныхъ измѣненій морфологическихъ свойствъ крови.

II. Признаки на поверхности тѣла, включая сюда послѣдовательныя и сопровождающія явленія. Czerny даетъ слѣдующій обзоръ (данныя другихъ авторовъ помѣщены въ скобкахъ):

(См. прилаг. таблицу на стр. 192).

„Родимая грязь“ наблюдается на темени въ видѣ отложенія плотно прилегающихъ сѣро-черныхъ или буроватыхъ чешуекъ, подъ которыми кожа оказывается красной и мокнущей. Молочная корка представляется въ видѣ рѣзко ограниченнаго треугольнаго покраснѣнія и утолщенія слизистой оболочки щеки съ отрубевиднымъ бѣлымъ шелушеніемъ. Почесуха <sup>1)</sup> представляетъ у исхудалыхъ дѣтей разсѣянные плотные, желтые, зудящія узелки (*lichen*), появленію которыхъ у тучныхъ дѣтей предшествуютъ красные волдыри (красная крапивница). Они появляются преимущественно на бедрахъ, другихъ частяхъ туловища, ногахъ (и рукахъ), но никогда не бывають на лицѣ. Опрѣлость (*intertrigo*) въ противоположность появленію ея у здоровыхъ дѣтей, за которыми плохо ухаживають, встрѣчается не только у задняго прохода и на половыхъ органахъ, но также на ушахъ, шеѣ и суставныхъ сгибахъ. Всѣ названныя явленія на кожѣ даютъ при нецѣлесообразномъ уходѣ, расчесываніи, при „плохомъ качествѣ воздуха“ (въ противоположность хорошему воздуху деревни—Czerny)

<sup>1)</sup> Это названіе примѣняется вмѣсто „*lichen urticatus*“ или „*strophulus*“, хотя часто ведетъ къ смѣшенію съ совершенно другимъ типомъ *prurigo Hebra*.

## Признаки эксудативнаго діатеза.

	Первичные	Вторичные	Сопровождающія явленія вторичныхъ признаковъ (преимущественно «нервнаго» происхожденія)
На наружной кожѣ	Родимая грязь, молочная корка, intertrigo, prurigo	Экзема, импетиго, абсцессы	Сильный зудъ, рѣзкое безпокойство, пугливость, разстройство сна
На слизистыхъ оболочкахъ	(Временныя) десквамативныя состоянія набуханія въ различныхъ областяхъ	Эксудативные процессы, въ видѣ: Angina palatina, Angina pharyngea, Pharyngitis (Gastro-Enteritis)  Coryza, Laryngitis, Bronchitis, Bronchiolitis  Conjunctivitis, фликтены, Blepharitis  Balanitis, Vulvovaginitis, (Cystitis)	Высокая лихорадка, кашель, рвота, отсутствие аппетита  (Кашель, пилороспазмъ, колика, запоръ, слизисто-перепончатые поносы)  (Сѣнной насморкъ), ложный крупъ, (коклюшъ), бронхиальная астма  (Blepharospasmus)  (Дизурія, ишурия)
Въ лимфатическихъ органахъ	Гиперплазія неба и глоточной миндалины, гиперплазія ошупываемыхъ лимфатическихъ железъ въ шейной области и въ суставныхъ сгибахъ.		

поводъ къ зараженію и вмѣстѣ съ тѣмъ къ развитію тяжелыхъ, упорныхъ экземъ. Языкъ въ видѣ географической карты возникаетъ благодаря отложеніямъ, въ видѣ полосокъ, на поверхности языка съ рѣзкимъ выступаніемъ сосочковъ и отпаденіемъ эпителія (отсюда бѣлый цвѣтъ). Эти явленія, будто бы, совершенно исчезаютъ послѣ смерти.

Первичные признаки на кожѣ и слизистыхъ оболочкахъ, повидимому, однородны; дѣло идетъ преимущественно о поверхностныхъ слушиваніяхъ съ лежащимъ въ основѣ его выпотомъ. Особенно характерна законмѣрная локалізація, которая даетъ возможность говорить объ особенномъ предрасположеніи тканей, о появленіи въ видѣ приступовъ большею частью безъ видимой внѣшней причины. Появляются признаки отдѣльно или въ крайне непостоянной группировкѣ. Молочная кора, почесуха, особенно же ландкартообразный языкъ крайне непостоянны и мѣняютъ чуть не ежедневно формы своего проявленія.

Катарральныя явленія Czerny, подобно экземѣ, также объясняетъ зараженіями, почва для которыхъ подготовлена раздраженнымъ состояніемъ слизистой. Въ противоположность Czerny различные наблю-



дателя находятъ, что и слизистыя оболочки пищеварительныхъ путей часто подвергаются катаральному поражению (поносы, слизистыя и гнойно-кровянистыя испражненія безъ тяжелыхъ общихъ явленій). Запоръ и запахъ изо рта, будто бы, сопровождаютъ процессы въ зѣвѣ. Вторичное опуханіе железъ длится дольше, чѣмъ процессъ, въ основѣ котораго лежитъ инфекція.

III. Независимо отъ процессовъ слизистой оболочки и вторичныхъ зараженій наступаетъ, какъ слѣдствіе нецѣлесообразной діеты, первичное опуханіе миндалинъ неба и зѣва. (Объ этихъ признакахъ и послѣдовательныхъ явленіяхъ см. въ отдѣлѣ „Болѣзни зѣва“).

Всѣ проявленія болѣзни, съ болѣе или менѣе короткими промежутками, въ большинствѣ случаевъ наблюдаются до 10—14-го года жизни. Тяжелѣе всего протекаетъ процессъ въ первомъ дѣтствѣ. Къ періоду полового созрѣванія замѣчается обыкновенно уменьшеніе, по истеченіи этого возраста болѣзнь бываетъ или вновь возникаетъ въ рѣдкихъ случаяхъ.

**Сущность и патогенезъ.** Основой всего страданія Czerny считаетъ врожденный недостатокъ въ составѣ тѣла новорожденного. Онъ, будто бы, имѣетъ слѣдствіемъ недочеты въ дальнѣйшемъ развитіи тѣла; на почвѣ недостаточнаго химизма возникаетъ аномалія обмѣна веществъ.

Послѣдняя заключается, быть можетъ, въ разстройствѣ обмѣна, въ ненормальномъ отложеніи веществъ (увеличенномъ или уменьшенномъ), плохомъ использованіи жира, пониженной его ассимиляціи. Функциональнымъ разстройствамъ подвергаются также и тѣ ткани тѣла, которыя регулируютъ содержаніе воды. Кровь будто бы богаче водой. Попытки найти опредѣленную, специфичную для эксудативнаго діатеза, разстройства обмѣна веществъ пока не увѣнчались успѣхомъ. По Vogt'у возможно, хотя не доказано, что въ мочѣ этихъ дѣтей относительно увеличенъ такъ наз. остаточный азотъ. Simon находилъ пептидурию. Aschenheim часто находилъ меллитурію, Coblner—гипергликемію.

Указанная аномалія обмѣна веществъ, будто бы, ведетъ къ независимому (отъ введенія пищи), т. е. къ эндогенному „вредному ея вліянію“, вызывая остановки въ наростаніи вѣса тѣла, даже при разумномъ вскармливаніи грудью и производя первичныя явленія на кожѣ и слизистыхъ оболочкахъ, причемъ въ основѣ такихъ явленій имѣется извѣстная нечувствительность къ вреднымъ вліяніямъ разнаго рода.

Наряду съ эндогенными, вредно дѣйствующими моментами самой пищи существуютъ еще и другіе, превращающіе скрытое состояніе въ явное, вызывающіе картину опредѣленныхъ признаковъ, особенно нѣкоторые изъ присоединяющихся сюда заразныхъ процессовъ, напр., бугорчатки, кори, вакцинаціи, туберкулизаціи, укусовъ насѣкомыхъ (т. е. вообще дѣйствія аллергій?). При существующей уже чрезмѣрной чувствительности поверхности тѣла, повидимому, вредными вліяніями могутъ быть и другія раздраженія, какъ, напр., термическія, механическія, чувствительныя, актиническія (простуда, ношеніе шерстяного бѣлья, расчесы, прорѣзываніе зубовъ).

Иначе, чѣмъ эти непосредственно выступающіе моменты, дѣйствуютъ экзогенныя вліянія пищи, т. е. нецѣлесообразные виды ея, особенно всѣ тѣ, которые обыкновенно называются „укрѣпляющей діетой“ и которые ведутъ къ перекармливанію, все равно, состоятъ ли они преимущественно изъ азотистыхъ веществъ, жировъ или углеводовъ, Наиболѣе вредное дѣйствіе cadaго перекармливанія заключается, по

Szegny, въ томъ, что оно повышаетъ предрасположеніе къ вторичнымъ зараженіямъ и такимъ образомъ весьма благоприятствуетъ частому появленію тяжелыхъ даже угрожающихъ жизни вторичныхъ явленій. Предположенія о такого рода вызывающемъ и благоприятствующемъ вліяніи находятъ себѣ подтвержденіе въ клиническихъ наблюденіяхъ (см. также лечение).

Предположеніе, что въ основѣ эксудативнаго діатеза существуетъ гипертонія сосудовъ (Erpinger и Hess), не подтвердилось (Aschenheim, Tomono); наоборотъ, Н. и L. Hirschfeld при тщательныхъ изслѣдованіяхъ нашли, что сыворотка такихъ больныхъ даже сильнѣе ссуживаетъ сосуды.

**Анатомическій субстратъ** эксудативнаго діатеза неизвѣстенъ. Болѣзнь сама по себѣ никогда не является непосредственной причиной смерти, причемъ другія заболѣванія большею частью откроютъ большинство явленій еще при жизни (ландкартообразный языкъ, молочную корку, пастозный habitus и т. д.).

**Отношенія эксудативнаго діатеза къ другимъ болѣзненнымъ состояніямъ.** Они существуютъ особенно по отношенію къ невропатіямъ и психопатіямъ. Раздражительная слабость нервной системы дѣтей съ эксудативнымъ діатезомъ, обладающая опредѣленнымъ вліяніемъ на степень тяжести болѣзненнаго процесса (см. вышеприведенную схему), въ качествѣ, можетъ быть, вазотоморнаго расстройства, вообще составляетъ основу всѣхъ проявленій (Mogo) и сама отчасти только наследственна и врожденна. Въ другой части случаевъ „нервность“ больныхъ, по Szegny, является приобрѣтенной, усвоенной въ виду ошибокъ воспитанія, для которыхъ эксудативный діатезъ, съ его постоянно повторяющимися расстройствами здоровья, даетъ поводы особенно часто. Совмѣстное теченіе эксудативнаго діатеза и лимфатическаго состоянія не обязательно, хотя бываетъ довольно часто. Ихъ родство выражается тѣмъ обстоятельствомъ, что они часто одинаково реагируютъ (напр., на рекомендуемую ниже діету уменьшеніемъ, на перекармливаніе—припуханіемъ миндалинъ). Дѣти, вскармливаемая рожками и страдающія эксудативными діатезами, склонны при перекармливаніи къ спазмофилии и внезапной смерти отъ паралича сердца. Szegny и др. считаютъ лимфатическое состояніе частичнымъ явленіемъ наиболѣе тяжелыхъ формъ эксудативнаго діатеза. Предположеніе о зависимости этого діатеза отъ мочекислаго діатеза взрослыхъ ошибочно.

**Леченіе** эксудативнаго діатеза не можетъ вліять на болѣзненное предрасположеніе, на ложное направленіе обмѣна веществъ, но лишь на нѣкоторыя причины, вызывающія тѣ проявленія болѣзни (напр., случайная инфекція), которыя осложняютъ имѣющіяся уже измѣненія (вторичныя зараженія), чрезмѣрно повышая имѣющіяся функціональныя расстройства (высокая нервно-психическая возбудимость).

Противъ вторичныхъ зараженій, которыя, по мнѣнію Szegny, превращаютъ сравнительно невинные первичные припадки въ серьезныя болѣзненныя состоянія, можно профилактически уменьшать предрасположенія и устранять поводы къ зараженію. Съ первой цѣлью (чисто эмпирически) вполне оправдывается діететическій способъ, который одновременно оказываетъ полезное обдѣннѣніе организма водой, благоприятно вліяетъ на гиперплазію миндалинъ, а потому и долженъ быть поставленъ при леченіи на первомъ планѣ.

По истеченіи первыхъ двухъ лѣтъ жизни рекомендуется преимущественно растительная пища, дополняемая мясомъ и небольшимъ

количествомъ молока ( $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$  литра въ сутки); недопустимы яйца, сливки, масло, сахаръ. Въ первыхъ два года надо давать наименьшее количество молока, лишь достаточное для медленнаго наростанія вѣса и развитія вообще, притомъ по возможности молоко женское (во всякомъ случаѣ ограничивая количество пищи на каждое кормленіе и продолжительность послѣдняго). Если дѣти, тѣмъ не менѣе, отлагаютъ много жира, то молоко во второй четверти или половинѣ года отчасти замѣняютъ углеводами, супомъ, овощами, въ возрастѣ же  $1\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  лѣтъ переходятъ къ питательному режиму старшихъ дѣтей.

Вотъ примѣрное меню для второго года жизни по Сзегну. Первый завтракъ: молоко, разведенное кофе или чаемъ, печенье безъ масла. Второй завтракъ: сырые фрукты. Обѣдъ: густой супъ, главнымъ образомъ, изъ стручковыхъ овощей, размельченныхъ въ видѣ каши, мелко изрубленное мясо, свѣжая зелень (шпинатъ, морковь, капуста, цвѣтная капуста, салатъ, крошенные бобы). Полдникъ: молоко съ кофе или чаемъ, немного печенія. Ужинъ: мелко изрубленное мясо съ хлѣбомъ (картофель, рисъ) и (небольшое количество) масло. Слабый чай или вода, какъ питье.

Во избѣжаніе заразы рекомендуется по возможности постоянное пребываніе въ свободномъ отъ пыли и дыма воздухѣ деревни или на окраинѣ большихъ городовъ, продолжительное, пребываніе лѣтомъ въ хорошемъ климатѣ (но не въ курортахъ и отеляхъ), удаленіе дѣтей изъ очаговъ болѣзней, напр., отъ больныхъ катаррами взрослыхъ. Простуды можно избѣжать физическими упражненіями, „мѣры закаливанія“ бесполезны \*).

Весьма важно, наконецъ, психическое леченіе при угрожающихъ или имѣющихся на-лицо нервныхъ явленіяхъ. Состоитъ оно въ отвлеченіи вниманія дѣтей отъ ихъ тѣлеснаго состоянія помощью игръ и занятій, въ устраненіи постоянныхъ страховъ и чрезмѣрныхъ заботъ со стороны родителей, излишняго леченія и поѣздокъ на курорты, въ удаленіи изъ семьи невро- и психопатическихъ лицъ, въ крайнемъ случаѣ и самого ребенка съ тѣмъ, чтобы онъ, при постоянномъ уходѣ за нимъ, радикально измѣнилъ весь свой образъ жизни и воспитывался по особому методу.

### 3. „Артритизмъ“ дѣтскаго возраста

по Comбу опредѣляется, какъ наслѣдственное передающееся, болѣе или менѣе постоянное, разстройство питанія, также весьма распространенное, хотя и не во всѣхъ слояхъ населенія и не всюду, главнымъ образомъ же въ семьяхъ зажиточнаго городского населенія, среди не въ мѣру цивилизованной интеллигенціи. Клиника и поликлиника даютъ болѣею частью недостаточный матеріалъ, а наиболѣе богатая такими случаями частная практика большихъ городовъ—обильный. При „артритизмѣ“ также весьма ясно обнаруживается гомологичная и гетерологичная наслѣдственность. Кровные родственники, по Comбу, поражаются сахарной болѣзнью, подагрой, тучностью, каменной болѣзнью, мигренью, астмой, различными невро- и психопатіями (группа брадитрофіи по Vouchard'y). Если корни зла могутъ быть прослѣжены до перваго дѣтства, то въ большинствѣ случаевъ это болѣзненное состояніе выступаетъ ясно только въ школьномъ возрастѣ.

\*) Намъ кажется, что правильно поставленныя физическія упражненія какъ-разъ будутъ наиболѣе дѣйствительнымъ и разумнымъ средствомъ къ укрѣпленію организма, ео ipso къ его «закаливанію». Заключение автора о бесполезности этого послѣдняго стоитъ въ прямомъ противорѣчій съ основнымъ положеніемъ дѣтской гигиены: ребенокъ тѣмъ устойчивѣе и выносливѣе, чѣмъ физическая натура его крѣпче, чѣмъ меньше организмъ уклоняется отъ нормальнаго развитія.

По общему виду больныхъ и сущности болѣзни французскіе авторы различаютъ слѣдующіе типы:

1. Пастозный, торпидный типъ Кожа и слизистыя оболочки сухи, блѣдны, поблекшія; мышцы вялы на-ощупь, какъ губка; скелеть, особенно лица, грубъ, неуклюжъ. Гиперплазія лимфатическихъ железъ выражается ихъ увеличеніемъ, непосредственно видимымъ и прощупываемымъ, главнымъ же образомъ аденоидными разроженіями (аденоидная форма лица!). Дѣти невеселы, вялы, часто сонливы, разсѣянны, скучны, торпидны, тупоумны, флегматическаго („лимфатическаго“) темперамента.

2. Эретическая форма. Кожа нѣжна, глаза блестящи, зрачки расширены, щеки часто мѣняютъ окраску. Дѣти большей частью худы, тонки, безпокойны, подвижны, импульсивны, раздражительны, умственно развиты, часто преждевременно созрѣваютъ, разумны, отличаются непостоянствомъ настроенія, склонны къ аффектамъ, капризны, неровны, экзальтированы, нелюдимы, даже невыносимы; это—маленькіе чудаки, съ выраженными зачастую талантами, но одностороннимъ дарованіемъ („*Dégénérés supérieurs*“)

3. Типъ полнокровныхъ, тучныхъ дѣтей. Сюда относятся такъ наз. „чудныя дѣти“ съ ненормальными размѣрами тѣла, обильной жировой тканью, красными щеками, хорошо окрашенными слизистыми, склонные къ сильному потѣнію.

Строгое разграниченіе этихъ типовъ невыполнимо и нецѣлесообразно; довольно часто находятъ постепенные переходы, модификаціи, смѣшанные случаи или такіе, внѣшній *habitus* которыхъ въ общемъ мало чѣмъ отличается отъ нормы.

Проявленія всѣхъ этихъ состояній необычайно разнообразны, изъ мозаики семіотическихъ элементовъ получаютъ весьма измѣнчивыя картины. Клиническіе признаки касаются раньше всего, согласно указаніямъ французской литературы, симптомокомплекса воспалительнаго діатеза, поскольку онъ не ограничивается первыми мѣсяцами или годами жизни (молочная корка, на темени, опрѣлость, молочный „цвѣтъ“ и т. д.). На первый планъ выступаютъ все повторяющіеся катарры и присоединяющіеся къ нимъ нервныя явленія (см. выше таблицу), которыя могутъ затѣмъ пополняться длиннымъ рядомъ разстройствъ слѣдующаго свойства:

Значительное поднятіе температуры на подобіе приступовъ болотной лихорадки безъ ясно видимой причины; первичное повышеніе температуры до 38° С., особенно послѣ движеній. Поразительная смѣна окраски лица, летучая форма эритемы, холодныя руки и ноги, поты, ознобъ, обмороки, приступы тахикардіи и сердцебіенія, болѣе или менѣе постоянныя аритміи пульса, расширеніе сердца и его слабость, случайные шумы въ немъ и венахъ. Спазмодическое чиханіе, кашель, сѣнной насморкъ; отсутствіе аппетита, глотательныя судороги и кардіоспазмы, атонія желудка и кишекъ (*clapotage*, плескъ, растяженіе желудка), упорный привычный запоръ, кишечныя колики, слизисто-перепончатый энтеритъ, аппендицитъ, нервная циклическая рвота съ ацетонеміей и безъ нея (первая при ѣздѣ въ экипажѣ и по желѣзной дорогѣ, при психическомъ возбужденіи, отъ другихъ какихъ-либо сильныхъ раздраженій, а также ночью и утромъ натошакъ \*).

\*) Ацетонэмическая рвота, довольно характерный представитель признаковъ, происшедшихъ наполовину на невропатической почвѣ, наполовину отъ нарушенія обмѣна веществъ, развивается слѣдующимъ образомъ: дѣти,

Далѣ помутнѣніе свѣже-выпущенной мочи вслѣдствіе неорганических осадковъ въ ней (мочевой кислоты, уратовъ, фосфатовъ, оксалатовъ), интермиттирующая альбуминурия ортотического характера; поли- и поллакиурія, судороги мочевого пузыря, дизурія, ночное и дневное недержаніе мочи, циститъ и уретритъ, баланитъ съ эрекціями и мастурбаціями, ночной испугъ, хоревидное безпокойство, тикъ, лицевой феноменъ, тяжелыя типическія и атипическія мигрени, невралгіи, ревматоидныя боли, артралгіи (откуда и происходитъ неудачное названіе „артритизмъ“), остеалгіи безъ объективныхъ данныхъ, необычная мышечная вялость, плохая осанка.

Изъ гиперплазій лимфатическихъ органовъ на первомъ мѣстѣ стоятъ гиперплазіи миндалинъ неба и зѣва съ послѣдовательными явленіями, на второмъ мѣстѣ—гиперплазія бронхіальныхъ, лимфатическихъ железъ, средостѣнія (аномаліи дыхательнаго шума, участки съ притупленіями надъ легкими, Röntgen'овскія тѣни, шумы отъ сдавливанія венъ, особенно при откидываніи головы назадъ); болѣе рѣдко прощупывается селезенка, лимфатическія железы на шеѣ и въ суставныхъ сгибахъ достигаютъ значительной величины.

Всѣ эти, какъ и другіе признаки могутъ встрѣчаться отдѣльно или въ мѣняющейся группировкѣ и появляться черезъ болѣе или менѣе равномѣрные промежутки времени съ различной напряженностью, а равно—подвергаться обостреніямъ. Часто считали отдѣльныя проявленія за самостоятельныя заболѣванія, видѣли въ послѣдовательности ихъ или въ сочетаніяхъ болѣе или менѣе случайное явленіе. Но чѣмъ тщательнѣе изучали анамнезъ больныхъ и ихъ близкихъ родственниковъ, чѣмъ больше продолжались отдѣльныя наблюденія, чѣмъ долѣе слѣдили за подобными состояніями, тѣмъ скорѣе удавалось опредѣлить, изъ соотношеній между отдѣльными болѣзнями и моментами, особое предрасположеніе и диспозицію тѣла, т. е. такъ наз. „діатезъ“.

Хотя эти явленія рѣдко угрожаютъ жизни (аппендицитъ!), тѣмъ не менѣе картина болѣзни иногда внушаетъ значительныя опасенія (гиперпирексіи безъ объективныхъ данныхъ, напоминающее коллапсъ, состояніе при ацетонеміи, пароксизмальная тахикардія, ночной испугъ), для самого пациента и его окружающихъ они чрезвычайно неприятны и мучительны (колики, энтериты, мигрени, обмороки, кожныя высыпанія), часто также (ученики) мѣшаютъ занятіямъ и вмѣстѣ съ тѣмъ вредны въ социальномъ, наконецъ, въ этическомъ отношеніи (разстройствѣ слуха, отсутствіи аппетита при аденоидахъ, ночное недержаніе мочи, мастурбація, приступы конвульсивнаго тика).

На теченіе вліяютъ тѣ же моменты, которые были указаны при воспалительномъ діатезѣ. Особенно вредитъ въ психическомъ отно-

большею частью страдающія атоніей желудка и кишечника, привычнымъ запоромъ (мальчики), заболѣваютъ въ видѣ приступа, безъ ясно замѣтной причины черезъ каждыя двѣ недѣли или мѣсяцъ въ теченіе нѣсколькихъ дней сильной, часто повторяющейся, неукротимой, содержащей иногда желчь рвотой, которая случается послѣ всякаго приема пищи. Сопровождающее болѣзнь истощеніе можетъ быть весьма значительнымъ, но общее состояніе скоро улучшается послѣ прекращенія рвоты. Не только имѣется ацетонурія и выдѣленіе ацетона легкими (запахъ!), но и другіе признаки настоящаго ацидоза (ацетоуксусная кислота и  $\beta$ -оксимасляная кислота въ мочѣ, кислый запахъ выдыхаемаго воздуха, часто желтуха, увеличеніе печени и повышеніе температуры. Повидимому, тутъ дѣло идетъ о заключительномъ актѣ болѣе или менѣе скрытаго разстройства обменна веществъ (затрудненнаго расщепленія жировъ, вслѣдствіе гипоплазіи лимфатической системы по Нескеру), которому даютъ тонъ нервныя вліянія. Въ иныхъ случаяхъ помогаетъ будто бы внушеніе (?).

шені домашня среда и окружающіе ребенка; именно чрезмѣрно боязливые, нервныя, слабыя въ педагогическомъ смыслѣ родственники, если дѣтямъ приходится преимущественно имѣть дѣло съ ними, вліяютъ на нихъ крайне неблагоприятно. Напротивъ, здоровые, жизнерадостныя сверстники, разумныя воспитатели оказываютъ, несомнѣнно, благоприятное дѣйствіе. На основаніи наблюденій можно указать важнѣйшія лечебныя мѣры: смѣну обстановки, разумное воспитаніе, устраненіе невропатическихъ лицъ; руководимый опытными лицами и специалистами-врачами уходъ въ воспитательныхъ учрежденіяхъ въ деревнѣ даетъ наиболѣе благоприятные результаты.

Рекомендуемая противъ воспалительнаго діатеза преимущественно вегетаріанская пища дѣйствуетъ благоприятно скорѣе на органическіе и соматическіе признаки, менѣе ясно или совершенно не дѣйствуетъ на нервныя функціональныя разстройства въ тѣсномъ смыслѣ слова. Укрѣпляющія, тонизирующія лекарства и питательныя средства, желѣзо, мышьякъ, хининъ, вообще всѣ лекарства, насколько все это испытано, бесполезны, иногда даже вредны, такъ какъ они какъ-разъ говорятъ ребенку о томъ, что онъ боленъ. По той же причинѣ слѣдуетъ вообще избѣгать всѣхъ ухищреній водолечебныхъ и прочихъ способовъ фізіотерапіи, равно курортовъ \*); необходимо установить приспособленную къ физическому, тѣлесному развитію и функціональной способности ребенка жизнь въ сельской обстановкѣ, при возможно болѣе тѣсномъ единеніи съ „природой“, животнымъ и растительнымъ міромъ.

Нѣкоторыя припадки требуютъ, конечно, симптоматическаго леченія или особенныхъ предупреждающихъ мѣръ, которыя однако должны быть возможно болѣе согласованы съ упомянутыми выше основными требованіями гігіены.

Общій режимъ приближается, какъ видно изъ сказаннаго, во многихъ отношеніяхъ къ тому, который какъ бы фабричнымъ путемъ выполняется съ успѣхомъ сторонниками такъ наз. „естественныхъ способовъ леченія“, но здѣсь нужно все-таки избѣгать часто наблюдаемыхъ преувеличеній и прямо вредныхъ мѣръ, вродѣ, напр., помѣщенія въ казармы, лишенія мяса, съ насиліемъ производимыхъ водолечебныхъ приемовъ, влекущихъ за собою охлажденіе кожи \*\*).

Что касается происхожденія артритизма, то извѣстно только, что онъ часто, отнюдь не всегда, развивается на почвѣ воспалительнаго (экссудативнаго) діатеза и благодаря неразумному образу жизни, особенно же нецѣлесообразному психическому воздѣйствію становится въ въ большей или меньшей степени чисто невро-психопатологическимъ страданіемъ. Вредныя вліянія гиперъ-цивилизациі менѣе дѣйствуютъ на предрасположеніе (по мнѣнію Comby), чѣмъ на теченіе и симптомы.

\*) Comby рекомендуетъ много такихъ курортовъ.

\*\*\*) Мы съ умысломъ замѣнили слово «простуда» охлажденіями кожной поверхности, такъ какъ убѣждались и убѣждаемся на каждомъ шагу, что для клинической картины ея вовсе не обязательны катарральныя явленія дыхательныхъ путей—рѣзкое раздраженіе наружныхъ покрововъ холодомъ, будетъ ли то воздухъ или вода, даетъ въ результатѣ неуравновѣшенность нервной системы, неправильную дѣятельность желудочно-кишечнаго канала, почечнаго аппарата, печени и проч. Для дѣтей съ готовымъ уже діатезомъ примѣненіе бальнеотерапевтическихъ приемовъ, всегда могущественныхъ и полезныхъ, должно быть строго научнымъ, осторожнымъ, соответствующимъ особенностямъ cadaго даннаго случая.

## ДОБАВЛЕНИЕ.

### Болѣзни щитовидной железы.

М. Pfaundler (Мюнхенъ).

Въ патологiи щитовидной железы клинически представляютъ наибольшій интересъ болѣзненные картины, которыя, какъ можно доказать, возникаютъ благодаря разстройству ея функций—съ одной стороны, благодаря полному и частичному выпаденiю (и количественному измѣненiю?): атиреозу, гипотиреозу (дистиреозу?), съ другой стороны, въ силу болѣзненного повышенiя: гипертиреоза. Относительно общей патологiи этихъ состоянiй слѣдуетъ указать на соответствующую главу учебниковъ и руководствъ по внутреннимъ болѣзнямъ. Особый интересъ для педиатровъ имѣетъ то обстоятельство, что во время утробной жизни, быть можетъ, во время внѣутробнаго періода выпаденiе функций щитовидныхъ железъ ребенка можетъ пополняться выдѣленiями тѣхъ же органовъ матери. Дѣйствующія составныя части выдѣленiя железъ, несомнѣнно, проходятъ черезъ дѣтское мѣсто, можетъ быть, также черезъ молочную железу, и такими путями попадаютъ въ дѣтскій организмъ, принося ему пользу; вотъ почему зародышеваго заболѣванiя отъ атиреоза еще не наблюдали. Юношескiй растущiй организмъ впрочемъ весьма чувствителенъ къ разстройству функций щитовидной железы. Рядъ вредныхъ влiянiй при гипотиреозѣ встрѣчается только въ этомъ возрастѣ и въ состоянiяхъ этихъ можно получить стойкое излеченiе лишь въ томъ случаѣ, если они распознаны въ раннемъ дѣтствѣ и въ это время начато ихъ леченiе.

#### Гипотиреозы (со включенiемъ атиреозовъ).

Разграниченiе этихъ состоянiй лучше всего дѣлать на анатомическихъ и этиологическихъ основанiяхъ. Гипотиреозы могутъ давать:

1. Аномалiя образованiя, состоящая въ полномъ отсутствiи нормальной ткани щитовидной железы. Анатомическое понятiе объ этой полной тиреоаплазiи (врожденномъ атиреозѣ) совпадаетъ вполне съ клиническимъ понятiемъ о врожденной микседемѣ или о врожденной миксидiотiи.

Вмѣсто боковыхъ зачатковъ щитовидной железы находятся кистовидныя образованiя, на основанiи языка—эпителиоидныя опухоли; эпителиальныя тѣльца сохранены. Значитъ, дѣло идетъ о первичной истинной аплазiи железъ съ отсутствiемъ артерiй.

Наряду съ полной аплазiей щитовидной железы существуютъ гипоплазiи и врожденная недостаточность, ведущая къ такъ наз. неяснымъ формамъ врожденнаго гипотиреонидизма.

2. Приобрѣтенное во время внѣутробной жизни болѣе или менѣе обширное перерожденiе щитовидной железы, которая тогда представляется отчасти въ видѣ первичной атрофiи, отчасти—

въ видѣ зобнаго перерожденія—то и другое обусловливаетъ полную потерю работоспособной ткани.

Эпителіальныя тѣльца могутъ быть также поражены; о послѣдствіяхъ см. ниже въ отдѣлѣ о спазмофилии (тетаніи).

Такое перерожденіе наблюдается: а) въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ подъ вліяніемъ причинъ, связанныхъ съ данными условіями, не выясненныхъ пока еще въ своей сущности вредныхъ моментовъ эндемическаго кретинизма; б) чисто спорадически въ силу различныхъ заболѣваній щитовидной железы: приобрѣтенная дѣтская микседема.

Оба типа также часто встрѣчаются въ abortивныхъ формахъ.

3. Вслѣдствіе частичнаго или полнаго оперативнаго удаленія щитовидной железы, ведущаго къ *cachexia thyreoidea*. Это состояніе имѣетъ большой экспериментально-патологическій интересъ, но никакого клиническаго.

Всѣ названныя состоянія имѣютъ общій рядъ признаковъ, обусловленныхъ частичнымъ или полнымъ выпаденіемъ функций щитовидной железы. Ихъ клиническое сродство, благодаря этому, весьма велико, ихъ разграниченіе основано, главнымъ образомъ, на выясненіи этиологическаго момента. Нѣкоторые признаки (напр., разстройство при прорѣзываніи зубовъ), конечно, отчетливо выступаютъ лишь въ томъ случаѣ, если выпаденіе функціи приходится на самые ранніе періоды внѣтробнаго развитія, другіе только тогда, когда дѣйствіе причины длилось цѣлые годы. Возможно, что при эндемическомъ кретинизмѣ, наряду съ разстройствомъ функціи щитовидной железы, имѣются еще страданія другихъ органовъ (головного мозга?).

### Общіе симптомы и ихъ происхожденіе.

1-й рядъ: Пораженія скелета относятся къ признакамъ, являющимся въ самомъ началѣ и регулярнѣйшимъ образомъ. Они основаны на разстройствѣ эндохондральнаго, періостальнаго роста костей при атрофіи косте- (и крово-) образующаго костнаго мозга, (преждевременное образованіе жирнаго и волокнистаго мозга костей).

Ограничено въ особенности эпифизарное разрастаніе хрящей, прониканіе капилляровъ костнаго мозга въ подготовленные клѣтки хряща, всасываніе и (въ незначительныхъ размѣрахъ) аппозиція костной ткани. Совершенно не нарушено обызвѣстленіе. Получаются (въ противоположность рахиту!) склеротическія кости съ сохраненіемъ формы и съ равномѣрно увеличенными размѣрами. Гипотиреотическое пораженіе костей, такимъ образомъ, прямо противоположно во многихъ отношеніяхъ рахитическому и отсюда ясно, почему микседематозныя дѣти никогда не представляютъ ясныхъ признаковъ рахита \*). Ядра эпифизовъ появляются поздно или совершенно не появляются, соединеніе эпифизарныхъ хрящей сохраняется въ теченіе долгаго времени. Ростъ въ длину замедленъ, часто задерживается до періода полового созрѣванія. Röntgen'овская картина, кромѣ того, представляетъ характерный темный контуръ тѣни диафизовъ въ направленіи къ эпифизу, соответствующей поперечной костной пластинкѣ (см. рис. 38).

Въ клиническомъ отношеніи разстройства эти выражаются все болѣе и болѣе выступающимъ, довольно пропорціональнымъ карликовымъ ростомъ (измѣненіе формъ тѣла вслѣдствіе аномалій мягкихъ

\*) Заключение это стоитъ въ явномъ противорѣчій съ нашими наблюденіями. Комбинаціи съ рахитизмомъ бываютъ нерѣдко и въ такихъ случаяхъ одновременное съ тиреоидиномъ назначеніе фосфора или фосфорнокислыхъ соединеній даетъ несравненно болѣе благоприятные результаты, чѣмъ одна вытяжка gland. thyreoideae. Намъ даже казалось, что смѣшанная терапия производила болѣе благотворное вліяніе и на микседематозный процессъ.



частей, см. ниже), западениемъ края носа (не раннимъ синостозомъ, а задержкой роста *os tribasilare!*), незакрытиемъ родничковъ, черепныхъ швовъ, аномаліями зубовъ и ихъ прорѣзыванія. Последніе сходны съ зубами при рахитѣ. Закрытие плоской, низкой, широкой, черепной крышки можетъ задержаться дольше, чѣмъ при рахитѣ, но края костей тверды. Переломы долго не заживаютъ.

Характерные признаки черепа кретиновъ (по Scholz'у) слѣдующіе: ортоплати- и плагіоцефалія, платиринія, гипсиконхія, прогнатія.

Разстройство роста костей въ новѣйшее время часто объясняли

Рис. 38.

Рис. 39.



Рис. 38. Рука 6-лѣтней дѣвочки, страдающей врожденнымъ *athyreosis*. Длина 72 см. Неуклюжія, склеротическія кости. Отсутствие всѣхъ ядеръ эпифизовъ, за исключеніемъ небольшого ядра запястья (появилось послѣ леченія щитовидной железой).

39. Рука нормального 6-лѣтняго ребенка для сравненія. (Изъ Цюрихской дѣтской клиники. Проф. Феер).

(гипотиреотическимъ) страданіемъ участвующаго въ остеогенезѣ костнаго мозга (срв., рахитъ, болѣзнь Barlow'a и т. д.), причемъ страданіе это является, вѣроятнѣе всего, причиной ясно выраженныхъ анемическихъ явленій (грязно-желтый или блѣдный цвѣтъ лица, олигоцитемія, олигохромемія, полинуклеозъ), геморрагическаго діатеза, быть можетъ, также опуханія лимфатическихъ органовъ (особенно миндалинъ).

2-й рядъ: Измѣненія кожи, накомжнаго слоя и слизистыхъ. Благодаря невыясненному еще своеобразному набуханію соединительнотканнхъ элементовъ кожа, въ особенности на нѣкоторыхъ излюбленныхъ мѣстахъ, разрыхлена (*cutis laxa*) и пріобрѣтаетъ

студневидный, тѣстовидный, слизистый характеръ („миксѣдема“ Ogd'a). Настоящаго отека и потери эластичности (ямки при надавливаніи пальцемъ) здѣсь нѣтъ. Какъ только миксѣдема исчезаетъ, кожа становится вялой, морщинистой. Разстройство питанія эпидермоидальныхъ тканей вызываетъ отсутствіе потоотдѣленія (отсюда сухость и пониженная электропроводимость кожи), шелушеніе, ломкость ногтей, волосъ и выпаденіе послѣднихъ (пушокъ, напротивъ, остается на долгое время).

Повидимому, аналогичныя съ миксѣдемой явленія въ видѣ опуханія и разрыхленія слизистыхъ оболочекъ полостей носа, зѣва, барабанной, рта, особенно языка (макроглоссія), Евстахіевой трубы, гортани, вѣкъ, пищеварительныхъ путей должны объясняться, какъ функциональныя разстройства, напр., дыханіе черезъ ротъ, храпѣніе, хрюканье, грубый голосъ, разстройства слуха, отказъ отъ пищи и запоръ. Признаками этого ряда (наряду съ предшествующими и послѣдующими) обуславливаются весьма характерныя аномаліи наружнаго вида больныхъ: на косомъ, низкомъ лбу морщинистая кожа, покрытая волосами; носъ плоскій, сѣдловидный, вздутыя вѣки сжимаютъ глазную щель; между толстыми, почти хоботообразными губами изъ зіяющаго, широкаго отверстія рта выступаетъ утолщенный языкъ, наблюдается двойной подбородокъ, большія, безобразныя уши, нормальныя отношенія остальныхъ частей тѣла къ скелету сглажены вслѣдствіе отложенія безобразно утолщенныхъ мягкихъ частей. Такому обезображиванію способствуетъ въ особенности губчатый кожный жиръ надъ ключицами, на лопаткахъ, бедрахъ, грудныхъ соскахъ. Конечности имѣютъ болѣе цилиндрическую форму, столбовидны. Пальцы верхнихъ и нижнихъ конечностей укорочены, неуклюжи, руки напоминаютъ лапы крота. Животъ растянутъ шарообразно, у маленькихъ дѣтей часто обезображенъ пупочной грыжей.

3-й рядъ: Психическія аномаліи. Умственное развитіе остается на низкой ступени или возвращается къ нему путемъ обратнаго развитія. Въ наиболѣе тяжелыхъ случаяхъ умственный уровень больныхъ лежитъ ниже уровня дрессированныхъ животныхъ („люди-растенія“ Koster'a). Умственное вырожденіе носитъ характеръ анергіи; дѣти цѣлые дни лежать безъ реакціи и впечатлѣній, грязныя, со взглядомъ, апатически устремленнымъ въ одномъ направленіи, въ сонномъ состояніи или обнаруживаютъ автоматически насильственныя движенія. Отъ голода и отъ болѣзненныхъ раздраженій они рычатъ. Въ случаяхъ средней тяжести больные не въ состояніи фиксировать, узнавать, говорить; въ легкихъ случаяхъ бросается въ глаза только нѣкоторая интеллектуальная слабость, ослабленіе памяти, невнимательность, умственная тупость. Наблюдается боязнь чужихъ людей, „кретинообразныя“ манеры (походка, гримасы, нечленораздѣльные звуки) и фізіономія ребенка (тупоумная, капризная, животоподобная) при бѣгломъ знакомствѣ легко можетъ вести къ слишкомъ малой оцѣнкѣ ихъ умственной способности. Психическое разстройство отчасти зависитъ отъ поздно наступающаго изученія дѣтми статическихъ функцій (сидѣнія, ходьбы, стоянія).

Мнѣнія объ органической основѣ разстройства еще не одинаковы. Тяжелыя пораженія органовъ слуха (периферическаго и лабиринтнаго происхожденія), въ особенности глухонѣмота и аденогенные процессы Евстахіевыхъ трубъ и средняго уха участвуютъ нерѣдко въ ихъ происхожденіи.

4-й рядъ. Измѣненія обмѣна веществъ состоятъ въ замедле-

ни его, особенно в понижении обмена белка и солей. С этим связано, повидимому, низкое стояние средней температуры тела (1—2° ниже нормы) и склонность к тучности. Вследствие понижения процессов диссимляции имеется склонность к задержке N и P, больные могут находиться в равновесии при количестве пищи, недостаточном для нормального ребенка того же возраста. „Предел ассимиляции“ для виноградного сахара повышен.

5-й ряд. Мышечная заболванія. Мышцы вялы, бледны и неработоспособны, повидимому, видоизменены и микроскопически, но довольно объемисты. С мышечной вялостью, повидимому, находятся в связи такие признаки, как вялость движений, отсталость статических функций, влачащаяся, слабая в колени походка, положение *pes equinus* (вследствие уплощения головки бедра!), вялость суставов, лордоз, вздутие живота, тяжелый запор, диастаз прямых мышц, образование грыж (пупочной грыжи, бедренной грыжи), слабость сердца с малым, нестойким пульсом, холодная мрамороподобная кожа, склонность к сердечной астме.

6-й ряд. Разстройства полового развития. Наблюдается гипоплазия половых желез и наружных половых органов, недостаточное развитие половых функций, вторичных половых признаков, замедление в наступлении полового созревания, половой инфантилизм, меноррагии.

Импотенцию и некоторые признаки 2-го ряда Freudenberg считает результатом гипотонии автономной нервной системы.

#### Частности из клиники различных гипотиреозов.

1. Соврожденная микседема наблюдается, главным образом, у женского пола. Наследственные моменты или другие осязательные причины не играют здесь роли. Первые признаки (отсталость роста в длину, явления со стороны кожи и слизистых оболочек, златія) наблюдаются у рожковых детей в среднем по истечении первых недель, у грудных по прошествии первых месяцев. Анатомические изменения скелета относятся, по крайней мере отчасти, ко времени рождения. Далее, развивается быстро весь симптомокомплекс, который в конце-концов становится довольно тяжелым. Большинство больных гибнет в первые годы, очень редко они доживают до второго десятилетия жизни. Отсутствие щитовидных желез (обнажение дыхательного горла) клинически едва ли



Рис. 40. 3-лѣтній ребенокъ съ тиреоаплазіей и врожденной микседемой. (Изъ Королевской университетской дѣтской клиники. Мюнхенъ. Проф. Pfaunder.)

можно констатировать съ увѣренностью (въ виду измѣненія кожи и топографіи мышцъ).

2а. Эндемическій кретинизмъ поражаетъ людей и животныхъ (немного чаще дѣтей мужского пола) въ такъ назыв. „зобныхъ областяхъ“ нѣкоторыхъ горныхъ странъ, преимущественно Альпъ (Швейцарія, Штирія, Каринтія, Франконія, Шварцвальдъ и т. д.), но также и другихъ частей свѣта. Наслѣдственные и семейные моменты отчасти здѣсь несомнѣнно дѣйствуютъ (вѣроятно, благодаря врожденному, особенному пониженію сопротивляемости железы по отношенію къ

Рис. 41.



Рис. 42.



Рис. 41. Эндемическій кретинъ изъ Оденвальда (Гейдельбергская дѣтская клиника. Проф. Feer).

Рис. 42. 6-лѣтній мальчикъ. Спорадическій кретинизмъ. (Изъ Королевской университетской дѣтской клиники. Мюнхень. Проф. Pfaundler).

вреднымъ вліяніямъ), отчасти здѣсь играетъ роль пребываніе семей въ особенно опасныхъ дворахъ и мѣстностяхъ. Въ юношескомъ возрастѣ пріѣхавшіе изъ другихъ мѣстностей часто заболѣваютъ очень рано; уѣхавшія же въ другія страны или родившіяся за границей дѣти изъ семействъ кретиновъ остаются здоровыми или выздоравливаютъ. Области кретинизма не только связаны на мѣстѣ съ болѣе сильными выступами земной коры, но они также отличаются присутствіемъ нѣкоторыхъ слоевъ и геологическихъ формаций. Много говоритъ за то, что вредное начало особенно передается путемъ (некипяченой) питьевой воды. Съ этими фактами хорошо согласуется гипотеза, что (воспринятая водой) эманация каменныхъ породъ оказываетъ преимущественное вредное, вырождающее вліяніе на щитовид-

ную железу маленькихъ дѣтей (Pfaundler, 1907). Попытки обнаружить заразныя и контагіозныя начала или совсѣмъ не удалось, или оказались неудовлетворительными.

Щитовидная железа, съ клинической точки зрѣнія, большею частью (въ 60%) увеличена; анатомически же находятъ зобное перерождение различнаго вида (кистозидное, паренхиматозное, геморрагическое), рѣже атрофію. Части железистой ткани могутъ быть анатомически не повреждены (способны къ функціи?). Признаки эндемическаго кретинизма развиваются сравнительно поздно. Несомнѣнно болѣзнь распознается большею частью на 5—6-мъ году или еще позже. Картина ея разви-

Рис. 43.



Рис. 44.



Рис. 43. 12-мѣсячная дѣвочка съ невыраженной миксѣмой. (Изъ Королевской университетской дѣтской клиники. Мюнхень. Проф. Pfaundler).

Рис. 44. 3 1/4 лѣтняя дѣвочка съ легкими миксѣматозными явленіями, длина тѣла 80 1/2 см., большой родничокъ еще открытъ, 8 рѣзцовъ, еще не можетъ стоять, при сидѣніи кифозъ. (Изъ Гейдельбергской дѣтской клиники. Проф. E. Feer).

вается медленно, никогда не достигая крайнихъ степеней въ дѣтскомъ возрастѣ. Закономѣрно количественной разницы всей общей картины по сравненію съ другими гипотиреозами, повидимому, нѣтъ.

2 б. Приобрѣтенная дѣтская миксѣма объясняется различными острыми заболѣваніями железы и отличается отъ кретинизма только спорадическимъ появленіемъ.

Особенный врачебный интересъ представляютъ

#### абортивныя формы гипотиреозовъ,

которыя могутъ зависѣть отъ врожденныхъ причинъ (гипоплазіи, задержки развитія, слабости железы, какъ частичнаго явленія дегенеративнаго измѣненія тѣла при алкоголизмѣ, сифилисѣ, кахексіи

родителей?), а также приобретёнными вредностями (въ областяхъ кретинизма, а также въ свободныхъ отъ зоба мѣстностяхъ). (Неясныя!) клиническія данныя относительно щитовидной железы здѣсь весьма измѣнчивы.

Психическія явленія могутъ быть мало выражены (измѣненіе настроенія, уменьшеніе охоты и способности думать, пониженіе умственного кругозора). Соматическая картина ограничивается въ сущности карликовымъ ростомъ, разстройствомъ прорѣзыванія зубовъ, слегка студневидными свойствами сухой на поверхности и зудящей кожи, кретиноидными чертами лица (озабоченное выраженіе!), жестовъ или функциональныхъ разстройствъ, какъ-то: познабливаніе, отсутствіе пота, неловкая походка, ночное недержаніе мочи, запоръ, однообразіе разговора, плохіе успѣхи въ школѣ. Röntgen'овская картина (отсталость окостенѣнія и поперечная краевая пластинка на діафизѣ) можетъ подтвердить діагнозъ, но гораздо болѣе даютъ результаты леченія (см. ниже).

Въ клиническомъ отношеніи эти случаи большею частью удачно относятся къ симптоматической группѣ такъ наз. инфантилизма<sup>1)</sup>.

Подъ именемъ

### инфантилизма

подразумѣваютъ (весьма различныя въ этиологическомъ отношеніи) состоянія, имѣющія то общее свойство, что сравнительно съ истиннымъ возрастомъ индивидуума онѣ выглядятъ гораздо болѣе молодымъ (въ тѣлесномъ и умственномъ отношеніи). Недостаточной функціей щитовидной железы объясняютъ многіе авторы, впрочемъ, два различныхъ типа инфантилизма, изъ которыхъ „типъ Brissaud-Herzoghe“ представляетъ истинно гипотиреотическія черты, между тѣмъ какъ „типъ Lorrain'a“ (отсталость роста въ длину при сохраненіи пропорцій тѣла и тонкое строеніе костей, весьма тонкія конечности, малая узкая голова и обликъ дѣвочки) значительно отличается отъ этого типа; принадлежность его сюда представляется еще весьма сомнительной. Здѣсь скорѣе играютъ роль: выпаденіе функцій другихъ железъ (половыхъ железъ, надпочечниковъ, вилочковой железы, поджелудочной железы) или вредные моменты вслѣдствіе ранняго зараженія, интоксикаціи и заболѣваній органовъ (Anton).

Абортивные дѣтскіе гипотиреозы характеризуются, какъ доброкачественное состояніе, поскольку они склонны къ самопроизвольному излеченію.

Леченіе гипотиреоза есть физиологическое леченіе, дѣйствительность и выполнимость котораго въ настоящее время принципиально установлена относительно всѣхъ формъ болѣзней (въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ). Наиболѣе простымъ и рациональнымъ способомъ была бы неоднократно уже испытанная пересадка щитовидной железы (того же рода) въ какомъ-нибудь соотвѣтственномъ мѣстѣ большого тѣла, поскольку такой пересаженный органъ оставался бы, въ теченіе долгаго времени, способнымъ къ функціи, что, однако, по имѣющимся практическимъ наблюденіямъ, еще не удается, а по мнѣнію біологовъ невѣроятно a priori (законъ біологической индивидуальной специфичности). Къ счастью (довольно устойчивыя по отношенію къ нагрѣванію) дѣйствующія начала могутъ быть переносимы внѣ

<sup>1)</sup> Гистологическія данныя на костной системѣ соотвѣтствуютъ, правда, скорѣе старческому маразму, чѣмъ процессу дѣтскаго возраста (Dieterle).

данного рода и даже путем пищеварительного канала. Поэтому лучше всего давать в пищу свежую, лишенную капсулы и скобленную, сырую или приготовленную по вкусу с жиром, яйцом, пряностями, шоколадом в теплом, но не горячем виде, получаемую из боен щитовидную железу убитых животных, большею частью овец (также рогатого скота, свиней, кроликов). Следует обращать внимание на здоровье животных и на примесь других органов (мышц, вилочковой железы, слюнных, лимфатических желез!). Дают 2—3 раза в неделю одну или несколько щитовидных желез овцы. Продолжать лечение следует в течение всей жизни.

На втором плане рекомендуются изготовленные из подобных желез стойкие препараты (сухое вещество, экстракты), тиреоидиновые лепешки Мерска и других фирм (соответствующая 0,3 гр. свежей щитовидной железы, ежедневно  $\frac{1}{2}$ —2 лепешки), тираден (Kroll и Co, ежедневно 1,0—2,0 гр.), тиреоидный эликсир (Allen & Hanbury, ежедневно  $\frac{1}{2}$ —1 чайная ложка) и мн. др. Йодотирин (естественный йод-блок желез с молочным сахаром) дорог и не более действителен. Другие способы введения (подкожные инъекции, введения в прямую кишку) оставлены.

Действие специфической терапии в большинстве случаев прямо таки поразительно. Оно касается всех соматических и психических признаков гипотиреоза, может обнаружиться уже спустя несколько дней и вести к полному исчезанию припадков. С прекращением лечения наступают, конечно, возвраты. Особенно благодарно лечение врожденной и приобретенной микседемы, хотя и при эндемическом кретинизме юношеского возраста получают также благоприятные результаты. Средние успехи лечения в общем были бы лучше, если бы не присоединялись другие болезненные состояния, ниже общего с гипотиреозом не имьющие. У кретинов менее выражено благотворное действие на расстройство слуха, наличие которого препятствует психическому развитию.

Лечение щитовидной железой должно быть выполняемо осторожно, особенно необходимо наблюдать за ним вначале. Вредные влияния могут иметь гипертиреотический характер (беспокойство, сердцебиение, сердечная слабость, ощущение жара, пот, исхудание, рвота) или токсической, напоминающей собою ботулизм, хотя последний может наблюдаться однако только при применении небезупречно «стойких» препаратов\*).

### Зобь.

В местностях, где эндемически живет зобь, и в семьях, к нему предрасположенных, болезнь наблюдается часто, в других случаях врожденная и приобретенная гиперплазия, resp. гипертрофия

\*) Трудно согласиться с категорически высказанным положением о необходимости лечения в течение всей жизни. Мы лично убедились в том, что продолжительность специфической терапии велика, но срок свой она имеет. Раз только удалось довести детский организм до нормы, соответствующей возрасту, надо прекратить дальнейшее введение тиреоидина, возвращаясь к его помощи лишь тогда, когда снова наступает клиническая картина типа Brissaud-Hertoghe'a. Обращаем внимание на то обстоятельство, что самые слабые признаки параллельно идущего рахитизма требуют одновременного с тиреоидином лечения фосфором или фосфорнокислыми соединениями.

и зобовидныя перерожденія щитовидной железы встрѣчаются рѣдко. Врожденный зобъ возникаетъ, повидимому, только благодаря приливу крови къ органу („сосудистый зобъ“) и быстро проходитъ при соответственномъ леченіи, даже самъ собою. Въ другихъ случаяхъ существуетъ увеличеніе паренхимы, образованіе узловъ и кистъ. Врожденный зобъ можетъ достигнуть обширнаго развитія, доходя до нижней челюсти и занимая половину шеи. Явленія, зависящія отъ сдавленія сосудовъ шеи (синюха, отекъ), особенно же мягкихъ частей дыхатель-

наго горла (инспираторная одышка, свистъ), легочный ателектазъ и бронхопневмоніи являются только слѣдствіями. Особенно опасны въ этомъ отношеніи вокругъ трахеальные и за грудиные фиброзныя зобы, правда, рѣдко встрѣчающіеся.

Въ періодъ полового созрѣванія частота зоба снова значительно увеличивается, особенно у женскаго пола. Здѣсь наступаютъ также общія разстройства, которыя происходятъ отъ чрезмѣрной функціи железы и представляютъ собою переходную форму къ болѣзди Basedow'a. Явленія выпаденія со стороны подвергшейся перерожденію железы (гипотиреозъ, см. врожденную микседему и эндемическій кретинизмъ) могутъ отсутствовать даже при зобахъ значительной силы.

**Леченіе.** Большинство дѣтскихъ зобовъ реагируетъ благоприятно на іодистое леченіе въ видѣ іодистаго натра (0,1—0,5 въ сутки) внутрь или мази изъ іода и іодистаго калия, іодвазогена или настойки іода снаружи.

Менѣе рекомендуются, отчасти противопоказаны препараты щитовидной железы. Сосудистый зобъ новорожденныхъ покрываютъ пузыремъ со льдомъ и вообще оставляютъ его въ покоѣ.

### Болѣзнь Basedow'a

у дѣтей встрѣчается весьма рѣдко, нѣсколько чаще въ періодъ полового созрѣванія, причемъ щитовидная железа вслѣдствіе гипертиреоза неизвѣстной этиологіи быстро и значительно увеличивается въ размѣрахъ. Ея признаки отчасти составляютъ противоположность гипотиреотическимъ явленіямъ (остеопорозъ, сильный приливъ крови, повышенная вазомоторная раздражительность кожи, чрезмѣрная потливость, ощущеніе жара, припадки diarrhoeae serosae, бессонница, болѣзненная возбудимость, ускоренный обмѣнъ веществъ, повышенная температура тѣла, исхуданіе, хореовидное безпокойство, дрожаніе, сердцебиеніе, тахикардія), отчасти (пучеглазіе, lagophthalmus съ рѣдкимъ миганіемъ и т. д.) еще мало выяснены. Продолжительность болѣзни равняется нѣсколькимъ годамъ, полное выздоровленіе рѣдко. Наряду съ устраненіемъ раздраженій и



Рис. 45. 11-лѣтняя дѣвочка съ болѣзью Basedow'a. Улучшеніе отъ перевязки артерій. (Изъ Королевской университетской дѣтской клиники. Мюнхень. Проф. Pfaundler).



общимъ успокаивающимъ леченіемъ на практикѣ можно примѣнять испытанное уже назначеніе кровяной сыворотки тиреоэктомированныхъ животныхъ, въ тяжелыхъ случаяхъ оперативное леченіе.

### Добавленіе.

Хондродистрофія (*chondrodystrophia*), *osteogenesis imperfecta* и монголизмъ—три болѣзненныхъ состоянія, при которыхъ происходятъ замѣтныя на глазъ измѣненія скелета и общаго *habitus'a*, сущность которыхъ еще совсѣмъ не ясна. Вотъ почему ихъ нельзя включить въ обычную систему болѣзней, хотя сами по себѣ они не имѣютъ ничего общаго съ расстройствами функцій щитовидной железы <sup>1)</sup>. Существуетъ все-таки нѣкоторая общность признаковъ съ врожденной микседемой и потому часто происходитъ смѣшиваніе съ нею. Вотъ этимъ обстоятельствомъ и оправдывается краткое изложеніе ихъ здѣсь.

Оба названныя вначалѣ заболѣванія оказываются врожденными измѣненіями скелета, которыя раньше считались за врожденный рахитъ и такую же микседему; только въ легкихъ формахъ своихъ они совмѣстимы съ продолженіемъ утробной и внѣутробной жизни. Въ такихъ случаяхъ часто получается карликовый ростъ, отличающійся непропорціональной короткостью конечностей, „микромеліей“, особенно же ненормальной длиной бедра и плеча. Впрочемъ, чисто симптоматическое названіе „микромелія“ примѣнимо также ко многимъ случаямъ рахита и врожденной микседемы.

**Хондродистрофія** (Kaufmann 1892), или **ахондроплазія** (Parrot 1878), или **micromelia chondromalacia** представляетъ собою заболѣваніе хрящей скелета плода и притомъ преимущественно женскаго. Проллиферація, служащая для роста въ длину хрящевыхъ преобразованныхъ костей, недостаточна въ области границъ эпидіафизовъ; напротивъ, окостенѣніе и оссификація образовавшихся уже короткихъ хрящевыхъ колоннъ, а равно періостальное окостенѣніе идетъ безпрепятственно, даже чрезмѣрно. Благодаря сказанному получаютъ ненормально короткія толстыя кости и раннія сросшенія ихъ. Ненормальный тяжъ соединительной ткани, вдающійся со стороны надкостницы въ границу эпидіафизовъ, характерная пластинка надкостницы, вызываетъ односторонній ростъ и въ зависимости отъ того искривленія. Ширина хрящевыхъ эпифизовъ мѣняется; то она умень-



Рис. 46. Мѣсячный ребенокъ съ хондродистрофіей. Замѣчательный *habitus* и выраженіе лица! Ненормальная ширина кожи. (Изъ Королевской Грацкой дѣтской клиники. Проф. M. Pfaunder).

<sup>1)</sup> Относительно хондродистрофіи высказываются самые противоположные взгляды (Stöltzner, Mogo).

шена, то увеличена въ видѣ грибовиднаго утолщенія (гипо- и гиперпластическія формы).

### Клиническая картина

въ сущности зависитъ отъ микромеліи: подобно слишкомъ длиннымъ брюкамъ и рукавамъ, чрезмерно богатая жиромъ (не студенистымъ) кожа свѣшивается въ видѣ складокъ и сборокъ надъ слишкомъ короткими конечностями; здѣсь наблюдается (именно вслѣдствіе сращения



Рис. 47. Верхняя конечность новорожденнаго съ остеопситирозомъ. Многочисленные переломы и образование мозолей. (Изъ Королевской университетской дѣтской клиники. Мюнхень. Проф. Pfandler).

трехосновной кости) образованіе сѣдло-виднаго носа. Такимъ образомъ получается микседематозная дряблая кожа и настоящее лицо кретина. Черепъ увеличенъ, шея неуклюжа, три большихъ острыхъ среднихъ пальца образуютъ вслѣдствіе закрытія основныхъ фалангъ и раздвиганія концевыхъ фалангъ характерную руку въ видѣ „трезубца“. Часто имѣются и другія уродства (въ томъ числѣ и зобъ). Дѣти, остающіяся въ живыхъ въ первые годы жизни, бросаются въ глаза своей мышечной слабостью, вялостью суставовъ, отсталостью статическихъ функций и закрытія черепа, зарываніемъ головы въ подушки, обильнымъ потоотдѣленіемъ и часто принимаются за рахитиковъ. Съ приобретеніемъ способности ходить (переваливающаяся походка!) имѣвшійся раньше поясничный кифозъ превращается въ лордозъ съ сильно выпяченнымъ впередъ животомъ.

Умственное развитіе зачастую паразитально хорошо (придворные шуты, клоуны!), отнюдь не замедленное. Лечение щитовидной железой совсѣмъ или почти бесполезно.

При

### Osteogenesis imperfecta (Vrolik) или остеопситирозъ

дѣло идетъ о недостаточномъ эндостальномъ и періостальномъ окостенѣніи (нарушенная функція остеобластовъ!) при нормальномъ образованіи хряща. Кости удлинняются, но становятся тонкими и весьма пористыми. Благодаря этому у плода внѣутробно возникаютъ многочисленные „самопроизвольные“ переломы—свыше 100—во всѣхъ частяхъ скелета; они ведутъ къ искривленіямъ и укороченіямъ (микромеліи). Множественное образованіе мозолей можетъ, однако, симулировать чрезмерную толщину костей. На предобразованныхъ соединительнотканыхъ черепныхъ костяхъ остаются широкіе костные просвѣты (см. выше, при рахитѣ). При жизни лучше всего выясняется это состояніе Röntgen'овской картиной (рис. 43). Съ цѣлью леченія хвалятъ фосфоръ въ рыбьемъ жирѣ, предлагали адреналинъ.

**Mongolismus** (Langdon Down 1866) или монголоидная идиотія представляетъ сложное физическое вырожденіе, сопровождающееся тя-

желымъ разстройствомъ умственныхъ функций, ведущее къ характернымъ измѣненіямъ habitus'a и часто вызывающее множество дальнѣйшихъ особенностей въ различныхъ системахъ органовъ. Въ этиологи-



Рис. 48. Ребенокъ 1 $\frac{3}{4}$  года съ монголоидной идиотіей. Брахицефалія, особое образованіе лица, косоглазіе, особое положеніе. (Изъ Королевской университетской дѣтской клиники. Мюнхень. Проф. Pfaundler).

ческомъ отношеніи нѣтъ ничего положительнаго. Повидимому, извѣстную роль играютъ различныя истощающія состоянія у матери во время беременности. Болѣзнь эта встрѣчается только спорадически и притомъ во всѣхъ слояхъ населенія, во всѣхъ странахъ, къ тому же нерѣдко. Оба пола заболѣваютъ одинаково.

**Habitus** (который чуть-чуть напоминаетъ видъ монголовъ), наиболѣе надежный критерій, выражается: въ брахицефаліи, маленькомъ сплюснутомъ носѣ, косомъ положеніи обоихъ вѣкъ (внутренній уголъ вѣка глубже наружнаго), узости щели между вѣками, эпикантусъ (серповидныхъ вертикальныхъ кожныхъ складкахъ надъ внутреннимъ угломъ глаза), обычномъ конъюнктивитѣ и блефаритѣ, частой дизъюнкции слегка выступающихъ впередъ глазныхъ яблокъ, зянїи ротовой щели, слюнотеченіи, клоноподобныхъ по формѣ щекъ и подбородка, атактистическихъ, обезображенныхъ ушныхъ раковинъ; далѣе, вздутіи живота, діастазѣ прямыхъ мышцъ, увеличенной экскурсіи суставовъ (вслѣдствіе мышечной вялости или аплазіи). Наконецъ, еще характерны короткость и искривленіе внутрь пятого пальца (гипоплазія дистальныхъ фалангъ).



Рис. 49. Монголоидъ. Ребенокъ 1-го года. Косыя оси вѣкъ. Языкъ и губы утолщены. (Бреславльская клиника. Проф. Tobler.)

Далѣе весьма характерны манеры слабоумнаго или страдающаго идиотизмомъ больного: вначалѣ онъ болѣе покоенъ, съ возраста 2 лѣтъ или позже становится безпокойнымъ, подвижнымъ, капризнымъ, пред-

примчивымъ, агрессивнымъ, наклоннымъ къ гримасничанію, подражанію, жестикулированію по образцу обезьяны, постоянной вознѣ, сбрасыванію предметовъ, опоражниванію ящиковъ, ползанію, далѣе къ безпричиннымъ выраженіямъ аффекта, причемъ сами они болѣе или менѣе настроены весело и съ успѣхомъ стараются развлекать окружающихъ.

Указанное измѣненіе, радостно привѣтствуемое публикой, какъ несомнѣнный успѣхъ въ умственномъ развитіи, никогда однако не ведетъ къ развитію дѣйствительно пригодной, упорядоченной и послѣдовательной умственной дѣятельности. Большею частью ребенокъ научается и правильно говорить, и понимать большое число словъ,

Рис. 50.



Рис. 51.



Рис. 50. 2-лѣтній ребенокъ съ монголоидной идиотіей. Характерная вялость суставовъ. (Изъ Королевской университетской дѣтской клиники. Мюнхень. Проф. Pfaundler).

Рис. 51. 1½-годовалая дѣвочка съ мало еще выраженными, но уже ясно замѣтными монголоидными особенностями. Впослѣдствіи стала типичной монголоидной идиоткой. (Изъ Королевской университетской дѣтской клиники. Мюнхень. Проф. Pfaundler).

узнавать окружающихъ, избѣгать недержанія мочи и загрязненія бѣлья и т. д., но почти никогда не въ состояніи посѣщать школу, а остается всегда на низшей ступени развитія или снова впадаетъ въ тупое состояніе. Весьма поразительна часто наблюдаемая любовь къ музыкѣ.

Группа факультативныхъ признаковъ касается системы скелета: замедленный ростъ въ длину, запоздалое появленіе эпифизарныхъ костныхъ ядеръ, перваго прорѣзыванія зубовъ, закрытія родничковъ, куриная грудь, со стороны половой системы недостаточное развитіе половыхъ свойствъ и функций. Далѣе, монголизмъ сочетается, въ дальнѣйшемъ теченіи своемъ, нерѣдко съ истиннымъ гипотиреозомъ (фізіономія, свойства кожи, хрюканье, субнормальная температура, макроглоссія), съ настоящимъ рахитомъ, съ аденоидными разрощеніями и ихъ послѣдовательными явленіями, съ (соврожденными) самыми разнообразными уродствами: пороками сердца, расщепленіемъ неба, полидактиліей и т. д.

Болезнь или меньше ясно обнаруживаемый анатомический субстрат физического синдрома будет: атипия мозговых извилин, скелетного синдрома—изменение костного мозга (образование жирного и волокнистого мозга и поперечных костных связок на границах эпифизов), половой синдром—задержка в развитии половых желез, гипотиреоз—гипоплазия щитовидной железы с разрывом соединительной ткани. Семіогенез самого монголоидного habitus'a мало выяснен. Можно представить себе, что неизвестная гипоплазирующая общая причина наряду с корой мозга поражает также косвенно или непосредственно костный мозг и различные железы с внутренним выделением.

Первые соматические признаки монголоидного вырождения (изменение лица) обнаруживаются уже при рождении или вскоре после родов, психические—лишь по истечении первого года. Публика и врачи, незнакомые с монголоидом, часто не узнают даже выраженной картины болезни и всегда поражают этим специалистов. Редко наблюдается обратное развитие явлений и больше или меньше полное сглаживание признаков в течение дальнейшего развития (одно наблюдение Pfaundler'a). Заболѣваемость и смертность монголоидов, повидимому, весьма велики.

**Лечение.** Сопровождающей монголоидную идиотию гипотиреоз может быть устранен лечением щитовидной железы. На первое состояние, однако, это лечение в общем не имеет заметного влияния, несмотря на то, что матери часто хвалят его. Легко себе представить, что возбуждение процессов обмена веществ действующей составной частью щитовидной железы, особенно при апатическом состоянии ребенка, может оказать неспецифическое благотворное влияние на соматические и психические явления. Но оно не настолько значительно, чтобы помешать развитию отсталости индивидуума и дальнейшей его необщительности даже при специальных педагогических попытках к воспитанию и обучению.

### Литература.

- Aschenheim u. Benjamin, Deutsches Arch. f. klin. Med. 1909.  
 Bartel, Wiener klin. Wochenschr. 1908, № 22.  
 Benjamin, Ergebnisse d. inn. Med. usw. 1910, Bd. VI.  
 Benjamin u. Sluka, Leukämie im Kindesalter. Berlin 1907.  
 Comby, Archives méd. de l'enfance 1901, T. IV.  
 Czerny, Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd II. VI, VII. Jahrb. f. Kinderheilk. 1903, 1909.  
 Dieterle, Virchows Arch. 1905, Bd. CLXXXIV.  
 Finkelstein, Lehrbuch d. Säuglingskrankheiten. H. Kornfeld-Berlin 1905—1912.  
 Hayem, Du sang et de ses altérations anatomiques. Paris 1889.  
 v. Jaksch, Wiener klin. Wochenschr. 1889.  
 Kassowitz, Infant. Myxödem usw. Wien 1902.  
 Marfan (u. Baudouin), Journal Physiol. et l'ath. géner. 1909.  
 Müller, E., Jahrb. f. Kinderheilk. 1910, Bd. LXXII.  
 Naegeli, Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. II. Auflage. Leipzig 1912.  
 Paltauf, Wiener klin. Wochenschr. 1889 u. 1890.  
 Pfaundler, Diathesen in der Kinderheilk. Wiesbaden. 1911, J. F. Bergmann; und kombinierte Krankheitsbereitschaften im Kindesalter, Therap. Monatshefte 1911.  
 Plesch, Hämodynamische Studien. Berlin 1909.  
 Pommer, Untersuchungen über Osteomalacie und Rachitis. Leipzig 1885.  
 Reckzeh, Zeitschr. f. klin. Med., № 54.  
 Schmorl, Ergebnisse d. inn. Med. u. Kinderheilk. 1909, p. IV.  
 Stöltzner, Pathologie und Therapie der Rachitis. Berlin 1904.  
 White, Über Skrofeln und Kröpfe. Offenbach 1788.

### III.

## Болезни пищеварительныхъ органовъ.

H. Finkelstein и L. F. Meyer (Берлинъ).

### Болезни полости рта.

#### Стоматитъ.

Вредныя вліянія разнообразнаго характера (тепловыя, химическія и бактеріальныя) могутъ вызвать **первично** воспалительное состояніе слизистой оболочки полости рта; она можетъ заболѣть также и **вторично**, если въ теченіе общихъ заболѣваній, вслѣдствіе ослабленія мѣстнаго и общаго иммунитета, создается предрасположеніе къ развитію возбудителей воспаленія (напр. при лихорадочныхъ состояніяхъ всякаго рода, желудочно-кишечныхъ заболѣваніяхъ и т. д.). Наконецъ, измѣненія слизистой оболочки полости рта могутъ представлять **частичныя явленія многочисленныхъ общихъ заболѣваній** (напр. кори, скарлатины).

Изъ первичныхъ, по преимуществу важныхъ формъ чаще всего наблюдается **катаральный стоматитъ**. При немъ диффузная темная краснота покрываетъ слегка кровоточащую слизистую оболочку десенъ и щекъ, растрескавшихся губъ, между тѣмъ какъ языкъ покрытъ большею частью бѣловатымъ налетомъ и вслѣдствіе опуханія сосочковъ кажется бугристымъ. У дѣтей, имѣющихъ зубы, замѣчается слюнотеченіе, раздражающее окружающую полость рта, развивается вонючій запахъ, при болѣе тяжелыхъ степеняхъ—безпокойство, затрудненіе въ принятіи пищи вслѣдствіе боли, легкое повышеніе температуры, иногда легкія припуханія мѣстныхъ железъ. Нѣкоторыя особенности представляетъ катаральный стоматитъ новорожденныхъ и маленькихъ дѣтей. Здѣсь онъ большею частью протекаетъ совмѣстно съ **молочницей** (см. ниже) и **Bednar'овскими афтами** (*Ulcerata decubitalia palati, Ulcerata pterygoidea* [рис. 52]), т. е. съ сѣрымъ выпотомъ слизистой оболочки твердаго неба, превращающимся вскорѣ въ поверхность, покрытая налетомъ язвы типичной локализациі, именно—по обѣ стороны крыловиднаго крючка и небнаго шва. Около шва онѣ имѣютъ большею частью продолговатую, въ другихъ мѣстахъ—кругловатую форму. Изъ различныхъ попытокъ объясненія этихъ язвъ только одна правильна: дѣло идетъ о механическихъ ссадинахъ, вызванныхъ грубымъ обтираніемъ полости рта. Слѣдовательно, Bednar'овскія афты всегда указываютъ на неразумный уходъ за полостью рта.

Во время перваго прорѣзыванія зубовъ также существуетъ особое предрасположеніе къ катару рта.

Предсказаніе хорошее: при правильномъ отношеніи и устраненіи основной болѣзни излеченіе наступаетъ въ нѣсколько дней. Въ противномъ случаѣ могутъ произойти осложненія, въ особенности септического характера.

Самая важная и надежная профилактика въ грудномъ возрастѣ—

прекращеніе обычнаго очищенія рта. При соблюденіи такого правила ротъ одновременно защищается отъ травмы и зараженія, предупреждается съ большей вѣроятностью, какъ впервые показалъ Epstein и какъ это наблюдается внѣ всякаго сомнѣнія, не только возникновеніе упомянутыхъ язвъ, но и катарра. Пока ребенокъ ничего не жуеетъ и пища не застрѣваетъ между зубами, гдѣ она можетъ разлагаться, ротъ долженъ представлять *poli me tangere*. Такое обереганіе является надежнымъ средствомъ для успѣшнаго леченія. У старшихъ дѣтей надо принимать во вниманіе состояніе зубовъ. Здѣсь, какъ и при афтозной формѣ, примѣняются обычные мѣры.

**Септической стоматитъ.** Особенно у грудныхъ дѣтей, рѣже у старшихъ, встрѣчаются септическіе катарры полости рта, отличающіеся сильнымъ гнойнымъ воспаленіемъ, часто также ограниченными или поверхностно лежащими фибринозными отложеніями съ склонностью къ образованію язвъ. При этомъ имѣются тяжелыя общія явленія, высокая лихорадка, нерѣдко дѣло доходитъ до картины общаго септического отравленія. Иногда мѣстами возникаютъ прогрессирующіе некрозы и гангренеподобный распадъ, въ другихъ случаяхъ зубные зачатки подвергаются нагноенію или омертвѣнію. Осложненія въ видѣ лимфаденита, воспаленія слюнныхъ железъ, флегмоны, рожи и метастатическихъ септическихъ локализаций совсѣмъ нерѣдки.

Наиболѣе страшной формой надо признать **ложную дифтерію полости рта грудного ребенка** (Epstein). У слабыхъ дѣтей первыхъ недѣль жизни возникаютъ исходяція большею частью изъ Веднаговскихъ афтъ и состояція изъ сливающихся фиброзныхъ выпотѣваній постепенно все болѣе плотныя поверхностныя, въ концѣ-концовъ омертвѣвающія отложенія, переходяція на близлежація мягкія части, кости и быстро распространяющіяся въ глотку, носъ, гортань и пищеводъ. На вскрытіи же болѣзнь можетъ возбуждать подозрѣніе объ отравленіи щелочами.

Причиной септическаго состоянія является зараженіе вирулентными возбудителями септицеміи, чаще всего стрептококками: но иногда наблюдается и истинная дифтерія. Съ другой стороны—здѣсь вообще, особенно при злокачественномъ теченіи надо имѣть въ виду пониженіе иммунитета вслѣдствіе предшествовавшихъ или возникшихъ во время стоматита разстройствъ питанія. Некротическая и гангренезная формы наблюдаются, несомнѣнно, лишь у очень сильно ослабленныхъ дѣтей. Цѣлесообразное леченіе питаніемъ такимъ образомъ является въ тѣмъ большей степени первымъ и часто хорошо дѣйствующимъ средствомъ, тогда какъ всѣ другія мѣры приносятъ лишь палліативную пользу.

**Афтозный стоматитъ** (stomatitis aphthosa) отличается появленіемъ бѣлыхъ или желтоватыхъ, кругловатыхъ, слегка возвышенныхъ и окруженныхъ поясомъ гипереміи бляшекъ приблизительно длиною въ чечвицу, главнымъ образомъ въ передней части полости рта и на языкѣ, задняя же часть, мягкое небо и миндалины поражены слабѣе и число бляшекъ болѣе скудно. Афты встрѣчаются временами въ видѣ большихъ пятенъ и могутъ сливаться даже въ цѣлыя поверхности. Онѣ являются слѣдствіемъ фибринознаго выпота между верхними слоями эпителия.

Высыпаніе происходитъ при мѣстныхъ разстройствахъ—боляхъ и зависающемъ отъ того затрудненіи приѣма пищи, слюнотеченіи, плохомъ запахѣ изо рта (нѣмецкое названіе „Mundfäule“), явленіяхъ лихорадки. Продолжительность болѣзни представляетъ большею частью 1—2 недѣли, послѣ чего въ большинствѣ случаевъ наступаетъ полное вы-

здоровленіе. Но у нѣкоторыхъ слабыхъ дѣтей можетъ присоединиться расстройство питанія или пневмонія, афты могутъ быть началомъ довольно тяжелыхъ и длительныхъ мѣстныхъ заболѣваній. Тогда при явленіяхъ высокой и упорной лихорадки развиваются распространенныя перепончатая отложенія изъязвленія, сильное опуханіе, образование трещинъ на губахъ, явленія раздраженія кожи лица. Септическія осложненія нерѣдки. Вѣроятно, здѣсь дѣло идетъ о септическомъ стоматитѣ, возникшемъ на почвѣ афтознаго заболѣванія. При распознаваніи надо принимать во вниманіе отличіе отъ истинной дифтерии; здѣсь, помимо бактериологическаго изслѣдованія, дѣло рѣшается находженіемъ типическихъ круглыхъ бляшекъ въ томъ или другомъ мѣстѣ. Нерѣдко у ребенка встрѣчается и герпетическій стоматитъ, представляющій подобныя же выпоты послѣ того, какъ пузырьки лопнули, но здѣсь отличить можно по самому началу болѣзни, болѣе сгруппированному появленію высыпаній и отсутствію заразительности. Причина болѣзни неизвѣстна. Нѣкоторые наблюдатели видятъ связь этого процесса съ афтами (рыльно-копытной болѣзью) рогатаго скота. Несомнѣнно, болѣзнь эта передается, а потому при заболѣваніи одного ребенка надо предохранить всѣхъ окружающихъ его отъ зараженія соотвѣтственными мѣрами (изоляция, отдѣльная утварь). При леченіи надо избѣгать энергичнаго мѣстнаго вмѣшательства. Достаточно производить полосканія и спринцованія теплыми жидкостями (отваромъ ромашки или мальвы) или антисептическими растворами (марганцовокислый калий, 3% растворъ перекиси водорода, борная вода). Старшимъ дѣтямъ можно смачивать заболѣвшія мѣста 2%-нымъ растворомъ ляписа или карболовой кислоты. Въ большемъ ходу также смазываніе настойкой ратаніи и мирры. Противъ болѣе полезно передъ ѣдой смазывать анестезирующими растворами (1%-ный новокаинъ, 3%-ный молочнокислый эйкаинъ, 10%-ный анестезинъ-глицеринъ) или вдваніе обезпложенной бѣлой глины съ прибавленіемъ одного изъ названныхъ анестезирующихъ средствъ. Также анестезиновыя конфетки иногда даютъ нѣкоторое облегченіе. Пища должна быть жидкой; сильно соленыхъ суповъ слѣдуетъ избѣгать, ибо они вызываютъ боли \*).

**Язвенный стоматитъ (stomatocase).** Язвенное воспаленіе слизистой оболочки полости рта наблюдается исключительно при наличности зубовъ и особенно часто у дѣтей послѣ 6 лѣтъ. Оно начинается въ видѣ гнойнаго гингивита, обнаруживающагося въ видѣ желтой полоски около какого-нибудь кореннаго зуба, а затѣмъ истинный характеръ его сказывается появленіемъ измѣненнаго, некротическаго распада. Въ слѣдствіе разрушенія десенъ обнажаются корни зуба и зубы расшатываются. Въ легкихъ случаяхъ воспаленіе не достигаетъ значительныхъ размѣровъ; въ тяжелыхъ—распространяется на всю альвеолу, сосѣднія части рта и языка, поражая иногда твердое небо (срв. язвенную ангину). Весьма характеренъ сильный запахъ. Внѣшніе покровы челюстей при этомъ опухаютъ, то же дѣлается съ относящимися сюда железами; при этомъ наблюдаются лихорадка и другія общія явленія, часто достигающія значительной степени и вызывающія вмѣстѣ съ болями и значи-

\*) Имѣя передъ собою тяжело протекающій случай stomatitis aphthosae, нужно помнить всегда о возможности инфекции всего организма съ печальными исходами, о чемъ мы подробно говорили въ статьѣ своей о болѣзни полости рта и глотки у дѣтей.



тельнымъ нарушеніемъ введенія пищи весьма серьезную картину припадковъ.

Тѣмъ не менѣ предсказаніе въ общемъ не плохое; нормально процессъ, по истеченіи 1—2 недѣли, прекращается, наступаетъ рубцеваніе, но у слабыхъ дѣтей могутъ развиваться глубокіе некрозы, состоянія, напоминающія водяной ракъ (ному) и мѣстныя, а также общія септическія осложненія, ведущія къ смерти.

Наличность язвеннаго стоматита лишь при прорѣзываніи зубовъ, особенно при плохомъ уходѣ, напр., при костоѣдѣ, указываетъ на причину болѣзни. Дѣйствительно, въ мазкахъ изъ язвъ находятъ въ весьма типичномъ сочетаніи веретенообразныя палочки и спиралы (рис. 53), какія бываютъ въ каріозныхъ зубахъ; въ ихъ этиологическомъ значеніи нѣтъ никакого сомнѣнія. Конечно, ихъ нельзя считать обязательными возбудителями болѣзни, но ихъ патологическое значеніе предполагаетъ предшествующее ослабленіе общей конституціи, ибо *stomatopoe* преимущественно наблюдается у кахетическихъ или ослабленныхъ предшествовавшими заразными болѣзнями дѣтей. Обнаруженіе этихъ бактерій въ микроскопическихъ препаратахъ важно, въ то же время, для діагноза. Въ смыслѣ отличительной діагностики имѣютъ главное значеніе трутный стоматитъ и цынготный стоматитъ.

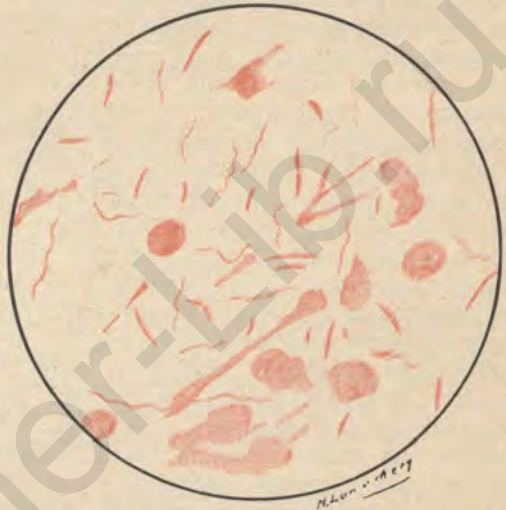


Рис. 53. Мазокъ бактерій при язвенномъ стоматитѣ, веретенообразныя бациллы и спираллы. (Берлинскій воспитательный домъ).

Леченіе то же, что вообще при стоматитѣ. Именно здѣсь, болѣе, чѣмъ гдѣ бы то ни было, главное значеніе имѣетъ питаніе. Для мѣстнаго леченія примѣняется одно- или двукратное прижиганіе въ теченіе дня 5%-нымъ растворомъ хлористаго цинка, смазываніе настойкой іода, смачиваніе концентрированной карболовой кислотой съ помощью (стеклянной) палочки. Можно также примѣнять припудриваніе антисептическими порошками (ксероформомъ, іодоформомъ, айроломъ, въ небольшихъ количествахъ во избѣжаніе отравленія!). Изъязвленія къ „карманамъ“ рта уступаютъ вкладыванію іодоформной марли, пропитанной уксуснокислымъ глиноземомъ. Въ послѣднее время у взрослыхъ превосходные результаты получили при помощи внутривенныхъ вприскиваній сальварзана и ежедневно производимыми нѣсколько разъ смазываніями 10%-нымъ растворомъ сальварзана въ водѣ, глицеринѣ или маслѣ, такъ что можно въ тяжелыхъ случаяхъ имѣть въ виду это леченіе также у дѣтей.

**Геморрагическій стоматитъ** въ грудномъ и раннемъ дѣтскомъ возрастѣ большею частью представляетъ частичное явленіе болѣзни *Baglow's*. Но въ этомъ возрастѣ встрѣчаются, хотя и рѣдко, другія весьма серьезныя въ смыслѣ предсказанія заразныя геморрагическія воспаленія полости рта. У старшихъ дѣтей иногда наблюдаются такія скорбутоподобныя заболѣ-

ванія безъ соотвѣтствующаго анамнеза, оканчивающіяся смертельно въ виду неукротимыхъ кровотеченій.

**Водяной ракъ или нома.** Гангренозный стоматитъ, называемый также номой или водянымъ ракомъ, поражаетъ, за отдѣльными исключеніями, только дѣтей, которыя сами по себѣ слабы или находятся подъ вліяніемъ поврежденій на почвѣ предшествовавшихъ заболѣваний (особенно корь, тифъ, дифтерія, общія разстройствя питанія и т. д.). Онъ начинается съ небольшого грязнаго цвѣта инфильтрата слизистой оболочки щекъ, почти всегда противъ одного изъ премоляровъ, вызываетъ затѣмъ прободеніе, снаружи же представляется въ видѣ буроватаго пятна. Очень скоро это мѣсто принимаетъ черный цвѣтъ омертвѣвшей ткани, увеличивается, центръ его распадается, а по периферіи процессъ чрезвычайно быстро идетъ дальше, такъ что въ теченіе нѣсколькихъ дней разрушаются большая часть щеки, даже вся половина лица. Послѣ отторженія вонючихъ гангренозныхъ массъ обнажается полость рта, но процессъ не останавливается, идетъ въ глубину, производя омертвѣніе костей. На границѣ съ здоровой тканью обнаруживается лишь отечное опуханіе, при отсутствіи или слабо выраженной воспалительной реакціи. Вскорѣ наступають тяжелыя явленія въ общемъ состояніи больныхъ: лихорадка, упадокъ силъ и поносы, истощающіе силы и большею частью вызывающіе смерть. Большинство случаевъ продолжается лишь въ теченіе короткаго времени, но нѣкоторые изъ нихъ затягиваются на недѣли. Встрѣчаются самопроизвольныя излеченія, но лишь въ видѣ большого исключенія; для рубцеванія дефектовъ требуется, конечно, долгое время.

Для возникновенія номы такъ же важны кахектическія явленія, какъ и для язвеннаго стоматита, но причина, дѣйствующая столь пагубно на подготовленной почвѣ, еще не вполне надежно выяснена. Во многихъ случаяхъ наблюдали массовое разрошеніе, напоминающее *cladotrix*, скопляющіеся въ нити микробы на границѣ между омертвѣвшей и здоровой тканью. Многое говоритъ за пользу этиологическаго значенія такихъ скопленій. Въ отдѣльныхъ случаяхъ играетъ роль, вѣроятно, дифтерія.

Леченіе средствами внутренней медицины достигаетъ весьма немногого: различныя обеззараживающія вещества (особенно  $H_2O_2$ ), прижигающія средства (40%-ная паста изъ хлористаго цинка) не даютъ утѣшительныхъ результатовъ—прижиганіе почти бесполезно \*). Наилучшіе успѣхи получаются отъ энергичнаго хирургическаго вмѣшательства—вырѣзыванія всѣхъ больныхъ частей здоровой ткани, если нужно удаленія пораженныхъ частей кости съ послѣдующими прижиганіями (Ranke, Springer). Случаи, оканчивающіяся выздоровленіемъ, требуютъ въ послѣдствіи пластическихъ операцій.

**Молочница (soor)** — болѣзнь грудного возраста; у старшихъ дѣ-

\*) Нужно замѣтить, что леченіе гангренознаго очага посредствомъ горячихъ примочекъ изъ растворовъ марганцовокислыхъ солей имѣетъ свой научный *raison d'être*, въ чемъ краснорѣчиво убѣждаютъ наблюденія московскаго педиатра А. А. Киселя. Въдь вся задача мѣстной терапіи сводится къ тому, чтобы возможно скорѣе остановить быстро, что называется по часамъ идущій гангренозный процессъ, и если удастся достигнуть желаемаго, то и послѣдовательная пластика на мѣстахъ бывшаго распада можетъ устранить, въ крайнемъ случаѣ низвести *ad minimum* безобразія, произведенныя этимъ своеобразнымъ страданіемъ. Въ этомъ смыслѣ тщательныя провѣренныя клинически данныя «Дѣтской больницы Св. Ольги» представляютъ большой практической интересъ.

тей она появляется очень рѣдко, лишь при тяжелыхъ кахексіяхъ, какъ это бываетъ и у взрослыхъ. Напротивъ, у грудного ребенка ее наблюдаютъ уже при весьма незначительныхъ разстройствахъ. Впрочемъ наиболѣе тяжелыя формы и здѣсь развиваются лишь при болѣе серьезныхъ состояніяхъ слабости.

Болѣзнь выражается появленіемъ точечныхъ и большихъ, бѣлыхъ, слегка возвышенныхъ отложеній въ видѣ дерна (рис. 52), сливающихся въ толстыя, поверхностныя, часто захватывающія всю полость рта отложенія, иногда окрашенныя въ красноватый или желтоватый цвѣтъ, благодаря выступленію крови. Они плотно прилегаютъ къ подлежащей ткани и состоятъ, какъ показываетъ микроскопическое изслѣдованіе мазка, изъ нитевиднаго мицелія и круглыхъ блестящихъ гонидій грибка, стоящаго, по Plaut'y, близко къ *Monilia candida*, проникающаго своимъ мицеліемъ въ промежутки между эпителиемъ и укрѣпляющагося тамъ.

Раньше полагали, что молочница вызываетъ тяжелыя болѣзненные явленія. Въ настоящее время извѣстно, что это довольно безвредный нозопаразитъ, что поносы и многія тяжелыя, часто смертельныя общія заболѣванія, при которыхъ онъ наблюдается, являются не его послѣдствіемъ, а предрасполагающимъ, облегчающимъ развитіе болѣзни моментомъ. Но дѣти, пораженныя названными заболѣваніями, остаются совершенно или почти свободными отъ молочницы, если плохой обычай вытиранія рта не вызываетъ поврежденія эпителия слизистой, травматическаго стоматита, который, повидимому, необходимъ для внѣдренія грибка. Данныя большинства врачей въ соответственныхъ учрежденіяхъ показываютъ, что послѣ запрещенія обтираній рта молочница, которую раньше нельзя было искоренить, исчезаетъ изъ палаты.

Сама по себѣ молочница не представляетъ никакихъ опасностей; лишь въ видѣ исключенія (пораженія гортани) наблюдаются явленія стѣуженія или вслѣдствіе участія глотки и пищевода — разстройство глотанія. Извѣстны также нѣкоторыя указанія на то, что грибокъ можетъ попасть въ кровяной токъ и вызвать образованіе эмболическихъ абсцессовъ, даже тяжелыхъ общихъ заболѣваній (Heubner).

Если, какъ упомянуто, прекращаютъ вытиранія рта, особенно если, кромѣ того, благодаря правильному вскармливанію, ребенокъ укрѣпляется, то въ этомъ уже заключается надежная профилактика молочницы. Здоровая слизистая рта не даетъ для нея почвы. Точно также молочница проходитъ, если оставляютъ ротъ въ покоѣ и улучшаютъ общее состояніе. Всякое смазываніе и обтираніе прелатствуетъ выздоровленію или, по крайней мѣрѣ, замедляетъ его. Ускорить самое излеченіе можно сосаніемъ особыхъ сосковидныхъ обернутыхъ въ марлю ватныхъ тампоновъ, пропитанныхъ противогнилостными веществами (порошкомъ борной кислоты съ сахариномъ по Escherich'y, 20%-ный глицеринъ съ бурой \*).

\*) Просто-таки не понимаемъ, какъ можно давать младенцамъ соску изъ растворовъ лекарственныхъ средствъ, хотя и слабыхъ съ фармакологической точки зрѣнія, но всегда способныхъ производить токсическое дѣйствіе на крайне впечатлительный и воспримчивый организмъ грудного ребенка. Мы думаемъ, что лучше уже обойтись безъ ускоренія хода мѣстнаго страданія, чѣмъ рисковать полученіемъ общаго дѣйствія, при которомъ *sooq opis* не только не пройдетъ, но даже можетъ усилиться благодаря искусственно вызванной патологической почвѣ.

### Аномалии зубов и прорезывания их.

Нерѣдко встрѣчающіеся врожденные зубы — большею частью средніе рѣзцы, иногда также коренные зубы или клыки — появляются благодаря смѣщенію зубного зачатка и въ этомъ случаѣ лишены корня, рыхло сидятъ въ деснахъ; вполне цѣлесообразно немедленное удаленіе ихъ. Если же они плотно включены въ кость, что объясняется преждевременнымъ развитіемъ зачатка или ускореннымъ ростомъ, то ихъ необходимо оставлять. Въ послѣднемъ случаѣ нерѣдко возникаютъ воспаленія оболочки корня, легко ведущія къ омертвѣнію кости, если зубъ не извлеченъ при первыхъ явленіяхъ. Преждевременное прорѣзываніе наблюдается иногда какъ семейная особенность. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ она стоитъ въ связи съ общей половой преждевременной зрѣлостью. Главной причиной запозданія и неправильностей прорѣзыванія зубовъ является рахитъ, но могутъ быть и другія причины (тяжелыя разстройства питанія, микседема, монголоидная идиотія и т. д.).

Въ большинствѣ случаевъ прорѣзываніе зубовъ происходитъ безъ болѣзненныхъ явленій.

Ученіе о трудномъ прорѣзываніи зубовъ, согласно которому въ прежнее время объясняли лихорадку, судороги, мозговья явленія, кашель, поносъ, экземы и т. д., въ настоящее время осталось въ весьма ограниченныхъ, узкихъ предѣлахъ. Капризы, разстройства сна, мѣстный зудъ, легкій стоматитъ несомнѣнно могутъ вызываться непосредственно прорѣзываніемъ зубовъ. Возможно, что съ нимъ могутъ стоять въ связи лихорадочныя движенія и высыпаніе *strafulus*. Но для этого требуется, вѣроятно, особая чувствительность (невротія) ребенка, что относится прежде всего къ судорогамъ, появленіе которыхъ можно себѣ представить на почвѣ спазмофильнаго діатеза. Всѣ другія приписываемыя зубамъ явленія болѣе чѣмъ сомнительны. По *Heubner*'у процессы роста въ челюсти настолько значительны, что повышенная потребность въ общей энергіи дѣлаетъ ребенка во время этого періода болѣе чувствительнымъ, чѣмъ въ другое время.

Въ постоянныхъ зубахъ наблюдаются также разстройства зачатка, происходящія въ ранніе годы въ видѣ ссадинъ, трещинъ, зазубринъ, мягкости, склонности къ преждевременной костоѣдѣ. И здѣсь играютъ главную роль рахитъ, кромѣ того врожденный сифилисъ, дающій *Hutchinson*'овскіе зубы (срв. главу о сифилисѣ). Круговой зеленый налетъ на шейкѣ молочныхъ зубовъ, а еще болѣе круговая костоѣда встрѣчаются особенно часто, хотя не исключительно у золотушно-туберкулезныхъ дѣтей (*H. Neumann*), они оправдываютъ до нѣкоторой степени сюда относящіяся подозрѣнія.

### Заболѣванія слюнныхъ железъ.

Изъ острыхъ заболѣваній слюнныхъ железъ, особенно околоушной, кромѣ заушицы, слѣдуетъ назвать главнымъ образомъ возникающія изъ полости рта или метастатическія гнойныя воспаленія. Изъ хроническихъ процессовъ чаще всего встрѣчается *galula*, врожденная или приобретенная ретенціонная киста подъязычныхъ железъ. Какъ на рѣдкость можно указать нѣкоторыя другія, отчасти съ трудомъ диагностируемыя заболѣванія, особенно въ области околоушной железы: новообразованія, опухоли большею частью перемежающагося характера при слюнныхъ камняхъ, бугорчаткѣ и хроническія воспаленія, принадлежащія къ симптомокомплексу *Mikulicz*'а.

### Болѣзни миндалинъ, зѣва и пищевода.

#### Жаба (ангина).

Жабой или ангиной называютъ воспалительныя заболѣванія зѣва и носоглоточнаго пространства, сопровождающіяся у ребенка и взрослого сильнымъ набуханіемъ аденоидной ткани, окружающей въ видѣ «лимфатическаго кольца зѣва» (*Waldeyer*) хоаны, отверстія рта и глотки и доходящія въ области миндалинъ, зѣва и глотки до опухолевидныхъ образований. Эта область заболѣваетъ большею частью на всемъ протяженіи. Обычное разграниченіе: *angina (tonsillitis) palatina* и *angina retronasalis*, въ сущности говоря, не имѣетъ основаній, хотя отдѣльныя части и бываютъ часто поражены не въ одинаковой степени. На первомъ году жизни участіе небныхъ миндалинъ выражено гораздо меньше, чѣмъ въ дальнѣйшемъ возрастѣ, когда ретроназальная форма имѣетъ больше значенія.



Рис. 52. Stomatitis catarrhalis, soor и афты Bednar'a у новорожденного.  
(Берлинскій дѣтскій пріютъ).

**Катарральная и эксудативная ангина.** Причиной ангинъ, если не считать ангины за частичное явленіе общихъ заразныхъ болѣзней (скарлатины, инфлуэнцы, менингита и т. д.), слѣдуетъ назвать обыкновенныхъ возбудителей воспаленія (стрептококки, пневмококки, катарральные микрококки и т. д.). Во многихъ случаяхъ дѣло идетъ о самозараженіи, причемъ случайныя причины (простуда, напряженіе и другія заболѣванія) ослабляютъ самозащиту тѣла и тѣмъ даютъ возможность развиться находящимся въ полости рта патологическимъ бактеріямъ. Съ другой стороны, заболѣваніе можетъ передаваться отъ одного лица къ другому, такъ что могутъ возникать настоящія эпидеміи. При этомъ иногда надо имѣть въ виду возможность заболѣванія скарлатиной безъ сыпи. Кромѣ того существуетъ индивидуальное предрасположеніе, благодаря которому многія дѣти заболѣваютъ ангинами особенно легко и часто. Важнѣе мѣстнаго предрасположенія (гипертрофіи съ пробками въ миндалинахъ, какъ резервуарами заразнаго матеріала), конечно, общее, зависящее отъ уменьшеннаго иммунитета, связаннаго съ лимфатическимъ (эксудативнымъ) діатезомъ (см. послѣдній).

Общіе симптомы соотвѣтствуютъ явленіямъ общей заразной болѣзни: острое начало съ лихорадкой, познабливаніемъ, головными болями, усталостью, при наличности предрасположенія также судорогами, нерѣдко рвотой вначалѣ, поносомъ. Старшія дѣти обыкновенно, но не всегда, жалуются на разстройство глотанія. Подчелюстныя и шейныя железы припухаютъ и болѣзненны, замѣчается сильный запахъ изо рта, при сильномъ опуханіи затрудненъ разговоръ, слышенъ хрипъ. Осмотръ обнаруживаетъ, что причиной этихъ явленій служитъ одна изъ различныхъ формъ ангинъ.

**Катарральная ангина** представляетъ простое воспаленіе, характеризующееся опуханіемъ, гипереміей, отложеніемъ слизи и увеличеніемъ лимфатическихъ тяжей, причемъ въ эпителии наблюдаются помутнѣнія и небольшія кровоизліянія, но нѣтъ налетовъ. Сюда относится большинство легкихъ случаевъ, но она можетъ сопровождаться и тяжелыми явленіями. Длится болѣзнь часто 2—3 дня, иногда недѣлю.

**Фолликулярная ангина** отличается отъ катаральной только сильнымъ припуханіемъ лимфатическихъ фолликулъ, въ особенности на миндалинахъ, благодаря чему въ ткани, находящейся надъ миндалинами, возникаютъ сѣрыя, затѣмъ желтоватыя, круглыя, сначала не выступающія, а затѣмъ выпяченныя образованія, которыя затѣмъ могутъ вскрываться, давая поводъ къ образованію поверхностныхъ язвочекъ.

**Лакунарная ангина** отличается отъ описанныхъ появленіемъ сѣраго или сѣровато-желтаго, слизисто-гнойнаго эксудата, который вначалѣ можетъ покрывать всю миндалину, а затѣмъ, вслѣдствіе отслаиванія, въ незащищенныхъ мѣстахъ сохраняется только въ криптахъ и потому обнаруживаетъ лакунарное распредѣленіе. Общія и мѣстныя явленія, въ среднемъ, сильнѣе, чѣмъ при другихъ формахъ. Благодаря обостреніямъ или пораженію одной стороны за другою болѣзнь можетъ затянуться надолго.

Ограниченные множественные фибринозные выпоты на миндалинахъ, небныхъ дугахъ и т. д. наблюдаются нерѣдко при гриппозной ангинѣ. Обширные инфильтраты могутъ появляться при септическихъ формахъ.

Большое значеніе имѣетъ воспаленіе глоточной миндалины, *angina retronasalis* (аденоидитъ, *angina pharyngea*, *pharyngitis superior*). Для нея характерно болѣе сильное затрудненіе носового дыханія, голось,

звучащій болѣе съ небнымъ, чѣмъ съ носовымъ оттѣнкомъ, разстройство со стороны уха (колотье, легкое нарушение слуха); часто наблюдается гнойное истечение изъ носа. При осмотрѣ замѣчаютъ, особенно если ребенка тошнить, что носоглоточное пространство покрыто слизью и гноемъ. При изслѣдованіи пальцемъ или задней риноскопій миндаины оказываются воспаленными, увеличенными въ объемѣ органами. Шейныя железы увеличены. Течение и исходъ напоминаютъ *angina lacunaris palatina*, но именно здѣсь часто встрѣчаются долго длящіяся лихорадочныя состоянія.

Отклоненія отъ обычнаго теченія бываютъ сплошь да рядомъ. Если выступаютъ на первый планъ желудочныя явленія, то могутъ возникать тифоподобныя, при конституціальной чрезмѣрной возбудимости нервной системы—менингитоподобныя картины. Особенно при задненосовой ангины лихорадочныя состоянія могутъ наблюдаться въ течение цѣлыхъ недѣль, имѣющія мѣсто даже при весьма слабомъ мѣстномъ заболѣваніи. Замѣчательна также продолжающаяся 1—2 недѣли сильно ремиттирующая или интермиттирующая лихорадка, заставляющая думать о лихорадкѣ гнойной, но большею частью оканчивающаяся благополучно. Далѣе существуютъ хроническія рецидивирующія ангины, вспышки которыхъ часто столь непосредственно слѣдуютъ другъ за другомъ, что являются причиной значительныхъ разстройствъ всего организма.

Осложненій много: тонзиллярный гнойникъ, воспаленіе средняго уха, сыпи, заболѣванія дыхательныхъ органовъ, особенно лимфаденитъ, часто съ исходомъ въ нагноеніе.

Подъ названіемъ „железистой лихорадки“ (H. Филатовъ, E. Pfeiffer) описывается заболѣваніе, отличающееся краснотой зѣва съ острымъ опуханіемъ верхнихъ шейныхъ железъ, частымъ пораженіемъ остальныхъ железистыхъ образований, иногда даже железъ средостѣнія, брыжейки, но, несмотря на тяжеляя явленія, большею частью переходящее въ выздоровленіе безъ образованія абсцесса, но очень часто лишь послѣ многонедѣльнаго теченія. Вѣроятно, здѣсь дѣло идетъ не о самостоятельной болѣзни, а о послѣдовательныхъ явленіяхъ *angina retronasalis* съ весьма незначительными мѣстными признаками.

Если принять во вниманіе, что ангина представляетъ мѣстное „септическое“ зараженіе, то понятно, что къ ней присоединяются, въ качествѣ послѣдовательныхъ заболѣваній, многія состоянія, которыя должны считаться признаками ревматическаго или септического общаго зараженія. Сюда относится: *erythema nodosum* и *exsudativum*, *purpura*, нефритъ, большею частью геморрагическаго характера, сывороточныя, гнойныя воспаленія суставовъ, сердца, полостей тѣла, остеомиелитъ и мн. др.

Распознаваніе ставится на основаніи осмотра, который надо выполнять и въ томъ случаѣ, если нѣтъ никакихъ жалобъ на горло. Важно принимать во вниманіе опуханіе железъ данной области. Отличіе отъ скарлатины можетъ представлять большія затрудненія въ случаяхъ съ эритемой. Здѣсь имѣютъ значеніе: не столь рѣзко ограниченная краснота зѣва и отсутствіе малиноваго языка. При дифтеріи налетъ болѣе плоскій и не лакунарный; но существуютъ, правда, рѣдко, лакунарныя ангины чисто дифтерійнаго происхожденія, которыя могутъ быть распознаны лишь бактериологическимъ изслѣдованіемъ или благодаря присоединяющимся потомъ типическимъ параличамъ.

Леченіе. При несомнѣнной заразительности многихъ ангинъ рекомендуется изоляція. Леченіе состоитъ въ покоѣ, постельномъ содержаніи, цѣлесообразномъ питаніи, компрессахъ на шею, иногда изъ ле-

дяного галстука и полосканій (чай изъ ромашки, соленая вода съ глицериномъ, лимонная вода, слабыя растворы уксуснокислаго глинозема, известковой воды и т. д.). Повидимому, полезны лепешки формаминта. Внутреннихъ средствъ (2%-наго раствора бертолетовой соли, 1/2%-наго раствора синеродистой ртути) лучше избѣгать.

Потогонныя процедуры оказываются часто полезными. Противъ опуханія железъ наилучшія результаты даютъ способы, производящіе мѣстно гиперемію искусственной теплотой, а равно ускоряющіе обратное развитіе и созрѣваніе абсцесса. Во избѣжаніе возвратовъ надо стремиться, путемъ діететическихъ и гигиеническихъ предписаній, вызвать измѣненіе конституціи организма (срв. въ главѣ объ эксудативномъ діатезѣ).

**Angina ulcero membranosa**—Angina Plautii, Vincentii, diphtheroides, à bacille fusiforme. При язвенно-перепончатой ангинѣ на миндалинахъ наблюдаются вязкіе, маркіе налеты, которые обязаны своимъ происхожденіемъ выпоту въ слизистую оболочку, оканчивающемуся омертвѣніемъ. Послѣ отторженія обнаруживаются рѣзко ограниченныя язвы, неодинаковой глубины. При этомъ зѣвъ цѣликомъ представляется опухшимъ и имѣется наклонность къ кровоизліяніямъ въ существо слизистой. Весьма замѣчательна сильная вонь, характеризующая язвенный стоматитъ.

Различаютъ болѣе легкую дифтерийную форму съ болѣе поверхностнымъ образованіемъ перепонки и язвъ и язвенно-перепончатую форму съ глубокими и обширными изъязвленіями.

Во многихъ случаяхъ лихорадка и общіе симптомы, иногда субъективныя разстройства часто настолько незначительны, что лишь случайный осмотръ зѣва открываетъ болѣзнь. Разница между этимъ незначительнымъ вліяніемъ на общее состояніе и сильнымъ мѣстнымъ измѣненіемъ до нѣкоторой степени даже характерна. Во всякомъ случаѣ наблюдаются формы съ высокой лихорадкой и типическими ангинозными разстройствами.

Теченіе дифтерийной ангины соотвѣтствуетъ болѣе частью обыкновенной, но здѣсь существуютъ также переходы въ язвенныя формы. Для болѣзни характерны медленный, затягивающійся до 2—3 недѣль процессъ очищенія и наклонность къ возвратамъ. Исходъ—почти всегда—выздоровленіе; лишь въ видѣ исключенія, особенно у кахектическихъ дѣтей, наблюдаются обширные некрозы даже со смертельнымъ исходомъ. Осложненій едва ли можно опасаться.

Причина зависитъ вѣроятнѣ всего отъ присутствія тѣхъ же веретенообразныхъ палочекъ и спирохетъ, которыя считаются возбудителями stomacae. Во всякомъ случаѣ имѣется извѣстная степень заразительности, ибо наблюдаются эпидеміи въ семьяхъ, домахъ, казармахъ, хотя прилипчивость во всякомъ случаѣ не особенно велика.

Для распознаванія, помимо типическихъ данныхъ со стороны зѣва и своеобразнаго запаха изо рта, главное значеніе имѣетъ обнаруженіе веретенообразныхъ палочекъ и спирохетъ, лучше всего въ мазковомъ препаратѣ, окрашенномъ фуксиномъ (рис. 53). Здѣсь, въ смыслѣ отличительнаго распознаванія, имѣютъ значеніе дифтерія и сифилисъ; французскіе авторы, преимущественно передъ другими, любятъ прилагательное „chancreiforme“. Отсутствіе другихъ признаковъ сифилиса, отрицательные результаты изслѣдованій на палочки дифтеріи, наконецъ, самое теченіе даютъ возможность поставить распознаваніе.

Леченіе такое же, какъ при ангинахъ вообще. Для очищенія язвъ



слѣдуетъ испытать смачиваніе ихъ растворами перекиси водорода и нанесеніе на нихъ обеззараживающихъ порошковъ. Въ новѣйшее время наблюдались также успѣхи отъ Ehrlich'овскаго салъварзана.

Весьма рѣдко встрѣчается настоящая **гангренозная ангина** неизвѣстнаго происхожденія, съ гнилостнымъ запахомъ, съ прогрессирующимъ распадомъ тканей зѣва, съ склонностью къ геморрагическому діатезу и съ весьма сомнительнымъ предсказаніемъ. У дѣтей встрѣчается также весьма опасная, прогрессирующая, сывороточная или сывороточно-гнойная **флегмона зѣва** и **рожа зѣва**.

### Гиперплазія небныхъ миндалинъ.

Гиперплазія небныхъ миндалинъ, ведущая либо къ образованію гомогенной, шаровидной или продолговатой, часто пускающей глубокіе отростки въ глубину или разрыхленной, дольчатой, полипозной опухоли въ смыслѣ своего появленія, возникновенія, теченія тѣсно связана съ состояніемъ гиперплазіи миндалинъ зѣва (срв. послѣднюю). При леченіи не слѣдуетъ быть слишкомъ активнымъ. Въ общемъ слѣдуетъ выжидать постепеннаго, фізіологическаго обратнаго развитія; къ операціи (съ помощью пулевыхъ щипцовъ и пуговчатого ножа или одного изъ обычныхъ тонзиллотомовъ) слѣдуетъ прибѣгать лишь въ случаяхъ большихъ опухолей, закупоривающихъ просвѣтъ зѣва. Надежда на устраненіе постоянно повторяющихся ангинъ путемъ удаленія миндалинъ весьма незначительна. На операціонной ранѣ всегда образуется въ первые дни неопасный дифтеріеподобный налетъ, но не слѣдуетъ при этомъ забывать, что на немъ можетъ развиваться и настоящая дифтерія.

Изъ **опухолей зѣва**, большею частью врожденныхъ или развивающихся на почвѣ унаслѣдованнаго предрасположенія, у дѣтей слѣдуетъ имѣть въ виду въ особенности дермоиды, липомы, фибромы и фибросаркомы (такъ наз. носоглоточные полипы). Злокачественнѣе всего лимфосаркома глоточной миндалины, о которой надо думать въ особенности при быстро увеличивающемся, одностороннемъ увеличеніи миндалины.

### Заглочочный лимфаденитъ и заглочочный абсцессъ.

Исходящіе изъ носоглоточнаго пространства лимфатическіе пути, по дорогѣ къ шейнымъ железамъ, проходятъ частью на высотѣ атланта, сбоку отъ лежащихъ позади миндалинъ *glandulae pharyngeales laterales*, которыя въ свою очередь анастомозируютъ съ глубокими шейными железами. Предварительно они могутъ касаться небольшихъ, заглочочныхъ, добавочныхъ железъ, включенныхъ въ фасцію въ видѣ непостоянныхъ, облитерирующихъ еще въ дѣтскомъ возрастѣ, образований вблизи средней линіи, приблизительно на высотѣ перехода тѣла *epistropheus'a* въ его зубчатый отростокъ. При воспалительныхъ состояніяхъ въ области набуханія эти железы могутъ увеличиваться, воспаляться и въ концѣ-концовъ подвергаться нагноенію. Такимъ образомъ, возникаетъ ретрофарингеальный лимфаденитъ или ретрофарингеальный абсцессъ.

Причинами процесса являются большею частью насморкъ или задненосовая ангина. Въ связи съ этимъ болѣзнь можетъ присоединяться къ сифилису, кори и скарлатинѣ. Далѣе встрѣчается зараженіе ранъ со стороны трещинъ и язвъ. „Идіопатическаго“ лимфаденита, о которомъ говорили прежніе врачи, не существуетъ. Въ качествѣ возбудителя фигурируютъ въ большинствѣ случаевъ стрептококки, рѣже палочки инфлуэнцы и другіе микробы.

Болѣзнь встрѣчается преимущественно въ первые два года жизни,

позже наблюдается она рѣдко, повидимому, вслѣдствіе облитерации поражающихся при этомъ железъ. Первый ея стадій, простое опуханіе, довольно часть, болѣе сильныя, замѣтныя клинически, опуханія, напротивъ, сравнительно рѣдки.

Первый стадій заболѣванія, простое опуханіе железъ, не вызываетъ никакихъ явленій, кромѣ лихорадки; лишь при введеніи пальца можно установить смѣщаемую опухоль величиною отъ боба до воложскаго орѣха. Если опуханіе увеличивается и въ концѣ-концовъ ведетъ къ инфильтраціи прилегающей соединительной ткани, то развиваются ясныя явленія. Изъ нихъ слѣдуетъ назвать: глотательныя разстройства, хрипы и клокотаніе въ горлѣ вслѣдствіе скопленія слизи выше препятствія, неясный хриплый голосъ, храпящій „фарингеальный“ свистъ. Важно еще ригидное, болшею частью отклоненное въ сторону положеніе головы, которое ребенокъ принимаетъ для того, чтобы освободить болѣзненную опухоль отъ давленія. Часто поражены также лежащія снаружи железы. Иногда дѣло доходитъ до приступовъ удушія; глубоко лежащія припуханія могутъ вызывать отекъ гортани. Въ это время при осмотрѣ ясно видно опуханіе въ горлѣ; наилучшее указаніе, однако, даетъ ошупываніе пальцемъ, которое въ то же время говоритъ, имѣется ли плотный инфильтратъ или уже зыблящійся гнойникъ.

Теченіе. Многія простыя припуханія, даже многіе инфильтраты проходятъ, т. е. разсасываются; лишь частіихъ переходитъ въ нагноеніе. Въ благопріятномъ случаѣ послѣ вскрытія наступаетъ выздоровленіе. Часто происходитъ также заболѣваніе сосѣднихъ железъ, которыя главнымъ образомъ подвергаются нагноенію, сливаясь съ ретрофарингеальнымъ очагомъ въ большіе абсцессы. Затеканіе въ средостѣніе и пѣзія также встрѣчаются. При самопроизвольномъ вскрытіи можетъ произойти печально оканчивающееся затеканіе гноя въ дыхательныя пути.

При раннемъ распознаваніи и леченіи предсказаніе, однако, благопріятно.

Распознаваніе, которое часто не ставится начинающими, основано на явленіяхъ суженія и данныхъ ошупыванія. Дифтерія гортани уже можетъ быть исключена до изслѣдованія пальцемъ по фарингеальному звуку свиста, клокотанію слизи, ригидному положенію головы.

Печеніе неразмягченнаго опуханія такое же, какъ и вообще при ангинахъ. Абсцессъ требуетъ немедленнаго разрѣза простымъ, обернутымъ до острія съ помощью липкаго пластыря, скальпелемъ или скрытымъ ножомъ (по Schmitz'у или Carstens'у), но лучше всего тонкимъ, изогнутымъ, заостреннымъ впередъ корнцангомъ. Вскрытіе абсцесса происходитъ въ сидячемъ положеніи подъ руководствомъ пальца; какъ только появляется гной, надо, съ цѣлью предупрежденія аспираціи, быстро нагнуть тѣло ребенка впередъ, лишь медленно расширяя отверстіе, хотя и эта предосторожность не обезпечиваетъ отъ асфиктического приступа. Внутренняя рана болшею частью быстро заживаетъ, лишь рѣдко она преждевременно склеивается, требуя возобновленія. При большихъ гнойникахъ, возникшихъ вслѣдствіе сліянія и выпячивающихся на шеѣ, болше рекомендуется разрѣзъ снаружи.

Иногда встрѣчаются также хроническія, туберкулезныя, ретрофарингеальныя опухоли железъ, гнойники железъ или затечные гнойники. Леченіе такое же, какъ вообще при бугорчаткѣ, но разрѣзовъ слѣдуетъ по возможности избѣгать. При явленіяхъ закупорки рекомендуется на первомъ планѣ аспирація съ помощью шприца. Лишь очень рѣдко наблюдаются ретро-

**фарингеальные нагноения вследствие острого остеомиелита тѣлъ позвонковъ.**

### Врожденныя аномаліи пищевода.

Врожденныя аномаліи пищевода главнымъ образомъ состоятъ изъ суженій или атрезій. **Врожденная атрезія**, которая можетъ въ анатомическомъ отношеніи быть весьма разнообразной (полное отсутствіе органа, отсутствіе верхней или нижней части, слѣпое окончаніе, кольцевидное и каналобразное сращеніе, частое соединеніе съ дыхательнымъ горломъ), обнаруживается вскорѣ послѣ родовъ тѣмъ, что даже самыя небольшія количества пищи извергаются обратно въ неизмѣненномъ видѣ, большею частью съ приступами удушья, указывающими на соединеніе пищевода съ дыхательнымъ горломъ. Желудочный зондъ, пройдя немного, наталкивается на непреодолимое препятствіе. Попытки, дающія мало надежды, помочь этимъ дѣтямъ гастростоміей до сихъ поръ всегда оканчивались смертю.

Рѣдко бывающія **врожденные суженія**, отличающіяся отъ приобретенныхъ уже анатомически тѣмъ, что суженное мѣсто представляетъ нормальныя отношенія тканей, могутъ существовать цѣлые мѣсяцы, годы, даже до старости въ скрытомъ видѣ. Лишь сильныя степени даютъ симптомы въ видѣ рано начинающихся разстройствъ глотанія, приступовъ тошноты съ выдѣленіемъ слизи, жвачки, временной непроходимости съ обнаруживаемымъ зондомъ препятствіемъ.

Весьма рѣдко наблюдались **врожденные дивертикулы**.

### Приобретенныя заболѣванія пищевода.

**Ожогъ.** Къ сожалѣнію, все еще многочисленныя случаи ожоговъ пищевода кислотами, еще болѣе щелочами (щелокомъ для стирки, мыльнымъ камнемъ) встрѣчаются въ тѣхъ случаяхъ, когда дѣти при плохомъ надзорѣ выпиваютъ эти жидкости, или ихъ даютъ имъ взрослые по ошибкѣ. Дѣйствіе прижигающихъ средствъ выражается въ легкихъ степеняхъ крупознымъ омертвѣніемъ эпителия, которое можетъ заживать безъ образованія рубцовъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ прижигается вся слизистая, наступаетъ образованіе глубокаго струпа, затѣмъ демаркація, иногда прободающая язва, въ концѣ-концовъ—выздоровленіе съ суживающимъ просвѣтъ рубцомъ.

Признаки ожоговъ главнымъ образомъ мѣстная боль, выхаркиваніе кровавыхъ массъ съ обрывками слизистой оболочки, иногда въ видѣ прямо-таки трубковидныхъ слѣпковъ. При этомъ наблюдается склонность къ коллапсу. Многіе случаи оканчиваются вскорѣ смертю, въ другихъ—наступаетъ выздоровленіе. Спустя нѣсколько дней, однако, при отторженіи струповъ возникаетъ новая опасность: разѣданіе сосудовъ и кровотеченія, прободеніе съ медиастинитомъ и піопневмотораксомъ. Если эти явленія отсутствуютъ, то въ послѣдствіи развиваются признаки суженія. Отъ отравленія сѣрной кислотой умираетъ болѣе половины, отъ отравленія щелочами  $\frac{1}{4}$  больныхъ; у одной половины остающихся въ живыхъ развиваются тяжелыя, у другой половины—легкія суженія.

Суженія по большей части расположены въ верхней трети, рѣже въ средней и нижней. Въ верхней части трубка расширена, гипертрофирована, часто доходит до состоянія воспаленія и покрыта язвами. Характеръ и тяжесть рубца зависитъ отъ степени ожога. При поверхностномъ пораженіи возникаютъ кожистыя кольцевидныя или клапанообразныя суженія, при глубокомъ разрушеніи наступаютъ мозолистыя кольцевидныя или трубковидныя суженія.

Признаки суженія начинаются спустя 2—3 недѣли послѣ отравленія и состоятъ въ препятствіи для движенія проглоченной пищи.

Распознаваніе ставится на основаніи анамнеза и въ стадіи образованія рубца обезпечивается изслѣдованіемъ съ помощью зонда или эзофагоскопіи. Предсказаніе лучше, чѣмъ у взрослыхъ. При хорошемъ леченіи излеченіе достигается въ 50—60%.

Леченіе отравленія состоитъ сначала въ назначеніи нейтрализующихъ веществъ (растительныхъ кислотъ, мѣла, жженой магнезіи; углекислыя соли нежелательны въ виду развитія углекислоты). Устраненіе боли достигается впрыскиваніемъ морфія, мѣстнымъ анестезированіемъ (10%-ное анестезиновое масло, новокаинъ или алипинъ 0,25:10, 5—10 капель), жидкой пищей. Леченіе послѣдовательныхъ состояній можетъ начаться обыкновенно съ третьей недѣли и состоитъ въ постепенномъ расширеніи зондами, въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ примѣненіи впрыскиваній тіозинамина. (Подробности см. въ хирургическихкихъ сочиненіяхъ \*).

Прижиганіе съ его послѣдствіями является наиболѣе частымъ заболѣваніемъ пищевода въ дѣтскомъ возрастѣ. Всѣ другія страданія относятся къ величайшимъ рѣдкостямъ. Извѣстны, напр., случаи нервного кардіоспазма съ признаками регургитаци и жвачки, сѣуженія вслѣдствіе сифилистическихкихъ язвъ.

## Разстройства пищеварительной дѣятельности у грудныхъ дѣтей.

### Разстройства у дѣтей, вскармливаемыхъ искусственно.

Понятіе о разстройствѣ пищеварительной дѣятельности. Взгляды на болѣзненные состоянія, излагаемые ниже, въ послѣднія два десятилѣтія подверглись значительнымъ измѣненіямъ. Врачи прежняго времени видѣли въ нихъ не что иное, какъ заболѣванія желудка и кишечника, сходныя съ бродильными диспепсіями и бродильными катаррами, гастроэнтеритами, также холериной взрослыхъ, съ единственной разницей, что болѣе незначительная въ физиологическомъ отношеніи устойчивость грудного ребенка благоприятствуетъ болѣе тяжелому теченію болѣзни. Примѣромъ можетъ служить ученіе вѣнской школы, которое достигло всеобщаго распространенія, благодаря классическому изложенію Widerhofer'a. Основанное на анатомическихкихъ данныхъ, оно различаетъ чисто функциональное, катарральное и воспалительное пораженіе кишечника, которое клинически отличается различными свойствами испраженій, различнымъ дѣйствіемъ на общее состояніе и даетъ возможность распредѣлить болѣзнь на группу чисто функциональныхъ, острыхъ и хроническихкихъ диспепсій, на болѣе серьезную, съ гистологической и клинической точки зрѣнія, форму энтерока тарра и на воспалительный, преимущественно локализирующійся въ толстыхъ кишкахъ фолликулярный энтеритъ. Наконецъ, въ качествѣ четвертой формы разстройствъ описывался наиболѣе бурно протекающій катарръ—дѣтская холера или холерина.

Какъ ни дѣнна бываетъ система для своего времени, какъ ни собрано въ ней много превосходныхъ наблюдений, тѣмъ не менѣе дальнѣйшее изученіе вопроса далеко вышло за ея предѣлы. Пришлось убѣдиться, что въ практикѣ часто отдѣльные случаи лишь съ трудомъ могутъ быть подведены подъ эти строго разграниченные типы болѣз-

\*) Еще болѣе рационально въ этихъ случаяхъ впрыскиваніе тіодина, т. е. сочетанія тіозинамина съ іодистымъ этиломъ.

ней, ибо существуетъ масса промежуточныхъ формъ, а также потому, что теченіе отдѣльнаго случая можетъ представлять самые разнообразныя переходы. Оказалось, что существуютъ воспалительныя состоянія, соответствующія зараженію кишечника въ болѣе позднемъ возрастѣ, но они по частотѣ и значенію далеко отступаютъ отъ тѣхъ заболѣваній, какія считаются чисто функциональными расстройствами. Удалось доказать, что при теченіи самыхъ разнообразныхъ видовъ оказываются одинаковыя и притомъ совершенно нормальныя данныя со стороны кишечника и какъ-разъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ прежнее ученіе предполагало глубокія анатомическія измѣненія. Оказалось, что у ребенка, какъ и въ болѣе позднемъ возрастѣ, функциональныя измѣненія кишечника образуютъ исходный пунктъ патологическихъ явленій, но что у дѣтей, въ противоположность старшему возрасту, первичное мѣстное расстройство можетъ вести къ столь многообразнымъ и значительнымъ измѣненіямъ процессовъ, проходящихъ по ту сторону пищеварительнаго аппарата, что не можетъ быть и рѣчи лишь о заболѣваніи органовъ, а непременно объ общемъ страданіи, часто настолько значительномъ, что имъ не только опредѣляется симптомокомплексъ, но даже исходъ случая, именно имъ, а не кишечнымъ пораженіемъ. Далѣе оказалось, что бактерійная этиологія при возникновеніи относящихся сюда болѣзней не играетъ приписывавшейся ей безспорной роли, но что подъ вліяніемъ пищевого режима могутъ возникать острыя и хроническія расстройства отъ самыхъ легкихъ до самыхъ тяжелыхъ, что многочисленныя важныя симптомы, которые раньше считались несомнѣннымъ слѣдствіемъ бактерійныхъ токсиновъ, на самомъ дѣлѣ являются только слѣдствіемъ отравленія пищевыми веществами. Однимъ словомъ, вызванное пораженіемъ кишечника расстройство ведетъ у грудного ребенка вполне закономерно къ столь обширнымъ и значительнымъ расстройствамъ общихъ процессовъ и обмѣна веществъ, что понятіе о „желудочно-кишечномъ заболѣваніи“ стало слишкомъ узкимъ для этого содержанія. Въмѣсто него выступило ученіе о „расстройствахъ пищеварительной дѣятельности“ (Ad. Czerny). Въ настоящее время въ руководствахъ, въ главахъ „болѣзни пищеваренія“ грудныхъ дѣтей, не ограничиваются только изложеніемъ патологіи пищеварительныхъ процессовъ, а представляютъ ученіе о патологическомъ теченіи всего процесса питанія, которое развивается, если наступаетъ какая-нибудь порча механизма, нормальная функція котораго представляетъ обязательное условіе для нормальнаго выполненія работы питанія.

### Общая этиологія.

Въ прежнее время большею частью приписывали испорченному молоку, введеннымъ вмѣстѣ съ пищей или помимо нея бактеріямъ или бактерійнымъ продуктамъ, главную роль въ возникновеніи расстройствъ питанія, въ настоящее же время надо считать доказаннымъ, что эта причина имѣетъ относительно малое значеніе въ сравненіи съ тѣми, которая присуща самой пищѣ вслѣдствіе ненадлежащей ея дозировки, ненадлежащихъ ея свойствъ.

Сохраненіе здоровья, интересующее насъ здѣсь въ смыслѣ нормальнаго состоянія питанія и нормальнаго хода его, связано съ одной стороны съ неослабленной нормальной энергіей функцій, нормальной выносливостью, съ другой—съ такими условіями питанія, чтобы эти функціи не нарушались. Расстройство питанія можетъ возникать при

нормальной энергіи функцій вслѣдствіе первичнаго неблагоприятнаго измѣненія условія питанія, потому ли, что вводится слишкомъ мало пищи и такимъ образомъ возникаетъ вредъ недокармливанія, потому ли, что вводится слишкомъ много пищи и причиняется вредъ перекармливаніемъ; но разстройства питанія могутъ возникать при безукоризненномъ выполненіи условій питанія, благодаря лишь первичному ослабленію выносливости. Въ томъ и другомъ случаѣ вызывающій моментъ, за небольшими исключеніями пониженнаго питанія, заключается въ возникшемъ несоответствіи между требованіями и функциональной способностью, съ той единственной разницей, что толчокъ въ однихъ случаяхъ исходитъ отъ одного условія, а въ другихъ—отъ другого.

Сообразно съ этимъ въ этиологіи разстройствъ питанія надо различать разстройство пищеварительной дѣятельности вслѣдствіе недостатка въ пищѣ, такое же разстройство питанія вслѣдствіе излишка пищи (лучшее названіе—разстройство вслѣдствіе перехода за предѣлъ выносливости) и разстройство питанія вслѣдствіе уменьшенія выносливости.

**Разстройство вслѣдствіе недостатка пищи—голоданіе**—играетъ немаловажную роль въ грудномъ возрастѣ. Дѣло можетъ идти о простомъ недостаткѣ пищи, т. е. пища сама по себѣ пригодна, но дается въ недостаточномъ количествѣ; или же имѣется качественное (частичное) недостаточное питаніе если покрывается потребность въ калоріяхъ, но та или другая изъ необходимыхъ составныхъ частей пищи дается въ недостаточномъ количествѣ (напр. при кормленіи мучной кашей). Нормальное развитіе возможно лишь въ томъ случаѣ, если вводится по крайней мѣрѣ *minimum* каждаго вещества, даже и неорганическаго. Часто количественный и качественный недостатокъ питанія случаются одновременно.

**Разстройство вслѣдствіе излишка питательныхъ веществъ или перехода за предѣлъ выносливости**<sup>1)</sup>, быть можетъ, является важнѣйшей этиологіей, но нужно помнить, что здѣсь не всегда идетъ дѣло о перекармливаніи въ обычномъ смыслѣ слова, т. е. въ излишнемъ поднятіи нормальной, максимальной функциональной способности вслѣдствіе слишкомъ большаго введенія пищи, съ которымъ ни одинъ ребенокъ въ теченіе долгаго времени справиться не можетъ. Гораздо чаще дѣло идетъ о заболѣваніяхъ вслѣдствіе относительнаго перекармливанія, т. е. о разстройствахъ, которыя возникаютъ, несмотря на то, что введенное количество пищи не превышаетъ фізіологической потребности и даже не достигаетъ ея. Здѣсь причиною являются, съ одной стороны, индивидуальныя различія функциональных силъ, основанныя на врожденномъ конституціональномъ предрасположеніи, но величайшее значеніе имѣетъ, съ другой стороны, и разница въ составѣ пищи. Одна пища при томъ же питательномъ значеніи, въ тѣхъ же количествахъ предъявляетъ большія притязанія къ функціи, чѣмъ другая, легче приводя къ истощенію пищеварительныхъ, питательныхъ силъ. Ежедневнымъ примѣромъ является безупречное развитіе

<sup>1)</sup> Тамъ, гдѣ преобладаютъ заболѣванія, основанныя на относительномъ перекармливаніи, а не на абсолютномъ, во избѣжаніе недоразумѣній рекомендуется примѣнять второе, болѣе общее названіе. Напомнимъ также, что переходъ за предѣлъ выносливости можетъ быть вызванъ не только слишкомъ большимъ объемомъ пищи, но и чрезмѣрнымъ содержаніемъ отдѣльныхъ составныхъ ея частей (молочнаго жира, прибавленіе сахара или муки).

большинства грудных дѣтей, несмотря на произвольную дозировку, наряду съ огромной смертностью рожковых дѣтей даже при самой тщательной техникѣ.

**Разстройство питанія вслѣдствіе первичнаго нарушенія выносливости.** Предполагая, что ребенокъ вскармливается опредѣленной пищей въ такихъ количествахъ, что его выносливость еще достаточна для нормальной переработки ея; полагая далѣе, что ребенокъ при такой же пищѣ поражается извнѣ вредными вліяніями, не зависящими отъ пищи, но понижающими функциональную способность, въ томъ числѣ и энергію пищеварительныхъ функцій, то въ этомъ случаѣ онъ будетъ находиться въ томъ же положеніи, какъ будто бы, при ненарушенной выносливости, произошло повышенное введеніе пищи. Здѣсь и тамъ слѣдуетъ ожидать развитія разстройства отъ пищи, которое въ данномъ случаѣ можно называть вторичнымъ разстройствомъ отъ пищи.

Важнѣйшимъ факторомъ, ведущимъ путемъ нарушенія выносливости къ вторичнымъ разстройствамъ, является бактерійное зараженіе любого характера и любой локализациі. Къ нему примыкають въ нѣкоторомъ смыслѣ заболѣванія вслѣдствіе первичнаго поврежденія кишечной функціи разлагающимся экзогенно молокомъ. Сюда относятся, наконецъ, также благопріятствующее возникновенію разстройствъ питанія перегрѣваніе, особенно въ лѣтній зной, а равно сумма всего, что входитъ подъ понятіе недостаточность гигиеническихъ мѣропріятій.

#### Общій патогенезъ.

Основныя явленія при патогенезѣ разстройствъ пищеварительной дѣятельности вслѣдствіе недостатка пищевыхъ веществъ сами по себѣ ясны. Также при патогенезѣ пищеварительныхъ разстройствъ вслѣдствіе перехода за степень выносливости явленія, основанныя на абсолютномъ перекармливаніи, не нуждаются въ подробныхъ объясненіяхъ. Ясно, что излишекъ каждой даже самой нормальной пищи долженъ вести къ медленней переработкѣ ея и къ застою, слѣдовательно, къ развитію ненормальныхъ бактерійныхъ разложеній и разбираемыхъ ниже послѣдствій для хода процессовъ питанія.

Тѣмъ большаго интереса заслуживаетъ возникновеніе заболѣваній вслѣдствіе относительнаго перекармливанія: надо помнить, что къ нему предрасполагають отчасти врожденныя данныя, которыя дѣйствуютъ въ смыслѣ первичнаго конституціональнаго ослабленія выносливости. Лишь этимъ можно объяснить, что при любомъ способѣ вскармливанія, который, согласно опыту, прекрасно переносится большинствомъ дѣтей, нѣкоторая группа ихъ не можетъ нормально развиваться. Въ видѣ исключенія существуютъ даже дѣти съ чрезвычайно значительной ранимостью, вскармливаніе которыхъ представляетъ величайшее затрудненіе. Опытъ показываетъ, что при этой слабости дѣло большею частью идетъ о частичномъ явленіи конституціональныхъ аномалій, которыя въ настоящее время называются „невропатическими“ и „экзудативными“. Для возникновенія вреднаго дѣйствія пищи указаннаго здѣсь характера важно, далѣе самое свойство ея. Между женскимъ и коровьимъ молокомъ существуетъ извѣстная разница; гораздо большая заболѣваемость рожковыхъ дѣтей, притомъ даже въ случаяхъ технически безупречнаго вскармливанія, доказываетъ, что при прочихъ равныхъ условіяхъ выносливость при замѣнѣ

питанія расходуется гораздо легче, чѣмъ при питаніи естественномъ. Такимъ образомъ мы стоимъ передъ „вопросомъ объ искусственномъ вскармливаніи“, который въ теченіе 10 лѣтъ такъ глубоко интересовалъ изслѣдователей: „Какія обстоятельства являются виною того, что женское молоко представляетъ для грудного ребенка столь значительныя отличія, какъ пищевое средство, отъ сходнаго по составу молока животныхъ?“

Первую попытку объясненія сдѣлалъ Biedert своимъ ученіемъ о плохомъ перевариваніи казеина, который плохо всасывается въ кишечникѣ грудного ребенка и такимъ образомъ даетъ пищу для вредныхъ разложеній. Въ настоящее время однородные результаты болѣе точнаго химическаго изслѣдованія испражнений, процесса пищеваренія въ кишечникѣ, опытовъ съ обмѣномъ веществъ и клиническое наблюденіе, повидимому, окончательно опровергли этотъ взглядъ\*). Также теорія Hamburger'a объ ядовитости чужероднаго бѣлка не подтвердилась клиническими наблюденіями. Въ настоящее время еще нѣтъ никакихъ точныхъ указаній въ пользу того, что бѣлокъ можетъ какимъ бы то ни было образомъ стоять въ связи съ этиологіей и патогенезомъ разстройствъ питанія. Иначе дѣло обстоитъ съ жиромъ (Szeplu) и съ сахаромъ, вредное дѣйствіе котораго въ всякаго сомнѣнія; но, предполагая нормальную дозировку, оно едва ли первичное и, по новѣйшимъ изслѣдованіямъ, измѣненія въ концентраціи сыворотки весьма энергично вліяютъ на выносливость къ обоимъ веществамъ. Напр., тѣ же количества жира и сахара, которыя въ цѣльномъ молокѣ ведутъ къ разстройству, нормально перерабатываются, если ихъ даютъ одновременно съ количествомъ казеина, соответствующимъ цѣльному молоку, но въ разведенной сывороткѣ. Что дѣйствительно сыворотка коровьяго молока, а не органическія составныя части даютъ первый толчокъ къ заболѣванію, что въ разницѣ сыворотки женскаго и коровьяго молока заключается причина меньшихъ достоинствъ коровьяго молока, повидимому, доказываютъ «опыты съ перемѣной сыворотки» (L. F. Meyer). Бѣлокъ и жиръ коровьяго молока, взвѣшенные въ сывороткѣ коровьяго молока, ведутъ у больныхъ дѣтей къ ухудшенію существующаго разстройства или по крайней мѣрѣ не обнаруживаютъ благоприятнаго дѣйствія; тѣ же вещества, взвѣшенные въ сывороткѣ женскаго молока, вызываютъ улучшеніе состоянія, что соответствуетъ тому, что наблюдается при вскармливаніи этимъ молокомъ.

По теоріямъ Marfan'a, Concetti, Escherich'a, Pfaunder'a преимущество женскаго молока заключается въ присутствіи ферментоподобныхъ, специфическихъ данному виду питательныхъ веществъ, которыя служатъ при питаніи въ качествѣ возбуждающихъ средствъ. Отсутствіе ихъ въ женскомъ молокѣ или невозможность переработать чужеродныя вещества этого характера такимъ же образомъ какъ однородныя, обусловливаетъ будто бы худшія достоинства замѣняющаго питанія. Даже если и не принимать во вниманіе эти бродила, можно представлять себѣ дѣло такимъ образомъ, что физико-химическое строеніе сыворотки коровьяго молока придаетъ ему характеръ жидкости, по отношенію къ которой кишечный эпителий съ болѣшимъ трудомъ выполняетъ свои нормальныя функціи, чѣмъ въ средѣ женскаго молока, дѣйствующей какъ бы въ качествѣ катализатора. Эти неблагоприятныя условія работы могутъ у крѣпкихъ дѣтей выравниваться при привлеченіи функциональныхъ запасовъ, у дѣтей же съ пищевареніемъ слабымъ этого не удастся достигнуть.

Каковъ бы ни былъ окончательный отвѣтъ на этотъ вопросъ, въ настоящее время уже установлено, что при замѣняющемъ питаніи гораздо легче наступаютъ неправильности въ процессѣ пищеваренія, особенно при переработкѣ жира и углеводовъ, которые въ свою очередь создаютъ условія для патологическихъ процессовъ броженія. Затѣмъ присоединяется эндогенное броженіе (Escherich), какъ

\*) Этотъ выводъ несомнѣнно надо назвать слишкомъ поспѣшнымъ, такъ какъ въ новѣйшее время даже германская школа начинаетъ уже вновь приходить къ сознанію о томъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ казеинъ молока плохо переносится и можетъ служить причиной пищеварительныхъ разстройствъ, конечно, не въ столь значительной степени, какъ предполагалъ Biedert и его послѣдователи.



новый вредный факторъ. Изъ продуктовъ броженія важнѣе всего образующіяся, главнымъ образомъ, изъ углеводовъ и жира кислоты низшаго порядка (молочная кислота, масляная кислота и т. д.), между тѣмъ какъ процессы гниенія едва ли имѣютъ значеніе для поддержанія самого болѣзненного процесса, а только для незначительныхъ вторичныхъ явленій (вонючаго разложенія обильныхъ кишечныхъ выдѣленій)\*).

Кислоты вызываютъ, съ одной стороны, мѣстную реакцію слизистой оболочки кишечника (повышенную перистальтику, выдѣленіе слизи, трансудацію и т. д.), съ другой нарушаютъ процессы пищеваренія внутри кишечника и въ кишечной стѣнкѣ.

Слѣдствіемъ этого расстройства кишечной дѣятельности для всего организма является только ухудшеніе условій питанія, вмѣстѣ съ тѣмъ и худшее развитіе, въ тяжелыхъ случаяхъ же происходитъ уничтоженіе защитительныхъ и выравнивающихъ функцій слизистой оболочки, представляющей какъ бы перепонку между наружнымъ и внутреннимъ обмѣномъ веществъ; ядовитыя вещества проникаютъ изъ кишечнаго содержимаго въ тѣло или, наоборотъ, возникающіе изъ распавшихся клѣтокъ составные элементы частей тѣла выдѣляются изъ него въ кишечникъ.

Описанный выше способъ возникновенія относится также къ патогенезу расстройствъ вслѣдствіе первичнаго ослабленія выносливости, лишь съ той разницей, что первый толчокъ происходитъ въ другомъ направленіи и что пищевой моментъ развивается лишь вторично.

Напр., при зараженіи возникаетъ, вслѣдствіе попаданія бактерійныхъ ядовъ, общее поврежденіе клѣтокъ, распространяющееся какъ на внутренніе органы, такъ и на кишечную трубку. Бактерійное воздѣйствіе на организмъ, выражающееся анатомически паренхиматознымъ перерожденіемъ, обуславливаетъ, конечно, и общее ослабленіе функцій, особенно же питательной<sup>1)</sup>; затѣмъ, если количество пищи не соответствуетъ пониженной выносливости, къ инфекціи присоединяются и вторичныя расстройства питанія<sup>2)</sup>.

При вредномъ вліяніи испорченнаго молока первичнымъ является измѣненіе кишечной стѣнки вводимыми съ пищей, преобразованными раньше продуктами броженія, дѣйствіе которыхъ можно сравнить съ функциональнымъ параличемъ кишечной стѣнки.

Расстройство питанія вслѣдствіе перегрѣванія происходитъ, вѣроятно, такимъ образомъ, что вслѣдствіе задержки теплотдачи и высыханія создаются измѣненія работоспособности клѣтокъ тѣла, которыя подвергаютъ функциональную способность организма болѣе или менѣе тяжелому испытанію.

Процессъ заболѣванія вслѣдствіе испорченнаго молока или связаннаго съ нимъ массоваго введенія бактерій грязнымъ молокомъ раньше считался самой важной и частой причиной пищеварительныхъ расстройствъ. Въ настоящее время установлено, что кишечное броженіе гораздо чаще происходитъ вторично-эндогенно и лишь на основаніи первичнаго отъ

\*) Чрезмѣрное введеніе бѣлка именно тѣмъ и вредно (иногда полезно), что оно вызываетъ процессы гниенія въ кишкахъ со щелочной реакціей. Этимъ опять-таки объясняется благотворное дѣйствіе такъ наз. бѣлковаго молока Finkelstein'a и Meyer'a (см. ниже) при развитіи кислотъ, вызванныхъ процессами броженія: щелочная реакція гниющаго бѣлка нейтрализуетъ кислоты броженія. Прим. М. Б.

1) Расстройство функцій кишечной стѣнки особенно отмѣчается частымъ появленіемъ пищевой лактозурии даже при легкихъ зараженіяхъ.

2) Относительно вторичныхъ расстройствъ питанія при энтеральной инфекціи ср. главу о кишечно-желудочныхъ зараженіяхъ.

пищи зависящаго ослабленія кишечника также при стерильной пищѣ, между тѣмъ какъ значеніе поврежденія экзогенно испорченнымъ молокомъ считается менѣе важнымъ. Надо согласиться, что иногда въ нечистомъ полученномъ молокѣ могутъ содержаться сильно патогенныя бактеріи, далѣе, что у слабыхъ дѣтей легче возникаетъ броженіе, если ежедневно вводить миллиарды возбудителей броженія, чѣмъ если ихъ вскармливать стерильно; возможно также поврежденіе преобразованными продуктами разложенія (кислотами, пептонами), но значеніе ихъ ограничивается тѣмъ, что сколько-нибудь замѣтное содержаніе ихъ въ молокѣ настолько мѣняетъ его видъ и вкусъ, что испорченная пища бракуется родителями и ребенкомъ \*).

Особенно важными аргументами въ пользу этиологической роли разложенія молока считались до самаго послѣдняго времени два факта: повышенная заболѣваемость и смертность отъ кишечныхъ заболѣваній грудныхъ дѣтей въ жаркіе мѣсяцы—«лѣтнее повышеніе дѣтской смертности» и то обстоятельство, что въ этой заболѣваемости участвуютъ почти только рожковыя дѣти, между тѣмъ какъ дѣти, вскармливаемая груднымъ способомъ, почти остаются незатронутыми. Параллелизмъ между этими статистическими данными и повышенной порчей молока лѣтомъ казался безупречнымъ объясненіемъ предположенія о тяжеломъ патогенномъ дѣйствіи испорченной, разложившейся пищи. Въ настоящее время и этотъ выводъ поколебленъ, но существуетъ склонность допускать еще въ опредѣленныхъ границахъ непосредственное влияніе жары. Существуютъ несомнѣнно многочисленные случаи заболѣваній и смерти, обусловливаемые перегрѣваніемъ и относящіяся къ тепловому удару. Они начинаются и протекаютъ остро или подостро, симптоматически представляются въ видѣ гиперпиретически-коматозныхъ состояній и могутъ, при своевременномъ вмѣшательствѣ, излечиваться или предупреждаться посредствомъ охлаждающихъ способовъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ жаръ понижаетъ выносливость благодаря тому, что въ жаркое время особенно легко возникаютъ вредныя влиянія пищевыхъ началъ, и склонны къ особенно тяжелому теченію. Наоборотъ, бактеріальныя инфекціи, нерѣдко со стороны поврежденной потомъ кожи, повидимому, играютъ большую роль въ теплое время года, такъ какъ несомнѣнно, что смерть нерѣдко наступаетъ благодаря инфекціямъ патогенными бактеріями. Лишь послѣ выдѣленія этихъ всѣхъ особенно значительныхъ группъ слѣдуетъ разбирать вопросъ о возникновеніи заболѣванія въ зависимости отъ разложенія молока.

Для иммунитета грудныхъ дѣтей противъ поврежденій отъ жары имѣется также довольно вѣроятное объясненіе. Повидимому, грудныя дѣти съ разстройствами питанія гораздо менѣе устойчивы противъ жары, чѣмъ здоровыя. Такъ какъ большинство грудныхъ дѣтей здоровы, большинство же рожковыхъ дѣтей страдаетъ какими-нибудь болѣзнями, то разница между ними вполне понятна.

При всѣхъ изслѣдованіяхъ объ отношеніяхъ между жарой и смертностью грудныхъ дѣтей не слѣдуетъ впрочемъ забывать, что на практикѣ, благодаря способамъ ухода, особенно слишкомъ теплomu закутыванію и прикрыванію дѣтей, могутъ возникать весьма важные вспомогательныя, вредно дѣйствующіе моменты.

Ведутъ ли, и въ какой степени, названныя, понижающіе выносливость факторы къ вторичнымъ разстройствамъ питанія и когда это происходитъ, опять-таки является вопросомъ о взаимоотношеніяхъ между вредными влияніями и степенью сопротивляемости. У слабыхъ или ослабленныхъ, особенно страдающихъ уже разстройствами питанія дѣтей даже умѣренное перегрѣваніе, насморкъ, небольшая флегмона, оспопрививаніе могутъ вызвать весьма опасныя явленія. Напротивъ, вполне крѣпкій ребенокъ можетъ перенести даже тяжелое зараженіе безъ того, чтобы присоединялись признаки вторичнаго, чисто пищевого характера.

\*) Это указаніе совершенно неправильно; именно при развитіи наиболѣе опасныхъ пептонизирующихъ бактерій въ молокѣ оно по наружному виду, цвѣту и вкусу можетъ ничѣмъ не отличаться отъ нормальнаго, а между тѣмъ можетъ быть причиной самыхъ тяжелыхъ интоксикацій и инфекцій.

### Общая симптоматологія.

Уже при выясненіи понятій о разстройствахъ пищеварительной дѣятельности было указано на то, что присущіе этимъ разстройствамъ признаки гораздо разнообразнѣе, чѣмъ предполагали раньше. Для того, чтобы понять это разнообразіе, надо вспомнить, на сколько фазъ распадается процессъ, называемый питаніемъ. Дѣло идетъ не только о диссимилациіи и всасываніи изъ кишечника, о замѣнѣ потраченного и объ образованіи новаго вещества тѣла, но къ питанію относятся также внутренніе процессы разложенія, теплообразование, отчасти теплорегуляція, наконецъ, поддержаніе нормальнаго свойства функций всѣхъ органовъ и тканей. Соответственно этому симптомы этихъ разстройствъ не ограничиваются патологическимъ характеромъ процессовъ въ желудкѣ и кишечникѣ, ухудшеніемъ свойствъ тѣла и неблагоприятнымъ вліяніемъ на наростаніе или на постоянный составъ, но надо ожидать а priori, что уклоненія выразятся также во внутреннихъ измѣненіяхъ, въ ходѣ температуры тѣла и въ дѣятельности отдѣльныхъ органовъ. Такъ оно дѣйствительно и есть; именно эти признаки тѣмъ обнаруживаютъ свое отношеніе или принадлежность къ разстройствамъ пищеварительной дѣятельности, что на нихъ можно вліять, измѣняя условія питанія. Такъ, напр., существуетъ лихорадка отъ пищи, причѣмъ лихорадку эту можно устранять лишеніемъ пищи, далѣе, альбуминурія того же характера; существуютъ, кромѣ того, головномозговая и спинномозговая явленія, аномаліи въ дѣятельности сердца и легкихъ и другія, также точно устраняемая путемъ измѣненія діеты.

Распознаваніе симптомовъ разстройствъ пищеварительной дѣятельности предполагаетъ знакомство съ клиническими явленіями **нормальнаго состоянія питанія и нормальныхъ его процессовъ.**

Таковыми слѣдуетъ считать: нормальное состояніе питанія въ обычномъ смыслѣ, т. е. соответственно развитую жировую подкладку, надлежащій тургоръ кожи и ткани, нормальную окраску кожи и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ. Къ этому присоединяются, какъ признаки нормальнаго состоянія питанія въ широкомъ смыслѣ, нормальная функція всѣхъ органовъ, именно, соответствующее возрасту развитіе статическихъ и моторныхъ функций, нормальная подвижность, правильность дѣятельности почекъ, легкихъ, сердца, нервной системы и т. д.

Какъ специально связанными съ питаніемъ явленія слѣдуетъ имѣть въ виду, кромѣ нормальнаго состоянія желудочно-кишечнаго канала: температуру тѣла, способъ наростанія вѣса и отношеніе къ иммунитету.

Предполагая сколько-нибудь равномѣрную внѣшнюю температуру, надо считать, что температурная кривая грудного ребенка отличается значительной равномѣрностью въ виду ничтожной амплитуды ежедневныхъ колебаній (такъ наз. «монотермія»). То же относится къ кривой вѣса, которая при ежедневномъ взвѣшиваніи обнаруживаетъ столь незначительныя колебанія, что мало отличается отъ непрерывно восходящей линіи. Энергическое образованіе противотѣла узнается на основаніи бывающихъ разныхъ болѣзней и большею частью по ихъ доброкачественному теченію.

Послѣднимъ важнѣйшимъ признакомъ нормальнаго состоянія питанія является, наконецъ, нормальная выносливость или амплитуда ея по отношенію къ пищѣ. Въ виду большой функциональной способности неослабленныхъ функций, она выражается тѣмъ, что ребенокъ справляется безъ вреда съ обильными количествами

пищи (количественно нормальная выносливость) и что при самых разнообразных пищевых смѣсяхъ (женское молоко, коровье молоко, также пища, богатая жиромъ, бѣдная углеводами или бѣдная жиромъ, богатая углеводами) онъ развивается вполне нормально, поскольку вообще эти пищевыя смѣси пригодны для продолжительнаго вскармливанія. Такое отношеніе можетъ быть кратко названо нормальной реакціей на введеніе пищи.

Также какъ по отношенію къ питанію, здоровый ребенокъ обнаруживаетъ нормальную реакцію и выносливость по отношенію къ внѣшнимъ, ослабляющимъ выносливость вліяніямъ, т. е. при заразныхъ болѣзняхъ, при дѣйствіи жары онъ обнаруживаетъ болѣшую сопротивляемость, особенно не нарушаются въ значительной степени составныя части его тѣла, куда внѣшнее дѣйствіе не представляется необычно тяжелымъ.

Напротивъ того, признаки разстройства питанія выражаются въ ухудшеніи его состоянія, въ исхуданіи, худощавости, повышенномъ или уменьшенномъ тонусѣ, ненормальной сухости или содержанію жидкости въ тканяхъ, блѣдности и другихъ измѣненіяхъ кожи и слизистыхъ оболочекъ. Обнаруживаются разнообразные признаки функциональной недостаточности въ видѣ состоянія слабости мышцъ, уменьшенной или повышенной раздражительности и возбужденности ненормальныхъ явленій со стороны важнѣйшихъ органовъ тѣла, особенно нервной системы. Весьма важныя признаки болѣзненно измѣненной желудочно-кишечной дѣятельности и ненормальное, отчасти вяло поднимающееся вверхъ колебаніе, отчасти опускающійся внизъ ходъ вѣсовой кривой, ненормальный ходъ температуры и уменьшеніе сопротивляемости къ бактерійнымъ зараженіямъ.

Слѣдуетъ указать въ особенности на то обстоятельство, что кромѣ пониженныхъ температуръ часто происходитъ въ зависимости отъ пищи лихорадка, которая также часто сочетается съ другими симптомами, появленіе которыхъ сопровождается и повышенія температуры заразнаго происхожденія (напр. слабость сердца, альбуминурия и лейкоцитозъ). Эта «лихорадка отъ пищи» или эти пищевыя токсическія, въ зависимости отъ пищи, явленія слѣдуетъ отличать отъ явленій зараженія по ихъ этиологіи и возможности дѣйствовать на нихъ измѣненіемъ пищевого режима (ср. отдѣлъ интоксикацій отъ пищи).

Изъ различныхъ сочетаній этихъ лишь вкратцѣ перечисленныхъ признаковъ и различнаго ихъ развитія могутъ возникать самыя разнообразныя, иногда совершенно противоположныя клиническія картины. Какой характеръ они принимаютъ въ отдѣльномъ случаѣ, протекаютъ ли они при явленіяхъ неразвитія или исхуданія, или же отравленія, зависитъ главнымъ образомъ отъ характера и количества введенной пищи. Но всѣ эти формы разстройствъ имѣютъ общій симптомъ (отсутствующій во всякомъ случаѣ лишь въ самыхъ легкихъ степеняхъ разстройства вслѣдствіе недостатка пищи): уменьшенную выносливость. Ясно, что вызываемое ненормальнымъ теченіемъ процессовъ пищеваренія ухудшенное состояніе питанія организма, распространяющееся на самыя мельчайшія клеточковыя образованія, должно также понижать энергію всѣхъ функцій, а въ особенности энергію питательныхъ силъ. Въ виду сказаннаго, при разстройствахъ пищеварительной дѣятельности понижена выносливость къ пищѣ. Это выражается тѣмъ, что больной не реагируетъ уже на введеніе пищи такъ, какъ это свойственно здоровому, но у него возникаютъ болѣзненныя явленія въ видѣ измѣненія вѣса, условій температуры и мн.

др., причемъ при разныхъ количествахъ пищи тѣмъ скорѣе, чѣмъ значительно понижена выносливость. Явленія эти обозначаютъ теперь, какъ парадоксальную реакцію на введеніе пищи. Способъ реакціи, согласно сказанному, является въ то же время мѣриломъ тяжести разстройства. Чѣмъ тяжелѣе при введеніи одинаковыхъ количествъ пищи оказываются симптомы парадоксальной реакціи съ одной стороны, тѣмъ меньшихъ количествъ пищи достаточно, съ другой, для того, чтобы вызвать патологическіе симптомы, тѣмъ тяжелѣе слѣдуетъ считать самое разстройство.

Примѣръ: Здоровому ребенку, слегка больному и тяжело-больному прибавляютъ въ теченіе 2—3 дней 30 грм. обыкновеннаго сахара къ прежней пищѣ. Одинъ реагируетъ на это нормально увеличеніемъ вѣса безъ другихъ явленій; у другого развивается поносъ, слегка колеблющаяся температура, и вѣсъ останавливается; у третьяго лихорадка превышаетъ 38°, развивается сильный поносъ и паденіе вѣса въ нѣсколько сотъ грм.

Слабость выносливости даетъ себя знать не только по отношенію къ пищѣ, но также и необычной чувствительностью къ внѣшнимъ воздѣйствіямъ заразы, жары и т. д. Инфекція не только легче пристаетъ къ ребенку, но она обнаруживаетъ склонность къ злокачественному распространенію и легкія заболѣванія ведутъ къ вторичнымъ разстройствамъ пищеварительной дѣятельности. Равнымъ образомъ при лѣтнемъ зноѣ и другомъ чрезмѣрномъ дѣйствіи теплоты гораздо легче появляются повышеніе температуры и прочія болѣзненные явленія, которыя могутъ носить также и болѣе серьезный характеръ.

### Раздѣленіе.

Обычныя до сихъ поръ, вкратцѣ упомянутыя выше подраздѣленія пищеварительныхъ разстройствъ на острую и хроническую диспепсію (вторая также называется атрофіей), энтерокатарръ, дѣтскую холерину и энтеритъ въ настоящее время уже не рекомендуются. Съ тѣхъ поръ, какъ стало извѣстно, что при этихъ состояніяхъ, главнымъ образомъ, дѣло идетъ о различныхъ формахъ и степеняхъ общаго пищеварительнаго разстройства, съ тѣхъ поръ, какъ извѣстно, что измѣненіемъ пищи можно перевести одно заболѣваніе въ другое, нельзя уже примѣнять названія, которыя ставятъ на первый планъ кишечныя явленія и въ то же время подають поводъ думать, что здѣсь дѣло идетъ о независимыхъ другъ отъ друга болѣзняхъ.

Дѣленіе Czerny-Keller'a такимъ образомъ ставитъ пищевой моментъ на принадлежащее ему мѣсто. Оно заключаетъ въ себѣ: разстройства пищеварительной дѣятельности *ex alimentatione*, разстройство *ex infectione* и разстройство въ силу врожденныхъ недостатковъ конституціи. Первая группа содержитъ, въ свою очередь, подгруппы различныхъ „вредно вліяющихъ пищевыхъ началъ, особенно молока и муки. Вторая группа содержитъ заболѣванія вслѣдствіе разложенія молока (диспепсія при дѣтской холеринѣ по прежнему дѣленію) и разстройства вслѣдствіе энтерального и парэнтерального зараженія; третья группа касается діатезовъ, связанныхъ съ разстройствами общаго питанія.

Мы сами пользуемся слѣдующимъ дѣленіемъ \*):

- I. Разстройства питанія вслѣдствіе перехода за степень выносливости:
  - a) легкія формы безъ процессовъ разрушенія:

\*) Ср. выше общую этиологію.

- 1) разстройство баланса,
- 2) диспепсія;
- б) тяжелая форма съ процессами разрушенія:
  - 3) декомпозиція,
  - 4) интоксикація.

II. Разстройства питанія вслѣдствіе недостатка въ пищѣ, голоданіе (inanitio):

- а) количественное голоданіе,
- б) качественное голоданіе (въ особенности вредное вліяніе мучнистыхъ веществъ).

III. Вторичныя разстройства пищеварительной дѣятельности въ силу первичнаго ослабленія выносливости благодаря дѣйствію заразы, жары и т. д.<sup>1)</sup>.

I. Разстройства питанія вслѣдствіе перехода за степень выносливости.

Уже раньше было указано, что мѣриломъ тяжести разстройства пищеварительной дѣятельности является степень функциональной недостаточности, выражаясь иначе, степень уменьшенія выносливости. Чѣмъ болѣе страдаетъ выносливость, тѣмъ болѣе тяжелыя явленія вызываються количествомъ пищи той же величины, тѣмъ тяжелѣе проводить питаніе, тѣмъ труднѣе лечебная задача, поставленная врачу. Уже по этой причинѣ требуется выбрать важнѣйшій изъ всѣхъ симптомовъ этого состоянія, какъ главный принципъ дѣленія, и провести разграниченіе на основаніи разныхъ степеней нарушенія выносливости. Понятно, само собой, что между отдѣльными состояніями рѣзкихъ границъ нѣтъ, но встрѣчаются переходныя формы, теченіе же каждаго отдѣльнаго случая можетъ колебаться въ предѣлахъ между легкими и тяжелыми разстройствами.

Главные типы даетъ слѣдующая схема:

Состояніе.	Способъ и величина нарушенія выносливости.	Главные симптомы при нормальныхъ количествахъ пищи.
а) Легкія формы безъ процессовъ разрушенія.		
1. Разстройство баланса.	Пониженіе выносливости къ богатому жиромъ молоку.	Недостаточное развитіе, колеблющаяся кривая вѣса, плотныя испраженія.
2. Диспепсія.	Какъ и 1, плюсъ нарушеніе выносливости къ углеводамъ.	Какъ и разстройство баланса, плюсъ поносы. Умѣренная чувствительность къ парадоксальной реакціи.
б) Тяжелыя формы съ процессами разрушенія (потери тканевыхъ элементовъ).		
3. Декомпозиція.	Сильное пониженіе выносливости къ жирамъ и углеводамъ.	Слабость нарастанія вѣса вплоть до его паденія. Наклонность къ пониженію температуры и замедленію пульса. Сильная, даже чрезмѣрная чувствительность къ парадоксальной реакціи по отношенію къ пищѣ, также сильная реакція на заразу, жару и т. д.
4. Интоксикація.	Состояніе, развивающееся при 2-й и 3-й формахъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда вводятся количества пищи, превышающія нормальную степень выносливости, особенно пищи, богатой сывороткой и сахаромъ.	Лихорадка, потемнѣніе сознанія, альбуминурія, гликозурія, большое дыханіе.

<sup>1)</sup> Разстройства вслѣдствіе врожденныхъ аномалій конституціи здѣсь не приняты во вниманіе.

1. Разстройство баланса <sup>1)</sup>.

(Легкая степень вреднаго дѣйствія молока Czerny-Keller'a.  
Легкая форма атрофiи).

**Симптомы.** Первый стадiй разстройства пищеварительной дѣятельности выражается вообще отсталостью развитiя, сравнительно съ нормой какъ въ качественномъ, такъ и въ количественномъ отношенiи, безъ другихъ существенныхъ патологическихъ явленiй, которыя сопровождали бы эту форму страданiя.

Наиболѣе ясно выступаетъ свойство названнаго состоянiя на кривой вѣса тѣла. Уже съ самаго начала, при ежедневныхъ взвѣшиванiяхъ, замѣчаются необычно большiя колебанiя вверхъ и внизъ, такъ что кривая становится весьма неустойчивой. Впослѣдствiи присоединяются продолжительныя остановки или уменьшенiя, которыя, однако, чередуются съ периодами подъемовъ (рис. 54). Такимъ образомъ возникаетъ постоянно увеличивающаяся отсталость вѣса

сравнительно съ нормальной средней величиной и, хотя нѣтъ замѣтнаго истощенiя въ тѣсномъ смыслѣ слова, ребенокъ производитъ впечатлѣнiе значительнаго исхуданiя. Появляется также задержка въ ростѣ, такъ что ребенокъ, страдающiй разстройствомъ баланса, меньше ростомъ, чѣмъ здоровый ребенокъ того же возраста (рис. 55).

Нужно обращать вниманiе на признаки качественного ухудшенiя питанiя. Тургоръ тканей уменьшенъ, мышцы вялы, животъ вздутъ, кожа суха, цвѣтъ ея блѣденъ, двигательныя и статическiя отправления настолько нарушены, что не могутъ быть

выполняемы функцiи, соответствующiя возрасту. Настроенiе и сонъ страдаютъ; уменьшенiе иммунитета обнаруживается въ склонности къ вторичнымъ зараженiямъ, особенно кожи, которыя тѣмъ не менѣе не ведутъ еще къ замѣтному тяжелому нарушенiю общаго питанiя.

Испраженiя могутъ быть нормальны или представляются въ видѣ свѣтлаго, въ крайнемъ случаѣ, почти бѣлаго, сухого, рѣдко выдѣляемаго, жирнаго, мыльнаго кала (такъ наз. „сѣрый запоръ“). Другiя патологическiя измѣненiя въ желудочно-кишечномъ каналѣ, за



Рис. 54. Сравнительная кривая увеличения вѣса здороваго грудного ребенка и больнаго въ периодѣ балансоваго разстройства.

Gew.—вѣсъ. Lebenswoche—недѣля жизни. Kurve des Gesunden—кривая здороваго ребенка. Kurve des Kranken—кривая больнаго ребенка.

<sup>1)</sup> Мы примѣняемъ это названiе съ цѣлью показать, что при этихъ процессахъ дѣло идетъ главнымъ образомъ о неблагоприятномъ состоянiи питанiя сравнительно съ дѣтми здоровыми.

исключеніемъ вздутія или случайной рвоты, отсутствуютъ, равно какъ ихъ нѣтъ и въ другихъ органахъ. Колебанія температуры нѣсколько больше, чѣмъ у здороваго.

Изъ чисто практическихъ основаній полезно различать одну форму разстройства баланса при вскармливаніи исключительно молокомъ и другую—разстройства баланса при вскармливаніи молокомъ, къ которому прибавлены углеводы.

**Этіологія.** Во многихъ случаяхъ разстройства баланса вызываются абсолютнымъ перекармливаніемъ молокомъ при отсутствіи особаго преобладанія углеводовъ; при этомъ симптомы появляются часто послѣ неодинаково долгаго періода хорошаго развитія. Въ другихъ же случаяхъ или съ самаго начала, или послѣ кратковременнаго хорошаго развитія замѣчаютъ, что вскармливаніе молочными смѣсями не удается, хотя никакихъ ошибокъ въ количественномъ отношеніи нѣтъ. Здѣсь, во всякомъ случаѣ, имѣетъ значеніе врожденная слабая выносливость, благодаря которой даже при малыхъ количествахъ пищи происходитъ относительное перекармливаніе. Бываетъ, однако, и такъ, что ребенокъ, до того развивавшійся хорошо, вслѣдствіе зараженія или другихъ вредно дѣйствующихъ вредныхъ вліяній настолько слабѣетъ, что въ теченіе долгаго времени послѣ перенесенной случайно присоединившейся болѣзни при нормальной, попрежнему, пищѣ обнаруживаетъ признаки разстройства баланса.



Рис. 55. Нормальный ребенокъ и ребенокъ съ разстройствомъ баланса въ возрастѣ 5 мѣсяцевъ. (Берлинскій дѣтскій пріютъ. Фотографія д-ра Des-sauer'a).

**Патогенезъ.** Основнымъ признакомъ недостаточнаго развитія, при достаточной и правильной, въ количественномъ отношеніи, пищѣ, надо считать, въ случаяхъ кормленія молочными смѣсями безъ всякихъ къ нимъ прибавленій, нарушенный обмѣнъ одной изъ составныхъ частей молока,—согласно Czerny главнымъ образомъ молочнаго жира, какъ вреднаго вещества. Въ пользу такого положенія говоритъ, главнымъ образомъ, то наблюденіе, что во многихъ случаяхъ наблюдается дальнѣйшее наростаніе нормальнаго вѣса при пищѣ, свободной отъ жира, но богатой углеводами, которое задерживается, если послѣдній



прибавляютъ къ пищѣ. Очень вѣроятно, что и здѣсь, какъ при декомпозиціи, патологическое дѣйствіе жира имѣетъ лишь вторичное значеніе, что оно возможно въ силу предшествовавшего ослабленія кишечныхъ функцій ненормальнымъ броженіемъ молочнаго сахара. Что молочному сахару принадлежитъ роль въ патогенезѣ этого состоянія, видно изъ быстраго излеченія многихъ случаевъ расстройства при прибавленіи другого углевода вмѣсто молочнаго сахара и безъ всякаго другаго измѣненія пищевого режима. При расстройствахъ баланса, наступающихъ при вскармливаніи смѣсями муки или декстрина съ мальтозой, слѣдуетъ предполагать уже значительное пониженіе выносливости къ углеводамъ. Пониженіе даетъ себя знать тѣмъ, что формы эти легко переходятъ въ диспепсію, въ основѣ которой имѣется патологическое разложеніе углеводовъ.

**Обмѣнъ веществъ**, въ смыслѣ всасыванія органическихъ пищевыхъ началъ, не представляетъ значительныхъ измѣненій; существуетъ, вѣроятно, лишь нѣкоторое ухудшеніе въ процессѣ всасыванія жира. Важно, что при вліяніи измѣненныхъ процессовъ кишечника происходитъ увеличенная отдача въ него щелочей, благодаря отчасти связыванію ненормальныхъ количествъ высшихъ и низшихъ жирныхъ кислотъ, отчасти же, что не менѣе вѣроятно, въ силу повышеннаго выдѣленія. Балансъ щелочныхъ земель можетъ быть даже отрицательнымъ, что, впрочемъ, въ виду незначительнаго пропорціональнаго отношенія обмѣна извести и магнія къ вѣсу тѣла, не имѣетъ столь большаго значенія по отношенію къ недостаточнымъ вѣсовымъ наростаніямъ, какъ одновременно наблюдаемое пониженіе въ задержкѣ калія и натрія. Уменьшенная доставка столь важныхъ для отложенія минеральныхъ веществъ, вѣроятно, обусловливаетъ уменьшенное наростаніе вѣса, вслѣдствіе неправильно идущихъ всасыванія, задержки и колебаній въ содержаніи щелочей и воды.

**Жирный мыльный калъ** отличается отъ нормальнаго инымъ распределеніемъ жира. Въ немъ содержится гораздо больше мылъ земельныхъ щелочей и несравненно меньше свободныхъ жирныхъ кислотъ или нейтральнаго жира. Свѣтлая окраска обусловлена значительнымъ возстановленіемъ билирубина въ безцвѣтный уробилиногенъ. Основнымъ условіемъ для возникновенія такого кала является преобладаніе въ толстой кишкѣ сильно щелочной реакціи \*).

Жирный мыльный калъ сначала считали во всѣхъ случаяхъ патологическимъ, т. е. видѣли въ немъ признакъ ненормально значительной потери каломъ оснований. Въ настоящее время, напротивъ, установлено, что этотъ способъ выдѣленія регулярно наблюдается и при совершенно нормальныхъ процессахъ пищеваренія, поскольку существуютъ упомянутыя условія для щелочной реакціи; поэтому одинъ только мыльный калъ недостаточенъ для распознаванія «расстройства пищеваренія».

**Распознаваніе** расстройства баланса можетъ быть поставлено лишь въ томъ случаѣ, если при достаточномъ введеніи пищи (около 100 калорій на клгр.) и при отсутствіи поносовъ нѣтъ хорошаго развитія, анамнезъ же не указываетъ какихъ-либо замѣтныхъ расстройствъ. Въ смыслѣ отличительнаго распознаванія важны слѣдующія положенія:

Дѣти здоровыя, но отставшія въ развитіи, благодаря прежнимъ уже закончившимся заболѣваніямъ, требуютъ гораздо больше пищи, чѣмъ нужно имъ по ихъ вѣсу въ данный моментъ (около

\*) Поэтому жирный мыльный калъ наблюдается именно въ случаяхъ одновременнаго повышеннаго введенія жира и бѣлка, ибо гніеніе послѣдняго благоприятствуетъ развитію щелочной реакціи въ кишечникѣ. Этого очевиднаго обстоятельства германская школа упорно не хочетъ признавать.

70 калорій на клгр. нормальнаго средняго вѣса), причѣмъ они при 100 калоріяхъ на кило вѣса такъ же мало развиваются, какъ нормальныя по вѣсу, у которыхъ существуетъ разстройство баланса. У послѣднихъ вѣсъ не нарастаетъ, несмотря на прибавку пищи, или они заболѣваютъ диспепсіей. Напротивъ того, здоровыя, но отставшія въ развитіи дѣти начинаютъ какъ-разъ развиваться (при назначеніи имъ 120, 140 калорій и болѣе на клгр. даннаго вѣса). Далѣе: средняя и умѣренная степень декомпозиціи, если наступила остановка или легкое улучшение, какъ это часто наблюдается по вліянію измѣненія пищи, устраняющей поносъ. У такихъ дѣтей въ анамнезѣ играютъ роль поносы и потеря вѣса; вопросъ рѣшается ихъ чувствительностью и легко наступающими тяжелыми формами парадоксальной реакціи при попыткѣ усиленно питать.

**Предсказаніе** при соотвѣтственномъ діететическомъ мѣропріятіи благоприятно.

**Леченіе** состоитъ въ разумномъ регулированіи количества пищи и числа кормленій, а затѣмъ, въ уменьшеніи, главнымъ образомъ, содержанія молока въ пищѣ и прибавленіи соотвѣтственныхъ углеводовъ.

При леченіи формы, возникшей вслѣдствіе исключительнаго кормленія молокомъ, успѣхъ наиболѣе надеженъ. Если разстройство существуетъ недолго, то часто достаточно бываетъ прибавленія небольшого количества слизи или муки къ слегка уменьшенному количеству молока, чтобы достигнуть быстраго результата. Въ общемъ (по степени возлагаемыхъ на леченіе надеждъ) здѣсь имѣютъ значеніе: простая мука, сухари и приготовленная или декстринизированная дѣтская мука (Seefeldner'овская Kindernährkraftgries, дѣтская мука Nestlé, Kufeke, Muller'a, Rademann'a, Theinhardt'a), препараты изъ декстрина и мальтозы (Soxhlet'овскій питательный сахаръ, Soxhlet'овскій Liebig'овскій супъ, Löflund'овская питательная мальтоза и мн. друг.). Молочный сахаръ долженъ быть исключенъ, свекловичный сахаръ (сахарный песокъ) также не рекомендуется въ чистомъ видѣ, но можно давать его только въ смѣси съ другими углеводами. Количества азота должны колебаться между 2% и 5% общаго количества пищи и лишь въ видѣ исключенія свѣше этого. Вначалѣ общее количество пищи должно быть скудно; надо раньше убѣдиться въ степени выносливости ребенка, затѣмъ уже давать ему больше пищи, пока, наконецъ—само собою разумѣется при нечастыхъ кормленіяхъ (не больше 5 разъ въ день)—ребенокъ самъ станетъ опредѣлять необходимое для него количество пищи.

Если успѣхъ отъ одного изъ перечисленныхъ углеводовъ не удовлетворителенъ, надо перейти къ слѣдующему по порядку. Въ затѣжныхъ случаяхъ лучше всего назначать съ самаго начала наиболѣе дѣйствительное при разстройствахъ баланса средство,—Liebig'овскій солодовый супъ въ указанной Keller'омъ формѣ или пахтанье.

Солодовый супъ съ его питательнымъ значеніемъ приблизительно въ 700 калорій достаточенъ для ребенка вѣсомъ до 5 клгр. и возрастомъ въ 7—8 мѣсяцевъ. У старшихъ и большихъ вѣсомъ дѣтей къ нему надо прибавлять больше молока и меньше воды; въ то же время берутъ меньше муки, ибо въ противномъ случаѣ смѣсь стала бы слишкомъ густой. Дѣтямъ до 3 мѣсяцевъ лучше давать только  $\frac{2}{3}$  указаннаго количества углеводовъ. Изготавливаютъ супъ слѣдующимъ образомъ: въ сосудѣ нагрѣваютъ 50 грм. пшеничной муки при помѣшиваніи съ  $\frac{1}{3}$  литра молока; въ другомъ сосудѣ въ 100 грм. Löflund'овской вытяжки солодоваго супа (= Malzsuppenextrakt, т. е. солодовой

вытяжки, нейтрализованной углекислымъ калиемъ), растворенной въ  $\frac{2}{3}$  литра воды; затѣмъ обѣ смѣси сливаются, кипятятся и процеживаются черезъ мелкое сито. Солодовый супъ даетъ нѣсколько болѣе жидкій и частый стулъ; онъ рекомендуется также тамъ, гдѣ при другихъ способахъ получаютъ запоры \*).

Примѣняемое для дѣтей пахта нѣ должно быть получено очень чисто; кислотность его должна составлять приблизительно 7 куб. см. 1:1 нормального раствора NaOH. Его приготавливаютъ при медленномъ нагреваніи и постоянно помѣшиваніи въ теченіе 10 минутъ, прибавляя углеводы, и затѣмъ даютъ смѣси 3 раза вскипѣть. Обыкновенно прибавляютъ 5 грм. муки и 50 (70) грм. тростниковаго сахара на литръ, но и здѣсь необходимы поправки въ зависимости отъ наклонности ребенка къ запору или поносу. Особенно вызываетъ запоръ смѣсь декстрина съ мальтозой. При пользованіи несладкими углеводами можно добавлять сахаринъ. Цѣлесообразно начинать и здѣсь съ 2—3% и лишь постепенно повышать до большихъ количествъ. Изъ хорошихъ консервовъ можно назвать: Bucco (Deutsche Milchwerke, Zwingenberg, въ видѣ порошка), Laktoserve (Böhringer & Co, Mannheim) съ 1% жира, голландская пицца для грудныхъ дѣтей HS съ 5% тростниковаго сахара и  $\frac{1}{2}$ % муки въ видѣ порошка или въ стеклянкахъ по 250 грм. и голландскую начальную пищу HA безъ прибавленія углеводовъ въ стеклянкахъ по 250 грм. Milchwerke Vilbel, Hessen) \*\*).

По введеніи лечебной пищи надо сейчасъ же начать увеличеніе ея количества, которое постепенно должно прогрессировать, если испраженія хороши и въ то же время наблюдается значительное улучшеніе общаго состоянія (рис. 56). При

\*) Однако Kelleг упустилъ изъ виду одинъ весьма важный фактъ. Діастазы вызываютъ въ крахмалѣ два процесса: 1) разжиженіе (liquefactio) и 2) сахарификацію, независимыя другъ отъ друга, причемъ при болѣе низкой температурѣ преобладаетъ сахарификація, а при болѣе высокой—разжиженіе. Въ случаѣ плохого перевариванія крахмальной пищи разжиженіе важнѣе сахарификаціи, ибо образующійся сахаръ вызываетъ расстройства, сходныя съ тѣми, какія наблюдаются при крахмальной диспепсии. При изготовленіи супа Kelleг'a смѣси сливаются вмѣстѣ передъ самымъ кипяченіемъ, и благодаря этому діастазъ солодовой вытяжки не можетъ дѣйствовать достаточно хорошо. Если же приготавливать супъ Kelleг'a при низкой температурѣ, то преобладаетъ нежелательная сахарификація. Въ виду этого гораздо лучше результаты получаютъ отъ Kelleг'овскаго супа въ слѣдующемъ видоизмѣненіи, предложенномъ М. Я. Брейтманомъ (Врач. Газ. 1910, № 2). Супъ Kelleг-Брейтмана: смѣшиваютъ 50,0 грм. мельчайшей пшеничной муки съ  $\frac{1}{2}$  литра коровьяго молока и процеживаютъ смѣсь черезъ мелкое сито. Въ другомъ сосудѣ въ  $\frac{1}{2}$  литра воды разбалтываютъ 0,5—1,0 грм. така-діастаза. Первую жидкость, непрерывно помѣшивая, постоянно нагреваютъ до 40—45° С. (32—36° R.), послѣ чего приливаютъ, помѣшивая, упомянутый настой така-діастаза и, продолжая помѣшивать, даютъ ему дѣйствовать около 10 минутъ, стараясь получить не столько сахарификацію, сколько именно разжиженіе (liquefactio); послѣ прибавленія така-діастаза смѣсь муки съ молокомъ сейчасъ же становится изъ густой гораздо болѣе жидкой и приобретаетъ пріятный, немного сладковатый вкусъ. По истеченіи 10 минутъ надо вскипятить смѣсь, чтобы прекратить дальнѣйшее дѣйствіе така-діастаза. Преимущество этого способа заключается особенно въ слѣдующемъ: въ то время, какъ изготовленіе первоначальнаго супа Kelleг'a весьма затрудняется тѣмъ, что крайне не легко достать хорошей препаратъ солода, така-діастазъ имѣется всегда въ распоряженіи врачей. Сравнительно съ супомъ Kelleг'a, изготовленіе гораздо проще, и результаты надежнѣе, такъ какъ дѣйствіе така-діастаза гораздо специфичнѣе и опредѣленнѣе, чѣмъ дѣйствіе нестандардизованнаго препарата солодовой вытяжки, въ которомъ содержаніе ячменнаго діастаза всегда колеблется въ очень широкихъ предѣлахъ.

Прим. М. Б.

\*\*) Можно отъ души позавидовать нѣмецкимъ товарищамъ, такъ категорически рекомендующимъ «хорошіе консервы». Къ сожалѣнію, намъ на каждомъ шагѣ приходится убѣждаться въ томъ, что заграничныя фирмы снабжаютъ насъ совсѣмъ не тѣми продуктами своего производства, какія попадаютъ въ желудки нѣмецкихъ младенцевъ. Какъ ни обидно для нашихъ учителей, а все-таки приходится повторить недаромъ снабженную мудростью народа поговорку: «что нѣмцу здорово, то русскому смерть».

Прим. ред.

отсутствіи такого результата, если появляющійся поносъ не указываетъ, что дѣло идетъ о переходной формѣ къ диспепсіи, надо сдѣлать большія измѣненія въ діетѣ путемъ прибавки углеводовъ (срв. слѣдующій отдѣлъ). Назначая солодовый супъ или пахтанье, надо спустя 6—8 недѣль сдѣлать попытку, не переносится ли обыкновенная пища, или не требуется ли удлинить періодъ лечебной пищи. Излеченіе можетъ считаться полнымъ лишь въ томъ случаѣ, если при обычныхъ молочныхъ смѣсяхъ наступаетъ въ концѣ-концовъ правильное развитіе.

Если, несмотря на прибавленіе углеводовъ, продолжаетъ существовать разстройство баланса, то надежда на успѣхъ менѣе благопріятна, чѣмъ въ описанномъ выше случаѣ, ибо недостаточно полезное дѣйствіе углеводовъ доказываетъ, что выносливость къ углеводамъ мала, и при повышеніи содержанія ихъ въ пищѣ можно опасаться за броженія\*). Здѣсь успѣхъ зависитъ, главнымъ образомъ, отъ того, возможно ли вмѣсто назначавшагося до сихъ поръ углевода дать другой, менѣе подверженный броженію. Такой приемъ имѣетъ наибольшій успѣхъ въ томъ случаѣ, если прежнее прибавленіе состояло изъ молочнаго сахара. Здѣсь зачастую достаточно уменьшить количество молочнаго сахара и прибавить муку. Впрочемъ тутъ сохраняется вполнѣ силу слѣдующій порядокъ: простая мука, дѣтская мука, препараты мальтозы и декстрина (иногда съ прибавленіемъ второго углевода въ видѣ муки), осторожно дозированный солодовый супъ (съ небольшимъ количествомъ солодовой вытяжки). Далѣе, рекомендуютъ слабую дозировку, имѣющую цѣлью устранить броженія. Если и въ этомъ случаѣ нѣтъ успѣха, надо ожидать еще результата отъ пахтанья, которое и a priori обѣщаетъ наилучшій результатъ. Если же при попыткахъ его примѣненія обнаружится наклонность къ диспептическимъ явленіямъ, хотя бы и легкаго характера то показано леченіе примѣняемое при диспепсіи.

Описанное леченіе относится главнымъ образомъ къ старшимъ



Рис. 56. Типическая кривая при успѣшномъ леченіи разстройства баланса, бѣдная жиромъ и богатая углеводами пища (MS — солодовый супъ).  $\frac{1}{2}$  Milch + Zucker, — половина молока съ сахаромъ. Gew.—вѣсъ. Vol.—объемъ.

\*) Неуспѣхъ можетъ зависѣть еще и отъ другой причины: если разстройство баланса произошло отъ излишняго введенія углеводовъ или жира, преимущественно съ образованіемъ низшихъ кислотъ и кислой реакціи въ кишечникѣ, то прибавленіе углеводовъ, дающихъ опять таки кислую реакцію, а priori не можетъ быть полезно. Именно, къ подобнымъ случаямъ относятся «блестящіе» результаты Finkelstein'овскаго бѣлковаго молока, вызывающаго щелочную реакцію.

дѣтяхъ. Для новорожденныхъ и грудныхъ дѣтей до шестой недѣли при разстройствѣ баланса отъ молока можно сдѣлать также осторожную попытку прибавленія слизи, питательнаго сахара или пахтанья въ малыхъ дозахъ съ прибавленіемъ не болѣе 3% питательнаго сахара. Къ разстройству баланса въ случаяхъ прибавки молочнаго сахара все это относится полностью. При отсутствіи быстро наступающаго успѣха, опасность перехода въ диспепсію велика—надо переводить ребенка на естественное вскармливаніе.

## 2. Диспепсія.

**Этіологія.** Первичная диспепсія можетъ развиваться какъ первично у здоровыхъ до того дѣтей, такъ и вторично присоединяться къ разстройству баланса. Происходитъ это въ томъ случаѣ, если недостаточность кишечника по отношенію къ пищѣ, вслѣдствіе абсолютнаго или относительнаго перекармливанія, или вслѣдствіе первичныхъ вліяній, ослабляющихъ выносливость, стала настолько значительной, что уже нельзя предотвратить возникновенія патологическихъ броженій. Благодаря продуктамъ броженія возникаетъ усиленная перистальтика, а вмѣстѣ съ нею и главный симптомъ диспепсіи—поносъ.

**Картина болѣзни.** Для диспептического состоянія характерны, главнымъ образомъ, симптомы нарушенія желудочно-кишечныхъ функцій. Аппетитъ можетъ понизиться, могутъ появиться срыгиваніе и рвота. Случается пониженіе двигательной работы желудка. Въ извлеченномъ зондомъ содержимомъ обыкновенно отсутствуетъ свободная HCl. Напротивъ того, существуетъ замѣтное, по запаху, увеличеніе летучихъ жирныхъ кислотъ. Животъ часто сильно

Рис. 57. Микроскопическій препаратъ испражненій жирового поноса. Окраска карболовымъ фуксиномъ. Капли жира красныя, жировыя мыла розовыя.

вздутъ, существуетъ видимое или обнаруживаемое путемъ выслушванія повышеніе перистальтики, наклонность къ отхожденію газовъ, коликамъ и зависящее отъ нихъ безпокойство ребенка. Испражненія увеличены въ количествѣ, видъ ихъ, сравнительно съ нормой, измѣненъ. Консистенція становится жиже, они содержатъ слизь и представляются водянистыми или напоминаютъ рубленныя яйца. Запахъ каловыхъ массъ ненормальный, указывающій то на гніеніе, то на броженіе \*). Реакція мѣняется, большею частью кислая. Цвѣтъ испражненій чаще зеленый, что объясняется превращеніемъ билирубина въ биливердинъ, при дѣйствіи окисляющаго фермента.

\*) Гнилостный запахъ указываетъ во всякомъ случаѣ на ненормальный процессъ гніенія бѣлковъ, происходящихъ или изъ пищи, или изъ кишечныхъ выдѣленій.

Повышенная перистальтика является причиной болѣе или менѣе ухудшеннаго всасыванія, которое можно установить съ нѣкоторой вѣроятностью какъ опытами съ обмѣномъ веществъ, такъ и микроскопическимъ изслѣдованіемъ съ помощью простыхъ химическихъ способовъ.

Жировыя мыла появляются въ видѣ бѣлыхъ или желтыхъ комковъ («молочныя крупинки»), изъ которыхъ, по прибавленіи крѣпкихъ кислотъ и при легкомъ нагрѣваніи, можно выдѣлить иглы жирныхъ кислотъ \*).

Нейтральный жиръ является въ видѣ мельчайшихъ или болѣе крупныхъ капель жировыхъ кислотъ, въ видѣ иглъ, глыбъ и капель. Большею частью та и другая форма находятся лишь въ скудномъ количествѣ, но иногда бывають прямо-таки въ огромномъ числѣ. Макроскопически жирныя испражненія представляются плотными или жирно-блестящими, жидко-кашицеобразными или жидкими, желтыми или зелеными, сильно кислой реакціи. Въ окруженномъ мазкѣ бросается въ глаза богатство положительными къ Gramъ бактеріями, часто напоминающими испражненія дѣтей, нормально вскармливаемыхъ женскимъ молокомъ.

Цѣнное указаніе даетъ окраска свѣжаго препарата разбавленнымъ карболовымъ фуксиномъ. Нейтральный жиръ остается неокрашеннымъ, жирныя мыла представляются свѣтло-розовыми, жирныя кислоты — насыщенно-красными. Благодаря этому, жировая капля въ калѣ всегда оказывается въ различной степени окрашенной въ красный цвѣтъ, такъ что можно сдѣлать отсюда то заключеніе, что нейтральный жиръ всегда перемѣшанъ съ жирными кислотами (рис. 57).

Мучнистыя испражненія клейстероподобны, часто пѣнисты. Прибавленіе раствора іода даетъ синюю окраску неизмѣннаго крахмала или красную эритродекстрина. Часто находятъ во множествѣ іодофильныя бактеріи.

Особый интересъ возбуждаетъ въ послѣднее время вопросъ, встрѣчается ли въ испражненіяхъ непереваренный казеинъ. Ошибочно считали раньше желтые комочки, молочныя крупинки въ «растертомъ» калѣ крупинками казеина, которая вслѣдствіе плохого перевариванія не подверглись яко бы всасыванію. Въ настоящее время установлено, что эти «комки казеина» состоятъ главнымъ образомъ изъ жирнокислыхъ солей и бактерій. Лишь въ видѣ исключенія, при мало извѣстныхъ пока намъ условіяхъ, несомнѣнно выходятъ въ неизмѣненномъ видѣ изъ кишечника вязкие, упругіе какъ каучукъ, свертки казеина. Господствовавшее раньше ученіе о плохомъ перевариваніи казеина молока въ настоящее время уже не выдерживаетъ научной критики \*\*).

Раньше пытались на основаніи остатковъ пищевыхъ началъ въ испражненіяхъ дѣлать диспепсію на различныя формы — жировую, молочную и т. д. Такое дѣленіе оказалось необоснованнымъ, ибо появленіе непереваренныхъ составныхъ частей пищи не даетъ права дѣлать заключеніе въ томъ смыслѣ, что наблюдаемая явленія дѣйствительно, должны объясняться именно разстройствомъ перевариванія этихъ веществъ. Такъ, напр., жировые поносы могутъ возникать при отсутствіи первичной недостаточности перевариванія жировъ, только благодаря тому, что при первичномъ патологическомъ броженіи углеводовъ, вслѣдствіе повышенія перистальтики и другихъ разстройствъ ассимиляціи жира, послѣдній выдѣляется въ испражненіяхъ въ большомъ количествѣ. Съ удаленіемъ углеводовъ использование жира снова становится нормальнымъ \*\*\*).

Общая явленія диспепсіи, если строго выдѣлить ихъ изъ группы остро появляющихся состояній, составляющихъ уже переходъ къ тяжелымъ степенямъ разстройствъ питанія (интоксикаціи и декомпозиціи), выражены въ умѣренной степени. Дѣти блѣдны, безпокойны, сонъ ихъ

\*) По новѣйшимъ изслѣдованіямъ Monrad'a, Bauer'a, Talbot'a и мн. др. эти комки все же являются во многихъ случаяхъ хлопьями бѣлка (см. ниже).

Прим. М. Б.

\*\*\*) Но и до настоящаго времени сохраняетъ силу основное положеніе, что излишнее введеніе казеина въ молоко можетъ причинить тѣ или другія разстройства, въ особенності гніеніе со щелочной реакціей въ кишечникѣ вслѣдствіе развитія соответственныхъ бактерій.

Прим. М. Б.

\*\*\*) Изъ сказаннаго слѣдуетъ только, что наряду съ первичной жировой, мучной, бѣлковой и т. д. диспепсіей могутъ быть также вторичныя или сочетанныя формы.

Прим. М. Б.

тревожный, настроеніе нарушено, тургоръ тканей уменьшенъ, вѣсѣ тѣла можетъ въ легкихъ случаяхъ даже повышаться, но большею частью останавливается или незначительно падаетъ. Важныя измѣненія ей больше, могутъ быть субфебрильныя и субнормальныя (срвн. пищевую лихорадку).

**Патогенезъ** (срвн. также ниже общій патогенезъ). Мѣстныя явленія диспепсіи могутъ вызываться повышеннымъ образованіемъ кислотъ броженія. Первичнымъ процессомъ при образованіи кислотъ слѣдуетъ считать, съ наибольшей вѣроятностью, патологическія разложенія углеводовъ (сахара, муки), между тѣмъ какъ жиръ, по крайней мѣрѣ, при обычномъ сравнительно скудномъ содержаніи его въ пищѣ, лишь вторично подвергается вредно дѣйствующему разложенію, при имѣющемся уже углеводномъ броженіи. Въ пользу пораженія кишечника продуктами распада казеина, о которыхъ раньше главнымъ образомъ была рѣчь, нѣтъ никакихъ точныхъ данныхъ; оказалось даже, что большія количества казеина могутъ препятствовать кислотному броженію и такимъ образомъ оказывать непосредственное цѣлебное дѣйствіе \*).

Главнымъ опорнымъ пунктомъ для взгляда о первичной роли углеводовъ является тотъ фактъ, согласно которому достаточно энергичнымъ ограниченіемъ введенія углеводовъ (въ крайнемъ случаѣ уменьшеніемъ основного содержанія сахара въ молокѣ) удается, почти съ законномѣрной правильностью, устранять ненормальное броженіе и успокаивать перистальтику. Отдѣльные углеводы, въ смыслѣ ихъ склонности къ броженію, въ практическомъ отношеніи представляютъ важную разницу. Легче всего подвергается броженію молочный сахаръ, менѣе легко—тростниковый сахаръ, труднѣе всего—препараты, находящіеся въ продажѣ и содержащіе декстрины и мальтозу (Soxhlet'овскій питательный сахаръ, Löflund'овская питательная мальтоза и т. д.).

Согласно даннымъ клиническихъ опытовъ выносливость того же кишечника для углеводовъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ большая или меньшая склонность къ патологическимъ броженіямъ не представляетъ собою постоянной величины—она зависитъ, какъ и выносливость къ жиру, отъ свойствъ жидкости, въ которой назначаютъ углеводъ въ видѣ раствора или взвѣси. То же количество сахара, назначенное въ неразведенной сывороткѣ, гораздо скорѣе даетъ поводъ къ диспептическимъ явленіямъ, чѣмъ при назначеніи въ водѣ или въ разведенной сывороткѣ \*\*). Отсюда ясно, что въ патогенезѣ диспепсіи рожковыхъ дѣтей играетъ роль и сыворотка (разсматриваемая, какъ среда, лишенная сахара \*\*\*).

Патогенезъ общихъ симптомовъ диспепсіи совпадаетъ съ общими явленіями при тяжелыхъ степеняхъ расстройствъ пищеваренія (срвн. это).

**Формы.** Наболѣе цѣлесообразно различать болѣе или менѣе острую

\*) Это постольку вѣрно, поскольку щелочная реакція при гніеніи бѣлка можетъ противодействовать кислой реакціи при броженіи углеводовъ или кислотномъ разложеніи жировъ, но лишь до извѣстнаго предѣла. Увеличеніе же количества бѣлка сверхъ этого предѣла вызываетъ тѣ побочныя явленія, которыя часто наблюдаются при примѣненіи бѣлковаго молока. Прим. М. Б.

\*\*\*) Въ этомъ нѣтъ ничего удивительнаго, такъ какъ въ первомъ случаѣ количество сахара суммируется съ количествомъ сахара самой сыворотки. Прим. М. Б.

\*\*\*) Это утверженіе неправильно потому, что при вскармливаніи дѣтей приимѣняется не искусственная сыворотка, изъ которой удаленъ сахаръ, а естественная, содержащая нормальное его количество. Прим. М. Б.

диспепсію, которая у развивавшихся до того вполне правильно дѣтей наступаетъ въ точно опредѣленный, начальный срокъ съ тяжелыми явленіями—самый способъ этого начала указываетъ на то, что присоединился новый факторъ къ общему ходу событій—и хроническую диспепсію, которая наступаетъ постепенно или присоединяется къ остро начавшемуся разстройству и остается *in statu quo*, несмотря на осторожное дозированіе пищи. Фактъ этотъ показываетъ, что здѣсь дѣло идетъ о стойкомъ ослабленіи степени выносливости. Въ отличіе отъ декомпозиціи здѣсь, однако, нѣтъ еще уменьшенія выносливости.

**Распознаваніе.** Распознаваніе должно имѣть главнымъ образомъ въ виду ограниченіе диспепсіи отъ легкихъ энтеральныхъ и парэнтеральныхъ зараженій, изъ которыхъ вторыя часто вызываютъ раздраженія кишечника (см. ниже, зараженіе). При этомъ надо принимать во вниманіе, что зараженіе очень часто, особенно у маленькихъ грудныхъ дѣтей, осложняется вторичнымъ разстройствомъ питанія и, наоборотъ, вторичное зараженіе можетъ присоединяться къ первичному разстройству питанія. Зараженіе можно предполагать въ томъ случаѣ, когда имѣющееся повышеніе температуры держится, несмотря на леченіе диспепсіи ограниченіемъ количества пищи или углеводовъ, когда въ мочѣ находятъ бѣлокъ и галиновые цилиндры. Оно вѣроятно также при отсутствіи другихъ симптомовъ, если, несмотря на энергичное діететическое и противобродильное леченіе, все еще выдѣляются слизистыя испраженія: здѣсь имѣется уже легкій вторичный энтероколитъ. Само по себѣ практически важное, строгое разграниченіе зараженія отъ диспепсіи не имѣетъ большого значенія, при условіи, что плохія испраженія не послужатъ поводомъ къ отклоненію отъ описаннаго ниже хода леченія; но если существуетъ опасность въ томъ, что поддерживаемое, благодаря заразнымъ (гематогеннымъ или мѣстнымъ) вліяніямъ, раздраженіе кишекъ можетъ объясняться, какъ симптомъ затяжного броженія и давать поводъ къ роковому продолженію пониженнаго питанія.

Если дѣло идетъ о несомнѣнной диспепсіи, то надо еще установить, болѣлъ ли ребенокъ, который былъ до того здоровымъ, или произошло ухудшеніе въ состояніи ребенка, находящагося уже въ періодѣ декомпозиціи. Оба случая имѣютъ совсѣмъ различное предсказаніе и леченіе. Здѣсь необходимо принимать во вниманіе количество пищи. Диспепсія при осторожномъ вскармливаніи и чувствительность къ измѣненію пищи вообще доказываютъ несомнѣнно плохую выносливость. Важныя анамнезы: первый и поносъ послѣ правильного до того развитія указываетъ на простую диспепсію; если въ анамнезѣ указаны повторные поносы, періоды вѣсовыхъ потерь, повторное воздѣйствіе вліяній, ослабляющихъ выносливость (зараженія!), то можно сдѣлать тотъ выводъ, что функциональная способность организма пострадала, что уже имѣется декомпозиція.

**Предсказаніе** при острой диспепсіи ребенка, который былъ до того здоровымъ, при цѣлесообразномъ питаніи благоприятно; при повторной диспепсіи оно должно быть болѣе осторожнымъ, въ виду предполагаемаго ослабленія выносливости по отношенію къ декомпозиціи. То же самое относится къ хроническимъ диспепсіямъ, не исчезающимъ, несмотря на скудное количество пищи. Диспепсія въ первые дни и недѣли жизни, въ виду незначительной въ фізіологическомъ отношеніи, легко истощающейся выносливости грудного ребенка, зависящей отъ



этого опасности перехода въ декомпозицію, всегда должна считаться серьезнымъ заболѣваніемъ.

**Діететическое леченіе.** Наболѣе надежный способъ леченія всѣхъ формъ диспепсіи состоитъ въ назначеніи женскаго молока. Особенно у дѣтей первыхъ недѣль жизни надо стараться всѣми силами дать ребенку естественный способъ вскармливанія, ибо въ этомъ раннемъ возрастѣ успѣхъ всякаго замѣняющаго грудь питанія гораздо болѣе ненадеженъ, чѣмъ въ послѣдствіи. Дозированіе количества женскаго молока не должно быть слишкомъ осторожнымъ, хотя вначалѣ лучше всего примѣнить ограниченное введеніе пищи.

Въ случаяхъ примѣненія искусственныхъ питательныхъ смѣсей правила при острой диспепсіи (въ упомянутомъ выше смыслѣ) отличаются отъ таковыхъ при хронической. Въ острой формѣ, когда преждее, хорошее развитіе указываетъ на хорошую выносливость ребенка, гдѣ причина, вѣроятнѣе всего, заключается въ остромъ развившемся несоотвѣтствіи между требованіемъ и функциональной способностью, можно надѣяться, что въ теченіе короткаго періода времени, путемъ настойчиваго облегченія желудочно-кишечныхъ функцій, дѣтскій организмъ будетъ въ состояніи исправить наступившія поврежденія. Поэтому рекомендуютъ слѣдующій способъ: 1. Возможно болѣе короткій (6—12 часовъ, рѣдко больше) перерывъ между приемами пищи, во время котораго даютъ только жидкость, лучше всего слабый чай съ сахариномъ. Если желательно вполнѣ опорожнить пищеварительный каналъ, то этого можно достигнуть промываніями желудка или кишечника, при умѣренномъ поносѣ ускорить дѣло слабительными (чайная ложка клещевиннаго масла, каломель по 0,03—0,05, два раза въ теченіе 1 часа). 2. Затѣмъ возобновляютъ питаніе сначала такимъ количествомъ пищи, которое покрываетъ лишь треть потребности въ ней (при примѣненіи предложеннаго ниже молочнаго вскармливанія приблизительно 50 грм. молока на кило въ соотвѣтственномъ разведеніи). Безусловно необходимое удовлетвореніе спроса на жидкость достигается или тѣмъ, что даютъ пищу въ сильномъ разведеніи, или же кромѣ обычной пищи даютъ побольше чаю. 3. Впослѣдствіи постепенно и возможно скорѣе, по крайней мѣрѣ каждые 2 дня, увеличиваютъ количество пищи для того, чтобы время пониженнаго питанія было по возможности сокращено до безусловно необходимаго организму минимума.

Что касается наболѣе рекомендуемаго способа вскармливанія, то при достаточномъ ограниченіи пищи поносъ можетъ, конечно, исчезнуть отъ любой діеты, даже отъ той, которая его вызвала. По крайней мѣрѣ, такъ можно сказать относительно самыхъ легкихъ формъ \*).

\* ) Гораздо разумнѣе принципъ возможно большаго измѣненія характера пищи; напр., если разстройство вызвано излишкомъ углеводовъ съ возникновеніемъ тяжелаго броженія, полезно назначить бѣлковую пищу, дающую въ кишкахъ щелочную реакцію, и наоборотъ. Если разстройство произошло вслѣдствіе чрезмѣрнаго введенія какой-либо одной составной части пищи въ теченіе долгаго времени, то самый лучший способъ діететическаго леченія заключается въ томъ, чтобы сразу измѣнить характеръ пищи въ такомъ отношеніи, чтобы это измѣненіе въ наибольшей степени повліяло на характеръ кишечно-бактерійной флоры. Если у ребенка наступили разстройства подъ вліяніемъ излишняго введенія углеводовъ, то эти разстройства обуславливаются процессами броженія. Рѣзкимъ измѣненіемъ характера пищи, т. е. введеніемъ пищевыхъ веществъ, неспособныхъ къ броженію, мы сразу отнимаемъ питательную среду отъ бактерій молочнокислаго и другихъ брожей, и эти бактеріи погибаютъ; но и новую пищу противоположнаго характера надо давать не въ излишкѣ и не слишкомъ долго. Единственный способъ дезинфици-

Надежныѣ, однако, смѣси, содержащія въ себѣ возможно меньше бродильныхъ веществъ, т. е. муки или сахара; точно также богатыя жиромъ смѣси, въ виду угрожающаго, при пораженномъ уже кишечникѣ, участія въ процессахъ жира, неумѣстны; далѣе, невыгоды концентрированной сыворотки или кишечника дѣлаютъ нежелательной пищу, богатую сывороткой. Поэтому прежде всего рекомендуется просто разведенное жидкой слизью свободное отъ всякихъ прибавокъ, не слишкомъ жирное молоко <sup>1)</sup>).

Даютъ его въ количествѣ около 100 грм. молока на кило, а затѣмъ, замѣтивъ, что поносы устранены, въ осторожно восходящихъ количествахъ снова прибавляютъ углеводы. Пригодность послѣднихъ соответствуетъ упомянутой выше шкалѣ (мука, декстринизированная мука, препараты мальтозы, но не молочный сахаръ!). Вполнѣ подходящей пищей будетъ также снятое молоко или пахтанье, сначала безъ вся-

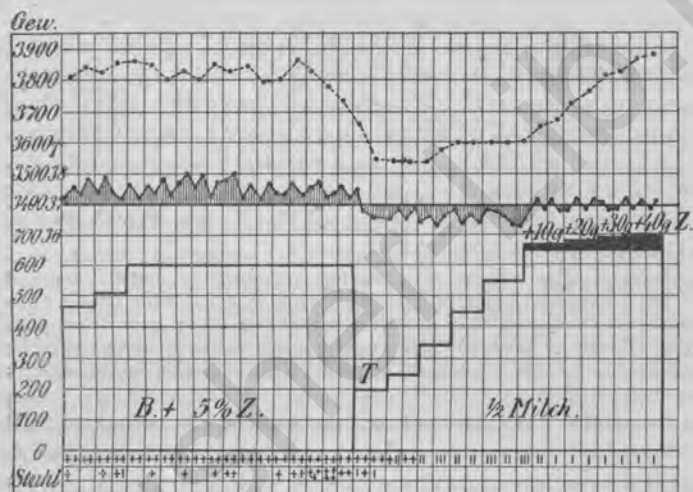


Рис. 58. Диспепсія съ лихорадкой отъ пищи. Типическое теченіе выздоровленія. + патологическія испражнянія; | нормальныя испражнянія.

кихъ прибавокъ (или Н. А.). Многіе наблюдатели приписываютъ кислотѣ пахтанья особенно возбуждающее дѣйствіе, благодаря которому оно имѣетъ преимущество передъ снятымъ молокомъ <sup>\*)</sup>.

У грудныхъ дѣтей старше 3 мѣсяцевъ можно примѣнять также обычное леченіе слизистыми или мучными супами (3%—5%-ными отварами муки). Супы эти имѣютъ много противъ себя: отсутствіе бѣлка и жира угрожаетъ опасностью голоданія (см. ниже о мучной вредности), что случается тѣмъ скорѣе, чѣмъ, согласно опыту, этотъ режимъ примѣняется дольше. Нерѣдко также переходъ къ молоку, вслѣдствіе развитія поносовъ, представляетъ затрудненіе даже въ случаяхъ добавленія молока небольшими порціями. Кто пользуется мукою, тому слѣдуетъ прибавлять около 2% препарата казеина (плазмона, нутрозы и т. д.), немного питательныхъ солей (нѣсколько ложекъ бульона), ставя всегда себѣ принципомъ во всякомъ случаѣ не позже, чѣмъ на 4—5 день отказаться отъ чисто мучной пищи (срв. леченіе вредныхъ послѣдствій отъ мучныхъ препаратовъ).

рывать кишечникъ заключается въ такомъ моментальномъ измѣненіи характера пищи.

Прим. М. Б.

<sup>1)</sup> Многіе особенно хвалятъ также рамогенъ Biedert'a.

<sup>\*)</sup> Вѣроятно всего это — возбуждающее дѣйствіе пахтанья на поджелудочную железу.

Прим. М. Б.

Въ случаяхъ, уступающихъ упомянутому леченію, процессъ выздоровленія всегда проходитъ одинаково (рис. 58). Послѣ начальнаго довольно крутого паденія вслѣдствіе голода кривая вѣса дѣлаетъ обратный поворотъ, становясь въ концѣ-концовъ горизонтальной. Въ то же время температура вступаетъ въ предѣлы нормы, испражненія совершаются все рѣже и болѣе плотны. Какъ только къ пищѣ прибавляютъ больше углеводовъ, увеличивается наростаніе вѣса и въ концѣ-концовъ возстанавливается прежняя степень выносливости.

У немалого числа дѣтей, однако, этотъ способъ отказывается помогать. При этомъ уменьшается лишь паденіе вѣса, между тѣмъ какъ свойства испражнений не измѣняются, незначительно улучшаются, при непрерывномъ поносѣ идетъ паденіе вѣса. Здѣсь имѣется либо легкое зараженіе, либо тяжелое расстройство питанія, составляющее переходъ къ декомпозиціи. Было бы въ высшей степени неправильно и опасно примѣнять здѣсь пониженное питаніе въ надеждѣ, что кишечникъ при продолжительномъ его „обереганіи“ въ концѣ-концовъ оправится. Такимъ пріемомъ можно только убить ребенка. Здѣсь надо прибѣгнуть возможно скорѣе къ леченію, показанному для декомпозиціи и заразныхъ расстройствъ питанія. Вотъ почему настоятельно рекомендуется выполнять леченіе диспепсиса вполнѣ схематически по указаннымъ правиламъ и при неудачѣ ни въ коемъ случаѣ не продолжать пониженнаго питанія, а немедленно переходить къ предписаніямъ, указаннымъ для декомпозиціи.

Самымъ надежнымъ способомъ леченія диспепсиса у искусственно вскармливаемыхъ дѣтей, по мнѣнію авторовъ, является примѣненіе бѣлаго молока. Хотя во многихъ случаяхъ оно, конечно, не нужно, но съ другой стороны формы, недоступныя обычному леченію, при первичномъ назначеніи такой смѣси скорѣе обнаруживаютъ признаки улучшенія и вмѣстѣ съ тѣмъ предупреждается значительная потеря силъ \*).

Хроническія формы отнюдь не являются показаніемъ для назначенія пониженнаго питанія. Въ виду того, что здѣсь нѣтъ временнаго, а имѣется хроническое уменьшеніе степени выносливости, вновь присоединяющееся вліяніе голода можетъ оказаться только вреднымъ. Слѣдуетъ назначать питаніе осмотрительно, уменьшая въ особенности углеводы до безусловно лишь необходимаго количества (около 2—3%) и замѣняя хуже усвояемые виды легче ассимилируемой смѣсью мальтозы и декстрина (срв. ниже, расстройство баланса при смѣшанной пищѣ). Если этого недостаточно для устраненія плохихъ испражнений, то всегда можно ожидать успѣха отъ женскаго или бѣлаго молока. Если не желаютъ или не могутъ примѣнить то или другое, то остается только оставить дѣтей при ограниченныхъ количествахъ пищи и надѣяться, что съ дальнѣйшимъ ростомъ, чисто физиологическимъ путемъ, увеличится степень выносливости и наступитъ излеченіе само собой.

Лекарственное леченіе оказывается большею частью ненужнымъ. Впрочемъ, для устраненія легкихъ, остающихся по окончаніи диспепсиса, въ тѣсномъ смыслѣ слова, состояній раздраженія кишекъ (слизистыя испражненія при наростаніи вѣса тѣла), полезны

\*) Для столь категорическихъ заключеній у насъ пока нѣтъ данныхъ, путемъ анализова рѣшающихъ основной вопросъ объ усвоеніи изъ кишечника питательныхъ началъ и о судьбѣ ихъ при обмѣнѣ веществъ.

вяжущія: таннигенъ, танноколь и др., 4—5 разъ въ день на кончикѣ ножа, салициловый висмутъ 4 раза въ день по 0,25.

Въ то время, какъ описанныя здѣсь пищеварительныя разстройства, при всемъ своемъ значеніи, не оказываютъ разрушающаго вліянія на составъ тѣла, при разбираемомъ ниже состояніи дѣло обстоитъ иначе. Они потому оказываются тяжелыми, что вслѣдствіе серьезнаго пораженія кишечника происходитъ болѣе или менѣе усиливающееся разстройство внутреннихъ процессовъ питанія, ведущее къ потерѣ вещества тѣла и тяжелымъ патологическимъ убылямъ жидкихъ и плотныхъ составныхъ его частей. При состояніи, называемомъ декомпозиціей отъ пищи, главнымъ признакомъ является исчезаніе частичекъ самого тѣла при интоксикаціи же сюда присоединяется обусловленное пищей явленіе, напоминающее своимъ характеромъ картину отравленія.

### 3. Декомпозиція<sup>1)</sup>.

(= тяжелая форма молочной вредности = тяжелая педатрофія).

**Картина болѣзни.** Главный симптомъ этого состоянія заключается въ паденіи вѣса, которое вначалѣ и въ легкихъ случаяхъ развивается сравнительно медленно, впоследствии же или въ тяжелыхъ формахъ съ самаго начала происходитъ въ видѣ большихъ крутыхъ скачковъ. Такимъ образомъ получается прогрессирующее въ концѣ-концовъ крайнее истощеніе, обуславливающее старческой (рис. 59), впоследствии скелетоподобный видъ тяжелаго «атрофика» (рис. 60); при этомъ животъ обыкновенно вздутъ, часто напряженъ, мышцы вялы и гипертоничны, цвѣтъ кожи сначала блѣдный, затѣмъ характернаго сѣраго цвѣта, между тѣмъ какъ слизистая оболочка чрезвычайно большого на видъ рта обнаруживаетъ насыщенную красноту.

Вначалѣ больные возбуждены, много кричатъ, жадно хватаютъ пищу; впоследствии становятся вялыми и тупыми. Замѣчательна наклонность къ замедленію пульса и его неправильностямъ, а также къ пониженію температуры и большимъ колебаніямъ ея. Отеки и синюха являются частыми сопровождающими процессъ явленіями.

Моча свободна отъ бѣлка и сахара. Испражненія большею частью диспептичны; иногда замѣчается поносъ, но могутъ чередоваться то плотныя, то жидкія испражненія; повременамъ, особенно въ періоды ремиссіи лежащаго въ основѣ болѣзненнаго процесса, выходитъ исключительно твердый калъ. Особая форма, отличающаяся богатствомъ жира въ испражненіяхъ, называется «жировымъ поносомъ». Часто испражненія имѣютъ цвѣтъ дегтя, просто черный, темно-красный вслѣдствіе кровотеченій, происходящихъ изъ пептическихъ язвъ двѣнадцати-перстной кишки (рис. 61).

Кромѣ исхуданія и сопровождающихъ его явленій, декомпозиція симптоматически отличается еще особенной чувствительностью

<sup>1)</sup> «Decomponere» означаетъ «разлагать на составныя части», также измѣнять составъ (въ неблагопріятномъ смыслѣ). То и другое какъ разъ имѣется въ данномъ состояніи. Тѣло не только расходуетъ свои ткани, теряя ихъ путемъ выдѣлений различными путями, но измѣненъ и составъ остающейся массы клѣтокъ, какъ на это указываетъ сильно нарушенная функція. Нѣкоторые врачи относятся критически къ термину «декомпозиція», особенно «декомпозиція отъ пищи», т. е. та, которая возникаетъ подъ вліяніемъ пищи, но названіе это болѣе соотвѣтствуетъ дѣлу, чѣмъ многозначущее слово «атрофія».

больных или, точнее говоря, склонностью къ проявленію парадоксальной реакціи по отношенію къ пищѣ, заразѣ и проч. Небольшое измѣненіе количества и качества пищи можетъ немедленно вызвать весьма угрожающее ухудшеніе; легкое бактерійное заболѣваніе—насморкъ, бронхитъ и т. д. ведутъ къ тяжелому упадку силъ; незначительное перегрѣваніе можетъ вызвать высокую лихорадку и коллапсъ. Такая чувствительность даетъ возможность поставить діагнозъ описываемаго состоянія безъ особыхъ затрудненій, если ребенокъ находится въ состояніи ремиссіи или въ періодѣ выздоровленія, т. е. когда отсутствуетъ картина худобы. Уменьшенный иммунитетъ ведетъ къ тому, что особенно часто встрѣчаются заразные заболѣванія (чирьи и другія піодерміи, піелитъ, септические заболѣванія, катары легкихъ, пневмоніи и т. д.), протекающія особенно тяжело.

**Теченіе** декомпозиціи, поскольку оно не измѣнено къ лучшему соответственнымъ леченіемъ, у маленькихъ дѣтей часто протекаетъ непрерывно, приводя въ теченіе нѣсколькихъ недѣль къ смерти. У старшихъ дѣтей развиваются періоды ремиссіи, въ которыхъ происходитъ остановка, даже временныя улуч-

Рис. 59.



Рис. 59. Видъ лица при декомпозиціи средней тяжести. (Берлинскій дѣтскій пріютъ). Фотографія д-ра Dessauer'a.

Рис. 60. Самая тяжелая форма декомпозиціи. (Берлинскій дѣтскій пріютъ). Фотографія д-ра Dessauer'a.



Рис. 60.

шенія. Очень большое вліяніе на характеръ теченія имѣютъ иногда совершенно случайныя внѣшнія воздѣйствія, такъ, напр., присоединяющаяся инфекция и, само собою разумѣется, способъ вскармливанія. Такимъ образомъ болѣзнь можетъ тянуться цѣлые мѣсяцы съ колебаніями то въ худшую, то въ лучшую сторону. Не особенно рѣдко наблюдаются измѣненія въ картинѣ болѣзни, вызываемыя тяжелыми и кровотеченіями изъ пептическихъ язвъ двѣнадцатиперстной кишки, причѣмъ кровотеченія эти часто оканчиваются смертью, хотя иногда

и полнымъ выздоровленіемъ. О способѣ возникновенія этихъ язвъ (рис. 61) мы не имѣемъ никакихъ точныхъ данныхъ.

**Исходъ** неблагоприятныхъ случаевъ встрѣчается при различныхъ терминальных явленіяхъ различно. У многихъ дѣтей появляется что-то вродѣ наркоза, при отсутствіи рефлексовъ, общей вялости, пониженной температурѣ; оно длится нѣсколько дней. Другія умираютъ при явленіяхъ, которыя, протекая съ лихорадкой или безъ нея, напоминаютъ отравленіе пищей. Наблюдаются внезапные случаи смерти въ коллапсѣ послѣ возбужденія, нѣсколькихъ часовъ голоданія. Особенно повышаютъ смертность осложняющія зараженія, ибо они даже въ полныхъ надеждахъ случаяхъ, при наступившемъ уже улучшеніи, могутъ вызвать роковое ухудшеніе.

**Патогенезъ и обмѣнъ веществъ.** Сущность тяжелой „атрофіи“ раньше видѣли въ голоданіи, которое обуславливалось, якобы, растройствомъ всасыванія вслѣдствіе запусѣванія железистаго аппарата, какъ исхода хроническаго воспаленія. Это ученіе объ атрофіи кишечника въ



Рис. 61. Язва двѣнадцатиперстной кишки при декомпозиціи; изъ нея произошло смертельное кровотеченіе. (Берлинскій дѣтскій пріютъ).

настоящее время лишено всякаго основанія, ибо многіе авторы единоголосно доказали, что кишечникъ атрофика можетъ представлять совершенно нормальныя анатомическія данныя. Дѣло идетъ здѣсь, очевидно, о функціональномъ растройствѣ, которое ведетъ къ особому „извращенію питательнаго процесса“, какъ это уже много десятилѣтій тому назадъ правильно понялъ Parrot. Клиническое наблюденіе показываетъ дѣйствительно, что парадоксальное дѣйствіе пищи должно имѣть здѣсь значеніе, ибо дѣти тѣмъ болѣе подвергаются исхуданію, чѣмъ обильнѣе ихъ питаютъ; по крайней мѣрѣ, въ легкихъ случаяхъ пониженіе количества пищи можетъ остановить развитіе болѣзни. Конечно въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ исхуданія нельзя избѣжать и этимъ путемъ. Изъ быстрыхъ потерь вѣса вытекаетъ неизбѣжность того, что на первомъ планѣ должны происходить патологическія потери воды и солей, которыя только и могутъ вызывать столь внезапныя измѣненія вѣса, тогда какъ разрушеніе тканей должно было бы, въ противномъ случаѣ, протекать медленнѣе.

Произведенныя Czerny изслѣдованія обмѣна веществъ до нѣкоторой степени выяснили процессъ. Можно себѣ представлять дѣло такимъ образомъ, что, благодаря энтеральному развитію кислотъ, постепенно вызывается столь значительное измѣненіе пищеварительныхъ процессовъ, что въ результатѣ получается тяжелое нарушеніе обмѣна между содержимымъ кишечника и

тканями. Вѣроятнѣ всего, что при этомъ возникаютъ также особенно глубокія измѣненія процесса связыванія воды и солей. На этомъ основаніи происходитъ повышенная отдача воды и щелочей въ кишечникъ, которая, въ противоположность здоровому или слегка больному ребенку, не выравнивается соответствующимъ уменьшеніемъ выдѣленія почками и такимъ образомъ обуславливаетъ пониженный балансъ. Легкія также каждыя разъ отдають ненормально повышенное количество воды. Какъ слѣдствіе энтеральной потери солей, въ мочѣ наблюдается сильно повышенное выдѣленіе  $\text{NH}_3$  (относительный ацидозъ). Щелочи расходуются отчасти для нейтрализаціи образующихся въ повышенномъ количествѣ кислотъ броженія, отчасти теряются благодаря сильно повышенному ихъ выдѣленію. Для покрытія такихъ потерь сначала привлекаются запасы тѣла. По израсходованіи послѣднихъ организмъ, стремящійся къ сохраненію своего постоянного состава, долженъ отдавать необходимыя количества воды и солей, благодаря распаду клѣтокъ. Въ то же время существуетъ еще простое голоданіе; углеводы и жиры подвергаются въ большомъ количествѣ броженію, кислоты въ свою очередь затрудняютъ нормальныя расщепленія, подготавливая всасываніе; кромѣ того, много пищевыхъ веществъ безъ пользы выбрасывается въ кишечникѣмъ вслѣдствіе бурной перистальтики. Сюда присоединяется еще назначаемое болѣею частью изъ чисто лечебныхъ соображеній пониженное питаніе. Такимъ образомъ упадокъ тѣлесныхъ силъ вопліи понятенъ. «Декомпозиція» важныхъ для жизни органовъ ведетъ въ концѣ-концовъ къ такому измѣненію въ состояніи клѣтокъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ и функций, что не только при наличности поносовъ, но даже и по исчезаніи ихъ внутреннія измѣненія не могутъ происходить нормально; въ заключеніе всего, какъ основное правило предсмертныхъ явленій, выступаетъ картина самоотравленія.

**Предсказаніе** зависитъ въ огромномъ большинствѣ случаевъ отъ способовъ діететическаго леченія. При устраненіи ошибокъ, при не слишкомъ позднемъ вмѣшательствѣ можно спасти даже очень тяжелые случаи. Если же потери достигли  $\frac{1}{3}$  первоначальнаго вѣса (такъ назыв. число *Quest'a*), то возстановленіе *ad normam* во всякомъ случаѣ невозможно.

**Діагнозъ** тяжелыхъ формъ ясенъ уже изъ клинической картины, причемъ, конечно, возможно симулированіе симптоматическимъ исхуданіемъ при туберкулезѣ или другихъ заболѣваніяхъ, ведущихъ къ кахексіи или тяжелымъ состояніямъ голоданія; ихъ можно исключить путемъ изслѣдованій или анамнезомъ. При легкихъ формахъ отграниченіе отъ разстройствъ баланса и простой диспепсіи безъ разрушенія тѣмъ важнѣе, что показанное для этихъ состояній леченіе (обильная углеводами пища, resp. періодъ голоданія) у дѣтей съ декомпозиціей можетъ причинять лишь тяжелый вредъ. Видимый *status* больного недостаточенъ, ибо, какъ уже было упомянуто, встрѣчаются ослабленія процесса при остановкѣ вѣсовой прибавки и хорошихъ испраженіяхъ. Здѣсь оказывается важность анамнеза: повторныхъ поносовъ, потери вѣса (въ противоположность къ остановкамъ развитія при разстройствѣ баланса); лихорадочныя инфекціи въ анамнезѣ говорятъ за декомпозицію. Вопросъ окончательно рѣшается отношеніемъ ребенка къ назначенной пищѣ. Если при сколько-нибудь обильномъ питаніи замѣчается ясная, тяжелая парадоксальная реакція (поносъ, уменьшеніе вѣса, иногда лихорадка), если ребенокъ оказывается чувствительнымъ даже и при осторожномъ способѣ вскармливанія, то наличность состоянія декомпозиціи стоитъ внѣ всякаго сомнѣнія.

**Леченіе.** Леченіе декомпозиціи требуетъ—какъ основнаго условія—устраненія броженія, поддерживающаго процессъ разрушенія; прекращеніе такого броженія необходимо для того, чтобы организмъ снова могъ удерживать воду и соли, чтобы перевариваніе органическихъ пищевыхъ веществъ могло происходить нормально. Такимъ образомъ сначала возникаетъ та же задача, что при диспепсіи, и можно было

бы склоняться къ тому, чтобы проводить лечение, указанное для этого заболѣванія, т. е. сначала періодъ голоданія, затѣмъ назначеніе медленно повышаемыхъ количествъ соотвѣтственной пищевой смѣси. Дѣйствительно, такимъ образомъ часто и поступаютъ. Но необходимо знать, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ и почти только у старшихъ дѣтей, у этихъ послѣднихъ лишь въ томъ случаѣ, если ослабленіе организма не зашло слишкомъ далеко, можно съ нѣкоторыми основаніями ожидать успѣха отъ этого способа, ибо средства, применяемыя въ данномъ случаѣ, противорѣчатъ тѣмъ принципамъ, которымъ надо безусловно слѣдовать при леченіи сколько-нибудь тяжелаго состоянія декомпозиціи. Эти правила заключаются въ слѣдующемъ: 1) нельзя позволять ребенку голодать, если онъ находится въ состояніи декомпозиціи; 2) такой ребенокъ долженъ вскармливаться грудью, ибо при обычныхъ способахъ искусственнаго вскармливанія всегда можно опасаться дальнѣйшаго прогрессирующаго ухудшенія въ общемъ состояніи.

Опасности голоданія у дѣтей съ тяжелыми разстройствами питанія мы укажемъ еще въ послѣдствіи (срв. главу о голоданіи). Здѣсь же надо обратить тѣмъ болѣе на него вниманіе, что въ настоящее время лечение голоданіемъ сплошь и рядомъ рекомендуется даже въ объявленіяхъ. Вопреки этому надо считать, что, если ребенокъ, находящійся въ состояніи декомпозиціи, хотя бы на короткое время подвергается сильно пониженному питанію, то послѣднее вызываетъ у него неустранимое или съ трудомъ устранимое пониженіе степени выносливости, даже даетъ непосредственный поводъ къ смертельному исходу. Кто назначаетъ въ теченіе долгаго времени недостаточныя количества пищи, тотъ ухудшаетъ съ каждымъ днемъ предсказаніе, которое вначалѣ могло быть вполне благоприятнымъ. Поэтому прежде всего надо имѣть въ виду, по мѣрѣ возможности, скорѣе удовлетворять по крайней мѣрѣ спросъ на пищу для сохраненія status quo и даже давать нѣсколько больше того. Въ большинствѣ случаевъ выполненіе такого требованія невозможно обычными искусственными питательными смѣсями безъ того, чтобы декомпозиція отъ пищи не развивалась дальше, а потому здѣсь, какъ единственное средство, остается вскармливаніе женскимъ молокомъ (срв. сказанное ниже о бѣлковомъ молокѣ).

При питаніи женскимъ молокомъ слѣдуетъ принимать во вниманіе слѣдующее: Во 1) дозировку. Цѣлебное дѣйствіе его заключающееся, вѣроятно, въ особыхъ свойствахъ сыворотки, въ первое время выражается не столь энергично, чтобы устранять ухудшеніе состоянія вслѣдствіе броженія находящихся въ пищѣ большихъ количествъ сахара и жира. Эта опасность существуетъ тѣмъ въ большей степени, чѣмъ обильнѣе дѣти пьютъ молоко, но, съ другой стороны, ни въ коемъ случаѣ нельзя давать слишкомъ мало, ибо здѣсь опять-таки возникаетъ новая бѣда вслѣдствіе голоданія. Лучшее всего поступать такъ: безъ предшествующаго періода назначенія чая даютъ ежедневное количество въ 200—300 куб. см., притомъ лучше всего отцѣженное молоко изъ стеклянки, чтобы отнюдь не облегчать ослабленному ребенку необходимой для него работы сосанія. Къ тому же даютъ побольше чая съ сахариномъ. Число кормленій должно составлять 8—10 въ сутки, ибо, какъ доказываетъ опытъ, это количество *refracta dosi* менѣе вредитъ, чѣмъ доза полная. Въ возможно болѣе быстромъ темпѣ, приблизительно черезъ день, надо увеличивать



количество до тѣхъ поръ, пока черезъ 7—10 дней можно будетъ достигнуть около 100 калорій=130—150 грм. на кило вѣса тѣла въ постепенно увеличиваемыхъ, но болѣе рѣдко совершаемыхъ отдѣльныхъ кормленіяхъ; затѣмъ уже можно приступить къ непосредственному прикладыванію дѣтей къ груди.

Во 2) надо помнить, что при назначеніи женскаго молока въ первое время, въ сколько-нибудь тяжелыхъ случаяхъ, можетъ наступать ухудшеніе общаго состоянія, больные выглядятъ блѣднѣе, утомленнѣе, можетъ наступать пониженіе температуры, замедленіе пульса, также дальнѣйшее уменьшеніе вѣса. Лишь спустя нѣ-

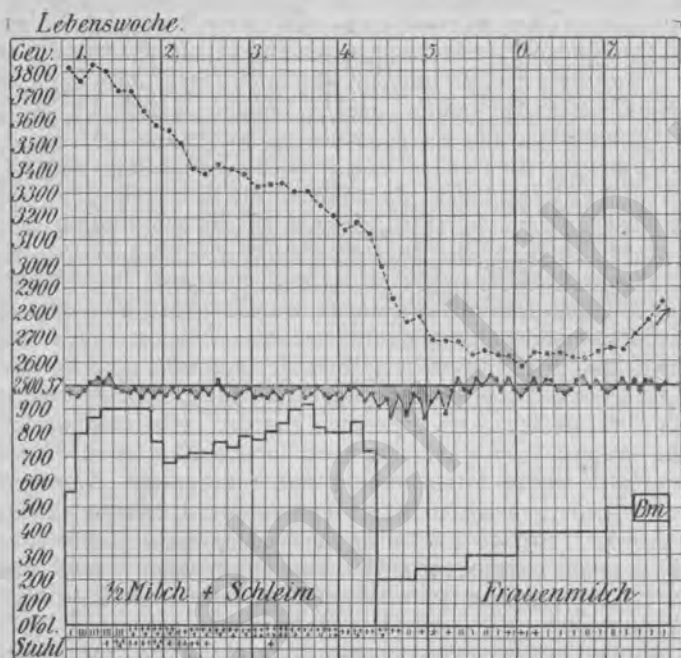


Рис. 62. Выздоровленіе въ случаѣ декомпозиціи отъ назначенія женскаго молока. Ухудшеніе (пониженная температура, разстройство вѣса въ началѣ назначенія женскаго молока, остановка его въ теченіе двухъ недѣль; наростаніе вѣса лишь послѣ прибавленія небольшого количества пахтанья [Bm.]). + патологическій стулъ; | нормальный стулъ.

сколько дней, иногда лишь на второй недѣлѣ, происходитъ остановка въ паденіи вѣса съ исчезаніемъ другихъ явленій (рис. 62).

Затѣмъ слѣдуетъ третій періодъ, то болѣе короткий, то болѣе длинный, въ тяжелыхъ случаяхъ продолжающійся нѣсколько недѣль, когда при дальнѣйшемъ улучшеніи общаго состоянія вѣсъ еще не увеличивается. Неопытные товарищи предполагаютъ въ такихъ случаяхъ ненадлежащія свойства молока кормилицы, требуя замѣны ея другой, но поступаютъ неправильно. Дѣло идетъ скорѣе о такъ наз. обязательномъ „періодѣ возстановленія“ или „репараци“, во время котораго тѣло возстановляетъ свое строеніе, но не имѣетъ еще способности образовывать новыя отложенія, отчасти вслѣдствіе еще недостаточнаго всасыванія, отчасти потому, что бѣдное бѣлкомъ и солью женское молоко даетъ ему мало матеріала для новаго образо-

ванія кѣтокъ. По истеченіи этого времени наступаетъ уже нарастающее вѣса. Можно сократить періодъ репараціи прибавленіемъ соответственной пищи, лучше всего пахтанья съ небольшими количествами мальтозы, декстрина или солодового супа, но это прибавленіе нельзя дѣлать раньше 4 недѣль, причѣмъ вначалѣ должно быть только одно назначеніе въ сутки.

Полнаго возстановленія слѣдуетъ ожидать не раньше, чѣмъ черезъ 2—3 мѣсяца. Лишь тогда можетъ быть рѣчь о возвращеніи къ естественному способу вскармливанія. Отнятію должно предшествовать пробное назначеніе небольшихъ количествъ коровьяго молока, ибо возможна идіосинкразія къ коровьему молоку (срв. заболѣваніе грудныхъ дѣтей).

Если нѣтъ возможности кормить такого ребенка иначе, чѣмъ искусственными питательными смѣсями, то надо поступать такъ же, какъ при диспепсіи. На первомъ планѣ здѣсь надо помнить о пахтаньи и о смѣсяхъ молока, разведенныхъ слизистыми отварами и бѣдныхъ жирами. Но въ то время, какъ тамъ въ короткое время кишечникъ настолько оправляется, что снова можно приступить къ болѣе усиленному питанію, здѣсь при болѣе обильномъ введеніи наступаетъ большею частью новое ухудшеніе поносовъ или вообще не наступаетъ никакого улучшенія. Отъ продолженія прежняго вскармливанія здѣсь нельзя ожидать успѣха; не менѣе опасно, въ виду угрожающаго голоданія, назначеніе мучныхъ суповъ<sup>1)</sup>. Изъ сказаннаго ясно, насколько ограничена при этомъ положеніи надежда на успѣхъ, особенно у маленькихъ дѣтей грудного возраста. По новѣйшимъ даннымъ, однако, границы излечимости значительно расширяются благодаря примѣненію бѣлковаго молока.

Принципъ примѣненія бѣлковаго молока заключается въ возможно большемъ ограниченіи вредно дѣйствующихъ кислыхъ броженій, путемъ главнымъ образомъ уменьшенія въ содержаніи молочнаго сахара въ предѣлахъ болѣе низкихъ, чѣмъ въ обыкновенномъ молокѣ, разведеніемъ сыворотки, благодаря чему улучшается выносливость кишечника къ сахару, прибавленіемъ обильнаго количества казеина, который, усиливая щелочную реакцію, являясь антагонистомъ кислотности.

Приготавливается бѣлковое молоко слѣдующимъ образомъ: 1 литръ молока подвергается при нагрѣваніи дѣйствію сучуга, отдѣляется съ помощью сита свертокъ казеина отъ содержащей сахаръ сыворотки. Затѣмъ свертокъ протирается съ небольшимъ количествомъ воды безъ усиленнаго давленія 2 раза черезъ мелкое волосяное сито, распределяется въ  $\frac{1}{2}$  литрѣ хорошаго пахтанья и разбалтывается съ водою до 1 литра. Затѣмъ прибавляютъ 1% препаратовъ мальтозы и декстрина (питательнаго сахара, питательной мальтозы) и кипятятъ при постоянномъ помѣшиваніи. Казеинъ не долженъ образовывать свертковъ, вся масса при взбалтываніи представляетъ собою мелкокрупчатый супъ.

Стерилизація производится кипяченіемъ при сильномъ помѣшиваніи, употребляя для этой цѣли лучше всего кухонный приборъ съ зубчатымъ колесомъ, служащій для приготвленія мороженаго. При недостаточномъ помѣшиваніи свертокъ становится вязкимъ, а самая пища непригодной.

Нагрѣваніе ея должно производиться медленно, слѣдуетъ избѣгать высокихъ степеней нагрѣванія<sup>2)</sup>. Для подслащиванія прибавляется небольшое количество сахара.

<sup>1)</sup> Ср. относительно этого стр. 249.

<sup>2)</sup> Изготовленіе бѣлковаго молока въ хорошей формѣ представляетъ, какъ извѣстно, значительныя затрудненія. Плохой препаратъ не оказываетъ цѣлебнаго дѣйствія, или дѣти отказываются принимать его, или наступаетъ часто повторяющаяся рвота. По этимъ причинамъ приходится изготовлять эту пищу фабричнымъ путемъ. Хорошій питательный препаратъ отпускается въ стеклян-

Бѣлковое молоко содержитъ около 3% бѣлка, 2 $\frac{1}{2}$ % жира, 1,5% молочнаго сахара, 1% питательнаго сахара и около 0,5% солей. Содержаніе калорій въ литрѣ 450.

Преимущества вскармливанія бѣлковымъ молокомъ заключаются въ томъ, что быстрее, чѣмъ при какой бы то ни было другой смѣси, можно перейти къ нормальнымъ количествамъ пищи безъ того, чтобы снова возникло броженіе. Благодаря этому устраняется опасность голоданія, и ускоряется возстановленіе нормы.

При начинающейся декомпозиціи, диспепсін послѣ полудневной паузы съ чаемъ назначаютъ 300 грм. пищи, содержащей вначалѣ только 1% питательнаго сахара, распредѣляя ее на 5—6 кормленій съ дальнѣйшимъ прибавленіемъ чая. Въ послѣдующіе дни, незави-

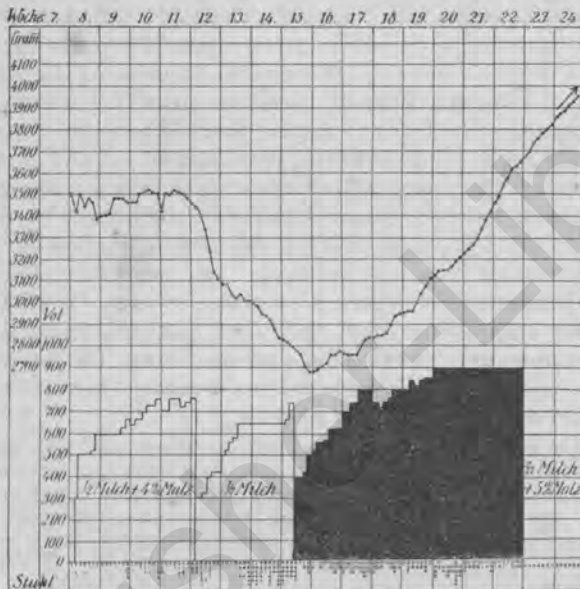


Рис. 63. Типическое выздоровленіе ребенка при назначеніи бѣлкового молока (обозначено чернымъ цвѣтомъ). Быстрое исчезненіе поносовъ (+) и появленіе мыльных испражнений (□) при одновременной остановкѣ вѣсового паденія. Безпрелатственное дальнѣйшее развитіе въ слѣдующемъ періодѣ при обычной молочной смѣси.

симо отъ состоянія испраженій, увеличивается количество бѣлковаго молока каждый второй день еще на 100 грм., а при плотныхъ испраженіяхъ даже еще быстрее — до ежедневнаго количества въ 180—200 грм. Никогда не слѣдуетъ назначать общее количество больше, какъ 1 литръ. Въ типическихъ случаяхъ спустя 1—2 дня наступаетъ уже образованіе сухого жирно-мыльнаго кала, затѣмъ

какъ по 250 грм. Milchwerken Böhlen около Röttha въ Саксоніи или Vilbel'я въ Гессенѣ. Цѣна за литръ 1 марка, для учрежденій 56 пф. \*).

\*) А мы скажемъ — въ томъ-то и все наше несчастье, что приготовленіе столь сложныхъ суррогатовъ сдѣлалось фабричнымъ производствомъ, при которомъ тѣмъ менѣе соблюдаются всѣ требованія гигиены \*\*), чѣмъ выгоднѣе самое предпріятіе, чѣмъ больше продуктъ въ модѣ, чѣмъ сильнѣе на него спросъ.

\*\*\*) И тѣмъ выше цѣна (раньше она была 72 пф.).

Прим. ред.

Прим. М. Б.

остановка въ паденіи вѣса и безпрепятственно идущее возстановленіе нормы (рис. 63).

Какъ только испражненія стали рѣже и плотнѣе, во всякомъ случаѣ даже при наличности поноса—еще въ теченіе первой недѣли слѣдуетъ приступить къ дальнѣйшему прибавленію углеводовъ, лучше всего въ видѣ препаратовъ мальтозы и декстрина; молочнаго сахара не слѣдуетъ давать, ненадеженъ и свекловичный сахаръ, но въ виду болѣе доступной цѣны онъ часто примѣняется въ бѣдной практикѣ\*). Прибавленіе углеводовъ, если возможно, въ теченіе 10 дней нужно повышать до количества въ 3—4%. Если не происходитъ наростанія, если испражненія, хотя не плотны, но однородны можно дойти до 5%, въ случаѣ надобности прибавить еще 1—2% муки.

При дальнѣйшемъ развитіи декомпозиціи также сначала надо по возможности опорожнить кишечникъ; несмотря на опасность голоданія, нельзя обойтись безъ 6—12-часового держанія ребенка голоднымъ. Затѣмъ назначаютъ бѣлковое молоко, лучше всего почаще (8—10 разъ въ день), въ первый день въ количествѣ 200—300 грм., а затѣмъ, какъ указано выше, быстро и увеличиваютъ, постепенно уменьшая число кормленій и прибавляя углеводы не позже, чѣмъ спустя недѣлю. Если начальное паденіе вѣса не останавливается спустя 3—4 дня, если ребенокъ обнаруживаетъ вялость и наклонность къ пониженію температуры, то надо повысить прибавленіе углеводовъ уже въ это время настолько, чтобы прекратилось пониженіе вѣса.

Продолжая поступать такимъ образомъ, можно свести количество неудачныхъ случаевъ ad minimum. Дѣтей съ предсмертными, коматозными симптомами, конечно, уже нельзя спасти. Но, какъ показываютъ опыты, въ леченіи бѣлковымъ молокомъ часто дѣлаются большія ошибки, ведущія затѣмъ къ (мнимому) „отсутствію дѣйствія“. Онѣ всѣ состоятъ въ дальнѣйшемъ вредѣ для больного ребенка голоданія вообще или углеводнаго въ частности. Сюда относится: 1. Слишкомъ медленное начальное повышение, а потому удлинненіе голоданія, ухудшеніе общаго состоянія. 2. Слишкомъ позднее и недостаточное прибавленіе углеводовъ. 3. Не увеличиваютъ количества пищи, не прибавляютъ углеводовъ, если испражненіе тотчасъ же не улучшается. 4. Новое ограниченіе количества пищи или лишеніе углеводовъ, если снова появляется болѣе сильный поносъ или наблюдается повышение температуры, паденіе вѣса. Всѣхъ этихъ ошибокъ слѣдуетъ избѣгать! Лишь въ томъ случаѣ, когда дѣйствительно имѣется паденіе вѣса и сильный поносъ, надо уменьшать общее количество пищи и ограничивать прибавленіе углеводовъ приблизительно 3%, что необходимо также при леченіи диспепсіи или интоксикаціи. По прекращеніи острыхъ явленій и паденія вѣса надо возможно скорѣе снова идти впередъ. Въ такихъ неудачахъ при вскармливаніи бѣлковымъ молокомъ, впрочемъ, пищевыя вліянія виновны гораздо рѣже, чѣмъ случайныя зараженія.

Въ первое время леченія бѣлковымъ молокомъ могутъ развиваться явленія, сходныя съ временнымъ ухудшеніемъ, какъ при кормленіи женскимъ молокомъ, но они не должны удерживать отъ увеличенія

\*) Дѣти бѣдняковъ хотя въ этомъ отношеніи находятся въ болѣе выгодныхъ условіяхъ, такъ какъ свекловичный сахаръ, въ чемъ мы лично убѣдились много разъ, не подвергается никакой порчѣ, почти не притягиваетъ къ себѣ влаги и переносится кишечникомъ вполне хорошо.

количество пищи. Впоследствии прибавки пищи идут быстро, при условии введения достаточных количеств углеводов.

Продолжительность вскармливания белковым молоком для маленьких детей устанавливается в 10, для старших—в 6—8 недель. По истечении этого времени болезнь настолько улучшается, что переносятся обыкновенные молочные смеси, соответствующие возрасту ребенка. Замену лучше всего выполнять таким образом, что все стеклянки с белковым молоком сразу наполняются молочными разведениями. Если наступают возвраты, то необходимо на некоторое время вернуться к питанию белковым молоком.

О полном излечении можно говорить у ребенка с расстройствами пищеварения лишь в том случае, если в „последовательном периоде“ по переходу к обычным молочным смесям, при не слишком осторожной дозировке их развитие происходит нормальным образом (рис. 63).

Лекарства необходимы у детей с явлениями декомпозиции лишь в том случае, если существует склонность к коллапсам. Раньше всего применяются возбуждающие (coffein, citricum или natrio-benzoicum 0,5—1,0:100,0, 4—5 раз в день по 5 грм., камфора подкожно каждые 2 часа по  $\frac{1}{2}$ —1 шприцу, коньяк несколько раз в день по 10 капель\*). В первое время следует позаботиться также о достаточном доставлении тепла с помощью грелок, согревающих ванн в 36—40° С. в восходящей степени, если возможно пребыванием в грелке. Следует избегать излишеств, так как ребенок с явлениями декомпозиции особенно легко подвергается опасности от перегревания.

Попытка по возможности быстрее заменить потерю воды введением солевых растворов потому нецелесообразна, что введенная соль в этих состояниях не вызывает задержки воды или, в силу декомпозиции, часто ведет к отекам.

При кровотечениях из язв двенадцатиперстной кишки уместны те же меры, как и при мелене (срв. болезни новорожденных).

#### 4. Интоксикация (пищевой токсикоз, энтерокаатарр, cholera infantum, холерина).

Интоксикацией от пищи мы называем общее состояние, которое возникает, если детям, страдающим расстройством пищеварения с поносами, дают количества пищи, значительно превосходящие предель выносливости. Чем меньше выносливость ребенка, чем больше, другими словами, он приближается к состоянию декомпозиции, тем меньшее количество пищи необходимо для появления интоксикации.

\*) Спирт и крепкая вина, как remedium excitans назначаются в небольших, но часто и правильно вводимых количествах, вдвое—втрое меньших, чем в случаях, где ими пользуются в качестве средств, ограничивающих траты организма. Продолжительное, целыми неделями применение алкоголя не должно иметь места во избежание легко развивающегося расстройства равновесия нервной системы.

При лихорадочных состояниях с явлениями острого упадка сил с большою пользою применяются камфору, давая ее в порошках per os, в эмульсиях—per rectum и в растворе масла сладких миндалей—подкожно. Серьезным противопоказанием для внутреннего назначения служат желудочно-кишечные расстройства. Не нужно забывать возможности вызываемых камфорой явлений острого бреда, галлюцинаций, по Bin z'u даже судорог.

Прим. ред.

**Симптомы.** Первымъ признакомъ токсическаго дѣйствія является пищевая лихорадка, свойства которой видны изъ того, что на нее можно вліять какъ угодно измѣненіями пищи, въ особенности можно быстро устранять ее лишеніемъ послѣдней; самые легкіе намеки на нее выражается въ видѣ незначительныхъ повышеній ежедневнаго максимума; въ другихъ случаяхъ наблюдаются субфебрильныя величины, наконецъ, можетъ наступить повышение, вполне характеризующее высокую лихорадку.

Пищевая лихорадка можетъ быть, наряду съ диспептическимъ испражненіемъ, въ теченіе долгаго времени единственнымъ признакомъ токсическаго характера; но наличность ея не исключаетъ наростанія вѣса. Въ большинствѣ случаевъ къ ней, однако, присоединяются еще дальнѣйшія явленія, наблюдается паденіе вѣса, состояніе слабости, признаки раздраженія почекъ. Вслѣдъ за этими предвѣстниками развивается то медленнѣе, то быстрѣе, иногда въ очень остромъ видѣ полная картина интоксикаціи.

Эта послѣдняя при вполне развитой пищевой интоксикаціи отличается слѣдующими признаками: лихорадкой, коллапсомъ, поносами, разстройствомъ сознанія, усиленнымъ дыханіемъ, альбуминурией, цилиндрурией, глицозурией, лейкоцитозомъ, сильнымъ паденіемъ вѣса.

На первомъ мѣстѣ стоитъ разстройство сознанія, которое сначала выражается лишь ненормальной утомляемостью и сонливостью. Больныя дѣти лежать обыкновенно тихо, неподвижно, по пробужденіи поразительно быстро впадаютъ снова въ летаргію. Если они открываютъ глаза, то ихъ взглядъ кажется „застывшимъ“, они лишь съ трудомъ или почти не фиксируютъ предметовъ. Столь живая у дѣтей игра минъ застываетъ въ маскообразную ригидность. Вокругъ глазъ ложатся легкія тѣни. вмѣсто угловатыхъ быстрыхъ движеній здороваго ребенка замѣчаются рѣдкіе, медленные, округленные, патетическіе жесты. Нормальная форма конечностей исчезаетъ, большую часть въ теченіе долгаго времени она сохраняетъ необычныя положенія, имѣется каталептическое состояніе. Изъ своеобразныхъ позъ особенно часто наблюдается такъ наз. „поза фехтовальщика“ (рис. 64).

Изъ перваго стадія болѣзни въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ можетъ развиваться настоящая кома, отъ которой ребенокъ вначалѣ пробуждается только съ безпокойствомъ и пронзительнымъ крикомъ. Впослѣдствіи и это явленіе становится рѣже, больной остается все время въ глубокой спячкѣ, прерываемой лишь стонами. Часто развиваются судороги, иногда менингеальныя и мозговья явленія раздраженія и паралича.



Рис. 64. Выраженіе лица при интоксикаціи. Намекъ на положеніе фехтовальщика (Берлинскій дѣтскій приютъ). Фот. д-ра Des-sauer'a.

Температура лихорадочная или даже сильно лихорадочная, только при интоксикации дѣтей съ явлениями декомпозиции могутъ наблюдаться нормальныя и субнормальныя величины.

Дыханіе представляетъ то своеобразное измѣненіе, которое называется токсическимъ дыханіемъ. Оно усилено, глубоко, безъ промежутковъ, учащено, иногда напоминаетъ дыханіе „загнаннаго звѣря“.

Испраженія соотвѣтствуютъ во время стадіа предвѣстниковъ даннымъ при диспепсис или декомпозиции. На высотѣ заболѣванія они часто водянисты, зеленовато-желты, бѣдны плотными частями, пронизаны хлопьями слизи. Вначалѣ весьма сильная кислая реакція вполнѣ можетъ стать щелочной вслѣдствіе обильнаго кишечнаго выдѣленія.

Рвота бываетъ часто, въ рѣзко выраженныхъ формахъ становится весьма сильной. Она можетъ настолько выступить на передній планъ симптомокомплекса, что вполнѣ оправдываетъ нѣмецкое названіе „Breachdurchfall“ (рвота съ поносомъ). При наиболѣе тяжелыхъ формахъ заболѣванія во время рвоты выдѣляется окрашенная въ темный цвѣтъ масса, напоминающая кофейную гущу и дающая возможность заключать о кровоизліяніи въ слизистую желудка.

Вслѣдствіе сильной потери воды наблюдается рѣзкое паденіе вѣса; потеря эта можетъ въ нѣсколько дней достигать 500—1000 грм. и больше. Кожа становится сухой, приподнятая складка сохраняется, черты лица заостряются, родничокъ западаетъ, развивается гипертонія мышцъ и болѣзненные спазми (судороги мышцъ, особенно икроножныхъ).

Быть можетъ, на этомъ высыханіи основанъ коллапсъ, который проявляется малымъ пульсомъ съ глухими, слабыми сердечными тонами, охлажденіемъ и синюхой конечностей. Въ своеобразной блѣдно-желтой синеватой окраскѣ кожи, вѣроятно, участвуетъ также полиглобулія, обусловливаемая сгущеніемъ крови.

Въ мочѣ наблюдаютъ бѣлокъ, большею частью обильный осадокъ со множествомъ галиновыхъ и зернистыхъ цилиндровъ.

Выдѣленіе сахара<sup>1)</sup> чисто пищевого происхожденія, т. е. оно исчезаетъ по лишеніи ребенка пищи. Характеръ выдѣленнаго сахара соотвѣтствуетъ характеру введеннаго. При вскармливаніи смѣсями, содержащими молочный сахаръ, находятъ молочный сахаръ и галактозу. При извѣстномъ составѣ пищи могутъ иногда переходить въ мочу и другіе виды сахара.

Число лейкоцитовъ всегда увеличено, но не болѣе какъ до 30.000.

Въ тяжелыхъ случаяхъ можетъ развиваться жировая склерома, своеобразное уплотнѣніе кожи и подкожной клѣтчатки, начинающееся на икрахъ, ягодицъ и въ концѣ-концовъ захватывающее все тѣло; свойства его еще не выяснены. Прежнее объясненіе—свертываніе отличающагося высокой точкой плавленія жира у грудного ребенка вслѣдствіе пониженной температуры—не соотвѣтствуетъ клиническимъ наблюденіямъ.

<sup>1)</sup> Обнаруженіе сахара въ мочѣ грудного ребенка не вполнѣ просто. Во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ слѣдовало бы наряду съ Гроттеговской и Nylander'овской пробой выполнять пробу съ озазономъ. Мочу при пробѣ Гроттега слѣдуетъ кипятить въ теченіе долгаго времени, ибо при простомъ нагреваніи закись мѣди не выпадаетъ въ виду большаго содержанія амміака. Точное опредѣленіе вида сахара возможно лишь съ помощью элементарнаго анализа выдѣленнаго озазона.

Большое число симптомовъ указываетъ уже на многообразіе болѣзненной картины. Смотра по тому, выступаетъ ли на первый планъ тотъ или другой симптомокомплексъ, мѣняется и картина заболѣванія. Различаютъ сопорозный, холероподный и церебральный типы; послѣдній соответствуетъ гидроцефалоиду прежнихъ авторовъ.

**Патологическая анатомія.** Патолого-анатомическія измѣненія не обширны и не могутъ объяснить тяжелую картину болѣзни. Въ желудкѣ и кишечникѣ находятъ сывороточный или сывороточно-геморрагическій катарръ. Стѣнка желудка покрыта вязкой, часто пронизанной кровью слизью, стѣнки кишечника имѣютъ инъцирированный розовый цвѣтъ, сильно пропитаны жидкостью, въ тонкихъ кишкахъ находятъ пятнистыя гипереміи, кровоизліянія въ видѣ точекъ или полосокъ. Реуеґовы бляшки представляются опухшими и окруженными незначительной гипереміей. Микроскопическая картина можетъ представлять почти нормальныя условія, часто наблюдаютъ наряду съ увеличеннымъ скопленіемъ круглыхъ клѣтокъ слизистое перерожденіе бокаловидныхъ клѣтокъ, въ бурно протекающихъ случаяхъ—перерожденіе и усиленное отторженіе эпителия. Въ остальныхъ органахъ можно установить главнымъ образомъ незначительныя паренхиматозныя измѣненія. Въ печени замѣчательно часто наблюдается капиллярная гиперемія, перерожденіе клѣтокъ эндотелия и печеночныхъ клѣтокъ. Развитие кислотъ въ печеночной и мышечной ткани можетъ быть обнаружено способомъ окраски.

**Этіологія.** Значительное сходство описанной картины съ истинной холерой и холериной взрослыхъ, выражающееся также и названіемъ, привело въ прежнее время къ тому, чтобы предполагать въ происхожденіи отравленія грудного ребенка заразную этіологію. Хотя въ теченіе энтеральныхъ и парэнтеральныхъ зараженій маленькаго ребенка часто развиваются вторичныя токсическія состоянія (срв. ниже инфекція и питаніе, также въ отдѣлѣ желудочно-кишечныя инфекціи), все-таки это объясненіе не соответствуетъ истинѣ. Не только не удастся обнаружить опредѣленныхъ возбудителей болѣзни, но изъ тщательнаго клиническаго наблюденія слѣдуетъ съ несомнѣнностью, что дѣло идетъ о пищевомъ, т. е. присоединяющемся къ чрезмѣрному превышенію (абсолютному или относительному) выносливости состояніи отравленія, при которомъ, слѣдовательно, въ качествѣ причины играютъ роль не специфическіе возбудители болѣзни, а лишь продукты разложенія пищи или составныхъ ея частей. Также и введеніе съ пищей предобразованныхъ ядовъ (эктогенное разложеніе молока) потому не имѣетъ особеннаго значенія, что интоксикація происходитъ при несомнѣнно асептическомъ способѣ вскармливанія \*).

Этіологическая роль пищи убѣдительно доказывается результатомъ показаннаго, по лечебнымъ соображеніямъ, лишенія пищи при введеніи одной воды. Во всѣхъ чистыхъ, т. е. неосложненныхъ зараженіемъ случаяхъ происходитъ критическое паденіе лихорадки; почти во всѣхъ чистыхъ, еще не дошедшихъ до крайней степени случаяхъ вмѣстѣ съ тѣмъ происходитъ и критическое обезвреживаніе яда <sup>1)</sup> (рис. 65). Если возобновленіе пищи происходитъ слишкомъ быстро, то наблюдаются возвраты. Подробныя изслѣдованія показали, что вызывающее лихорадку дѣйствіе присуще только углеводамъ пищи въ соединеніи съ составными частями сывотки (рис. 65). Если вводить

\*) Если рѣчь идетъ объ исключительномъ кормленіи грудью, которое съ точки зрѣнія асептики надо признавать полнымъ, то намъ никогда не приходилось наблюдать у такихъ дѣтей полной картины cholerae infantum, если же говорить объ асептическомъ питаніи коровьимъ молокомъ со смѣсями и другими суррогатами, то въ этихъ случаяхъ истинная асептика достигается съ огромнымъ трудомъ, да и достигается ли еще въ той мѣрѣ, какая требуется современными знаніемъ?

<sup>1)</sup> См. ниже, распознаваніе.



ихъ въ достаточномъ количествѣ, то къ пиретогенному дѣйствию присоединяется еще токсическое. Токсическое дѣйствіе могутъ имѣть и большія количества жира; но такое отравленіе жиромъ не наблюдается первично, а только въ томъ случаѣ, если уже функции обмѣна веществъ въ сильной степени нарушены предшествующимъ вліяніемъ вводимого сахара, существующей декомпозиціей, тяжелой вредоносной разарой.

Сущность токсического процесса. Патогенезъ и обмѣнъ веществъ. Поскольку въ настоящее время показываютъ изслѣдованія по обмѣну веществъ, можно считать, что при интоксикаціи дѣло идетъ о недостаточности всѣхъ промежуточныхъ процессовъ обмѣна, причемъ выступаютъ особенно сильно признаки ацидоза. Нѣкоторые факты говорятъ, что нарушенъ обмѣнъ бѣлковъ (напр., недостаточный распадъ нормально превращаемаго въ мочевины гликоля \*)). На поврежденіе углеводнаго

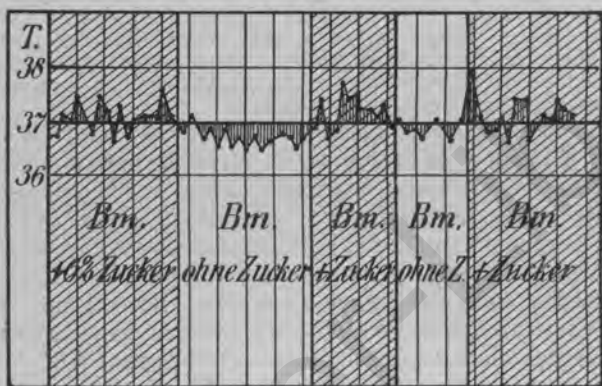


Рис. 65. Пищевая лихорадка при вскармливаніи пахтаньемъ, вызванная при-  
бавленіемъ сахара (дни, зачерченные косыми линиями) и устраненная лишеніемъ  
сахара. Zucker—сахаръ, ohne Zucker—безъ сахара.

обмѣна веществъ указываетъ пищевая гликозурия; это разстройство вмѣстѣ съ голоданіемъ и вызванной поносами потерей щелочей, вѣроятно, вызываетъ имѣющаяся нарушение обмѣна веществъ жировъ, выражающееся въ ацидозѣ; вслѣдствіе этого 40—50% азота мочи выдѣляется не въ видѣ мочевины, а въ видѣ амміака ( $\text{NH}_3$ ).

Необходимымъ условіемъ такого общаго нарушения внутреннихъ процес-  
совъ обмѣна являются тяжелыя поврежденія соотвѣтствующихъ органовъ и клѣ-  
токъ. Несомнѣнно, что поврежденія эта исходятъ изъ пищи; мнѣнія расходятся  
только относительно того, какъ смотрѣть на отношенія причины къ дѣйствию.  
Раньше считали, что изъ кишечнаго содержимаго или изъ разлагающейся въ  
кишечникѣ пищи всасываются вещества бактерійнаго происхожденія, которыя  
вызываютъ лихорадку и дѣйствуютъ токсически. Напротивъ, въ новѣйшее время,  
на основаніи клиническихъ наблюденій и экспериментальныхъ фактовъ, начи-  
наетъ преобладать мнѣніе о пиретогенномъ и токсическомъ дѣйствиіи солей натра  
и сахара, а также думаютъ, что кристаллоиды пищи сами могутъ вызвать ли-  
хорадку и отравленіе путемъ физически-осмотического измѣненія клѣтокъ.  
Вѣроятно, здѣсь играетъ также роль и сгущеніе крови, наблюдающееся при  
отравленіи.

**Распознаваніе.** Пищевая лихорадка отличается отъ заразной

\*) Новая непослѣдовательность Германской школы, которая, признавая  
возможность нарушеннаго обмѣна бѣлковъ, все-таки ни за что не хочетъ со-  
гласиться съ тѣмъ, что излишекъ бѣлка, хотя бы въ данномъ случаѣ и для  
больного ребенка, можетъ быть одной изъ причинъ разстройствъ пищеваренія  
и питанія.

лихорадки тѣмъ, что, въ противоположность послѣдней, она устраняется всегда лишеніемъ пищи или сильнымъ пониженіемъ введенія сыворотки и сахара. Это, въ общемъ, относится и къ пищевому отравленію. Но существуютъ случаи съ токсическими явленіями, которыя не могутъ быть устранены этимъ способомъ. Здѣсь дѣло идетъ или о случаяхъ пищевого происхожденія, при которомъ, въ концѣ-концовъ, получаютъ столь тяжелыя измѣненія, что уже не обезвреживаются продукты обмѣна веществъ во время голоданія; можетъ быть еще, что здѣсь дѣло идетъ о дѣтяхъ, находящихся въ состояніи декомпозиціи и вступающихъ въ конечный стадій явленій отравленія. Слѣдуетъ также имѣть въ виду, что смерть отъ голода, столь частая именно у дѣтей съ разстройствами питанія, происходитъ нерѣдко при токсическихъ явленіяхъ. Наконецъ, существующія заразнаго характера осложненія могутъ препятствовать возстановленію функций обмѣна веществъ. Этотъ случай надо имѣть въ виду очень часто, ибо какъ осложненія первичныхъ разстройствъ питанія вторичными осложненіями, такъ и первичныя зараженія съ вторичными разстройствами питанія весьма часты. Наконецъ, у хорошо упитанныхъ дѣтей нерѣдко наблюдаютъ медленное и неполное наступленіе обезвреживанія безъ того, чтобы можно было найти ясную причину этого явленія.

**Предсказаніе** меньше зависитъ отъ тяжести клинической картины, чѣмъ отъ продолжительности періода отравленія и особенно отъ свойствъ ребенка въ то время, когда онъ былъ пораженъ интоксикаціей. Раннія, энергично и правильно леченныя острыя состоянія дѣтей, бывшихъ до того здоровыми, какъ это особенно наблюдается при перекармливаніи богатымъ молокомъ паханьемъ, даютъ хорошее предсказаніе, несмотря на тяжелыя явленія; но большая продолжительность состоянія интоксикаціи, конечно, опасна для такихъ больныхъ. У дѣтей съ явленіями декомпозиціи даже клинически легкій приступъ отравленія весьма опасенъ, ибо онъ можетъ уничтожить послѣдній остатокъ ихъ выносливости. Къ тому же неизбѣжное здѣсь леченіе голоданіемъ весьма рискованно для подобныхъ больныхъ. Всякое зараженіе создаетъ роковое положеніе дѣла. Слишкомъ опаснымъ является заболѣваніе для упомянутыхъ выше, такъ наз. пастозныхъ дѣтей съ уменьшенной способностью обезвреживанія ядовъ.

**Леченіе.** Для устраненія токсическихъ явленій нельзя обойтись, въ сколько-нибудь тяжелыхъ случаяхъ, безъ полнаго лишенія пищи. Необходимое при этомъ введеніе жидкости лучше всего производить въ видѣ чая. Хотя при отбѣнѣ всякой другой пищи сахаръ въ значительной мѣрѣ утрачиваетъ свою опасность, тѣмъ не менѣе для подслащиванія рекомендуется сахаринъ.

Для возможно болѣе быстро устраненія сухости тканей были предложены растворы соли: физиологическій растворъ поваренной соли, Нейш-Юнговскій растворъ (хлористаго натра 5,0,  $\text{NaHCO}_3$  5,0, воды 1000), бульонъ изъ овощей Мѣгу, супъ изъ моркови Мого <sup>1)</sup>. Въ эти растворы имѣютъ тотъ недостатокъ, что (какъ слѣдуетъ подчеркнуть вопреки противоположнымъ указаніямъ), благодаря содержанію пиретогенно дѣйствующей поваренной соли они замедляютъ паденіе лихорадки, иногда даже усиливаютъ токсическое состояніе. Поэтому слѣдуетъ примѣнять лишь сильныя разведенія (1:2 части воды); при вторичныхъ отравленіяхъ у дѣтей съ явленіями декомпозиціи нельзя быть увѣренными въ отсутствіи отековъ.

<sup>1)</sup> Супъ изъ моркови готовится слѣдующимъ образомъ: фунтъ желтой моркови наскрѣбывается, размельчается, варится 1—2 часа, полученная кашка продавливается сквозь сито въ бульонъ, приготовленный изъ 1 фунта говядины (съ 1 литромъ воды сначала въ холодномъ видѣ) и 1 чайной ложки соли.

Подкожные вливания физиологического раствора поваренной соли часто также вызывают лихорадку и, кроме того, друга явления, а потому их еще нельзя считать абсолютно безвредными. Во всяком случае, слѣдует предпочесть лишь 0,3%-ный растворъ или такъ назыв. «обезвредженный» растворъ поваренной соли, содержащій 7,0 грм. NaCl, 0,1 KCl и 0,2 CaCl на 1000 воды.

Опорожненія кишечника достигаютъ промываніемъ желудка и самого кишечника \*). Но безусловно необходимыми ихъ считать нельзя. Слабительныя средства неумѣстны въ виду и безъ того сильныхъ поносовъ. Возбуждающія (соли кофеина, камфора, дигаленъ черезъ 3 часа по  $\frac{1}{2}$ —1 капль, адреналинъ [1:1000] 0,5 внутримышечно черезъ 3 часа, коньякъ съ чаемъ), напротивъ, часто необходимы \*\*); противъ высокой температуры показаны теплыя ванны; частыхъ повторныхъ холодныхъ обертываній, напротивъ, слѣдуетъ избѣгать въ виду опасности отъ коллапса.

При охлажденіи кожи можно подумать о теплой частичной ваннѣ. Безпокойство, судороги, сильные приступы боли заставляютъ назначать наркотическія вещества; при этомъ слѣдуетъ избѣгать хлорала, ибо онъ можетъ вызвать состояніе спячки, длящееся цѣлые дни; болѣе рекомендуется верональ (по 0,05—0,15 на дозу), вероналовый натръ или мединаль (0,05—0,1 на приемъ). Противъ рвоты болѣе дѣйствительны промыванія желудка.

Въ благоприятно протекающихъ чистыхъ случаяхъ голоданіе въ теченіе 1— $\frac{1}{2}$  сутокъ даетъ полное обезвреживаніе ядовъ (рис. 66); больные, правда, подвергаются исхуданію, черты лица ихъ заостряются, но они становятся болѣе подвижными, глаза проясняются, уменьшаются поносы.

\*) Промыванія желудка грудныхъ дѣтей (A. Epstein) производятся мягкимъ катетеромъ Nélaton'a со стеклянной воронкой, въ которую вливается или чистая, предварительно хорошо прокипяченная, еще лучше стерильная вода, или же растворъ 2%—3% бензойнокислаго натра. Обыкновенно самый приемъ состоитъ изъ двухъ моментовъ: при первомъ опоражнивается желудокъ, при второмъ онъ промывается. Введеніе зонда переносится тѣмъ легче, чѣмъ дѣти меньше; особенно легко удаются прополаскиванія въ первые 3—4 мѣсяца жизни. Слегка смазанный борнымъ вазелиномъ или стерильнымъ миндальнымъ масломъ катетеръ подъ руководствомъ пальца, придавливающаго одновременно языкъ, направляютъ къ задней стѣнкѣ глотки, откуда верхушка его свободно проникаетъ въ пищеводъ. Благодаря слабому въ первое время рефлексу со стороны pharynx, рвотныя движенія вслѣдствіе этой манипуляціи отсутствуютъ. Высчитавъ по разстоянію отъ кадыка до подложечки длину, на которую нужно ввести катетеръ, поднимаютъ воронку, открываютъ кранъ или зажимъ, причемъ растворъ въ силу одного давленія жидкости свободно направляется въ желудокъ. Опрокидывая затѣмъ воронку внизъ, освобождаютъ желудокъ отъ его содержимаго, смѣшаннаго съ растворомъ, а затѣмъ вторично промываютъ уже съ терапевтической цѣлью. Противопоказаніями могутъ служить: острый упадокъ силъ, общая слабость и melaena neonatorum. Для высокихъ клизмъ (A. Monti), преслѣдующихъ тѣ же цѣли, но рассчитанныхъ на весь районъ толстыхъ кишекъ, съ возможностью проникновенія жидкости въ область тонкихъ, пользуются мягкими катетерами Nélaton'a, вводя простымъ давленіемъ жидкости изъ кружки или воронки 1—2 стакана pro dosi.

Прим. ред.

\*\*) Относительно назначенія коньяка и вообще алкоголя въ подобныхъ случаяхъ до сихъ поръ еще существуетъ разногласіе: наряду съ токсинами, выпадающими изъ раствора при назначеніи алкоголя, несомнѣнно, существуютъ и другіе, растворимость которыхъ въ спирту значительно усиливается; въ подобныхъ случаяхъ назначеніе алкоголя, какъ мнѣ неоднократно приходилось видѣть, чрезвычайно быстро усиливаетъ всасываніе токсиновъ и ускоряетъ смертельный исходъ. Въ виду этого, до окончательнаго точнаго экспериментальнаго выясненія вопроса не слѣдуетъ быть слишкомъ щедрымъ съ примѣненіемъ коньяка и другихъ алкогольных напитковъ въ этомъ случаѣ.

Прим. М. В.

Затѣмъ снова необходимо приступить къ введенію пищи. Главнымъ принципомъ надо считать недопущеніе возврата явленій интоксикаціи путемъ назначенія минимальныхъ количествъ, въ первые дни повышаемыхъ лишь медленно; обязательно придерживаться правила вводить въ обилии жидкость.

Прежде всего здѣсь слѣдуетъ рекомендовать питаніе женскимъ молокомъ. Въ первые дни нужно держаться принципа наименьшихъ дозъ при частыхъ назначеніяхъ. Начинаютъ съ 5 разъ по 5 куб. см., на слѣдующій день повышаютъ до 5 разъ по 10 или 10 разъ по 5, на третій

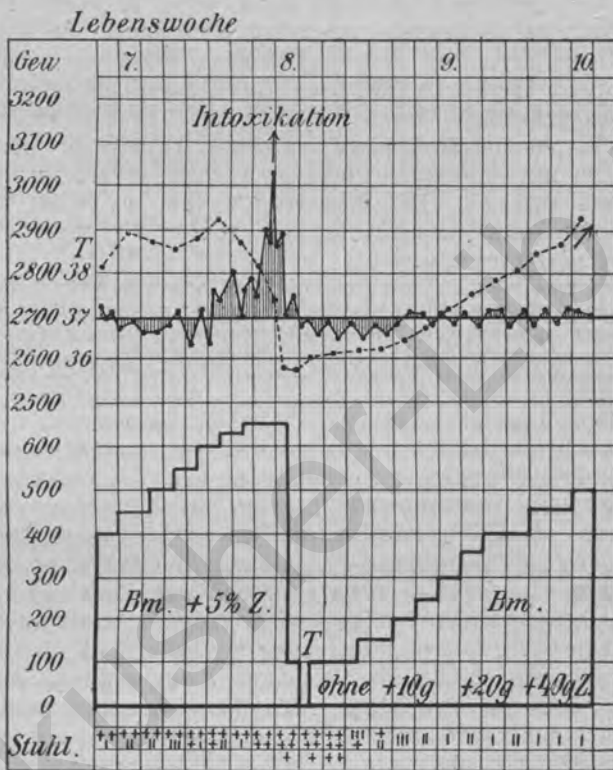


Рис. 66. Типическая интоксикація при пищѣ, богатой сахаромъ и сывороткой (пахтанье). Устраненіе лихорадки и обезвреживаніе ядовъ лишеніемъ пищи, а затѣмъ медленно повышаемаго количества пищи. + патологическій стулъ; || нормальный стулъ. Lebenswoche — недѣля жизни. Intoxikation — отравленіе. Stuhl — испражненія.

день до 10 разъ по 10 и затѣмъ сначала медленно, потомъ быстрѣ переходятъ къ большимъ дозамъ и болѣе рѣдкимъ введеніямъ пищи. Чѣмъ скорѣе ребенокъ выходитъ изъ состоянія голоданія, тѣмъ лучше; но съ другой стороны, слѣдуетъ остерегаться ухудшенія, могущаго наступить отъ чрезмѣрной поспѣшности. Такое ухудшеніе даетъ себя знать новымъ появленіемъ токсическихъ признаковъ. Вначалѣ лучше давать отцѣженное молоко. Оно переносится, въ первое время, лучше въ холодномъ состояннн, чѣмъ въ подогрѣтомъ. Лишь спустя нѣсколько дней можно непосредственно прикладывать ребенка къ груди \*).

\*) Вотъ тутъ и разбирайся, какъ знаешь! Безспорное для всѣхъ *pium desiderium* есть асептика, противъ которой возраженій нѣтъ и быть не можетъ.

При искусственном вскармливании, само собою разумеется, обезвреживание ядов может наступить при всяком способе вскармливания, если давать соответственно малые количества. Но правильнее выбрать такие смеси, в которых содержится меньше всего вредных, в физиологическом отношении, веществ—жира или сахара: поэтому лучше всего поступать так, как поступают при диспепсии, назначая обезжиренное молоко, пахта без прибавления углеводов (снятое молоко). Последнее в виду большого содержания в нем солей быстрее вызывает желаемую остановку падения веса. Дозировка и постепенное повышение должны происходить таким же образом, как при назначении женского молока. Если переносятся уже большие количества, то можно прибавлять углеводы и лечение направлять против диспепсии (см. это). Дальнейший способ вскармливания определяется тем, был ли ребенок, счастливо спасенный от отравления, раньше здоровым или уже находился в состоянии декомпозиции, или интоксикация уменьшила степень его выносливости в означенном смысле. В первом случае получаются хорошие успехи при обычных смесях, во втором—требуется лечение, указанное для декомпозиции.

При употреблении муки существуют те же правила, как и при диспепсии. Предложенная некоторыми авторами сыворожка не имеет перед пахтаньем никаких преимуществ, но скорее отличается недостатком, в виду отсутствия противокислотно действующего белка. По новейшим данным при интоксикации, повидому, оказывает хорошие результаты белковое молоко. Его свойства противодействовать брожению дают возможность быстрее увеличивать количества, чем это возможно с другими смесями.

Вскармливание при неполных, обезвреженных, по прежним взглядам смешанных формах отравления пищей с заражением или тяжелыми периодами декомпозиции должно быть приблизительно таким же, как только что описанное, дальнейшее голодание означает несомненную смерть. Единственная возможность спасения заключается в том, чтобы при сколько-нибудь достаточном вскармливании позаботиться об удлинении времени для восстановления имеющегося еще остатка функциональной способности. У детей с явлениями тяжелой декомпозиции это означает лишь отсрочку; напротив, заражения устраняются и нередко наступает выздоровление. Лучше всего медленно повышать количество пищи до такого, которое уже представляет скудную диету сохранения, и затем выжидать. В этом положении можно надеяться на успех только от женского молока и от белкового (с прибавлением 2—3% углеводов). В клиниках можно с успехом применять отцентрифужированное женское молоко \*).

Мудрая природа дает ребенку в женском молоке стерильную пищу, которую советуют подвергать влиянию наружного воздуха и даже искусственно охлаждать. Больно что-то хитро, и мы отказываемся понимать такие ухищрения.

Прим. ред.

\*) Настоящего успеха можно ожидать только от научно приведенного процентного способа, при котором точно выяснено, какие количества белков, жиров и углеводов хорошо переносятся ребенком в каждом отдельном случае.

Прим. М. Б.

## II. Разстройства питанія вслѣдствіе недостатка пищевыхъ веществъ.

### а) Простое количественное голоданіе.

Примѣры чистаго, неосложненнаго другими формами разстройствъ питанія, голоданія притомъ сильнаго, конечно, рѣдки, ибо только при особыхъ условіяхъ обычное, почти всегда обильное питаніе здороваго ребенка замѣняется противоположнымъ способомъ. Напротивъ, весьма часто приходится наблюдать клиническую картину голоданія и его послѣдствій у дѣтей, которыя вслѣдствіе первичнаго разстройства кишечника посажены родителями или врачомъ на недостаточную пищу.

Здоровыя дѣти или дѣти съ легкими разстройствами пищеваренія отвѣчаютъ на сильныя пониженія количества пищи, во 1), запоромъ, а затѣмъ первымъ крутымъ паденіемъ вѣса, которое вскорѣ начинаетъ выравниваться, но въ концѣ-концовъ происходитъ лишь постепенное уменьшеніе вѣса (рис. 66). Лишь при долгомъ длящемся сильномъ голоданіи наблюдаются другія явленія — пониженіе температуры, замедленіе пульса.

Сходство такихъ тяжелыхъ явленій голоданія съ декомпозиціей не подлежитъ никакому сомнѣнію. Оно, въ сущности говоря, понятно, ибо симптомы декомпозиціи въ концѣ-концовъ основаны на состояніи голоданія вслѣдствіе недостаточнаго всасыванія пищи или потери составныхъ частей тѣла. Но и дѣй-

### Lebenswoche

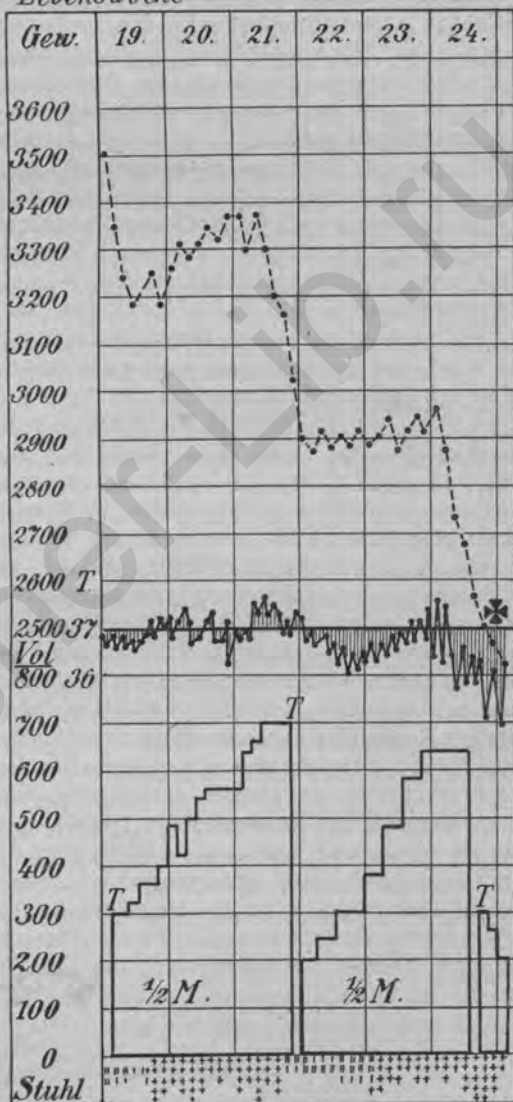


Рис. 67. Вредное вліяніе повторнаго ограниченія пищи при тяжеломъ разстройствѣ пищеваренія. Послѣ перваго періода голоданія остановка паденія вѣса, но нѣтъ улучшенія со стороны кишечника, повышенная температура, спустя короткое время новое паденіе вѣса. На третій день новаго періода голоданія наступила смерть. Lebenswoche—недѣля жизни. Vol.—объемъ пищи. Gew.—вѣсъ. Stuhl.—испражненія.

ствительно разстройства питанія, вызванныя голоданіемъ, въ концѣ-концовъ приближаются къ таковымъ же при декомпозиціи. Вначалѣ и еще въ теченіе долгаго времени голоданіе отличается отъ декомпозиціи тѣмъ, что при увеличеніи пищи нормальнымъ образомъ оно реагируетъ нормально повышеніемъ вѣса, между тѣмъ какъ при декомпозиціи наблюдается противоположное явленіе. Но наконецъ и при голоданіи ослабленіе организма настолько усиливается, что происходитъ пониженіе степени выносливости, что особенно можно наблюдать при выздоровленіи отъ тяжелыхъ спастическихъ сѣуженій привратника. Если эти дѣти, по прекращеніи рвоты, получаютъ относительно обильную пищу, то они реагируютъ даже на женское молоко часто столь же тяжелымъ парадоксальнымъ способомъ, какъ дѣти съ явленіями декомпозиціи. Смерть отъ голоданія, напр., при указанномъ спазмѣ привратника представляетъ ту же предсмертную токсическую кому, которая бываетъ при смерти отъ декомпозиціи.

Гораздо чаще наблюдаются опасныя послѣдствія голоданія у дѣтей съ тяжелыми разстройствами питанія. Здѣсь изъ чисто лечебныхъ основаній часто примѣняются лишеніе и ограниченіе пищи, но, къ сожалѣнію, въ слишкомъ большихъ размѣрахъ и безъ знакомства съ представляемой этимъ большой опасностью. У подобныхъ больныхъ дѣтей голоданіе и пониженное питаніе дѣйствуютъ совершенно иначе и гораздо тяжелѣе, чѣмъ у здоровыхъ. Во всякомъ случаѣ внезапное повышеніе введенія пищи ведетъ къ необычно большому, лишь въ послѣдствіи уплощающемуся паденію вѣса; часто наблюдаются въ то же время замедленіе пульса, пониженіе температуры, коллапсъ, даже смерть. Длительнымъ послѣдствіемъ оказывается развивающееся послѣ этихъ явленій стойкое ослабленіе выносливости, такъ что количества пищи, которая еще переносилась до періода голоданія, теперь уже вызываютъ тяжелыя явленія. Не слѣдуетъ удивляться, если въ серьезныхъ случаяхъ кратковременное лишеніе пищи даетъ толчокъ къ неудержимому концу, и если въ легкихъ даже случаяхъ та же мѣра, равно какъ продолжительное умѣренное питаніе, все болѣе и болѣе ухудшаетъ предсказаніе. Въ особенности повторные періоды голоданія, въ концѣ-концовъ, настолько ослабляютъ ребенка, что онъ обязательно гибнетъ (рис. 67). Послѣ всего сказаннаго понятно, какое значительное вліяніе оказываетъ голоданіе на теченіе разстройствъ пищеваренія. Чтобы ограничить опасность, угрожающую съ другой стороны, слѣдуетъ считать важнѣйшимъ принципомъ профилактики и леченія разстройствъ питанія: голоданіемъ и пониженнымъ питаніемъ можно устранить токсическія явленія и броженія, происходящія отъ пищи, но мѣры эти вызываютъ тяжелыя поврежденія, которыя надо всегда ограничить до минимума соотвѣтственнымъ выборомъ пищи \*).

### б) Качественное голоданіе.

Качественнымъ голоданіемъ называются тѣ формы разстройства, которыя обусловлены отсутствіемъ какого-либо основного пищевого ве-

\*) Другими словами, надо стремиться по возможности болѣе къ качественному (частичному) ограниченію пищи, чѣмъ къ количественному уменьшенію всей пищи. Это возможно въ полномъ научной формѣ только при процентномъ способѣ изученія и леченія пищеварительныхъ разстройствъ у дѣтей.  
Прим. М. В.

щества или нѣсколькихъ необходимыхъ составныхъ частей пищи при калорически достаточномъ ихъ введеніи. Разстройства эти могутъ быть не менѣе серьезнаго характера, чѣмъ общее голоданіе, ибо уже недостаточное введеніе даже одной составной части тяжело измѣняетъ общій составъ и всѣ жизненные процессы организма. Весьма часто съ качественнымъ голоданіемъ сочетается и количественное.

Изъ возникающихъ такимъ образомъ разстройствъ пищеваренія грудного ребенка наиболѣе частыми являются вредныя послѣдствія мучной пищи (Czerny и Keller).

Вскармливаніе дѣтей мучными блюдами, кашками безъ молока, съ незначительнымъ прибавленіемъ его и другихъ пищевыхъ веществъ въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ Германіи является все еще наиболѣе обычнымъ способомъ питанія въ низшихъ слояхъ населенія. „Вредное дѣйствіе муки“ часто развивается благодаря тому, что содержащая ее пища, назначенная врачомъ для леченія поноса или самостоятельно избранная матерью, дается въ теченіе слишкомъ долгаго времени. Вредъ отъ мучныхъ веществъ развивается тѣмъ сильнѣе, чѣмъ моложе ребенокъ, и чѣмъ больше содержится муки въ составныхъ частяхъ пищи.

**Картина болѣзни.** Въ немаломъ числѣ случаевъ въ теченіе нѣкотораго времени, несмотря на ненормальную пищу, отсутствуютъ замѣтныя явленія болѣзни, и можетъ даже симулироваться особенное хорошее развитіе, ибо въ силу большой способности углеводовъ связывать воду наблюдаются значительныя увеличенія вѣса. Видъ въ общемъ хорошій и свѣжій, жировая подкладка обильна. Но вскорѣ замѣчаютъ нѣкоторыя аномаліи: мышцы становятся слегка гипертоничными, видъ „пастозный“, губчатый; нерѣдко при болѣе точномъ осмотрѣ обнаруживается нервная перевозбудимость (скрытая тетанія). Затѣмъ грозитъ развитіе тяжелыхъ признаковъ, вызываемыхъ вреднымъ дѣйствіемъ мучнистыхъ веществъ, причемъ признаки эти принимаютъ весьма различный видъ, смотря по тому, назначается ли мука одна или съ разными прибавленіями.

Атрофическій типъ развивается тамъ, гдѣ главнымъ образомъ даютъ одну муку безъ прибавленія солей. Онъ врядъ ли отличается отъ картины простаго, тяжелаго голоданія, развѣ только гипертонія мышцъ и высыханіе тканей выражены особенно сильно. Бросается въ глаза часто буровато-красная окраска кожи.

При гидремической формѣ, которая возникаетъ отъ назначенія муки съ обильнымъ прибавленіемъ соли, вѣсъ значительно возрастаетъ вслѣдствіе отложенія большихъ количествъ воды въ тканяхъ, что клинически можно видѣть уже по блѣдному, вздутому виду лица, по кожѣ, напоминающей при ошупываніи губку, наконецъ, по появленію отековъ безъ признаковъ почечнаго страданія.

Указываютъ также на гипертоническую форму, главный признакъ которой состоитъ въ ригидности мышцъ. Эта гипертонія можетъ иногда достигать столь значительныхъ размѣровъ, что конечности и все тѣло становятся совершенно ригидными. Но состояніе это не обусловлено только вреднымъ дѣйствіемъ мучнистыхъ веществъ, а можетъ наблюдаться и при другихъ разстройствахъ пищеваренія.

Испражненія, смотря по характеру примѣняемой муки и наклонности къ запору или поносу, плотны или жидки, буры или желты, щелочны или кислы. При разстройствѣ процесса перевариванія муки они становятся клейстероподобными, слизистыми, пѣнистыми, благодаря развитію газовъ, кислыми или вонючими, содержатъ много не-



переваренныхъ, окрашивающихся іодомъ остатковъ. Часто вслѣдствіе броженія муки развивается раздраженіе толстой кишки съ признаками колита.

Замѣчательнымъ свойствомъ дѣтей, страдающихъ отъ мучнистой пищи, нужно считать большія и внезапныя колебанія кривой вѣса, происходящія какъ самопроизвольно и умѣренно, такъ особенно сильно выступающія въ томъ случаѣ, когда ребенокъ поражается случайнымъ расстройствомъ, главнымъ образомъ заразной болѣзней. Тогда наблюдается паденіе вѣса въ нѣсколько сотъ грм., даже до 1 клгрм. въ теченіе нѣсколькихъ дней, сопровождающееся соотвѣтственно тяжелыми общими явленіями. Такіе случаи тѣмъ чаще, чѣмъ больше ребенокъ этотъ обнаруживаетъ значительно пониженный иммунитетъ, вслѣдствіе котораго бактерійныя вліянія самаго разнообразнаго характера, особенно піодерміи, воспалительныя заболѣванія легкихъ, піелиты находятъ чрезвычайно удобную почву. Изъ осложненій небактерійнаго характера нужно назвать въ особенности хе-го-*sis corneae et conjunctivae*. Нерѣдко развивается также ясная тетанія.

**Обмѣнъ веществъ и патогенезъ.** Расстройства организма, возникающія при одностороннемъ вскармливаніи мукою, въ сущности слѣдуетъ считать качественнымъ голоданіемъ, вызваннымъ отсутствіемъ важныхъ составныхъ частей для тканей (жира, особенно бѣлка и солей), благодаря чему нѣтъ возможности правильнаго строенія здороваго тѣла, нѣтъ возможности строенія вообще. Большею частью недостаточно и введеніе пищи, такъ что одновременно идетъ и количественное голоданіе. Наблюдаемое, въ присутствіи солей и обильнаго введенія муки, отложеніе огромныхъ количествъ воды въ тканяхъ стоитъ въ связи съ колебаніями вѣса. Пониженіе иммунитета обусловливается не столько содержаніемъ воды въ тѣлѣ, сколько недостаточнымъ развитіемъ противотѣлъ вслѣдствіе процесса голоданія \*).

**Предсказаніе** тѣмъ неблагопріятнѣе, чѣмъ меньше вскармливаемый мукой ребенокъ, чѣмъ дольше продолжалось неправильное вскармливаніе. Большая смертность обусловливается неизбѣжно осложняющими зараженіями еще болѣе, чѣмъ вреднымъ вліяніемъ пищевыхъ средствъ. Весьма опасными среди осложненій оказываются тетанія и основанная на ней судороги.

**Профилактика.** Возникновеніе первичнаго вреда отъ мучной пищи предупреждается выполненіемъ правилъ питанія. Особенно важно, далѣе, при примѣненіи молочной пищи для лечебныхъ цѣлей, напр., для устраненія спазмофильныхъ признаковъ или для леченія диспептическихъ поносовъ, съ самаго начала принимать во вниманіе опасность возникновенія признаковъ вреда отъ мучнистыхъ веществъ. Въ первомъ случаѣ можно помочь прибавленіемъ бѣлковыхъ препа-

\*) Взглядъ на мучныя вредности только какъ на состояніе голоданія, несомнѣнно, является одностороннимъ, такъ какъ вслѣдствіе исключительнаго вскармливанія мукой возникаетъ цѣлый рядъ процессовъ броженія и разложенія съ образованіемъ вредныхъ продуктовъ разложенія углеводовъ. Придавая этимъ продуктамъ столь большое значеніе въ происхожденіи диспепсии и декомпозицій, Германская школа именно при исключительномъ вскармливаніи мукою почему-то закрываетъ глаза на вредное дѣйствіе излишка углеводовъ, какъ таковыхъ, и говоритъ только о голоданіи. Соотвѣтственно съ этимъ и лечебныя мѣры не могутъ претендовать на научную точность.

ратовъ, жира и небольшихъ количествъ соли, во второмъ—тѣмъ, что принципиально одностороннее питаніе нужно выполнять не дольше нѣсколькихъ дней, случайныя же затрудненія при возвратѣ къ молочной діетѣ устраняются указаннымъ ниже способомъ \*).

**Леченіе.** У маленькихъ грудныхъ дѣтей и въ тяжелыхъ случаяхъ вообще лечебнаго успѣха можно достигнуть скорѣе всего вскармливаніемъ женскимъ молокомъ. Принимая во вниманіе, что благодаря голоданію можетъ наступить ослабленіе степени выносливости, начинаютъ, какъ при декомпозиціи, съ маленькихъ количествъ (200—300 куб. стм. въ день) и затѣмъ осторожно, но быстро повышаютъ дозу, пока не дойдутъ до большей. Изъ искусственныхъ смѣсей рекомендуется цѣльное молоко, также жирное <sup>1)</sup> съ незначительнымъ прибавленіемъ углеводовъ или безъ нихъ. Здѣсь съ самаго начала надо поступать такъ, какъ будто бы имѣется на-лицо декомпозиція. Очень хорошіе и вѣрные результаты даетъ бѣлковое молоко.

При всѣхъ формахъ вскармливанія пищей, бѣдной углеводами, въ противоположность вскармливанію мукой, если дѣло не идетъ о случаяхъ чисто атрофическаго типа, въ первое время замѣчается сильное паденіе вѣса благодаря вымыванію изъ тканей отложившейся тамъ прежде воды. Иногда это паденіе можетъ достигать даже угрожающихъ размѣровъ. Поэтому часто цѣлесообразно будетъ замедлить его, прибавляя небольшія количества муки или препаратовъ мальтозы и декстрина.

При постепенномъ переходѣ отъ муки къ молоку, именно посредствомъ прибавленія небольшихъ количествъ молока къ прежней мучной пищѣ, какъ это обыкновенно дѣлается, если необходимо окончить періодъ питанія мучнымъ супомъ, назначеннымъ для устраненія поноса, возникшаго отъ молока, нерѣдко наступаютъ сильныя поносы, требующіе вновь лишенія молока. Изъ этого дѣлаютъ обыкновенно выводъ въ томъ смыслѣ, что молоко не переносится. Но часто дѣло идетъ лишь о томъ, что въ присутствіи молока мука легче подвергается броженію, чѣмъ безъ него, точно такъ же, какъ, напр., крѣпкій растворъ сахара при диспепсій самъ по себѣ переносится хорошо, между тѣмъ какъ молоко съ этимъ сахаромъ вызываетъ рѣзкіе признаки раздраженія кишечника. Въ этихъ случаяхъ можно часто достигнуть цѣли, если сразу измѣнить способъ питанія и совершенно устранить муку. Надежнѣе всего здѣсь можно достигнуть хорошихъ результатовъ назначеніемъ бѣлковаго молока \*\*).

### Ш. Вторичныя разстройства пищеваренія вслѣдствіе ослабленія степени выносливости, въ особенности разстройства вслѣдствіе парантеральнаго зараженія.

**Общія данныя.** Неоднократно было указано на то, что ребенокъ, страдающій разстройствомъ пищеварительныхъ функцій, чувствительнѣе къ зараженіямъ, чѣмъ здоровый. Дѣйствительно, лишь немногіе случаи протекаютъ совершенно безъ бактерійныхъ осложненій. Чаше всего наблюдаются зараженія кожи—чирьи и другія піодерміи, флегмоны, рожа; затѣмъ присоединяются заболѣванія дыхательныхъ путей,

\*) Прибавленіе жира въ этихъ случаяхъ неоднократно наталкивается на значительныя затрудненія, такъ какъ, согласно сказанному выше, продолжительное вскармливаніе углеводами въ значительной мѣрѣ понижаетъ выносливость къ жиру. Поэтому съ назначеніемъ жира, особенно при поносахъ, здѣсь надо быть крайне осторожнымъ, чтобы не попасть изъ огня въ полымя.

Прим. М. Б.

<sup>1)</sup> См. предыд. прим.

\*\*\*) Въ данномъ случаѣ назначеніе препаратовъ бѣлковаго молока цѣлесообразно по причинамъ, указаннымъ уже выше, т. е. для нейтрализаціи броженія гніеніемъ.

Прим. М. Б.

легких, болѣзни ушей, септицемія, піемія со всѣми многочисленными исходными точками, цистопіэлитъ, отитъ, зараженія церебральной локализаци. Зараженія эти не только легче присоеди- няются къ заболѣваніямъ ребенка, но протекають, въ виду уменьшенной защити- тельной способности, тяже- лѣе, больше склонны къ дальнѣйшему развитію и злокачественному характе- ру. Чирьи превращаются въ флегмону, флегмона распро- страняется чрезвычайно быстро все дальше и даль- ше, гриппъ ведетъ къ „тя- желой пневмоніи“ и т. д. Поразительна также незна- чительная наклонность къ заживленію ранъ у дѣтей, страдающихъ сколько-ни- будь серьезными разстрой- ствами пищеваренія.

Наоборотъ, теченіе раз- стройствъ питанія болѣе неблагоприятно благодаря всякому зараженію, что представляетъ неизбѣжное слѣдствіе (обусловленнаго случайными поврежденіями больного) дальнѣйшаго пониженія функциональной энергіи. Здѣсь наблюдаются всевозможныя степени воздѣйствія, смотря по силѣ сопротивляемости ребенка въ данный моментъ и по вирулентности заразы.

Само по себѣ зараженіе не должно вести къ вторич-

Рис. 68. Теченіе тяжелаго зараженія при леченіи бѣлковымъ молокомъ безъ замѣтныхъ раз- стройствъ пищеваренія (длительное наростаніе вѣса, испражненія лишь незначительно увеличены въ количествѣ и мало измѣнены). Lebenswoche — недѣля жизни. Gew. — вѣсъ. Osteomyelitis — остеомиэлитъ. T — температура. Vol. — объемъ пищи. Stuhl — испражненія. Eiweiss M. — бѣлковое молоко. N. Z. — количество питательнаго сахара (Nährzucker).

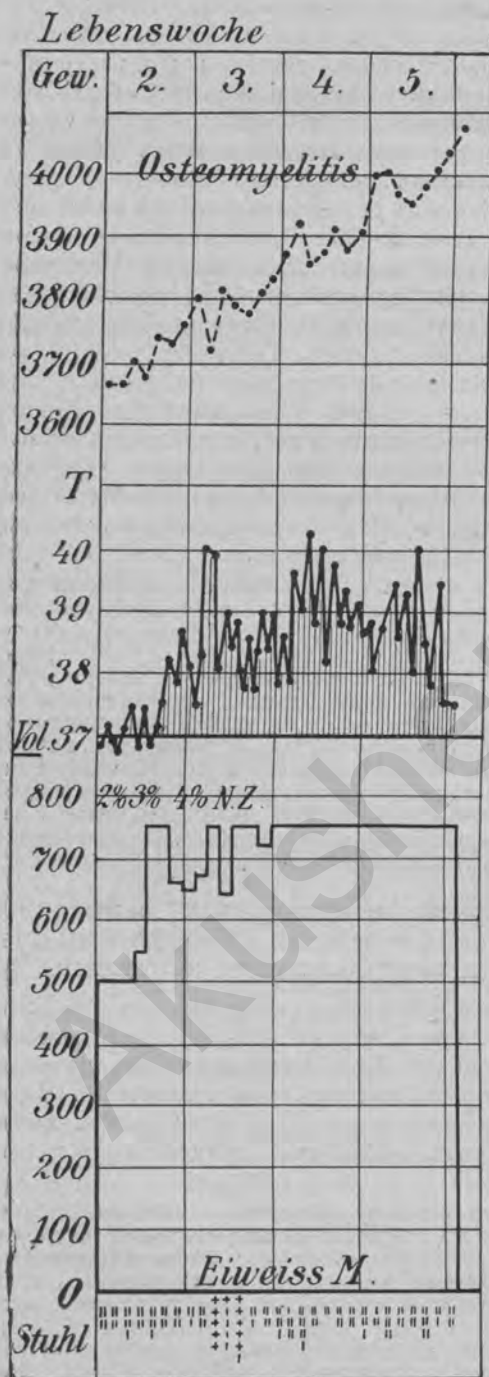


Рис. 68.

нымъ разстройствамъ питанія, по крайней мѣрѣ, къ серьезнымъ. У здоровыхъ дѣтей оно довольно часто проходитъ безъ ослабленій, даже со стойкимъ увеличеніемъ вѣса. Испражненія при этомъ могутъ



Рис. 69. Вторичное тяжелое разстройство питанія послѣ оспрививанія, напоминающее по характеру интоксикацію. Выздоровленіе при назначеніи бѣлковаго молока. + патологическія испражненія; | нормальныя испражненія. Impfung — прививка оспы. Vol.—объемъ пищи. Eiw. M.—бѣлковое молоко. +2-4% N.Z.— нормальныя испражненія.

остаться нормальными (рис. 68). Въ этомъ отношеніи различныя заразы отличаются другъ отъ друга; въ то время, какъ при піеміи очень часто наблюдаются весьма плотныя испражненія, гриппъ и колибациллезъ большею частью вызываютъ жидкія слизистыя испраж-

ненія, заразный характер которых виденъ изъ того, что дієтетическое питаніе на нихъ не вліяетъ. Даже если наступаетъ уменьшеніе вѣса, то оно очень часто основано лишь на пониженномъ питаніи вслѣдствіе потери аппетита и рвоты. Сравнительно съ этимъ, при слабой конституціи и особенно при болѣзняхъ питанія вслѣдствіе несерьезныхъ зараженій, напр., вслѣдствіе прививки оспы, развивается серьезный вредъ отъ пищи (рис. 69). Здоровыя дѣти могутъ, конечно, ослабѣть, будетъ ли это рано въ случаяхъ вирулентной инфекции, или позже, въ силу постепеннаго истощенія первоначальной силы сопротивляемости. Важна до нѣкоторой степени здѣсь и пища. При совершенно равныхъ условіяхъ то же зараженіе легче ведетъ къ вторичнымъ расстройствамъ питанія отъ тѣхъ видовъ пищи, которые и первично вызываютъ легкую диспепсію (напр., при разведеніяхъ молока углеводами, при богатомъ углеводами пахтаньи), чѣмъ при вскармливаніи женскимъ молокомъ или бѣлковымъ. Какое предствленіе надо себѣ составить объ этой связи зараженій съ расстройствами пищеваренія, указано выше.

**Симптомы.** Симптомы легкаго вторичнаго расстройства сходны съ симптомами диспепсіи, т. е. наряду съ признаками зараженія имѣются диспептические испраженія, которыя могутъ быть улучшены измѣненіемъ пищи, между тѣмъ, какъ лихорадка продолжается. Значительное, особенно въ противоположность простому пониженному питанію, крутое, прогрессирующее, даже при удовлетворительномъ введеніи пищи паденіе вѣса еще не замѣтно. Явленіе это составляетъ особенность болѣе тяжелыхъ расстройствъ питанія, которыя, въ концѣ-концовъ, по способу ихъ проявленія все болѣе и болѣе приближаются къ пищевой интоксикаціи. Угрожающія состоянія, въ особенности потери вѣса могутъ быть устранены въ очень многихъ случаяхъ такимъ же образомъ, какъ и первичная пищевая интоксикація; вызываемыя заразой явленія, конечно, осядутся. Несомнѣнно, однако, что въ немаломъ процентѣ случаевъ, которые раньше считались септическими общими интоксикаціями и имѣли тяжелое токсинемическое теченіе, въ сущности было осложненіе тяжелой вторичной интоксикаціей, каковую интоксикацію можно было устранять дієтетическимъ леченіемъ.

Сочетаніе зараженія съ расстройствами пищеваренія, особенно съ пищевой лихорадкой и отравленіемъ пищей создаетъ многія весьма замѣчательныя соотношенія. Такъ, напр., имѣющаяся лихорадка можетъ быть отчасти заразной, отчасти пищевой, соотвѣтствующія измѣненія дієты вызываютъ, благодаря устраненію пищевыхъ составныхъ частей, уменьшеніе ея, такъ что прежнее высоколихорадочное теченіе становится болѣе легкимъ; или вначалѣ заразная лихорадка не обнаруживается внѣшними признаками и можетъ перейти въ пищевую, причемъ инфекціонная болѣзнь проходитъ, присоединяющееся же пищеварительное расстройство поддерживаетъ съ своей стороны лихорадку, уступающую затѣмъ лишь ограниченію пищи (рис. 69). Въ концѣ-концовъ ребенокъ настолько сильно пострадалъ отъ зараженія, что существующее токсическое состояніе, даже во время голоданія, поддерживается аутоинтоксикаторными процессами.

У дѣтей, перенесшихъ зараженіе и раньше легко вскармливавшихся, остается состояніе истощенія, которое совершенно сходно съ истощеніемъ вслѣдствіе первичнаго перехода за границу выносливости. Эти послѣзаразные расстройства пищеваренія пищеваренія соотвѣтствуютъ, по своимъ признакамъ и способу реагированію на пищу, картинѣ расстройствъ баланса, диспепсіи и декомпозиціи.

**Распознаваніе.** Наиболѣе важнымъ признакомъ вторичныхъ раз-

стройствъ питанія является, наряду съ неполнѣ ясными по значенію поносами, прогрессирующее уменьшеніе вѣса. Если зараженный ребенокъ быстро теряетъ въ вѣсѣ, то это можетъ основываться только на разстройствѣ питанія, развѣ лишь существуетъ полный отказъ отъ пищи. Уменьшеніе вѣса, вслѣдствіе умѣренно пониженного питанія, должно прекратиться спустя нѣсколько дней или протекать безъ высокихъ паденій. Въ общемъ, реакція на лишеніе пищи или другія измѣненія діеты указываетъ, какіе симптомы, въ смыслѣ воздѣйствія на нихъ, должны считаться принадлежащими пищѣ и какіе—нѣтъ.

**Лечение.** У маленькихъ дѣтей грудного возраста надежда на благополучное перенесеніе заразы, особенно соединенной съ разстройствомъ питанія, при вскармливаніи грудью гораздо лучше, чѣмъ при обычныхъ способахъ искусственнаго вскармливанія, такъ что слѣдуетъ лишь настоятельно рекомендовать вездѣ, гдѣ только возможно, женское молоко. Новѣйшія наблюденія показываютъ, что и при бѣлковомъ молокѣ съ прибавленіемъ 2—5% сахара могутъ быть получены весьма удовлетворительные результаты. Во всякомъ случаѣ никогда не нужно подвергать ребенка голоданію! При недостаточномъ питаніи больной ребенокъ, повидимому, подвергается сильной опасности даже при правильной діетѣ, не говоря уже о слишкомъ часто, къ сожалѣнію, примѣняемомъ вскармливаніи мукой. Пока нѣтъ исхуданія, если имѣются даже умѣренныя потери вѣса, надо дозировать пищу осторожно, но такимъ образомъ, чтобы оставался еще надежный излишекъ сверхъ діеты сохраненія. Если же развиваются паденіе вѣса и токсическія явленія, то показано лишеніе пищи на  $\frac{1}{2}$  дня и возобновленіе введенія ея небольшими порціями, какъ при чистомъ отравленіи пищей. Примѣняя бѣлковое молоко, надо въ такомъ случаѣ избѣгать уменьшенія въ прибавкѣ углеводовъ ниже 2% (срв. рис. 69). Даже въ томъ случаѣ, если при этомъ способѣ не наступаетъ полного обезвреживанія ядовъ, слѣдуетъ поступать такимъ же образомъ съ повышеніемъ количества пищи, какъ было указано выше. Такимъ путемъ можно спасти многихъ дѣтей, которыя несомнѣнно погибли бы при голоданіи. Одни поносы при обѣихъ формахъ питанія отнюдь не являются поводомъ къ ограниченію пищи.

Если ребенокъ питается другимъ способомъ, то особенно въ первые 3 мѣсяца жизни рекомендуется переходъ къ женскому молоку или къ бѣлковому молоку. Если это невыполнимо, то надо все-таки по возможности избѣгать голоданія. Въ случаяхъ, когда при сильныхъ поносахъ, при уменьшеніи вѣса или явленіяхъ интоксикаціи приходится прибѣгать къ уменьшенію пищи, положеніе становится весьма неблагоприятнымъ. Въ особенности изъ маленькихъ дѣтей грудного возраста можно спасти безъ измѣненія пищи лишь немногихъ. Конечно, зараженія могутъ протекать благопріятно и при другихъ пищевыхъ смѣсяхъ, но при прочихъ равныхъ условіяхъ, преимущественно у маленькихъ дѣтей, процентъ неблагоприятныхъ случаевъ при естественномъ вскармливаніи и бѣлковомъ молокѣ, несомнѣнно, значительно меньше.

### Разстройства пищеваренія у грудного ребенка.

За исключеніемъ разстройствъ, вызванныхъ пониженнымъ питаніемъ, при всѣхъ другихъ формахъ на первомъ планѣ стоитъ „диспептическое“ свойство испражнений—поносъ. Но слѣдуетъ остерегаться

на основаніи отклоненія испражнений отъ обычной картины желтыхъ испражнений, напоминающихъ смѣшанную яичницу и имѣющихъ пріятный запахъ при нормальномъ грудномъ вскармливаніи, ставитъ сейчасъ же распознаваніе заболѣванія. Многія дѣти повременимъ, или даже въ теченіе долгаго періода, имѣютъ зеленія, жидкія, слизистыя испраженія съ мелкими хлопьями жировыхъ мылъ, болѣе частыя или измѣненныя въ другихъ отношеніяхъ, безъ того, чтобы развитіе этихъ дѣтей сколько-нибудь подвергалось измѣненію. Причины и процессы, вызывающіе такія измѣненія свойствъ испражнений, еще не вполне выяснены; во всякомъ случаѣ они не являются поводомъ для врачебнаго вмѣшательства, меньше всего для измѣненія способа вскармливанія, напр., смѣны кормилицы, ограниченіе пищи и даже отнятія отъ груди \*). О заболѣваніи можетъ быть рѣчь только въ томъ случаѣ, если имѣются не только ненормальныя испраженія, но также надежные признаки разстройствъ развитія и общаго состоянія.

Слѣдуетъ различать экзогенныя заболѣванія вслѣдствіе причинъ, лежащихъ внѣ самаго ребенка—чрезмѣрнаго вскармливанія, жары, случайнаго зараженія, неудовлетворительныхъ качествъ пищи, и эндогенныя—въ силу конституціональныхъ свойствъ самого ребенка, обуславливающихъ патологическую реакцію на введеніе женскаго молока. Первыя, кромѣ того, могутъ быть распознаны клинически уже такимъ образомъ, что они болѣе или менѣе остро развиваются вслѣдъ за періодомъ нормальнаго состоянія, вторыя обнаруживаются тотчасъ послѣ родовъ и протекаютъ хронически. Конечно, заболѣваніе первой категоріи можетъ иногда встрѣчаться и въ первые дни жизни.

### Экзогенныя заболѣванія.

**Этіологія.** Среди представителей первой группы играли раньше большую роль заболѣванія, возникшія, повидимому, вслѣдствіе ненормальныхъ качествъ молока. Предполагали, что молоко многихъ женщинъ вообще непригодно для грудныхъ дѣтей, что извѣстныя измѣненія въ состояніи кормящей матери, острыя хроническія заболѣванія, погрѣшности въ діетѣ, менструаціи, психическія возбужденія, наконецъ вещества, переходящія изъ пищи, могутъ иногда мѣнять молоко настолько сильно, что оно становится вреднымъ для ребенка. Въ общемъ же это слѣдуетъ считать предрассудкомъ. Лишь относительно менструаціи, а также въ случаяхъ вновь наступившей беременности можно допустить, что при этомъ могутъ стоять во временной связи рвота, безпокойство, диспептическія испраженія, но во всякомъ случаѣ лишь у части дѣтей; вообще же вызываемыя такимъ образомъ разстройства въ большинствѣ случаевъ не бываютъ настолько значительны, чтобы потребовать какого бы то ни было вмѣшательства, особенно измѣненія пищи, развѣ только въ случаяхъ, когда молоко начинаетъ убывать въ значительной степени \*\*).

\*) Но они представляютъ показаніе для изслѣдованія состава женскаго молока и принятія соотвѣтственныхъ мѣръ въ случаѣ ненормальности этого состава. Прим. М. Б.

\*\*) Молоко можетъ имѣть неправильныя свойства и помимо этихъ мелкихъ случайныхъ осложненій. Если измѣненія состава обнаруживаются анализомъ, то надо принять соотвѣтственныя мѣры въ видѣ измѣненія діеты, образа жизни, напр., слишкомъ сидячаго, неправильнаго (слишкомъ обильнаго или слишкомъ скуднаго) введенія жидкости и т. д., и т. д.

Гораздо важнѣе въ качествѣ причины для относящихся сюда состояній будетъ вредное дѣйствіе перегрѣванія, охлажденія или другія упущенія въ уходѣ за ребенкомъ, особенно же всякаго рода зараженія. Энтеральное или сопровождаемое желудочно-кишечными признаками парэнтеральное зараженіе (насморкъ, гриппъ, циститъ, стоматитъ и т. д.) можетъ сопровождаться и другими столь незначительными припадками, что діагнозъ становится несомнѣннымъ; но очень часто оно выражено, помимо диспептическихъ явленій, такъ мало, что лишь наблюденіе съ той точностью, какая едва ли достижима въ частной практикѣ, можетъ выяснять положеніе дѣла. Такіе признаки часто неправильно объясняются слѣдствіями ошибокъ при вскармливаніи ребенка.

Наконецъ третья причина диспепсіи — перекармливаніе. Оно едва ли возникаетъ при правильномъ, рѣдко производимомъ прикладываніи къ груди, но является въ томъ случаѣ, если дають пищу неправильно и съ короткими промежутками; абсолютныя количества пищи, въ такомъ случаѣ, часто не особенно велики.

Признаки разстройства при питаніи грудью совпадаютъ въ общемъ съ диспепсіей искусственно вскармливаемыхъ дѣтей. Тяжелыя состоянія бывають гораздо рѣже, чѣмъ при искусственномъ вскармливаніи, но они встрѣчаются въ видѣ декомпозиціи, чаще въ видѣ переходной формы между диспепсіей и интоксикаціей, т. е. съ лихорадкой, нарушеніемъ сознанія, лактозурией и т. д. Впрочемъ, не хочется вѣрить, чтобы при этихъ тяжелыхъ формахъ играло роль лишь вредное дѣйствіе пищи, а надо предполагать вызванное неправильнымъ обращеніемъ съ ребенкомъ голоданіе въ первомъ случаѣ, зараженіе — во второмъ.

**Распознаваніе.** Распознаваніе диспепсіи отъ перекармливанія устанавливается анамнезомъ и опредѣленіемъ чрезмѣрно обильныхъ количествъ пищи, распознаваніе же остальныхъ формъ — точнымъ наблюденіемъ всѣхъ побочныхъ обстоятельствъ, а также симптомовъ и теченія.

**Леченіе.** Вмѣшательство при названныхъ состояніяхъ въ общемъ не только не необходимо, но слѣдуетъ его избѣгать; надо выжидать, успокоивъ окружающихъ, до тѣхъ поръ, пока выздоровленіе не наступитъ само собой\*). Лишь при диспепсіи отъ перекармливанія надо быть болѣе активнымъ. Здѣсь необходимо строго урегулировать вскармливаніе, въ тяжелыхъ случаяхъ даже временно ограничить количество пищи. Если дѣти, привыкшія къ большимъ количествамъ пищи, при этомъ безпокоятся, то имъ сначала дають чай съ сахаромъ, въ первые дни — легкое успокаивающее средство (мединаль 0,5:50,0, 2—3 раза въ сутки по чайной ложкѣ, хлоралгидратъ 1,0:50,0 черезъ 2—3 часа\*\*). Въ случаяхъ другой этиологіи показано, прежде всего, простое выжиданіе. Лишь если наблюдаются сильное паденіе вѣса, легкое нарушеніе сознанія, признаки синюхи и другія явленія, указывающія на серьезное положеніе, надо и грудному ребенку назна-

\*) Лишь при условіи, если составъ молока, обнаруженный анализомъ, нормаленъ.

Прим. М. Б.

\*\*) Если противъ чая съ сахаромъ ничего нельзя возразить, то назначеніе сильно дѣйствующихъ снотворныхъ средствъ въ первый день жизни безусловно заслуживаетъ осужденія. Можно въ крайнемъ случаѣ прибѣгнуть къ небольшимъ дозамъ какого-нибудь препарата валеріаны или брома.

Прим. М. Б.



чить на короткое время чай съ постеленно увеличивающимися количествами пищи, какъ это необходимо при тѣхъ же состояніяхъ у искусственно вскармливаемого ребенка \*).

### Заболѣванія эндогеннаго (конституціональнаго) характера.

**Картина болѣзни.** Дѣло идетъ о дѣтяхъ, которыя съ самаго рожденія не развиваются при кормленіи грудью, въ тяжелыхъ случаяхъ вслѣдствіе плохого аппетита даже уменьшаются въ вѣсѣ, приче́мъ обнаруживаютъ ясныя, часто весьма значительныя явленія диспепсіи. Въ типическихъ случаяхъ имѣется сильное образование газовъ, приступы коликъ, потеря аппетита, частая отрыжка, срыгиванія и тошнота при значительномъ общемъ безпокойствѣ и исхуданіи. Испражненія часто представляютъ свойства жирового поноса, а вслѣдствіе соединенія перечисленныхъ признаковъ съ экзематозными и интертригинозными измѣненіями могутъ возникнуть весьма тяжелыя картины болѣзни. У многихъ дѣтей такого рода наблюдаются и другіе признаки, указывающіе на нервное предрасположеніе: вялость мышцъ или гипертонія, явленія птоза (діастазъ прямыхъ мышцъ, *costa decima fluctuans*, птозъ внутреннихъ органовъ, грыжи и т. д.), пугливость, повышенная мышечная возбудимость, блѣдность сосудодвигательнаго характера и мн. др. Кроме того, анамнезъ указываетъ на присутствіе наслѣдственности въ видѣ нервного предрасположенія.

**Этіологія.** Раньше были склонны объяснять описанную картину болѣзни ненормальными свойствами молока кормящей матери, особенно—слишкомъ большимъ содержаніемъ жира. Хотя надо согласиться, что, въ видѣ исключенія, замѣной кормилицы можно достигать улучшенія, все же считается правиломъ, что такія дѣти на одномъ женскомъ молокѣ вообще не развиваются правильно. Если принять, кроме того, во вниманіе, что та же пища, которая въ этихъ случаяхъ оказывается столь мало полезной, хорошо переносится другимъ груднымъ ребенкомъ, то станетъ ясно, что здѣсь не пища, а конституціональныя свойства ребенка являются причиной парадоксальнаго отношенія къ естественному вскармливанію \*\*). И дѣйствительно, дѣло идетъ съ одной стороны о невропатическихъ дѣтяхъ, съ другой—о представителяхъ той ненормальной конституціи, которое въ настоящее время такъ охотно называютъ эксудативнымъ діатезомъ. Оба состоянія могутъ встрѣчаться какъ отдѣльно, такъ и вмѣстѣ. При этомъ, однако, не выяснено, какъ слѣдуетъ представлять себѣ связь между конституціональнымъ разстройствомъ и явленіями въ области пищеварительнаго аппарата.

**Леченіе.** При леченіи разбираемыхъ разстройствъ не рекомендуется обычная смѣна кормилицы. Лишь рѣдко мы можемъ найти ту кормилицу, молоко которой можетъ дать ребенку наилучшіе результаты; вѣроятнѣе всего, что, несмотря на многократную замѣну, нельзя достигать желаемыхъ результатовъ \*\*\*). Особенно слѣдуетъ предостерегать отъ опыта лечить диспептические состоянія лишеніемъ пищи;

\*) Неужели для этого надо ждать, пока у ребенка наступитъ синюха съ сильнымъ паденіемъ вѣса? Прим. М. Б.

\*\*) Дѣло гораздо проще: составъ молока, не соотвѣтствующій предѣлу выносливости даннаго ребенка, можетъ вполне соотвѣтствовать выносливости другого. Прим. М. Б.

\*\*\*) Проще сдѣлать анализъ молока кормилицы и соотвѣтственными мѣрами достигнуть измѣненія его состава къ лучшему. Прим. М. Б.

голодь здѣсь никогда не бываетъ полезень, а всегда вреденъ. Напротивъ, имѣются весьма надежныя, несомнѣнныя по своему дѣйствию лечебныя средства въ видѣ прибавки препаратовъ казеина къ грудному вскармливанию или коровьяго молока \*). Даютъ 3—5 разъ въ день передъ ѣдой по чайной ложкѣ нутрозы или плазмона, лучше всего въ 30 грм. минеральной воды (напр., Эмской воды Kränchen) изъ рожка или съ помощью ложечки. Изъ смѣсей коровьяго молока больше всего рекомендуется пахтаень. Въ легкихъ случаяхъ достаточно прибавленія одной стклянки, въ тяжелыхъ—2—3, при соотвѣтственномъ уменьшеніи женскаго молока. Успѣхи обѣихъ мѣръ, въ смыслѣ улучшенія вѣса, аппетита и общаго состоянія почти всегда поразительны (рис. 70). Испражнения во многихъ случаяхъ остаются еще въ теченіе долгаго времени слегка диспептическими \*\*).



Рис. 70. Излеченіе тяжелой эндогенно-конституціональной диспепсіи на грудномъ молокѣ съ прибавленіемъ нутрозы въ Эмской водѣ. Lebenswoche—недѣля жизни. Nahrung—пища. Kaffee-Löffel Nutrose—кофейная ложка нутрозы. Frauenmilch—женское молоко. St.—испражнения.

**„Идіосинкразія“.** Иногда описанныя состоянія диспепсіи на конституціональной почвѣ достигаютъ столь тяжелой степени, что можно съ нѣкоторымъ правомъ говорить объ „идіосинкразіи“ къ грудному молоку. Иногда дѣти гибнутъ даже въ томъ случаѣ, если въ концѣ-концовъ начинаютъ прикармливать или отмѣняютъ грудное молоко. Возможно, что здѣсь играетъ роль дѣйствіе долго дѣлящагося голоданія, влияние недостаточнаго само по себѣ, введенія пищи или послѣдствія неправильнаго врачебнаго вмѣшательства. Другую, болѣе рѣдкую форму идіосинкразіи къ женскому молоку представляютъ приступы обморока, которые наблюдаются съ самаго рожденія при каждомъ прикладываніи или по крайней мѣрѣ нѣсколько разъ въ день и прекращаются послѣ отнятія отъ груди. Еще не рѣшено, играютъ ли здѣсь вредную

\*) Дѣйствіе это не такъ уже неясно. Хорошій результатъ получается только въ томъ случаѣ, если прибавляемое коровье молоко, имѣющее иной составъ, чѣмъ грудное, своими отличіями отъ него выравниваетъ недостатки грудного молока. Если же эти недостатки суммируются, то вмѣсто улучшенія наступаютъ ухудшенія. Такое же дѣйствіе имѣютъ и указанныя ниже препараты. Во избѣжаніе ошибокъ въ этомъ направленіи необходимо предварительное изслѣдованіе состава и грудного, и назначаемаго коровьяго молока. Прим. М. Б.

\*\*\*) Дѣйствіе пахтаень отчасти зависитъ здѣсь отъ улучшенія функций поджелудочной железы. Прим. М. Б.

роль свойства самой пищи или же, что вѣроятнѣе, виновато напряженіе при сосаніи въ силу нормальной сосудодвигательной возбудимости.

Весьма замѣчательна также и діосинкрязія многихъ дѣтей къ коровьему молоку. Повидимому, это всегда тѣ дѣти, которые въ виду приобрѣтенныхъ при искусственномъ вскармливаниі разстройствъ пищеваренія, были переведены на грудное вскармливаніе, при которомъ хорошо развивались, при попыткѣ же отнятія отъ груди и первомъ назначеніи имъ коровьяго молока отвѣчаютъ ненормальной реакціей. Послѣдняя наблюдалась уже при введеніи дозы въ 5 грм. и даже меньше. Явленія эти различны, смотря по дозѣ и чувствительности: въ легкихъ случаяхъ они напоминаютъ начинающуюся спустя нѣсколько дней послѣ назначенія коровьяго молока острую лихорадочную диспепсію, въ другихъ—можетъ развиваться полная картина интоксикаціи даже съ летальнымъ исходомъ \*).

Эти дѣти должны до той поры оставаться на груди, пока ихъ чувствительность постепенно исчезнетъ. Иногда можно достигнуть медленнаго привыканія назначеніемъ коровьяго молока каплями, постепеннымъ увеличеніемъ его количества. Тяжелыя токсическія реакціи нужно лечить также временнымъ прекращеніемъ пищи съ послѣдующимъ весьма осторожнымъ вскармливаніемъ, какъ вообще поступаютъ при интоксикаціяхъ; если же исключить коровье молоко и давать грудное молоко *ad libitum*, то во многихъ случаяхъ нельзя предотвратить неблагоприятнаго исхода.

### Разстройства пищеваренія у старшихъ дѣтей.

Послѣ перваго, а еще болѣе втораго года жизни обыкновенно организмъ дѣтей настолько укрѣпляется, что тяжелыя разстройства, столь часто наблюдаемая у грудного ребенка, больше уже не появляются, причѣмъ наблюдаются, главнымъ образомъ, тѣ состоянія, которыя можно называть острыми или хроническими диспепсиями. Дѣйствительно, благодаря тому, что симптоматологія ихъ главнымъ образомъ, ограничивается явленіями мѣстныхъ броженій и раздраженій, тогда какъ общее состояніе и составъ тѣла не измѣняются особенно значительнымъ образомъ, они соотвѣтствуютъ состояніямъ диспепсіи грудныхъ дѣтей. Во всякомъ случаѣ, иногда и у старшихъ дѣтей наблюдаются явленія, которыя по своему характеру и способу появленія больше всего относятся къ лихорадкѣ и интоксикаціи отъ пищи (срав. ниже, острая диспепсія), существуютъ также хроническія разстройства столь тяжелаго характера, что они вполне соотвѣтствуютъ картинѣ «декомпозиціи» (см. ниже, «Количественная недостаточность питанія»). Вѣроятность патологическаго тождества при различіи только въ степени разстройства пищеваренія у старшихъ и маленькихъ дѣтей тѣмъ больше, что въ томъ и другомъ случаѣ сохраняютъ силу тѣ же лечебные принципы.

#### Острая диспепсія и диспептическая кома.

Признаки. Острая диспепсія начинается внезапно или послѣ предвѣстниковъ, въ видѣ головной боли, потери аппетита, недомоганія со рвотой, лихорадкой, тошнотой, часто и весьма значительной протраціей. Языкъ обложенъ, существуетъ запахъ изо рта, часто ясный запахъ ацетона, легкое вздутіе живота, запоръ, впоследствии часто поносъ. Пульсъ учащенъ, но онъ можетъ быть измѣнчивъ, иногда замедленъ и неправиленъ: въ мочѣ большею частью можно обнаружить бѣлокъ и цилиндры.

При правильномъ теченіи состояніе это длится недолго: спустя 2—3 дня и даже меньше можетъ наступить выздоровленіе. Съ другой стороны, оно можетъ затянуться надолго, причѣмъ развивается то, что мы называемъ *status gastricus*.

Въ немаломъ числѣ случаевъ къ перечисленнымъ явленіямъ присоединяются еще другія, значительно измѣняющія картину болѣзни: именно въ различномъ числѣ и силѣ тѣ симптомы, которые свойственны „интоксикаціи“ грудного ребенка, которые, при извѣстной степени напряженія, вызываютъ диспептическую спячку: разви-

\*) Въ нѣкоторыхъ подобныхъ случаяхъ дѣло несомнѣнно идетъ объ анафилаксіи.

вается потеря сознанія до полной комы, спинномозговья, церебральныя явленія раздраженія, признаки усиленнаго дыханія, появленіе сахара или, по крайней мѣрѣ, сильно возстановляющихъ веществъ въ мочѣ и т. д. Иногда случаются тяжелыя, длящіяся цѣлыми часами судороги. Запахъ ацетона при этомъ особенно силенъ, въ мочѣ можно обнаружить необычно высокое его содержаніе.

Для всѣхъ этихъ явленій, какъ и для простой диспепсіи характерно быстрое исчезаніе въ 1—2 дня послѣ опорожненія кишечника, а это показываетъ, что причина заключается въ интоксикаціи со стороны пищеварительнаго канала. Подробности насчетъ свойства яда намъ неизвѣстны. Сомнительно, чтобы дѣло шло объ отравленіи ацетономъ, какъ предполагали раньше. Клиническое сходство съ отравленіемъ грудныхъ дѣтей указываетъ на то, что въ этиологическомъ отношеніи здѣсь, повидимому, дѣйствуютъ сходныя условія. Въ развитіи диспепсіи часто виноваты погрѣшности въ діетѣ, перегруженіе желудка и т. п., но часто и этихъ причинъ нельзя установить. Во всякомъ случаѣ какое-то зараженіе даетъ ближайшій поводъ къ появленію вторичныхъ разстройствъ пищеваренія, признаки которыхъ остаются и по устраненіи диспептическихъ явленій; такого рода осложненія особенно часто приходится наблюдать въ теченіе инфлуэнцы.

**Распознаваніе** вначалѣ не всегда легко — могутъ быть въ виду тифъ и тифоподобныя заболѣванія, менингитъ и т. п. Весьма многія совсѣмъ легкія разстройства, считаемыя диспепсіей, въ сущности представляютъ не что иное, какъ зараженія, протекающія съ желудочно-кишечными признаками. Надежное рѣшеніе вопроса опредѣляется состояніемъ ребенка по тщательномъ опорожненіи желудка и кишечника, послѣ которой должнo исчезнуть все, что относится къ диспепсіи; если симптомы еще остаются, то дѣло идетъ уже не о диспепсіи или, въ крайнемъ случаѣ, о диспепсіи, какъ о разстройствѣ, сопровождающемъ другія заболѣванія.

**Леченіе** состоитъ въ быстромъ удаленіи желудочно-кишечнаго содержимаго. Изъ слабительныхъ примѣняются каломель (2—3 раза по 0,05—0,1), касторовое и клещевинное масло, ремень, фиговый сиропъ и т. д. Полезны также вливанія или глицериновыя клизмы. Иногда прибѣгаютъ къ промыванію желудка. Рвотное средство (Pulv. radic. Ipecac. 5,0, Sirup. Ipecac. 30,0, рецептъ въ видѣ микстуры для взбалтыванія, каждыя 10 минутъ по чайной ложкѣ въ большемъ количествѣ теплой воды, Vin. stibiat. чайными ложками) назначаются уже теперь рѣдко. Впослѣдствіи примѣняютъ сначала супъ, затѣмъ нѣсколько дней ограниченную пищу, а также средства, возбуждающія аппетитъ.

Существуетъ еще «*Asthma dyspepticum*» дѣтей, т. е. состояніе внезапно развивающейся одышки, длящейся цѣлыми часами и днями и устраняемой опорожненіемъ кишечника. Поскольку здѣсь участвуютъ механическіе моменты (вздутіе, оттѣсненіе грудобрюшной преграды), рефлекторное дѣйствіе, интоксикація, нервная конституція — не вполне выяснено.

### Хроническая диспепсія.

(Хроническій катарръ желудка, хроническій катарръ толстыхъ и тонкихъ кишекъ).

Въ большинствѣ случаевъ хроническая диспепсія развивается изъ остраго кишечнаго разстройства, которое чаще всего заразнаго происхожденія и можетъ быть вызвано какъ энтеральнымъ, такъ и

паррэнтеральнымъ заболѣваніемъ. Рѣже началомъ является первичная острая диспепсія отъ пищи. У нѣкоторыхъ дѣтей, наконецъ, болѣзнь развивается постепенно безъ того, чтобы можно было опредѣлить начальный срокъ или указать внѣшнюю причину. Здѣсь, вѣроятно, играетъ роль конституціональное состояніе слабости, ибо вообще переходы въ хроническое состояніе, поскольку нѣтъ ясныхъ ошибокъ въ питаніи, часто трудно объяснить безъ отношенія къ опредѣленной врожденной, быть можетъ, семейной слабости пищеварительныхъ функцій.

Значительное число случаевъ приходится на 2—4 годъ жизни; послѣдствіи относящееся сюда состояніе наблюдается рѣже; многія изъ хроническихъ кишечныхъ разстройствъ у старшихъ дѣтей имѣютъ свое начало въ первомъ возрастѣ жизни.

Существуютъ различныя формы:

**Хроническая гастрогенная диспепсія**, сравнительно съ остальными формами, слишкомъ часта. Ее наблюдаютъ у худощавыхъ, подозрительно блѣдныхъ, капризныхъ, ворчливыхъ дѣтей, у которыхъ въ качествѣ признаковъ, указывающихъ главнымъ образомъ на желудокъ, замѣчаются значительная потеря аппетита, отрыжка и рвота; животъ вздутъ, особенно въ верхней части. При выкачиваніи содержимаго, наряду съ незначительнымъ катарромъ и ненормальными хроническаго свойства отношеніями особенно замѣтна ясно выраженная двигательная недостаточность желудка, которая связана въ тяжелыхъ случаяхъ съ атоніей, доходящей до гастропареза.

Гастропарезъ представляетъ состояніе гипотоніи, вслѣдствіе котораго при одномъ и томъ же наполненіи желудокъ растягивается до ненормально большихъ размѣровъ. Наивысшею степенью является атонія или атоническое расширение, при которомъ даже пустой желудокъ не въ состояніи вполнѣ сокращаться. Въ противоположность стенозамъ, развивающимся вслѣдствіе органическихъ суженій, здѣсь отсутствуетъ анатомическое измѣненіе стѣнокъ. Легкія степени гастропареза наблюдаются, какъ частное явленіе общаго состоянія слабости, далеко не рѣдко и улучшаются съ его устраненіемъ; на нихъ не слѣдуетъ обращать вниманія—для врача имѣютъ значеніе тѣ случаи, гдѣ органъ становится настолько недостаточнымъ, что является главнымъ мѣстомъ существующихъ разстройствъ\*).

Стулъ часто задержанъ, въ другихъ случаяхъ желудочное броженіе переходитъ на кишечникъ, возникаютъ хроническіе поносы, называемые „гастрогенными“.

Болѣе тяжелыя степени заболѣванія могутъ вести къ значительной слабости и закончиться смертью. При тщательномъ леченіи предсказаніе благоприятно даже въ довольно далеко зашедшихъ случаяхъ, но для полнаго восстановленія функцій необходимо много времени. При распознаваніи особенно надо отличать болѣзнь отъ нервной потери аппетита, что болѣею частью возможно безъ желудочнаго зонда, ибо дѣти съ потерей аппетита нервного свойства веселы, у нихъ нѣтъ отвращенія къ пищѣ. При наличности поносовъ ограниченіе отъ другихъ формъ диспепсіи возможно лишь при извлеченіи желудочнаго содержимаго.

Въ **обычной формѣ хронической диспепсіи** отсутствуютъ нару-

\*) Съ этимъ взглядомъ никакъ нельзя согласиться, такъ какъ расширение желудка или гастропарезъ могутъ быть успѣшно устранены лишь въ томъ случаѣ, когда имѣются еще начальныя степени этого заболѣванія, а когда заболѣваніе дошло уже до крайней степени развитія, до полнаго паралича стѣнокъ и полной атоніи, тамъ леченіе оказывается весьма мало успѣшнымъ.

шенія желудочныхъ функций. Картина болѣзни опредѣляется кишечными явленіями, особенно поносами. Часто существуетъ урчаніе, болѣзненные разстройства въ видѣ коликъ. Аппетитъ мѣняется, большею частью даже очень хорошъ. Испражненія обыкновенно появляются въ не слишкомъ большомъ количествѣ, но часто содержатъ то больше, то меньше слизи. Специальныя данныя неодинаковы: реакція можетъ быть кислой или щелочной; изъ непереваренныхъ пищевыхъ остатковъ наблюдаются въ особенности жиръ, крахмаль и остатки овощей; соединительная ткань обнаруживается лишь въ видѣ исключенія, особенно при потребленіи сырого или мало поджареннаго мяса; мышечныя волокна обнаруживаются лишь временами. Часто замѣчается пѣнистое броженіе съ интенсивными послѣдовательными явленіями. Общее состояніе мѣняется соотвѣтственно тяжести заболѣванія, питаніе въ общемъ удовлетворительно; умѣренныя степени малокровія, у маленькихъ дѣтей—рахитъ представляютъ обычное явленіе. Въ большинствѣ случаевъ обнаруживаются признаки нервной перевозбудимости, у маленькихъ дѣтей часто имѣется скрытая спазмофилия.

Весьма характерно для этихъ формъ болѣзней повторное ухудшеніе въ видѣ приступовъ, которое обусловливается или другими заболѣваніями (дыхательнымъ катарромъ и т. п.), или слишкомъ обильнымъ питаніемъ, употребленіемъ неподходящаго пищевого средства. Къ тому же наступаютъ сильныя, часто кровянисто-гнойныя, сопровождающіеся лихорадкой поносы съ сильнымъ нарушеніемъ общаго состоянія, холероподобными приступами. Встрѣчаются и типическіе приступы тетанія. Въ это время въ испражненіяхъ находятъ массу непереваренныхъ остатковъ самыхъ разнообразныхъ составныхъ частей пищи, которые при питаніи недостаточно размельченной пищей обнаруживаются въ калѣ даже цѣлыми кусками (ліэнтерія).

Весьма значительная часть относящихся сюда случаевъ оказываются при ближайшемъ разсмотрѣніи разновидностями бродильной диспепсіи, зависящей отъ плохого перевариванія углеводовъ (A. Schmidt). Здѣсь испражненія густы или жидкокашицеобразны, не содержатъ слизи или содержатъ ея мало, свѣтлы, часто наполнены пузырьками воздуха; реакція, а часто и запахи кислые; іодистая проба обнаруживаетъ крахмаль въ рѣзкой степени, микроскопически находятъ, наряду съ содержащими крахмаль клѣтками, много іодофильныхъ микроорганизмовъ. Точное химическое опредѣленіе показываетъ, что количество углеводовъ превышаетъ среднюю норму вдвое; въ бродильной трубочкѣ спустя сутки появляются признаки сильнаго броженія.

Типическій случай этого роста легко узнать при нѣкоторомъ вниманіи. Но гораздо чаще встрѣчаются, пожалуй, тѣ заболѣванія, при которыхъ измѣненія въ характерѣ испражненій менѣе постоянны, когда цвѣтъ ихъ темнѣе, реакція неостоянна, проба на крахмаль не всегда ясна. Тѣмъ не менѣе, въ виду успѣха надлежащихъ методовъ леченія здѣсь можно думать о бродильной диспепсіи, происходящей изъ углеводовъ, при которой, однако, послѣдніе настолько перерабатываются, что въ толстой кишкѣ не бываетъ уже неизмѣннаго крахмала, а лишь наблюдается кислотность; кислая реакція, съ своей стороны, можетъ быть нейтрализована обильной продукціей щелочного кишечнаго выдѣленія.

Быть можетъ, для старшаго, какъ и для грудного ребенка имѣютъ

силу тѣ правила, согласно которымъ первичнымъ при диспепсіи является разстройство въ перевариваніи углеводовъ, тогда какъ нарушение процесса усвоенія жира, тѣмъ болѣе бѣлка (мяса), развивается лишь вторично, какъ послѣдствіе вызванныхъ кислотами измѣненій процессовъ расщепленія, всасыванія и перистальтики. Признаніе первичной жировой или бѣлковой диспепсіи, какъ основы ліантерическихъ состояній, въ общемъ, не оправдывается.

Лишь въ одномъ специальномъ случаѣ, который относится собственно не къ диспепсіи, а скорѣе къ катаррамъ, вызваннымъ мѣстными раздраженіями, слѣдуетъ допустить роль бѣлка, именно—при слизистомъ колитѣ, который протекаетъ безъ замѣтныхъ, субъективныхъ разстройствъ, обнаруживается тѣмъ, что при наклонности къ запорамъ выдѣляются большія, слизистая массы, часто срастающіяся въ цѣлыя перепонки, отчасти покрывающія твердыя частицы кала, отчасти выдѣляющіяся въ чистомъ видѣ. Дѣти эти обыкновенно вскармливаются обильно мясомъ и яйцами, между тѣмъ какъ овощей и углеводовъ въ пищѣ ихъ бываетъ мало. Вызванный такимъ образомъ запоръ является причиной катара толстой кишки съ усиленнымъ отдѣленіемъ слизи.

Наиболѣе серьезной формой хронической диспепсіи слѣдуетъ считать тѣ нерѣдкіе случаи, которые Neubner называетъ „тяжелой хронической недостаточностью пищеваренія по окончаніи грудного возраста“. Дѣти, страдающія этимъ заболѣваніемъ, почти всѣ происходятъ отъ невропатическихъ родителей, представляя и сами множество признаковъ невропатіи. Часть ихъ благополучно пережила грудной возрастъ; у другихъ изъ нихъ въ это время уже были признаки заболѣваемости и слабости кишечника. Болѣзнь, въ тѣсномъ смыслѣ слова, началась либо послѣ остраго кишечнаго или легкаго заразнаго заболѣванія, либо развивалась медленно. Главнымъ признакомъ этого состоянія является, во 1) значительная наклонность къ заболѣваніямъ пищеварительныхъ органовъ у этихъ дѣтей. Незначительная „діететическая погрѣшность“, небольшое парентеральное зараженіе ведетъ немедленно къ кишечнымъ явленіямъ, которыя сами по себѣ весьма значительны и въ чрезмѣрной степени нарушаютъ общее состояніе. Паденія вѣса въ нѣсколько фунтовъ или килограмм. въ теченіе ряда дней, напр., послѣ насморка, послѣ прививки оспы, послѣ назначенія необычнаго пищевого средства, оказываются здѣсь совершенно обыденными явленіями. Къ тому же внушаютъ опасенія слабость и упадокъ силъ; часто развивается холероподобное отравленіе пищей со всѣми его типическими симптомами. Вторымъ характернымъ признакомъ является задержка въ ростѣ и вѣсѣ. Въ виду того, что и въ свободное отъ катастрофъ время замѣчаются длинные періоды остановки вѣсовыхъ прибавокъ, ясно, какъ значительно страдаетъ наростаніе. 4-лѣтнія дѣти съ вѣсомъ 12-мѣсячнаго грудного ребенка, напр., не представляютъ нерѣдкаго явленія; соотвѣтственно съ этимъ измѣняется и ростъ, такъ что можно говорить съ нѣкоторымъ правомъ объ особомъ „кишечномъ инфантилизмѣ“ (Herter). Третьимъ характернымъ признакомъ бываетъ ненормально малая возрастная способность функций: въ то время, какъ при обычныхъ хроническихъ диспепсіяхъ спустя нѣсколько недѣль примѣненія правильной діеты функциональная способность кишечника снова соотвѣтствуетъ хотя бы умѣренному повышеннымъ требованіямъ, въ этихъ тяжелыхъ формахъ чувствительность сохраняется въ неослабленномъ видѣ и долѣе, даже и тогда, когда удается удерживать испраженія въ теченіе долгаго времени въ ихъ нормальномъ видѣ. Незначительныя измѣненія и уменьшеніе пищи могутъ сейчасъ же вызывать новыя ухудшенія.

Число испражнений, помимо періода приступовъ ухудшенія, нормально или незначительно увеличено. Всегда поражаетъ масса испражнений, съ вѣсомъ до фунта и больше; реакція большею частью кислая, существуетъ сильная склонность къ броженію; часто калъ подымается въ горшкѣ, какъ тѣсто. Использование пищевыхъ веществъ плохое, особенно жира, также крахмалистыя вещества выдѣляются въ значительномъ количествѣ въ испраженіяхъ; потери организма повышаются иногда до высокой степени. Перевариваніе бѣлковъ, напротивъ, не ослаблено замѣтнымъ образомъ. Первичнымъ здѣсь является, во всякомъ случаѣ, растройство перевариванія углеводовъ, которое лишь вторично вызываетъ нарушеніе функціи усвоенія жировъ.

Состояніе общаго питанія больныхъ плохо: животъ почти всегда сильно вздутъ. Во время поносовъ можетъ появиться картина ложной водянки, ибо наполненная жидкостью петли, при измѣненіи положенія, опускаются внизъ, обуславливая притупленіе и зыбленіе.

Болѣзнь протекаетъ въ теченіе многихъ лѣтъ со смѣной періодовъ улучшенія и ухудшенія; въ теченіе цѣлыхъ мѣсяцевъ и даже лѣтъ ростъ и вѣсъ останавливаются въ своемъ развитіи, а затѣмъ снова идутъ впередъ. Повидимому, болѣзнь, по достиженіи половой зрѣлости можетъ излечиться сама собой, за исключеніемъ остающейся и дальше извѣстной чувствительности; правда, въ иныхъ случаяхъ ростъ тѣла въ теченіе долгаго времени остается ниже нормы. Смертельные исходы, однако, рѣдки, хотя иногда при острыхъ ухудшеніяхъ наблюдаются угрожающія жизни состоянія.

**Распознаваніе** хронической диспепсїи основано главнымъ образомъ на изслѣдованіи испражнений. Опредѣленіе реакціи, обнаруженіе крахмала іодомъ наряду съ простымъ осмотромъ являются главными способами макроскопическаго діагноза. Для болѣе точной оцѣнки условій перевариванія мяса, жира, овощей и крахмала необходимъ микроскопическій препаратъ; выполненіе пробной діеты (по A. Schmidt'y) требуется, однако, лишь въ видѣ исключенія. Для установленія желудочной функціи всегда, по крайней мѣрѣ при состояніяхъ, не уступающихъ тотчасъ же терапіи, слѣдуетъ выполнить выкачиваніе желудочнаго содержимаго послѣ пробнаго завтрака.

При леченіи гастрогенныхъ диспепсїй главное вниманіе нужно обратить на устраненіе остатковъ пищи, на улучшеніе желудочныхъ функцій. Полезно начинать съ промыванія желудка, затѣмъ въ теченіе нѣсколькихъ дней назначать самое скудное питаніе, не приступая однако къ настоящему леченію голодомъ; еще позже количества пищи постепенно увеличиваются, причемъ можно назначать масло или сливки, надлежащимъ образомъ приготовленные препараты муки, мяса, овощи, въ мельчайшей формѣ пюре. Паденіе аппетита вынуждаетъ снова ограничивать количество пищи. Частый контроль съ помощью зонда, частыя промыванія требуются нерѣдко. Если поступать осторожно, то можно постепенно повысить функциональную способность, причемъ поносы исчезаютъ, хотя въ тяжелыхъ случаяхъ до полного выздоровленія можетъ пройти годъ и больше. Изъ лекарствъ полезны пепсинъ съ соляной кислотой (особенно препаратъ Grüber'a), tinct. rhei vinosa (20,0) съ tinctura strychni (2,0—5,0) по 5—20 капель и orexinum tannicum (2 раза въ день по шоколадной лепешкѣ по 0,25), всѣ давать передъ ѣдой.

Обычное леченіе болѣе частыхъ формъ хронической диспепсїи есть діета, основу которой составляютъ мучные супы. Обыкновенно



венно назначают какао или желудевое какао, овсяный слизистый отваръ, дѣтскую муку, крупу, вареный рисъ съ прибавленіемъ выжатаго мясного сока, бѣлковыя порошки (нутрозу, санатогенъ и т. д.), вполсѣдствіи каши, пюре изъ овощей, наконецъ, мясныя супы. Маленькимъ дѣтямъ рекомендуется Liebig'овскій супъ. Въ цѣломъ рядѣ случаевъ дѣйствительно при этомъ леченіи кишечникъ настолько оправляется, что затѣмъ возможенъ переходъ къ смѣшанной пищѣ. Но ясно, что при углеводной диспепсіи, основанной съ самаго начала на броженіи углеводовъ, подобный режимъ неумѣстенъ. Здѣсь, напротивъ, надо уменьшить количество углеводовъ. Даютъ главнымъ образомъ мясо, бѣлый сыръ, яйца, супъ изъ овощей, овощи въ видѣ мелкаго пюре, также салатъ и фрукты; углеводы лучше всего давать въ видѣ поджареннаго хлѣба (toast), сухарей, бѣлаго хлѣба, супа и мельчайшей муки въ скудномъ количествѣ, соответствующемъ степени выносливости. Въ видѣ лекарства часто полезенъ така-діастазъ (въ лепешкахъ). Расширеніе границъ діеты всецѣло зависитъ отъ изслѣдованій кала.

Но и при не столь типическихъ случаяхъ подобныя мѣры часто весьма полезны; ихъ слѣдуетъ особенно испытать тамъ, гдѣ леченіе углеводами не даетъ результата. Если испражненія обнаруживаютъ кислую реакцію или (независимо отъ таковой) содержатъ крахмаль, то сказанное настоятельно рекомендуется. Успѣхъ большею частью замѣчается сразу. Молоко почти никогда не переносится; нужно совершенно отъ него отказаться или ограничить его небольшимъ прибавленіемъ къ кофе или чаю. Съ сахаромъ и сладкими кушаньями надо быть осторожнымъ; компотъ давать безъ сахара. Картофель зачастую дѣйствуетъ вредно. Въ первое время надо давать мясо въ видѣ пюре; въ особенности при назначеніи овощей необходимо превращеніе ихъ въ самую мелкую форму. Грубо нарубленные овощи подвергаются раздражающему кишечникъ броженію, ибо окруженный целлюлезой крахмаль не переваривается въ верхнихъ отдѣлахъ кишечника. Дѣти второго года жизни часто хорошо переносятъ бѣлковое молоко.

При леченіи наиболѣе тяжелой несостоятельности пищеваренія имѣютъ значеніе подобныя же правила. Здѣсь надо, главнымъ образомъ, щадить выносливость къ углеводамъ безъ того, чтобы произошелъ, однако, вредный недочетъ въ этой важной составной части пищи; при этомъ надо обращать вниманіе на возможно большее разнообразіе пищи. Поразительно, какъ много различныхъ веществъ (фрукты, салатъ и т. д.) переносятъ эти дѣти, если избѣгать кислога броженія; также допускаются довольно большія количества жира. Но для такихъ дѣтей нѣтъ ничего вреднѣе разнообразной пищи, состоящей изъ муки и молока. Начинаящееся острое ухудшеніе можно, большею частью, прервать временнымъ пониженіемъ углеводовъ, оставляя другую пищу въ нѣсколько ограниченномъ количествѣ. Дни голоданія или долго продолжающееся пониженное питаніе здѣсь весьма опасны. Отъ пищеварительныхъ бродий, кромѣ діастазовъ (панкреона, пепсина), едва можно ожидать пользы.

Едва ли слѣдуетъ упоминать, что при наблюденіи за больнымъ надо принимать во вниманіе не только качество, но также количество пищи, въ особенности отдѣльныхъ составныхъ частей ея. Часто неуспѣхъ обуславливается только излишкомъ или недостаткомъ.

Для леченія слизистаго колита надо обращать вниманіе на содержаніе углеводовъ въ пищѣ, далѣе, на ограниченіе мяса, яицъ, сыра, на назна-

ченіе плодовъ, не обращенной въ пюре зелени и другихъ богатыхъ остатками блюдъ (срв. леченіе запора). Здѣсь также часто полезны легкія промыванія кишечника, иногда даже леченіе прованскимъ масломъ.

Терапія всѣхъ формъ диспепсіи облегчается общимъ укрѣпленіемъ, въ особенности соотвѣтственнымъ климатическимъ леченіемъ; слишкомъ тяжелыя формы иногда значительно улучшаются во время пребыванія на морскомъ берегу или въ деревнѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ полезно леченіе минеральной водой (напр., въ Карлсбадѣ).

Поскольку здѣсь показаны вообще лекарства, надо держаться правилъ, указанныхъ для леченія кишечныхъ катарровъ заразнаго характера.

### Острыя заразные заболѣванія желудочно-кишечнаго канала.

Кромѣ расстройствъ питанія въ тѣсномъ смыслѣ слова, въ дѣтскомъ, въ особенности въ грудномъ возрастѣ существуютъ многочисленныя заболѣванія, которыя должны считаться настоящими, обусловленными прониканіемъ болѣзнетворныхъ бактерій, зараженіями пищеварительнаго канала. Посредникомъ заразы является во многихъ случаяхъ пища, особенно молоко, потому ли, что въ немъ содержатся возбудители зараженія отъ больного молочнаго скота (стрептококки при нагноеніи вымени, кишечная палочка при поносахъ), потому ли, что на долгомъ пути отъ мѣста добыванія до потребителя тѣмъ или другимъ образомъ попадаютъ въ него возбудители человѣческихъ болѣзней. Кромѣ того, существуютъ многочисленные случаи, обусловленные непосредственнымъ переносомъ отъ человѣка къ человѣку. Наблюденія домашнихъ эпидемій, особенно напоминающаго эпидеміи развитія гастроэнтерита въ пріютахъ для маленькихъ грудныхъ дѣтей являются особенно яснымъ доказательствомъ высказаннаго положенія.

Наиболѣе частой этиологіей заразнаго кишечнаго катарра бываетъ гриппъ. Желудочно-кишечныя формы этой болѣзни различной тяжести всегда достигаютъ эпидемическаго распространенія. Въ другихъ случаяхъ приходится считать возбудителями различные виды кишечной палочки, стрептококковъ и дизентерійныхъ палочекъ, иногда имѣютъ значеніе и пневмококки, синегнойная палочка, протей и многіе другіе.

Симптоматологія заболѣваній, обусловленныхъ столь различными возбудителями, въ общемъ настолько мѣняющаяся и для даннаго возбудителя, за немногими исключеніями, настолько малохарактерная, что этиологическая группировка случаевъ, въ практическомъ отношеніи, едва ли выполнима. Напротивъ, цѣлесообразно различать отдѣльныя формы съ клинической точки зрѣнія.

**Катарральный гастроэнтеритъ** отличается слизистыми, слизистогнойными, иногда слегка кровянистыми испраженіями безъ особенныхъ признаковъ раздраженія толстой кишки, появляющимися внезапно и сопровождающимися повышеніями температуры. Смотря по высотѣ лихорадки, силѣ поноса, участию общаго состоянія, можно различать легкіе и тяжелые случаи. Первые могутъ совершенно быть сходными съ упорной диспепсіей, вторые, благодаря присоединенію холероподобныхъ явленій, иногда вызываютъ очень тяжелую картину болѣзни. При соотвѣтствующемъ леченіи болѣзни проходитъ въ одну, максимумъ въ 3 недѣли.

Большинство случаевъ, вѣроятно, обусловливается гриппознымъ зараженіемъ, какъ видно уже изъ того, что необычайно часто въ то же время имѣются признаки зараженія дыхательныхъ органовъ (насморкъ, фарингитъ, бронхитъ и т. д.). Вотъ почему подобные случаи

часто называютъ бронхо-энтерокаатаррами. У маленькихъ дѣтей, особенно новорожденныхъ, рѣже у старшихъ, находятъ подобныя заболѣванія, зависящія отъ септическихъ причинъ, при которыхъ въ верхнихъ отдѣлахъ кишечника обнаруживается геморрагическое гнойное, а иногда—ведущее къ язвамъ воспаленіе слизистой, обусловленное стрептококками и другими возбудителями септицеміи. Эти случаи обыкновенно сопровождаются тяжелыми общими явленіями и часто оканчиваются смертью.

При эпидеміяхъ **азиатской холеры** дѣти, особенно въ первыя 10 лѣтъ жизни, принимаютъ большое участіе, и смертность въ особенности до 5-го года жизни весьма велика. Изъ заболѣвшихъ холерой грудныхъ дѣтей умираетъ около 80%, а во второмъ 5-лѣтїи—только приблизительно половина заболѣвшихъ. Клиническая картина едва ли отличается отъ клинической картины у взрослыхъ; здѣсь, какъ и тамъ, встрѣчаются легкія формы холеры и выраженной форма болѣзни съ *stadium algidum*, *asphycticum* и *reactionis* и съ тифомъ. Сходство съ обычной холериной и съ пищевымъ отравленіемъ можетъ быть велико. Въ эпидеміи, распознаваніе въ подобныхъ случаяхъ можетъ быть весьма затруднено.

**Тифоподобные гастроэнтериты** отличаются, главнымъ образомъ, только лихорадкой, между тѣмъ какъ поносовъ нѣтъ, или они имѣются лишь въ незначительной степени (такъ наз. гастрическая лихорадка). При этомъ могутъ отсутствовать другія явленія, помимо обложеннаго языка и потери аппетита, или замѣчаются также увеличеніе селезенки, нарушеніе сознанія, головная боль, рвота и т. д. Иногда присоединяется желтуха. По истеченіи времени отъ 8 дней до 3 недѣль, въ теченіе котораго наблюдается, большею частью, ремиттирующій типъ лихорадки, болѣзнь заканчивается литически. Сходство съ настоящимъ брюшнымъ тифомъ часто весьма велико; лишь долгое отсутствіе Widal'евской реакціи и постоянно отрицательныя данныя относительно бактерій даютъ возможность рѣшить вопросъ.

**Дизентеріеподобные энтериты (энтероколиты).** Главной причиной заразныхъ заболѣваній кишечника, сопровождающихся преимущественно пораженіемъ толстой кишки, является, съ одной стороны, зараженіе нѣкоторыми, быть можетъ, происходящими отъ воспаленія вымени у коровъ стрептококками (стрептококковой энтеритъ *Escherich'a*), съ другой стороны—особенными видами кишечной палочки (коликолитъ), наряду съ которымъ существуютъ также случаи, гдѣ обнаруживаются другія данныя. Дизентеріеподобное заболѣваніе, особенно въ первые годы жизни, встрѣчается часто и обозначается названіемъ фолликулярнаго энтерита. Оно начинается острой умѣренной или высокой лихорадкой, общими явленіями, часто тяжелаго характера, сильными слизистыми, кровянистыми, гнойными поносами, свойства которыхъ, а равно сопровождающія ихъ желанія указываютъ на то, что болѣзнь расположена, главнымъ образомъ, въ области толстой кишки. Въ благоприятныхъ случаяхъ лихорадка исчезаетъ спустя 1—5 дней, и наступаетъ само собою выздоровленіе. Но существуетъ немало случаевъ, гдѣ замѣчается другое теченіе: иногда возникаютъ холероподобныя состоянія; въ другихъ начальное улучшеніе неполно; слизистые поносы продолжаютъ; иногда наступаютъ ухудшенія въ видѣ приступовъ съ возобновленіемъ прежнихъ явленій, или развивается, при тѣхъ же слизисто-гнойныхъ испражненіяхъ, постепенно тяжелая кахексія, ведущая въ концѣ-концовъ къ смерти при явленіяхъ крайней атрофіи. Въ другихъ случаяхъ опять-таки одновременно мѣстныя заболѣванія необычнымъ образомъ распространяются все дальше и вызываютъ тяжелыя некро-

тизирующія воспаленія, которыя во многихъ случаяхъ сопровождаются высокою лихорадкой ремиттирующаго типа.

Анатомической основой заболѣванія является сывороточно-геморрагическое или геморрагически-гноенное, особенно выраженное въ толстой кишкѣ, воспаленіе съ сильнымъ опуханіемъ лимфатическихъ фолликуловъ, которые часто выпадаютъ и такимъ образомъ ведутъ къ возникновенію небольшихъ язвъ; въ тяжелыхъ случаяхъ находятъ, на большемъ или меньшемъ протяженіи, истинныя дизентерійныя измѣненія слизистой оболочки.

У маленькихъ дѣтей, какъ и у старшихъ, можетъ развиваться истинная дизентерія, иногда даже въ эпидемическомъ своемъ распространеніи. Ея симптомы сходны съ только что описанными, но лишь явленія бываютъ обыкновенно въ болѣе тяжелой степени. Подозрѣніе на специфическое дизентерійное заболѣваніе должно возникать во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда наблюдается частое появленіе заболѣваній этого рода и необычная ихъ заразительность. Бактеріологическое изслѣдованіе испражнений обнаруживаетъ, если—имѣется истинная дизентерія—присутствіе Flexner's или Shiga-Krus'овскихъ палочекъ дизентеріи, между тѣмъ какъ амёбная дизентерія въ нашихъ мѣстностяхъ встрѣчается рѣдко \*).

Особенная опасность заразныхъ желудка-кишечныхъ заболѣваній заключается въ наклонности къ осложненіямъ, среди которыхъ первое мѣсто занимаютъ нефриты и пневмоніи. Къ этому присоединяются цистопіэлиты, многочисленныя піодерміи и другія гнойныя заболѣванія и исходящія изъ кожи или изъ большого кишечника піэміческія или септическія общія зараженія. Важнѣе всего сказаннаго сочетаніе заразнаго заболѣванія съ вторичнымъ разстройствомъ пищеваренія. Ясно, что въ тяжело заболѣвшемъ кишечникѣ особенно затруднена нормальная переработка пищевыхъ веществъ, вслѣдствіе чего легко наступаетъ кислое разложеніе, обусловливающее диспепсію, затѣмъ можетъ развиваться пищевая декомпозиція, или такая же интоксикація, какъ осложненія первоначальной формы. Къ этому присоединяется также вызванное обычнымъ мучнымъ вскармливаніемъ голоданіе, достигающее иногда весьма легко своихъ роковыхъ степеней. Не нужно сомнѣваться въ томъ, что не только многія холероподобныя ухудшенія, но даже большинство исходовъ въ атрофію обусловлены не самимъ зараженіемъ, а голодомъ и другими формами вторичныхъ разстройствъ, и весьма вѣроятно, что большая часть тяжелыхъ язвенныхъ формъ и различныхъ упражненій возникаетъ именно на этой почвѣ. Уже одно недостаточное питаніе постепенно понижаетъ сопротивляемость организма, оно парализуетъ также бактеріеубивающія функціи, благодаря чему мѣстное и общее зараженія распространяются безпрепятственно.

Распознаваніе кишечнаго зараженія, въ общемъ, не представляется труднымъ. Важнѣе всего отличать его отъ пищевого отравленія, выяснить, какую роль въ несомнѣнно заражномъ заболѣваніи играетъ осложняющее диспептическое или токсическое разстройство пищеваренія. Здѣсь дѣло выясняется результатами лишенія пищи. Какъ извѣстно, въ особенноти у грудного ребенка діагнозъ даже легкихъ, подобныхъ диспепсіи, формъ представляетъ большія затрудненія. Здѣсь подозрѣніе должно быть вызвано упорностью поносовъ при обычномъ ихъ леченіи; если при пониженіи количества пищи повышеніе температуры не исчезаетъ, то вопросъ этотъ можно рѣшить окончательно въ пользу зараженія.

\*) Въ Россіи подобные случаи неоднократно были наблюдаемы проф. Лешомъ и мн. др.  
Прим. М. Б.

Этіологическій діагнозъ можетъ быть поставленъ только умѣлымъ бактериологическимъ изслѣдованіемъ испражнений. Предсказаніе различныхъ формъ гастроэнтерита у старшихъ дѣтей въ общемъ благоприятно; дизентерія и холера, конечно, занимаютъ особенное положеніе. Предсказаніе у маленькихъ дѣтей часто зависитъ существенно отъ того, поскольку врачъ умѣетъ примѣнить цѣлесообразно діететическіе методы. Если ему удастся,—а въ настоящее время это возможно въ полной мѣрѣ,—предупредить возможность развитія серьезнаго вторичнаго разстройства, то онъ достигнетъ излеченія въ поразительно большомъ числѣ случаевъ; если же онъ этого не умѣетъ, то его статистика будетъ весьма неутѣшительна.

Обычное леченіе начинается съ опорожненія кишечника (каломель по 0,05—0,1 2—3 раза; Pulv. Kurellae, фиговый сиропъ и т. д.). При дизентеріиноподобныхъ формахъ обычно рекомендуется назначеніе  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  чайной ложки клещевиннаго масла, повторяемое черезъ 2 часа въ теченіе 1— $\frac{1}{2}$  сутокъ. Впослѣдствіи главное леченіе должно быть преимущественно діететическимъ. Всѣ авторы рекомендуютъ здѣсь преимущественно мучную пищу, при улучшеніи—Liebig'овскій супъ, и впослѣдствіи осторожный переходъ къ обычной пищѣ, какъ указано выше относительно хронической диспепсіи. Совершенно справедливо всѣ опасаются молока и богатаго сахаромъ способа вскармливанія. При нѣкоторомъ вниманіи здѣсь можно установить, что не только мѣстное ухудшеніе, но даже холероподобныя состоянія большею частью вызываются чрезмѣрнымъ назначеніемъ молока, т. е. они пищевого происхожденія, а не являются слѣдствіемъ болѣзни. У старшихъ дѣтей, дѣйствительно, можно часто обойтись этимъ режимомъ. Все же здѣсь остаются весьма часто хроническія диспептическія состоянія, которыя уступаютъ лишь измѣненію пищи въ описанномъ ниже видѣ. У грудныхъ дѣтей и позже, до 3-го года жизни, успѣхи отнюдь далеко не блестящи; лишь въ части случаевъ наступаетъ выздоровленіе, между тѣмъ какъ у значительно большого числа дѣтей остается либо хроническій катарръ, либо описанныя выше опасныя осложненія и послѣдовательныя болѣзненныя состоянія. Дѣйствительно, общепринятое леченіе не соотвѣтствуетъ требованіямъ, которыя можно предъявить въ этомъ случаѣ. Надо избѣгать голоданія, чтобы сопротивляемость противъ зараженія сохранилась, а этого условія мука не выполняетъ. Надо для предупрежденія вторичныхъ разстройствъ питанія устранить броженіе и сохранить выносливость, что также не достигается легко разлагающейся, вызывающей вредное дѣйствіе мукой. Лучшаго результата можно ожидать отъ пищи, которая даетъ возможность, въ одно и то же время, избѣжать голоданія и помѣшать возникновенію вторичныхъ разстройствъ пищеваренія. Въ этомъ отношеніи, вопреки апіорнымъ предположеніямъ, у дѣтей первыхъ 2 лѣтъ жизни превосходные результаты даетъ бѣлковое молоко, вначалѣ съ прибавленіемъ 2—3% углеводовъ по способу, предложенному для диспепсіи (см. ниже, „Разстройства питанія грудныхъ дѣтей“); конечно, при энтеритѣ улучшеніе испражнений наблюдается гораздо медленнѣе, чѣмъ при чисто бродильной диспепсіи. Другія, основанныя на томъ же принципѣ, что и бѣлковое молоко, именно—на уменьшеніи углеводовъ, формы пищи могутъ дѣйствовать превосходно уже съ первыхъ дней у дѣтей послѣ одного года жизни (срв. Хроническая диспепсія). Съ этой точки зрѣнія понятна также рекомендація сырого мяса (Trousseau) и сыра (Gallois). Обильное

питаніе можетъ быть назначаемо только въ томъ случаѣ, если нѣтъ бурныхъ мѣстныхъ или общихъ разстройствъ; если же они имѣются, то надо поступать, какъ при пищевой интоксикаціи.

Изъ лекарствъ въ сначала примѣняютъ опій (по 0,001—0,02 смотря по возрасту 3—5 разъ), затѣмъ таннигенъ, таннальбинъ (до 2,0 грм. въ день), далѣе *chininum tannicum* (3 раза по 0,1—0,3), *plumbum aceticum* (0,003—0,005) 3 раза въ день и т. д. \*). Кто надѣется чего-нибудь достигнуть этими способами, можетъ въ послѣднемъ періодѣ же примѣнять и промыванія кишечника (*solut. alum. acet.* 2%, *albargin* 1%), поваренную соль, взвѣси изъ салициловокислаго висмута (1,0—8,0) на 100,0 грм. слизи, отваръ черники и т. д. Можно назначить возбуждающія средства, водолечебные приемы противъ болей живота, безпокойства и лихорадки.

Испраженія должны быть обеззараживаемы обычнымъ способомъ; для пеленокъ и подкладки слѣдуетъ пользоваться особенно дешевыми веществами, которыя можно немедленно сжечь<sup>1)</sup>. Окружающимъ и ухаживающему персоналу нужно указать на опасность, которой они сами подвергаются, ибо при дизентеріи и дизентеріеподобныхъ поносахъ взрослые также подвергаются риску зараженія. При учащеніи случаевъ болѣзни надо изслѣдовать источникъ зараженія (пищевыя средства, воду, носителей палочекъ).

### Кишечная бугорчатка.

Вторичное туберкулезное заболѣваніе кишечника большею частью вызывается проглатываемыми и происходящими изъ легкихъ палочками туберкулеза и у дѣтей старшаго возраста встрѣчается такъ же часто, какъ и въ позднѣйшее время. Гораздо рѣже бываетъ первичная бугорчатка кишечника, при которой кишечникъ представляетъ единственную или по крайней мѣрѣ первую локализацию болѣзни. О частотѣ этой первичной формы мнѣнія патолого-анатомовъ расходятся; во всякомъ случаѣ первичная бугорчатка дыхательныхъ органовъ превосходитъ наивысшія цифры бугорчатки кишечника по крайней мѣрѣ вдвое. Чѣмъ моложе дѣти, тѣмъ рѣже встрѣчаются первичныя кишечныя заболѣванія; для грудного возраста извѣстны лишь отдѣльные случаи.

Посредникомъ первичнаго зараженія кишечника является во многихъ случаяхъ пища; въ другихъ дѣло идетъ о зараженіи грязью. Особенный интересъ представляетъ вопросъ, можетъ ли бугорчатка

\*) Однимъ изъ лучшихъ средствъ въ этомъ случаѣ является ипекакуана. Недаромъ въ настоящее время она носитъ названіе „противодизентерійнаго корня“ въ Бразиліи, гдѣ дизентерія такъ часто свирѣпствуетъ. Она должна быть назначаема по особому бразильскому способу, который я примѣняю уже въ теченіе 12 лѣтъ. Способъ этотъ заключается въ слѣдующемъ: на опредѣленное количество корня ипекакуаны, напр. 0,1—0,3, берутъ воды въ 4 раза больше, чѣмъ желаютъ получить въ окончательной микстурѣ, напр. для полученія 100 грм. берутъ 400 грм. воды, и кипятятъ въ теченіе 4 часовъ, пока останется желаемое количество.

Rp. Rad. *ipecacuanhae* 0,1—0,3. Coque per horas 4 cum. Aq. dest. 400,0 ad remanent. 100,0. D. S. Черезъ часть по чайной ложкѣ.

При такомъ продолжительномъ кипяченіи разрушаются рвотныя и отхаркивающія свойства ипекакуаны и сохраняется только ея противодизентерійное дѣйствіе. Ипекакуана въ соединеніи съ клещевиннымъ масломъ должна считаться, несомнѣнно, наилучшимъ средствомъ противъ дизентеріи (кромѣ сыворотки).

Прим. М. Б.

<sup>1)</sup> Напр. фабрикаты *Mullzellstoffabrik Kassel*.

животных передаваться ребенку при употреблении мяса бугорчатково-рогатого скота и особенно молока. По всей вероятности, этот способ заражения, сравнительно с опасностью от человеческой бугорчатки, играет весьма незначительную роль; последние широко поставленные исследования Гигиенического Бюро во всяком случае обнаружили лишь в отдельных случаях присутствие *typus bovinus* палочки бугорчатки. У грудных детей подобные случаи встречаются особенно редко.

Патолого-анатомическое исследование показывает, что кишечная бугорчатка начинается небольшими узелками, которые затем вскоре превращаются в язвы с подрывными краями. Благодаря слиянию их происходят большие потери вещества, в окружности которых возникают новые узелки. Нередко кишечник кольцевидно покрыт язвами (поясная язва). В окружности возникает слипчивое воспаление брюшины, а затем заболванье брыжеечных желез (см. об этом). Во многих случаях замечаются также признаки рубцевания. Опоясывающая язва может подать повод к сужениям, вследствие сращения брюшины могут возникать перегибы. Главные изменения располагаются по ходу тонкой кишки вниз, вплоть до слепой, между тем как толстая кишка не поражена или задета лишь незначительно.

**Симптомы.** Болѣзнь начинается изменением настроения, усталостью, неправильной лихорадкой, затем присоединяются поносы и боли в животѣ. Кишечник местами слегка чувствителен к давлению, живот, большею частью, не вздут или вздут незначительно. В испражнениях может быть обнаружена слизь, при микроскопическом исследовании крови.

Продолжительность болѣзни весьма значительна. В тяжелых случаях с гектической лихорадкой развивается крайнее исхудание и в концѣ-концов смертельный исход. Но возможны ремиссии, даже полное выздоровление.

Из осложнений надо назвать: прободение язвы с последующим острым перитонитом, кровотечение из разѣденных сосудов кишечника, бугорчатку брюшины, общую просовидную бугорчатку или туберкулезный менингит. После заживления язвы могут остаться кишечные сужения вследствие рубцового сморщивания, сдавливания тяжами брюшины, перегибы, сращения. Всѣ они требуют особого лечения.

Распознавание не всегда легко. Основано оно на долго продолжающейся лихорадкѣ, упорных поносах, одновременной наличности других признаков бугорчатки и нахождении палочек ея, что значительно облегчается новейшими способами. Положительная реакция Pirquet не доказывает безусловно, что упомянутые симптомы действительно туберкулезного характера. Она может обуславливаться и другими, недоступным распознаванию, скрытым очагом.

Лечение заключается в том, чтобы с помощью соответственной диеты противодѣйствовать исхуданию и возникновению вторичных бродильных диспепсий. Впрочем здѣсь имѣют значение общія мѣры (климатическое лечение и т. д.), вообще обещающія успѣхъ в борьбѣ с бугорчаткой. Из лекарств тяжелые металлы пользуются хорошей славой. Могут быть испытаны *bism. salicylicum*, дерматолъ в дозахъ по 0,5—1,0 грм. нѣсколько разъ в день, *plumbum aceticum* по 0,003—0,005 в течение нѣсколькихъ дней, *ferrum pyrophosphoricum cum ammonio citrico* 2,5:150,0 по чайной—столовой ложкѣ 2 раза в день, иногда также бѣлая глина, *bolus alba* (2—3 раза в день по

2 чайныхъ ложки и больше), опій, растительныя вяжущія (descoct. rad. colombo или ligni samprichiani 10:200). Срв. также сказанное относительно бугорчатки брюшины \*).

### Полипозъ кишечника.

Симптомы. Частымъ явленіемъ у дѣтей бываетъ отхожденіе нѣсколькихъ капель или даже большаго количества свѣжей крови изъ задняго прохода, происходящее большею частью съ испражнениями, рѣже отдѣльно. Помимо небольшихъ кровотеченій, легко поддающихся распознаванію, изъ-за твердыхъ каловыхъ массъ, при наличности трещинъ и помимо весьма рѣдкихъ кровотеченій вслѣдствіе геморроя и злокачественныхъ опухолей, кровь можетъ отдѣляться изъ небольшихъ доброкачественныхъ опухолей толстой кишки папилломатознаго строения, наблюдаемыхъ въ трехъ формахъ. Во 1) сидяціи на ножкѣ и достигающей величины вишни, такъ назыв. полипъ прямой кишки, который иногда можетъ быть даже выдвинутъ изъ задняго прохода; во 2) кровь просачивается въ одномъ или въ нѣсколькихъ мѣстахъ изъ видимо неизмѣненной слизистой, которая лишь при тщательномъ осмотрѣ оказывается покрытой мельчайшими бородавкообразными разрощеніями; въ 3-мъ, болѣе тяжеломъ случаѣ настоящаго кишечнаго полипоза большая часть нижнихъ отдѣловъ кишечника, даже вся толстая кишка усѣяна безчисленными, разнообразной величины, бородавчатыми и полипозными опухолями.

Для распознаванія достаточно изслѣдованія пальцемъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ, ибо опухоли недоступны ощупыванію, отчасти въ виду ихъ мягкости. Лучше всего пользоваться для этой цѣли ректоскопомъ малаго калибра. Отдѣльныя опухоли безвредны. При полипозѣ, напротивъ, благодаря постояннымъ потерямъ крови, можетъ постоянно развиваться значительное малокровіе, причѣмъ оно можетъ явиться въ томъ случаѣ, когда потери крови незначительны. Тяжелые случаи часто протекаютъ при картинѣ хроническаго колита, въ послѣднихъ же стадіяхъ, кромѣ малокровія, наблюдаются тяжелая кахексія и отеки. Тогда предсказаніе становится весьма неблагоприятнымъ.

Леченіе состоитъ по возможности въ удаленіи полиповъ ножницами или петлей подъ мѣстнымъ наркозомъ. Кровотеченія изъ небольшихъ бородавокъ устраняются прижиганіемъ или прижигающими средствами (трихлоруксусной кислотой, перекисью водорода). При кишечномъ полипозѣ можно ожидать часто успѣха отъ комбинированнаго способа. При очень обширномъ, въ особенности заходящемъ высоко вверхъ заболѣваніи врядъ ли можно ожидать удовлетворительныхъ результатовъ.

## Первыя заболѣванія желудочно-кишечнаго канала.

### Врожденный спастическій стенозъ привратника.

(Гипертрофическій стенозъ привратника).

Наиболѣе поразительный симптомъ заболѣванія — сильная некротимая рвота, которая въ тяжелыхъ случаяхъ можетъ сопровождаться явленіями боли, судорогами при глотаніи и тошнотными движеніями. Болѣзнь начинается большею частью на 2—3-й недѣлѣ жизни, иногда еще раньше, но бываетъ и позже, напр., на 3—4-мъ мѣсяцѣ. Рвота свободна отъ желчи, обыкновенно сильно кислой реакціи, въ немаломъ числѣ случаевъ даетъ сильную реакцію на свободную соляную кислоту.

\*) Гдѣ же, какъ не здѣсь слѣдуетъ примѣнять симптоматическое, продолжительное (цѣлыми мѣсяцами) леченіе углекислымъ гваяколомъ? Вѣдь если можно еще сомнѣваться въ благотворномъ дѣйствиіи этого медикамента при другихъ локализацияхъ туберкулеза (бронхіяльныя железы, легкія и проч.), то при бугорчаткѣ кишечника сомнѣваться въ этомъ прямо-таки грѣшно. По крайней мѣрѣ мы съ большимъ успѣхомъ назначаемъ этотъ благодѣтельный медицинскій препаратъ въ комбинаціи съ пепсиномъ. При такомъ леченіи всегда удается настроить кишечникъ, улучшить аппетитъ, уменьшить лихорадочную кривую, улучшить самочувствіе.

Прим. ред.



При этомъ страданіи наблюдается остановка вѣса, медленно идущее, прогрессирующее исхуданіе, скудная моча, упорный запоръ, запавшій животъ, желудочная область вздута, часто встрѣчается ригидность желудка и сильныя перистальтическія волны, направляющіяся слѣва направо (рис. 71) и дающія возможность заключить, что опо-

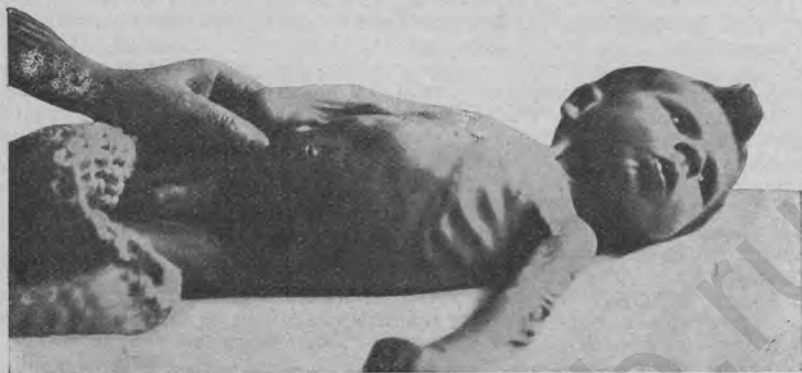


Рис. 71. Перистальтика желудка при спастическомъ суженіи его. (Гейдельбергская университетская дѣтская клиника. Проф. E. Feer).

рожненіе желудка встрѣчаетъ препятствія. Въ подтвержденіе такого вывода при осторожномъ ощупываніи подъ печенью, соотвѣтственно правому краю прямой мышцы обнаруживается смѣщающаяся валикообразная опухоль, величиной, приблизительно, въ волошскій орѣхъ.

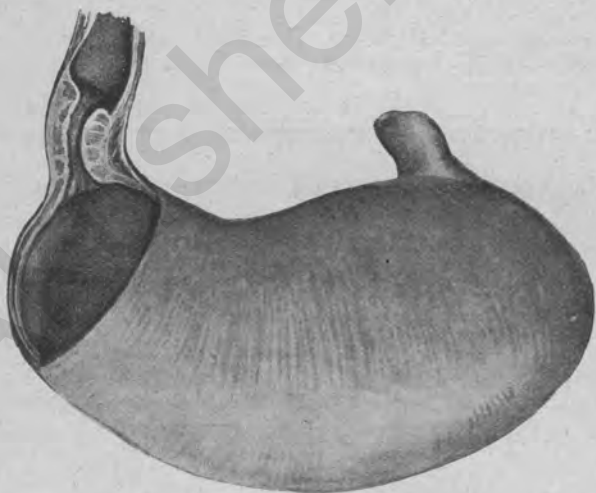


Рис. 72. Желудокъ при спастическомъ суженіи привратника (полусхематически).

Патологическая анатомія. Опухоль оказывается на трупѣ привратникомъ, окруженнымъ утолщенными гипертрофическими мышцами; онъ, подобно прилегающей, также снабженной гипертрофическими мышцами, привратниковой части, плотно стянутъ, такъ что получается длинное, твердое, какъ хрящъ, опухолевидное образованіе длиной въ нѣсколько см. (рис. 72). Благодаря контрактурѣ вызывается

сужение у выхода желудка, являющееся причиной всѣхъ клиническихъ явленій. Для того, чтобы растянуть это сужение на трупѣ, необходимо гораздо большее давленіе, чѣмъ при нормальномъ „систолическомъ“ желудкѣ.

Объясненія анатомическихъ данныхъ окончательно еще не дано. Большинство наблюдателей въ настоящее время полагаютъ, что дѣло идетъ о первичномъ спазмѣ привратника съ присоединяющейся компенсаторно гипертрофіей мышцъ. Точно также можно спорить еще относительно сущности болѣзни. Во всякомъ случаѣ дѣло идетъ о неврозѣ, который, согласно анамнезу, возникаетъ на почвѣ наследственнаго предрасположенія, и который ведетъ, главнымъ образомъ, къ пилороспазму, а затѣмъ къ гиперестезіи слизистой оболочки, гиперкинезу, быть можетъ, и къ гиперсекреціи.

Болѣзнь наблюдается преимущественно у грудныхъ дѣтей, притомъ и у такихъ, по отношенію къ которымъ не было ошибокъ въ техникѣ вскармливанія. Часто она бываетъ у нѣсколькихъ дѣтей одной и той же семьи. Въ нѣкоторомъ числѣ случаевъ отмѣченъ птозъ не только желудка, но и остальныхъ брюшныхъ внутренностей, а равно вялость всѣхъ мышцъ.

Распознаваніе въ большинствѣ случаевъ ставится легко, если берутъ во вниманіе раннее начало и всѣ типическіе признаки; скорее всего къ смѣшенію даетъ поводъ простой не гипертрофической пилороспазмъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ подобная картина вызывается врожденными стенозами, давленіемъ опущенной печени на двѣнадцатиперстную кишку, перитонитическими тяжами и т. д. Противъ глупо сидящихъ стенозовъ говоритъ постоянное отсутствіе желчи.

Теченіе и исходъ болѣзни зависятъ отъ тяжести случая, силы суженія, отъ степени рвоты. Легкія формы отличаются тѣмъ, что всѣ уменьшается лишь сравнительно медленно, даже держится на одной высотѣ, что по крайней мѣрѣ черезъ день бываютъ испражненія. Въ этомъ случаѣ можно съ полной надеждой рассчитывать на выздоровленіе. Спустя нѣсколько недѣль, большею частью спустя 2—3 мѣсяца, иногда позже, рвота становится рѣже, испражненія чаще, затѣмъ является возможность болѣе обильнаго питанія, наступаетъ болѣе быстрое наростаніе вѣса и, наконецъ, полное выздоровленіе. Въ послѣдующіе годы эти дѣти не обнаруживаютъ особыхъ припадковъ со стороны желудка. Въ тяжелыхъ случаяхъ паденіе вѣса съ самаго начала сильное, испражненія происходятъ съ очень большими промежутками, большія ежедневныя потери вѣса не прекращаются даже тогда, когда при ослабленіи судороги является возможность увеличить количество пищи. Такіе больные скоро переходятъ въ своеобразное состояніе съ помутнѣніемъ сознанія, при незначительномъ введеніи пищи у нихъ обнаруживается сахаръ въ мочѣ, однимъ словомъ—ихъ вовсе нельзя кормить. Быть можетъ, здѣсь дѣло идетъ лишь о крайней степени голоданія. Въ это время спасеніе уже совсѣмъ невозможно, раньше же оно возможно при оперативномъ вмѣшательствѣ.

При леченіи слѣдуетъ предостерегать отъ обычной попытки успокоить желудокъ лишеніемъ пищи (чаемъ или назначеніемъ слизи). Этимъ нельзя достигнуть ничего, но есть рискъ, что маленькій и мало устойчивый ребенокъ, благодаря голоданію, будетъ настолько ослабленъ, что легкій случай превратится въ тяжелый.

Способъ вскармливанія, какимъ можно бы устранить навѣрное рвоту, неизвѣстенъ. Лучше всего поэтому давать женское молоко, ибо при немъ, по крайней мѣрѣ, опасность разстройствъ пищеваренія,

осложняющих голоданіе, меньше всего. Способы кормленія у различныхъ врачей различны: Neubner совѣтуетъ правильно прикладывать ребенка къ груди каждые 3 часа и, не обращая вниманія на рвоту, давать пить сколько угодно, Ibrahim рекомендуетъ прикладывать позже и вначалѣ давать минимальныя количества охлажденнаго льдомъ, сцеженнаго женскаго молока съ частыми промежутками: сначала каждый часъ по 10 грм., затѣмъ съ болѣе продолжительными промежутками по 15, 20, 25 грм. и т. д. При 300 грм. пищи устраняется опасность голодной смерти. Изъ способовъ искусственнаго вскармливанія заслуживаютъ, на первомъ мѣстѣ, согласно результатамъ клиническихъ наблюденій, при простомъ пилороспазмѣ свободныя отъ жира смѣси (пахтанье, снятое молоко); но ихъ польза, если она имѣется, отнюдь не такъ ясна, какъ при указанномъ выше заболѣваніи. Помимо того, нѣтъ опредѣленныхъ указаній. Иногда полезно давать передъ каждой ѣдой по столовой ложкѣ Карлсбадскаго Мюльбруненна, кромѣ того, дѣлать 3 раза въ день по 2 часа горячія припарки. Изъ лекарствъ даютъ съ мало утѣшительными результатами: tinct. opii по  $\frac{1}{20}$  —  $\frac{1}{10}$  капли на приемъ, extr. belladonnae по 0,001—0,003 на приемъ, кокаинъ или менѣе ядовитый новокаинъ, алипинъ 0,001 на приемъ незадолго до ѣды и т. п. Промываніе желудка одни авторы хвалятъ, другіе не совѣтуютъ его. Для предупрежденія обѣдненія организма водой слѣдуетъ примѣнять вливанія поваренной соли.

Цѣлесообразнѣе замѣнить ихъ вкапываніями въ прямую кишку (ирригаторомъ, трубкой, тонкимъ Nélaton'омъ № 11, укрѣпляя ихъ липкимъ пластыремъ), для которыхъ наиболѣе пригоденъ слѣдующій растворъ: хлористаго натра 7,0, хлористаго калия 0,1, хлористаго кальція 0,2, воды 1000. При нѣкоторомъ вниманіи удастся выполнять эти введенія 2 раза въ сутки по 2 часа (каждыя 2 секунды по каплѣ) и такимъ образомъ въ день ввести около 400 грм. жидкости. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно даже замѣтить какъ бы непосредственное вліаніе на рвоту. При столь кратковременномъ лежаніи трубки едва ли можно опасаться пролежня.

Если желудокъ удерживаетъ большія количества, то рекомендуется вначалѣ поступать все-таки осторожно. Многія дѣти настолько пострадали отъ долгаго голоданія, что при слишкомъ раннемъ и обильномъ питаніи они очень легко получаютъ тяжелыя расстройства пищеваренія, протекающія съ явленіями интоксикаціи отъ пищи, между тѣмъ какъ этого всегда можно избѣгнуть, соблюдая нѣкоторую осторожность.

Въ тяжелыхъ случаяхъ имѣетъ значеніе хирургическое вмѣшательство, для котораго наиболѣе пригодна пилоропластика. Показанія для нея въ настоящее время еще трудно установить; повидимому, слѣдуетъ дѣлать ее не позже того времени, когда сумма вѣсовой потери начинаетъ приближаться къ трети первоначальнаго вѣса тѣла, но можетъ быть даже раньше, если не останавливается круто идущее паденіе, ибо при столь тяжеломъ голоданіи уже спустя короткое время грозитъ столь глубокое ослабленіе организма, что дальнѣйшее выжиданіе дѣлаетъ возможность возстановленія весьма сомнительной. Дѣтей въ упомянутомъ состояніи спячки надо считать во всякомъ случаѣ погибшими.

### Привычная и неукротимая рвота грудныхъ дѣтей. (Простой пилороспазмъ).

У многихъ дѣтей извергается обычно то меньшее, то большее количество пищи. Если при этомъ дѣло идетъ при чрезмѣрномъ введеніи объ устраненіи излишка, то, въ сущности говоря, здѣсь нѣтъ болѣзни,

но она есть, если явленіе это остается и при осторожномъ, скудномъ питаніи. Это бываетъ даже въ томъ случаѣ, если и не было раньше никакихъ заболѣваній желудка. Во многихъ случаяхъ, однако, эта привычная рвота приближается къ диспепсiи, оставаясь въ теченіе долгаго времени по выздоровленіи отъ нея. Обыкновенно при этомъ наблюдается умѣренная ишохимія.

Во многихъ случаяхъ рвота настолько усиливается, что наступаетъ пониженное питаніе, она можетъ принять даже столь сильный характеръ, какъ при гипертрофическомъ суженіи привратника. Но здѣсь нѣтъ перистальтическихъ волнъ, не прощупывается опухоль привратника, не развивается запоръ. Напротивъ, несмотря на незначительное попаданіе въ кишечникъ пищи, ежедневно происходятъ нѣсколько разъ слизистыя испраженія, часто даже въ видѣ поноса.

Состоянія эти также имѣютъ въ основѣ своей, вѣроятно, какъ и пилороспазмъ, сопровождающійся гипертрофіей, конституціональную чрезмѣрную возбудимость нервной системы. Идетъ ли здѣсь дѣло только о гиперестезiи слизистой, или одновременно имѣется также спазмъ привратника, еще не рѣшено. Гипертрофіи привратника, во всякомъ случаѣ, при вскрытіи не находили. Предсказаніе при правильномъ леченіи благоприятно, при ошибкахъ въ этомъ отношеніи дѣти могутъ умирать голодной смертью. До полного исчезанія чувствительности проходитъ обыкновенно 2—3 мѣсяца.

При леченіи такихъ дѣтей, которыя заболѣли на искусственномъ вскармливаніи, назначеніе женскаго молока даетъ несомнѣнное улучшеніе; во всякомъ случаѣ, какъ и при спазмѣ, сопровождающемся гипертрофіей, проходитъ много времени до той поры, пока наступитъ замѣтное улучшеніе. Скорѣе можно достигнуть его назначеніемъ свободной отъ жира пищи (снятого молока или пахтанья) съ соотвѣтствующимъ прибавленіемъ углеводовъ. Иногда полезнымъ оказывается назначеніе щелочей (Карлсбадской воды). Промыванія желудка не даютъ надежныхъ результатовъ. На легкіе случаи можно вліять иногда предварительной обработкой молока сычужнымъ порошкомъ пегниномъ (Dungen). Изъ лекарствъ, кромѣ названныхъ при пилороспазмѣ, хвалятъ еще *patrium citricum* (5,0 на 300,0, столовая ложка передъ каждой ѣдой) и протарголъ (0,1:50,0 по чайной ложкѣ передъ ѣдой). Если рвота исчезаетъ при свободной отъ жира пищѣ, то все еще проходитъ 2—3 мѣсяца, пока не прекратятся возвраты болѣзни въ случаяхъ перехода къ пищѣ, содержащей жиръ.

### Періодическая рвота старшихъ дѣтей.

Этимъ именемъ обозначаютъ появляющіеся въ видѣ приступовъ, продолжающіеся отъ нѣсколькихъ дней до одной недѣли или нѣсколько дольше, возникающіе у ребенка повторные пароксизмы рвоты, сопровождающіеся большею частью лихорадкой и другими расстройствами пищеваренія. Случаи, относящіеся къ грудному возрасту, сомнительны. Напротивъ, извѣстны уже наблюденія у дѣтей, пережившихъ этотъ періодъ жизни. Въ большинствѣ случаевъ поражается возрастъ отъ 4 до 8 лѣтъ. Съ наступленіемъ половой зрѣлости припадки прекращаются.

Каждый отдѣльный припадокъ выражается предвѣстниками: измѣненнымъ настроеніемъ, желудочными явленіями, также поносами. Затѣмъ начинается внезапная рвота, которая повторяется съ короткими промежутками, ничѣмъ не можетъ быть прекращена и въ тече-

не короткаго времени доводитъ ребенка до состоянія слабости, видимо внушающей опасенія. Въ то же время замѣчается сильное содержаніе ацетона въ мочѣ, также и выдыхаемый воздухъ имѣетъ рѣзкій запахъ его, почему и возникло названіе „vomissements incoercibles avec acetoneémie“. Иногда бываетъ желтуха. Продолжаясь значительное время, приступъ внезапно прекращается, дѣти быстро оправляются, пока спустя нѣсколько недѣль, мѣсяцевъ, даже болѣе того не явится новый приступъ.

Еще пока трудно понять причину этого заболѣванія. Несомнѣнно, оно развивается на почвѣ нервной конституціи. Въ пользу такого предположенія говоритъ ограниченіе случаевъ заболѣванія зажиточными семьями, регулярная наличность другихъ формъ невропатіи, благотворное дѣйствіе, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, внушенія. Иные относятся болѣзнь къ истеріи. Относительно происхожденія самаго приступа сказаннымъ выясняется не много. Значеніе наблюдаемыхъ аномалій обмѣна веществъ (ацетонемія) сомнительно. Многое говоритъ за родство съ мигренью.

Распознаваніе вначалѣ надо ставить съ осторожностью, ибо такъ же могутъ начинаться перитонитъ, аппендицитъ и заболѣванія мозга. Можно основываться въ такихъ случаяхъ на прошломъ, но и это послѣднее можетъ обмануть, ибо мозговые заболѣванія способны вызывать повторные приступы давленія на мозгъ, между которыми остаются свободные промежутки. Предсказаніе отдѣльнаго приступа хорошее. Отдѣльные случаи смерти большею частью отнесены сюда по ошибкѣ. При леченіи самаго припадка слѣдуетъ примѣнять обычныя мѣры — горячія припарки, охлажденные льдомъ напитки въ небольшихъ количествахъ, наркотическія средства (хлороформную воду, кокаинъ или лучше новокаинъ или алипинъ по 3—5 млгрм. на приемъ, анэстезинъ и т. д.). Наряду съ этимъ можно вводить воду черезъ прямую кишку или подкожно. Не мѣшаетъ попытаться дѣйствовать какъ-нибудь путемъ внушенія; даже подкожныя впрыскиванія могутъ быть полезны въ этомъ смыслѣ. Въ промежуткахъ слѣдуетъ по возможности бороться съ невропатическимъ предрасположеніемъ общими гигиеническими, діететическими и педагогическими мѣрами.

### Нервная рвота.

У многихъ чувствительныхъ, конституціонально нервныхъ дѣтей наблюдается обычно, въ теченіе долгаго времени, отъ малѣйшихъ поводовъ рвота, которая нисколько не вліяетъ на общее состояніе, представляя лишь непріятное явленіе. У нѣкоторыхъ рвота происходитъ при возбужденіи; сюда относится, напр., извѣстная рвота школьниковъ по утрамъ передъ отправленіемъ въ школу. У другихъ играетъ роль особенная чувствительность со стороны зѣва при какихъ бы то ни было ощущеніяхъ въ глоткѣ. Въ третьей группѣ главная причина, несомнѣнно, психическая и зависитъ отъ ненормально повышеннаго чувства отвращенія къ различной пищѣ и т. д. Очень часто дѣти вызываютъ у себя произвольную рвоту вслѣдствіе невоспитанности, если они знаютъ, что такимъ путемъ можно импонировать окружающимъ.

Какъ ни часта эта нервная рвота, тѣмъ не менѣе надо быть осторожнымъ съ діагнозомъ, принимая во вниманіе и другія возможности, напр., желудочныя заболѣванія, а особенно—начинающееся за-

болѣваніе мозга. Многіе виды туберкулеза мозга въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ протекають подъ діагнозомъ неопасной нервной рвоты, пока, наконецъ, другіе симптомы не выясняютъ истинное положеніе дѣла. Иногда рвота сопровождается разстройствами зрѣнія (косоглазіе, астигматизмъ), исчезающими послѣ ея устраненія. Во всякомъ случаѣ, надо принимать во вниманіе и другія указанія со стороны дѣтей, и если они не вполне бодры и жизнерадостны, то надо быть осторожнымъ. Лечение можетъ быть только общимъ, направленнымъ къ укрѣпленію нервной системы путемъ педагогическаго воздѣйствія; иногда даже внушеніе (фарадизація и т. д.) можетъ устранить очень скоро описанный припадокъ.

### Нервное отсутствіе аппетита (анорексія nervosa).

Нервнымъ отсутствіемъ аппетита называютъ то состояніе потери аппетита, при которомъ, въ виду отсутствія другихъ патологическихъ данныхъ въ области пищеварительнаго аппарата, приходится искать причину только въ нервной системѣ, причемъ въ извѣстной части случаевъ въ основѣ страданія лежитъ такъ назыв. общая невротическая конституція.

Случаи подобнаго рода весьма разнообразны и требуютъ самаго тщательнаго анализа. Часто одно хорошее состояніе питанія дѣтей, относительно которыхъ дѣлаются указанія въ названномъ смыслѣ, говорить, что тутъ нѣтъ никакихъ аномалій, а все дѣло заключается въ преувеличенныхъ требованіяхъ родителей. Въ другихъ случаяхъ дѣти ѣдятъ мало, ибо ихъ заставляютъ пить большія количества молока, лишаящія ихъ аппетита, причемъ дѣло сразу мѣняется, какъ только устраняется названная причина; въ третьихъ, дѣтямъ даютъ однообразную, быть можетъ, преимущественно животную пищу; тогда замѣна ея болѣе грубой и разнообразной: салатомъ, чернымъ хлѣбомъ, плодами, капустой, колбасой и т. д. творить чудеса \*). Далѣе, дѣти слишкомъ мало находятся въ движеніи, рѣдко выходятъ на воздухъ и т. д. Напротивъ, при нервномъ отсутствіи аппетита, въ настоящемъ смыслѣ слова, моменты эти отсутствуютъ. Здѣсь, повидимому, имѣется недостатокъ аппетита или чувства голода, наблюдаемый уже въ грудномъ возрастѣ и выражающійся въ томъ, что ребенка приходится кормить съ большимъ трудомъ для того, чтобы онъ нарасталъ въ вѣсѣ. Старшія дѣти или питаются, въ общемъ, плохо, или аппетитъ ихъ весьма капризенъ и можетъ быть вызванъ только опредѣленными блюдами, тогда какъ отъ другихъ, совершенно сходныхъ, они отказываются. Но при этомъ состояніе питанія во многихъ случаяхъ такое, что нельзя предполагать значительнаго дефицита калорій. Лишь въ видѣ исключенія наблюдаются случаи, гдѣ имѣется настолько сильное отвращеніе къ всякому приему пищи, что развивается тяжелая картина голоданія, въ основѣ которой почти всегда обнаруживается истерическая почва. Въ извѣстномъ числѣ случаевъ потеря аппетита связана съ разстройствами жевательныхъ движеній и зависящими отъ того затрудненіями при введеніи въ желудокъ плотной пищи; иногда кажется, что нѣкоторые виды пищи, вслѣдствіе какихъ-то извращенныхъ ассоціацій, вызываютъ чувство отвращенія.

\*.) Рекомендація колбасы допустима лишь въ томъ случаѣ, если бы была увѣренность въ приготовленіи ея изъ свѣжихъ продуктовъ, чего при нашихъ условіяхъ, кажется, никогда не бываетъ. Прим. М. Б.

Нервная основа этого состоянія вѣроятно, благодаря отрицательнымъ даннымъ со стороны желудка. Впрочемъ находятъ иногда нѣкоторую недостаточность двигательной его способности, быть можетъ, нѣсколько пониженную кислотность, легкую гипотонию, какъ частичное явленіе часто наблюдаемаго общагоптоза. Кроме того, обыкновенно замѣчаются еще и другіе признаки нервного характера: лицевой феноменъ, сосудодвигательная перевозбудимость, легкая истощаемость, психопатія и т. д. При болѣе близкомъ знакомствѣ со средой всегда можно установить также семейную невропатію и педагогическіе недочеты. Конечно, это еще не объясняетъ намъ, какіе болѣе тонкіе процессы обуславливаютъ самую сущность недостаточнаго аппетита.

Леченіе формъ, вызываемыхъ нецѣлесообразной діетой, не представляетъ никакихъ затрудненій. Слѣдуетъ назначить нормальную смѣшанную, возможно болѣе разнообразную пищу, ограничить введеніе молока до минимума и урегулировать всю гигиену ребенка. При нервной формѣ въ тѣсномъ смыслѣ слова эти мѣры представляютъ первую ступень терапевтическаго воздѣйствія; главное же вниманіе слѣдуетъ обратить на правильное, чисто педагогическое вліяніе. При неблагопріятной средѣ самымъ радикальнымъ и дѣйствительнымъ способомъ является удаленіе изъ родного дома и помѣщеніе ребенка въ интеллигентную семью, общеніе съ нормальными жизнерадостными дѣтьми или помѣщеніе въ дѣтскій пансіонъ. Очень часто спокойная, энергичная, обладающая педагогическими способностями сестра или воспитательница могутъ оказать хорошее дѣйствіе, если дадутъ имъ надлежащіе полномочія, и если мѣры ихъ не парализуются родителями. Лечение въ санаторіяхъ не рекомендуется изъ чисто педагогическихъ соображеній, развѣ только дѣло идетъ о дѣйствительно тяжеломъ голоданіи на почвѣ истерическаго страданія. Только здѣсь можно выполнить также леченіе откармливаніемъ, которое въ другихъ случаяхъ излишне и обыкновенно остается совершенно бесполезнымъ.

Нормальнаго аппетита едва ли удастся достигнуть; нужно быть довольнымъ, если дѣти, какъ бы по обязанности, сѣдаютъ требуемое количество безъ сопротивленія и капризовъ. Лечение желудка, часто выполняемое специалистами, безцѣльно. Изъ лекарствъ, кромѣ пепсина и дубильнокислаго орексина, рекомендуется еще стрихнинъ (*tinctura strychni* 2,0—5,0, *tinctura rhei vin.* 20,0—2 раза въ день по 10—20 капелъ въ апельсиновомъ сокѣ и т. п. незадолго до ѣды въ теченіе нѣсколькихъ недѣль). Въ легкихъ случаяхъ и въ случаяхъ средней силы можно ожидать и самопроизвольнаго улучшенія въ періодѣ полового созрѣванія \*).

\*) Сплошь да рядомъ дѣти склонны постоянно жевать хлѣбъ или булку внѣ всякой зависимости отъ нормальныхъ сроковъ питанія: утренній чай, завтракъ, обѣдъ, вечерній чай, полдникъ и легкій ужинъ. Въ результатѣ получается неправильная пищеварительная дѣятельность, плохой аппетитъ за столомъ и тѣ нарушенія общаго благосостоянія организма, которыя являются прямымъ слѣдствіемъ преобладанія въ пищевомъ режимѣ того или другого изъ основныхъ его началъ. Несравненно болѣе вредное дѣйствіе оказываютъ сладости, варенье, фрукты и овощи, если дѣти ѣдятъ ихъ, когда попало, въ промежуткахъ между пріемами пищи или оказываютъ названнымъ веществамъ особое предпочтеніе за столомъ, съ нетерпѣніемъ ожидая сладкаго, почти не дотрогиваясь до перваго и втораго блюда. Въ условіяхъ подобнаго рода питаніе должно быть и воспитаніемъ. Строго запрещая давать дѣтямъ, въ свободные отъ пріема пищи промежутки, что бы то ни было, кромѣ простой воды, слабаго чая или воды фруктовой, слѣдуетъ ребромъ ставить вопросъ о полу-

**Нарушенная проходимость кишекъ.****Врожденная закупорка.**

Врожденная закупорка кишечника наблюдается тотчасъ надъ или подъ Vater'овскимъ сосочкомъ, а также на мѣстѣ перехода двѣнадцатиперстной кишки въ тощую, надъ самой слѣпой кишкой, рѣже въ переметкахъ и въ толстой кишкѣ. Препятствіе состоитъ въ перепончатой перегородкѣ, рубцевидномъ сращеніи, когда цѣлыя петли становятся непроходимыми. Могутъ отсутствовать вовсе значительныя части кишечника. Случаются также отшнурованія, перетяжки, дивертикулы или сдавливанія врожденными опухолями. Часто имѣется нѣсколько такихъ препятствій, причемъ у ребенка замѣчаются другія внѣшнія и внутреннія уродства. Возникновеніе кишечныхъ атрезій, быть можетъ, объясняется тѣмъ, что происходящее склеиваніе уже образовавшейся кишечной трубки, нормально совершающееся на 5—10-й недѣлѣ утробной жизни, въ видѣ исключенія остается на всю жизнь. Распознаваніе атрезіи ставится на основаніи появляющейся скорѣ послѣ родовъ рвоты, отсутствія нормальныхъ испражнений и другихъ признаковъ непроходимости. Большинство дѣтей умираетъ на 1 — 2-й недѣлѣ, лишь въ видѣ исключенія они живутъ дольше. Свойство самого препятствія дѣлаетъ понятнымъ, почему оперативное вмѣшательство даетъ успѣхъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ.

Благопріятнѣе предсказаніе при врожденномъ закрытіи прямой кишки или задняго прохода. Операция здѣсь оказывается полезной приблизительно въ  $\frac{1}{3}$  случаяхъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ дѣло идетъ не о полной атрезіи, а только о суженіи кишечника, признаки котораго совпадаютъ съ признаками хронической, приобрѣтенной непроходимости.

**Расширеніе и гипертрофія толстой кишки (болѣзнь Hirschsprung'a).**

Этимъ именемъ обозначаютъ обнаруживающееся тотчасъ послѣ рожденія или, по крайней мѣрѣ, въ ранней юности сильное расширеніе и удлиненіе всей толстой кишки, сопровождающіяся значительной гипертрофіей мышцъ. Причиной страданія нельзя считать обыкновенныя анатомическія условія, вызывающія препятствія для прохожденія каловыхъ массъ.

Возникновеніе аномалій можетъ произойти различными способами. Можетъ быть megacolon congenitum, которое слѣдуетъ считать первично врожденнымъ уродствомъ, сходнымъ съ врожденнымъ расширеніемъ пищевода. Во всякомъ случаѣ эти явленія были бы рѣдкими и не безусловно установленными. Чаше дѣло идетъ о послѣдствіяхъ препятствія, обнаруживаемаго лишь при очень точномъ топографическомъ изслѣдованіи большею частью механизма заслонокъ. У

ченіи дѣтми третьяго блюда лишь въ томъ случаѣ, если они ѣли два первыхъ, наиболѣе существенныхъ въ питательномъ смыслѣ. Неправильное пониманіе любви къ дѣтямъ бываетъ главною причиною безуспѣшности такого метода, такъ какъ слово защиты со стороны кого-либо изъ членовъ семьи производитъ магическое дѣйствіе—ребенокъ настойчиво требуетъ исполненія своихъ желаній и приходитъ въ тотъ характерный восторгъ, въ которомъ ясно проглядываетъ нѣкоторое упоеніе собственной властью съ crescendo идущимъ затѣмъ развитіемъ упрямства, желанія поставить на своемъ вплоть до требованія выполненія столь странныхъ капризовъ. Наблюдающему со стороны легко замѣтить то поведеніе дѣтей, благодаря которому создаются нравственные пытки взрослыхъ, получающихъ сугубую награду за слишкомъ снисходительное отношеніе свое къ прихотямъ ребенка.

Прим. ред.



грудныхъ дѣтей уже нормально сигмовидная кривизна длиннѣе, чѣмъ у взрослыхъ. Иногда эта длина можетъ быть настолько значительной, что образуется нѣсколько большихъ петель. Ясно, что въ этомъ удлиненномъ кишечникѣ легко можетъ возникнуть ограниченная задержка кала или газовъ, вызывающая перегибъ, причемъ задержка эта, при долгомъ существованіи и частомъ повтореніи, постепенно ведетъ къ растяженію, а затѣмъ—къ компенсаторной гипертрофіи. Въ другихъ случаяхъ ея причина заключается въ прямой кишкѣ или въ заднемъ проходѣ, напр., въ идиопатической или вызванной трещинами судорогѣ, въ простомъ, вслѣдствіе небрежности, необычно усиленномъ копростазѣ, въ параличѣ нижняго отдѣла кишечника съ присоединившейся задержкой кала.

Отъ Hirschsprung'овской болѣзни отличаются присутствіемъ анатомически легко обнаруживаемаго препятствія расширенія кишечника, вызываемыя врожденными или приобретенными кольцевидными суженіями самыхъ нижнихъ его отдѣловъ.

Первыми признаками заболѣванія, которые могутъ появиться уже въ первые дни жизни, будутъ вздутіе живота и упорный запоръ. Признаки эти и впослѣдствіи представляютъ наиболѣе замѣт-

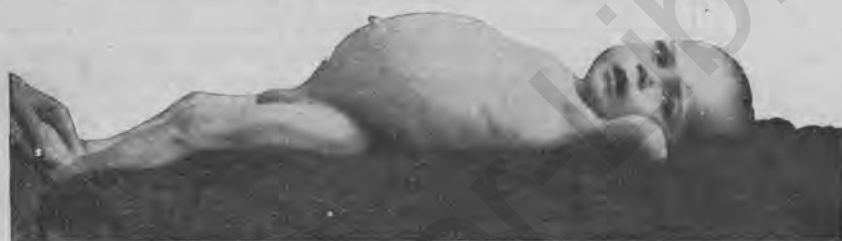


Рис. 73. 1½-годовой ребенокъ съ болѣзью Hirschsprung'a. (Сиротскій домъ въ Берлинѣ. Проф. Finkelstein.)

ныя явленія. Обыкновенно очертанія сильно раздутыхъ кишечныхъ петель могутъ быть выдѣлены, временами они становятся плотнѣе и производятъ усиленные перистальтическія движенія. Часто наблюдается свойственное каловой опухоли „явленіе склеиванія“ (Gersuny).

Аномалія съ ея послѣдствіями обыкновенно переносится въ теченіе нѣкотораго времени, но затѣмъ наступаетъ упадокъ силъ. Характерны, съ одной стороны, приступы непроходимости—колика, рвота и коллапсъ, съ другой—временное появленіе вонючихъ, содержащихъ кровь и гной поносовъ. Смерть происходитъ отъ перитонита, истощенія или отъ приступа непроходимости, большею частью въ раннемъ дѣтствѣ; лишь немногія доживаютъ до второго 10-лѣтія.

Леченіе должно состоять въ устраненіи скопившихся каловыхъ массъ и въ предупрежденіи новаго скопленія. Для этого наиболѣе пригодны клистиры, тогда какъ слабительныя имѣютъ свои противопоказанія. Скопленіе газовъ можно устранять введеніемъ дренажной трубки, которая при существующемъ образованіи заслонки (какъ и клистирная трубка) должна быть проведена выше мѣста перегиба. При дальнѣйшемъ осторожномъ проведеніи трубки могутъ получаться удовлетворительные результаты. Если же это не удастся, если припадки непроходимости повторяются весьма часто, и развивается истощающій ребенка язвенный колитъ, то можно, пожалуй, помочь лишь хирургическимъ путемъ.

### Запоръ.

Распознаваніе запора у грудного ребенка можетъ быть поставлено только послѣ добросовѣстнаго исключенія всѣхъ другихъ возможностей, ведущихъ къ задержкѣ испражнений (опухоли живота, брюшной полости и таза, параличи, суженія, конституціональнныя аномаліи, какъ микседема и идиотія и т. д.).

Случаи, оказавшіеся привычнымъ запоромъ послѣ исключенія упомянутыхъ явленій, должны быть оцѣниваемы весьма различно.

**Запоръ грудныхъ дѣтей** основанъ отчасти на недостаточномъ введеніи пищи и устраняется увеличеніемъ ея количествъ. Яснѣ всего замѣтно это у тѣхъ дѣтей, которыя, при маломъ выдѣленіи молока матерью, дѣйствительно находятся въ состояніи пониженнаго питанія, не прибываютъ въ вѣсъ, даже убываютъ. Но и у хорошо развивающихся грудныхъ дѣтей, у которыхъ путемъ взвѣшиванія опредѣляется достаточное введеніе пищи, дѣло можетъ идти о послѣдствіяхъ извѣстной ея недостаточности. Молоко настолько всасывается въ верхнихъ отдѣлахъ кишечника, что не остается уже доступна броженію матеріала съ образованіемъ кислотъ, возбуждающихъ перистальтику толстой кишки. Можно устранить такой запоръ сначала прибавленіемъ не слишкомъ жидкихъ отваровъ крупы; послѣ 6 мѣсяца при этомъ состояніи показано прибавленіе растительныхъ веществъ. Слабительныхъ средствъ надо избѣгать \*).

**Запоръ при искусственномъ вскармливаніи** обыкновенно является слѣдствіемъ неправильнаго питанія. У маленькихъ дѣтей играетъ роль одностороннее вскармливаніе молокомъ, причѣмъ уменьшеніе количества послѣдняго и увеличеніе растительной пищи (прибавленіе муки), прибавленіе обильнаго количества вытяжки солодового супа ведетъ къ улучшенію. На 2—3-мъ году жизни причиной запора является также слишкомъ долгое отсутствіе болѣе грубой, смѣшанной пищи.

**Запоръ старшихъ дѣтей** въ очень многихъ случаяхъ тоже обусловливается преобладаніемъ животной пищи, причѣмъ опять-таки, какъ и въ упомянутомъ случаѣ у грудного ребенка, въ кишкахъ получается слишкомъ мало образующаго кислоту матеріала. Уменьшеніе количества мяса, рыбы, яицъ, сыра, молока, выдвиганіе на первый планъ растительной пищи, особенно грубыхъ сортовъ хлѣба, содержащихъ много клѣтчатки, овощей не въ видѣ пюре, фруктовъ, салата и т. д. здѣсь часто приносятъ пользу, равно какъ и назначеніе небольшихъ количествъ жира. Въ качествѣ вспомогательнаго средства рекомендуется давать возможно болѣе концентрированный лимонадъ изъ молочнаго сахара рано утромъ, натощакъ, въ холодномъ видѣ, также кислый винный сокъ, воду, настоенную на сливахъ, и т. д. Часто полезно прибавленіе нѣсколькихъ чайныхъ ложекъ регулина къ кашкамъ, зелени, назначеніе нѣсколькихъ шоколадныхъ таблетокъ съ регулиномъ.

\*) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ запоръ зависитъ не отъ недостатка пищи, а отъ недостатка питья, такъ какъ, исходя изъ ложнаго соображенія, что ребенокъ страдаетъ только голодомъ, но не жаждой, забываютъ давать ему воду тамъ, гдѣ это необходимо, а вмѣсто воды вводятъ молоко, являющееся для грудного ребенка тѣмъ же, что плотная пища для взрослого. Такой запоръ вслѣдствіе слишкомъ консистентной пищи немедленно устраняется назначеніемъ небольшихъ количествъ воды.

Если этимъ путемъ нельзя достигнуть результата, то раньше всего надо подумать о томъ, что брюшной прессъ работаетъ въ недостаточной степени. Очень многія дѣти, особенно маленькія, не умѣютъ дѣйствовать брюшнымъ прессомъ, натуживаться, другія же не выполняютъ всего этого съ достаточной силой. Что такія условія дѣйствительно бываютъ,—весьма вѣроятно, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда при изслѣдованіи черезъ прямую кишку постоянно находятъ тамъ каловыя массы непосредственно позади жома. Здѣсь можетъ помочь только разумное воспитаніе; многіе случаи упорнаго запора очень быстро излечиваются при перемѣнѣ няньки или помѣщеніи ребенка въ другую обстановку.

Лишь въ немногихъ случаяхъ причина затрудненнаго опорожненія кишечника заключается въ трещинахъ, болѣзненныхъ судорогахъ прямой кишки, съ устраненіемъ которыхъ исчезаетъ и задержка кала.

Если всѣ упомянутыя мѣры остаются безплодными, надо ставить весьма вѣроятный діагнозъ въ томъ смыслѣ, что дѣло идетъ о такъ наз. **эссенціальномъ запорѣ**, въ основѣ котораго лежатъ особыя анатомическія или функціональныя разстройства. Здѣсь имѣетъ, напр., значеніе упомянутая выше ненормальная длина сигмовидной кривизны, благодаря чему создаются условія, близкія къ Hirschsprung'овской болѣзни. Далѣе, запоръ можетъ быть частичнымъ явленіемъ предрасположенія къ общему птозу, атоническаго состоянія толстой кишки, быть можетъ, также различной возбудимости и функціональной способности двигательнаго механизма \*). Лишь въ этихъ случаяхъ можно прибѣгать къ массажу, назначенію прованскаго масла и слабительныхъ средствъ, среди которыхъ особенно полезны легкіе слабительные настои (напр., cort. frangul. 15,0, Aq. 250,0, варить  $\frac{1}{4}$  часа, или 4—6 листовъ александрийскаго листа, 12 часовъ настаивать въ холодной водѣ и принимать вечеромъ), мочегонныя средства, тамаринды, слабительныя конфеты, пилюли сабура и кусочки ревеня. Но и въ этихъ случаяхъ полезно все-таки соответственное общее леченіе, въ виду усиленныхъ мышечныхъ движеній и т. п.

### Внѣдреніе.

Въ то время, какъ другія формы закупорки кишечника (заворотъ, ущемленіе, стягиваніе тяжами или сдавливаніе) въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются сравнительно рѣдко, внѣдреніе наблюдается гораздо чаще. Приблизительно половина всѣхъ случаевъ приходится на грудной возрастъ, дальнѣйшая  $\frac{1}{4}$  на время до полового созрѣванія, остальная  $\frac{1}{4}$  на лицъ болѣе старшаго возраста.

Подъ внѣдреніемъ понимаютъ вдвиганіе одной части кишечника (intussusceptum) въ другую часть его (intussusciens), причемъ соотвѣтственная брыжейка съ ея сосудами вовлекается туда же. Изъ 4 главныхъ формъ заболѣванія—i. iliaca, i. ileocaecalis, i. ileocolica и i. colica—вторая бываетъ наиболѣе часто, всегда сопровождаемая вытягиваніемъ впередъ слѣпой кишки и внѣдреніемъ тонкой въ толстую.

Развитіе внѣдренія можетъ происходить только такимъ образомъ, что часть кишки съ болѣе сильной перистальтикой вдвигается въ сосѣдную съ ослабленной перистальтикой, причемъ процессъ этотъ

\*) Нерѣдко въ этихъ случаяхъ первичной причиной запора является расширение желудка вслѣдствіе чрезмѣрнаго введенія жидкости, напр., молока въ количествѣ 10—12 стакановъ и больше.

может происходить и при физиологических условиях. Патологическим онъ становится лишь въ томъ случаѣ, если вдвинувшаяся часть удерживается, если вслѣдъ за этимъ развивается дальнѣйшее измѣненіе въ ней и ея брыжейкѣ. Какія причины обуславливаютъ мѣстную остановку перистальтики и отсутствіе обратно совершающагося выхода, сказать нелегко. Во многихъ случаяхъ играетъ роль травма, въ другихъ, вѣроятно, дѣло идетъ о мѣстномъ вздутіи или объ особенностяхъ въ прикрѣпленіи брыжейки. Процессъ бываетъ болѣе ясенъ, если на верхушкѣ внѣдрившейся части кишки сидитъ полипъ, придатокъ или инородное тѣло. Предпочтительное поражение дѣтскаго возраста выяснено не вполне достаточно. Указаніе на болѣе сильную перистальтику не выясняетъ дѣла. Въ иныхъ, менѣе многочисленныхъ случаяхъ внѣдренія въ теченіе долгаго времени наблюдались незначительныя поврежденія внѣдренной части, но обыкновенно, благодаря отщемленію брыжеечныхъ сосудовъ, появляется венозный застой, отеки, кровотеченія, затѣмъ—омертвѣніе внѣдрившейся части съ мѣстнымъ, общимъ перитонитомъ, септическимъ общимъ зараженіемъ.

Существуютъ очень острые случаи, оканчивающіеся смертью уже на первый или второй день; обычно болѣзнь продолжается въ острой или подострой формѣ своей отъ 2 до 7, отъ 7 до 14 дней. Рѣже наблюдаются формы съ хроническимъ теченіемъ.

Симптомы острыхъ случаевъ слѣдующіе: внезапное начало съ болями, часто весьма сильной напряженности, рвота вначалѣ съ желудочнымъ, затѣмъ съ кишечнымъ содержимымъ, къ чему, въ видѣ классическаго признака, присоединяются слизисто-кровянистые поносы, часто сопровождающіеся жиленіями; но при высокомъ положеніи мѣста страданія они могутъ отсутствовать. Общее состояніе вначалѣ лишь мало нарушено, въ другихъ случаяхъ уже съ самаго начала наступаетъ шокъ. Впослѣдствіи особенно повышенная перистальтика и болѣзненная ригидность кишечника указываютъ на препятствіе, тогда какъ метеоризмъ можетъ здѣсь не играть значительной роли. Испражнения и газы отсутствуютъ, но проходимость временами можетъ восстановиться. Внѣдреніе само по себѣ, приблизительно въ  $\frac{3}{4}$  случаевъ, прощупывается снаружи въ видѣ стремневидной опухоли, большую частью въ лѣвой половинѣ живота, при внѣдреніяхъ же тонкихъ кишокъ—и въ иныхъ мѣстахъ. Для полученія положительныхъ данныхъ часто бываетъ необходимо прибѣгнуть къ наркозу—метеоризмъ затрудняетъ изслѣдованіе. Иногда внѣдреніе опускается настолько глубоко, что доступно ощупыванію со стороны прямой кишки, и даже возможно выпаденіе его наружу.

Теченіе въ общемъ тѣмъ быстрѣе, чѣмъ моложе возрастъ ребенка. Изъ грудныхъ дѣтей половина погибаетъ въ первые 3 дня,  $\frac{1}{5}$ —въ первую недѣлю. У дѣтей 2—3 лѣтъ смерть происходитъ, большею частью, въ концѣ первой недѣли. Смертность отъ заболѣванія, предоставленнаго самому себѣ, равняется около 80%. Причиной смерти бываютъ; шокъ, непроходимость, воспаленіе брюшины, исходящая изъ кишечника септицемія. Самопроизвольное излеченіе происходитъ отторженіемъ внѣдренной части кишечника; его можно на первомъ году жизни наблюдать только у 2%, на 2—5 году у 6% больныхъ; въ болѣе позднемъ возрастѣ оно происходитъ чаще. Но и при этомъ процентъ дѣло не обходится безъ серьезной опасности; во время и послѣ отторженія многія дѣти погибаютъ отъ перитонита, септическаго тром-

боза, или остаются кольцевидныя суженія, обусловливающія непроходимость. Послѣ выздоровленія — самостоятельнаго или съ помощью врачебнаго вмѣшательства—нерѣдко наблюдаются возвраты.

Симптомы довольно рѣдкихъ хроническихъ случаевъ состоятъ въ нащупываемой опухоли, боляхъ и признакахъ неполной закупорки кишечника; ихъ анатомическимъ субстратомъ является вѣдреніе, которое сопровождается сравнительно малыми измѣненіями кишечника и сосудистаго пучка.

Распознаваніе ставится съ нѣкоторой увѣренностью въ томъ случаѣ, если принимать во вниманіе всѣ симптомы. Затрудненіе можетъ встрѣтиться лишь при разграниченіи отъ геморрагическаго гастроэнтерита и нѣкоторыхъ тяжелыхъ кишечныхъ кровотеченій при пурпурѣ, сопровождающихся приступомъ коликообразныхъ болей. Въ рѣдкихъ случаяхъ, при типическихъ симптомахъ вмѣсто предполагаемаго вѣдренія находятъ заворотъ слѣпой кишки или сигмовидной кривизны. Если отсутствуютъ кровавый поносъ, если опухоль лежитъ въ области слѣпой кишки, то можно подумать объ аппендицитѣ: но послѣдній по крайней мѣрѣ въ первые 2 года жизни, случается гораздо рѣже, чѣмъ вѣдреніе.

При леченіи имѣетъ значеніе изъ некровавыхъ способовъ вправление съ помощью массажа, выпиваніе воды, вдуваніе воздуха. Первый показанъ при прощупываемой опухоли и долженъ выполняться весьма нѣжно, напр., какъ манипуляція при вправленіи грыжъ. Послѣдніе два способа общають успѣхъ только при глубоко сидящемъ мѣстѣ заболѣванія. Главнымъ условіемъ успѣха будетъ примѣненіе леченія въ самомъ началѣ. Hirschsprung сообщаетъ о 70% излеченія при продолжительности меньше сутокъ и лишь о 30% при болѣе значительной продолжительности. Недостатокъ способа оказываетъ ненадежность успѣха: исчезаніе опухоли можетъ быть обусловлено простымъ ея смѣщеніемъ. Далѣе, наблюдаются возвраты, кромѣ того, угрожаетъ опасность разрыва. Во всякомъ случаѣ внутренніе способы, выполняемые всегда подъ наркозомъ, могутъ быть примѣнены лишь одинъ разъ на операционномъ столѣ. Если нѣтъ несомнѣннаго успѣха, надо немедленно дѣлать чревосѣченіе. Когда врачъ увѣренъ, что достигъ вправления, за больнымъ въ теченіе послѣдующихъ часовъ необходимо слѣдить на случай возможности новаго появленія опухоли или ригидности кишечника. Въ крайнемъ случаѣ показана послѣдовательная операція. На успѣхъ, при выполненіи ея въ теченіе первыхъ сутокъ, надѣяться можно.

### Выпаденіе прямой кишки.

Симптомы. Выпаденіе нижняго отдѣла толстой кишки, имѣющее въ сущности много сходнаго съ вѣдреніемъ, съ той лишь разницей, что происходитъ не вѣдреніе одной части кишечника въ другую, а выворачиваніе кишки наружу, касается или одной слизистой оболочки задняго прохода, или же вся прямая кишка выпадаетъ на большемъ или меньшемъ протяженіи (рис. 74). Выпаденіе прямой кишки можетъ наблюдаться у совершенно здоровыхъ дѣтей при очень упорномъ запорѣ, вслѣдствіе растяженія жома слишкомъ обширными и твердыми кусками кала, слишкомъ частымъ, сильнымъ натуживаніемъ; выпячиваніе прямой кишки, напротивъ, всегда предполагаетъ одно лишь ослабленіе дна таза, какъ это наблюдается при врожденномъ тазѣ, спинномозговыхъ параличахъ (напр. при *spina bifida*) и развивается особенно въ теченіе хроническихъ разстройствъ питанія.

Въ то время, какъ при выпаденіи задняго прохода только слизистая его выходитъ наружу, при выпаденіи прямой кишки, въ тяжелыхъ случаяхъ можно видѣть 10, даже 15 см. конической опухоли, набухшей вслѣдствіе застоя прижатыхъ венъ, гиперемированной, слегка кровоточащей, большею частью гнойно-

воспаленной, мѣстами покрытой язвами; на верхушкѣ ея всегда виденъ просвѣтъ кишечника. Вправление удается безъ труда, въ особенности послѣ примѣненія холода и повязки изъ марли, въ виду скользкаго характера опухоли, однако, вправленная опухоль спустя короткое время опять появляется.

Лечение. Само по себѣ выпаденіе не опасно, но оно можетъ легко стать мѣстомъ для прониканія мѣстныхъ и общихъ септическихъ началъ. Вотъ почему его необходимо исправить по возможности скорѣе. Съ этой цѣлью регулируютъ желудокъ, устраняя запоръ или поносы, по возможности предупреждая выпаденіе, для чего накладываютъ повязку липкаго пластыря, которая сдавливаетъ ягодицы и возобновляется послѣ каждого испражненія, или же примѣняютъ трубковидныя пессаріи съ наружной пластинкой, укрѣпляемой ленточками. Въ легкихъ случаяхъ полезно лечение вяжущими (смазываніе 1% растворомъ ляписа, клистиры или свѣчки съ таниномъ или уксуснокислымъ глиноземомъ). Дряблое дно таза укрѣпляютъ массажемъ и фарадизаціей. Въ тяжелыхъ случаяхъ, однако, эти способы не достигаютъ цѣли; приходится думать о хирургическомъ вмѣшательствѣ, напр., о наложеніи круговой серебряной проволоки по Thiersch'y.

Но часто выпаденіе снова происходитъ, несмотря на такое кольцо. Въ новѣйшее время было предложено введеніе двухъ палочекъ парафина, съ помощью впрыскиванія, периректально въ соединительную ткань, но лучше вводитъ готовыя палочки съ помощью предварительно введеннаго траакара. Всѣ эти, отчасти довольно неприятыя способы, какъ и ампутація выпавшей части, во многихъ случаяхъ излишни, разъ только удается діететическимъ леченіемъ улучшить одновременно съ общимъ состояніемъ ребенка и гипотонію мышцъ таза. Такъ, напр., выпаденіе, изображенное на рис.



Рис. 74. 1 $\frac{1}{2}$ -годовой ребенокъ съ выпаденіемъ прямой кишки. (Сиротскій домъ въ Берлинѣ). Фотографія д-ра Dessauer'a.

74, въ теченіе 3 мѣсяцевъ само собой совершенно прошло, какъ только ребенокъ, по выздоровленіи отъ поноса, сталъ быстро прибывать въ вѣсѣ и оправился отъ общаго разстройства питанія.

### Грыжи.

Врожденныя или появляющіяся тотчасъ послѣ родовъ паховыя грыжи очень часты у грудныхъ дѣтей, особенно у мальчиковъ, ибо закрытіе пахового канала или совершенно не происходитъ, или совершается слабо, processus vaginalis остается еще въ теченіе долгаго времени. Въ связи съ этимъ грыжевой мѣшокъ, въ отличіе отъ приобрѣтенной грыжи, не закрытъ по направленію къ мошонкѣ, но онъ, равно какъ выпавшій съ нимъ кишечникъ, лежитъ въ общей оболочкѣ, за исключеніемъ, напр. случаевъ, когда нижняя часть влагалищнаго отростка уже облитерирована (hernia vaginalis funicularis). На 2-мъ году жизни паховыя грыжи наблюдаются рѣже, типически же приобрѣтенныя довольно рѣдки.

Содержимое грыжъ даетъ кишечникъ; у дѣвочекъ можетъ выпадать и яичникъ. Ущемленія сравнительно рѣдки.

Большая часть грыжъ проходитъ при леченіи бандажемъ; вмѣсто обычныхъ грыжевыхъ бандажей, особенно у маленькихъ дѣтей, рекомендуются распложенныя особымъ образомъ вокругъ бедра и таза, завязанныя узломъ надъ грыжевыми воротами полоски мягкой зефировой ваты. Настоятельное показаніе для радикальной операціи можетъ быть лишь послѣ года, и притомъ

въ тѣхъ случаяхъ, если грыжа, вмѣсто того чтобы уменьшаться, обнаруживаетъ наклонность къ увеличенію.

Происходящія черезъ пупочное кольцо или просвѣтъ бѣлой линіи немного выше пупка **пупочныя грыжи** врядъ ли достигаютъ когда-нибудь большихъ размѣровъ; ущемленіе ихъ встрѣчается въ видѣ исключенія. Рано начатое, систематически проводимое леченіе бандажемъ ведетъ у большинства дѣтей перваго полугодія жизни къ полному выздоровленію или, по крайней мѣрѣ, настолько уменьшаетъ ворота, что грыжа больше не выступаетъ. Пользуются плоскими, не пугочватыми пелотами, пришитыми къ резиновому трику, или укрѣпляются полосками липкаго пластыря, повязкой съ помощью 3—4 наложенныхъ другъ на друга въ видѣ черепицъ узкихъ полосокъ того же пластыря, которыя, благодаря сомкнутымъ надъ пупкомъ 2 отвѣснымъ кожнымъ складкамъ, препятствуютъ выходу оттиснутой назадъ грыжи. Повязку слѣдуютъ возобновить, если она перестаетъ удерживать.

**Грыжа грудобрюшной преграды.** Рѣдкимъ заболѣваніемъ является выходеніе кишечника черезъ предобразованное, иногда весьма обширное отверстіе грудобрюшной преграды въ брюшную полость. Иногда грыжа достигаетъ столь значительнаго размѣра, что въ брюшной полости остаются только печень и желудокъ. Грыжа грудобрюшной преграды бываетъ большею частью лѣвосторонней, ибо справа мѣшается обширная печень. Грыжа можетъ быть врожденной или является скоро послѣ родовъ. Симптомы соотвѣтствуютъ тяжелой, часто появляющейся приступами, во многихъ случаяхъ смертельной асфиксіи непосредственно послѣ родовъ. При этомъ на одной половинѣ грудной клѣтки звукъ тимпаниченъ, дыхательный шумъ отсутствуетъ, сердечное притупленіе исчезаетъ или смѣщается вправо. Характерно сильное западеніе живота. Во многихъ случаяхъ болѣзнь вызываетъ незначительные припадки, но внезапно затѣмъ обнаруживается признаками внутреннего ущемленія. Леченіе новорожденныхъ безнадежно; у старшихъ дѣтей приходится дѣлать весьма сложную операцію (резекцію реберъ, вправление, закрытіе грыжевого отверстія).

### Кишечные паразиты. Entozoa.

**Круглые глисты**, напоминающія дождевыхъ червей, изъ которыхъ самки имѣютъ 30—40 стм., а самцы—20—25 стм. въ длину, живутъ по-одиночкѣ или въ количествѣ до сотни въ тонкой кишкѣ и тамъ отлагаютъ яички, которыя можно найти въ испражненіяхъ въ видѣ овальныхъ, съ двумя контурами, образований, окруженныхъ студневидной зубчатой бахромою оболочкой. Зараженіе происходитъ вслѣдствіе поступленія яичекъ внутрь съ пищей или прикосновенія къ грязи, содержащей яички. Распознаваніе ставится на основаніи выпадая глисты или микроскопическаго изслѣдованія испражнений на яички. Признаками весьма сомнительнаго характера являются: боли въ животѣ, позывы на рвоту; зудъ и плохой видъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ большіе комки переплетенныхъ глисть могутъ вызывать картину непроходимости кишечника, или же паразиты могутъ попадать въ желудокъ и выдѣляться рвотой, даже заползая въ гортань, вызывая опасность удушенія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ обнаруживали гнойный холангитъ вслѣдствіе заплзванія аскаридъ. Для изгнанія даютъ въ теченіе 2 дней сряду сантонинъ по 0,025 лучше всего въ видѣ лепешекъ вмѣстѣ съ слабительнымъ средствомъ (каломеlemъ или клещевиннымъ масломъ). Большія дозы сантонина могутъ вызвать явленія отравленія.

**Нитчатая глисты или острицы** (оxurges) живутъ въ тонкихъ кишкахъ, имѣютъ цвѣтъ и видъ маленькихъ бѣлыхъ ниточекъ. Самцы въ длину отъ 3 до 4 мм., самки отъ 8 до 12. Зрѣлыя въ половомъ отношеніи самки спускаются въ толстую кишку, выходятъ наружу и кладутъ свои овальныя яички въ прямой кишкѣ или въ ближайшей окружности. Зараженіе происходитъ черезъ ротъ, благодаря содержащей яички, пристающей къ пальцамъ грязи или загрязненной пищѣ. Со стороны прямой кишки яички, затѣмъ, при недостаточной чистотѣ, попадаютъ снова на пальцы и въ ротъ, такъ что происходитъ непрерывное зараженіе, чѣмъ и обусловливается крайняя стойкость заболѣванія. Изъ симптомовъ наиболее бросается въ глаза зудъ въ области задняго прохода, который, особенно въ то время, когда новый рои спускается въ толстую кишку, можетъ быть очень неприятнымъ. Распознаваніе ставится на основаніи обнаруженія червячковъ; при малѣйшемъ подозрѣніи необходимъ осмотръ заднепроходной области, введеніе катетера или клистира, причѣмъ этомъ способомъ можно вѣрнѣе открыть глисть, чѣмъ разсматриваніемъ испражнений. Яички можно найти легче при микроскопическомъ изслѣдованіи соскобленныхъ чешуекъ кожи изъ окружности задняго прохода,

чѣмъ въ самихъ испражненіяхъ. Изгнаніе паразитовъ производится съ помощью слабительныхъ средствъ и клистировъ, лучше всего въ теченіе 5 дней: въ первый день при легкой пищѣ вечеромъ, въ послѣобѣденное время, даютъ слабительное средство, спустя нѣсколько часовъ назначаютъ клистиръ изъ мыльной воды, на второй день дѣти принимаютъ натошакъ 2—3 раза сантонинъ съ промежутками въ 2 часа, затѣмъ снова слабительное; на 3—5-й день утромъ и вечеромъ дѣлаютъ клистиры изъ мыльной воды и разъ въ день общую ванну. Во время леченія и послѣ него необходимо соотвѣтственнымъ очищеніемъ задняго прохода, пальцевъ и ногтей препятствовать новому загрязненію при новомъ прикосновеніи къ заднему проходу. Слѣдуетъ также обеззараживать испражненія. Нѣкоторые авторы рекомендуютъ леченіе нафталиномъ (3—4 раза въ день по 0,03—0,04 нафталина въ теченіе 2 дней, повторить черезъ 2 недѣли, избѣгать во время леченія жирныхъ веществъ). Надо изслѣдовать при этомъ всѣхъ членовъ семьи и, если необходимо, лечить ихъ, ибо обыкновенно бываетъ нѣсколько больныхъ, которые, заражая другъ друга, дѣлаютъ сомнительнымъ успѣхъ леченія.

Изъ ленточныхъ глисть главнымъ образомъ имѣетъ значеніе *taenia mediocanellata*. Леченіе ведется, какъ и у взрослыхъ, съ помощью *ext. filic. mar.* (0,5 на каждый годъ жизни, не болѣе 4,0 грм. въ общемъ), также съ помощью *pulv. fol. Sennae* и *pulv. tamarind.*; старшія дѣти принимаютъ средство въ желатиновыхъ капсулахъ (Helfenberg'овское средство противъ ленточныхъ глисть). Въ новѣйшее время было предложено противоглистное средство Н. А. Jungclausen'a въ Гамбургѣ, приготовленное изъ тыквенныхъ сѣмянъ и назначаемое въ супѣ или какао. Спустя 2 часа дается клещевинное масло. При всякомъ изгнаніи ленточныхъ глисть необходимо покойное лежаніе въ кровати, по окончаніи леченія надо, въ теченіе нѣсколькихъ дней, щадить кишечникъ, находившійся на серьезномъ испытаніи \*).

\*) Въ настоящее время никто изъ насъ не позволитъ себѣ распознавать глистную болѣзнь на основаніи характера кишечныхъ болей, ихъ мѣстоположенія, степени вздутія кишекъ, какъ никому не придетъ въ голову придавать серьезное значеніе четвертямъ луннаго мѣсяца. Имѣя положительныя данныя о выходѣ глисть наружу, убѣдившись путемъ анализовъ въ присутствіи чужеродныхъ или ихъ яицъ, мы, нисколько не колеблясь, назначаемъ специфическое леченіе, соблюдая, однако, правило—не давать противоглистныхъ и слабительныхъ средствъ, разъ имѣется серьезная картина желудочно-кишечныхъ расстройствъ, хотя бы эти послѣднія и были вызваны вреднымъ вліяніемъ чужеродныхъ, что, впрочемъ, бываетъ до крайности рѣдко. Создавая патологическія условія среды, въ которой живутъ, производя диспепсію, а тѣмъ болѣе гастро-энтероколиты, глисты тѣмъ самымъ избавляютъ организмъ отъ своего присутствія, выходя изъ него или погибая въ немъ. Если у ребенка кишечникъ находится въ полномъ порядкѣ и доказана наличность глистной болѣзни, то терапевтическое вмѣшательство можетъ быть тѣмъ энергичнѣе, чѣмъ возрастъ старше.

Трудно, чтобы не сказать больше, нарисовать картину глистной болѣзни въ такомъ ея видѣ, съ какимъ обязанъ считаться практической врачъ у постели больного ребенка. Нужно прямо сказать, что окончательныя сужденія въ этой темной области еще не вполне допустимы, но имѣющихся въ литературѣ данныхъ и нашихъ собственныхъ наблюденій достаточно для того, чтобы навсегда покончить съ нагроможденнымъ вѣками балластомъ и дать хотя небольшое, но положительное. Настала пора подвести возможные итоги и предупредить такимъ путемъ мало обоснованныя ссылки на глисты въ тѣхъ, къ сожалѣнію, нерѣдкихъ случаяхъ, когда деревья препятствуютъ видѣть лѣсъ...

Выдѣляя глистную болѣзнь, какъ клиническую единицу съ опредѣленными, только ей одной свойственными признаками, нѣтъ ни малѣйшаго основанія, равно какъ нельзя отрицать вреднаго вліянія живущихъ въ кишечникѣ чужеродныхъ. Глисты вредятъ, отнимая отъ организма часть бѣлковъ для своей жизни и развитія, крови и питательныхъ соковъ, производятъ опасные припадки, переселяясь въ органы и ткани, обуславливаютъ при большомъ скопленіи закупорку кишекъ и воспалительныя явленія въ области подвздошной и слѣпой, выдѣляютъ вредные для человѣческаго организма продукты собственного обмѣна веществъ.

Прим. ред.



## Заболѣванія печени.

### Катарральная желтуха.

Наиболѣе частое заболѣваніе печени въ дѣтскомъ возрастѣ—катарральная желтуха появляется, большею частью эпидемически, притомъ, главнымъ образомъ, у дѣтей, закончившихъ второй годъ жизни, между тѣмъ какъ у грудныхъ она едва ли наблюдается. Фактъ этотъ даетъ нѣкоторыя указанія на этиологію болѣзни, не вполне впрочемъ выясненную. Симптомы развиваются въ большинствѣ случаевъ остро съ незначительной или сильной лихорадкой, часто имѣются желудочно-кишечныя заболѣванія. Спустя 2—3 дня желтуха становится ясной, сопровождается соответственными измѣненіями мочи и ахолическими испражнениями. Можетъ быть при этомъ увеличеніе печени, селезенки и кожный зудъ. У старшихъ дѣтей обнаруживается замедленіе пульса. Языкъ обложенъ, аппетитъ большею частью пониженъ. Теченіе почти всегда короткое, лихорадка падаетъ спустя нѣсколько дней, по истеченіи 1—2 недѣль наступаетъ полное выздоровленіе. Лишь въ видѣ исключенія, по непонятнымъ пока причинамъ, желтуха длится въ теченіе большаго времени; точно также въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдаются холемическіе симптомы, даже исходъ въ острую атрофію печени.

При леченіи на первомъ планѣ стоитъ діета. Въ виду закупорки желчныхъ ходовъ, стараются по возможности понизить содержаніе жира въ пищѣ, т. е. давать главнымъ образомъ углеводы (мучные супы, рисъ, крупу и т. д.), снятое молоко или пахтанье, овощи, картофель, компотъ, пюре изъ плодовъ. Бѣлокъ лучше всего давать въ видѣ творога, меньше въ видѣ мяса и рыбы. Часто бывающій при этомъ запоръ стараются устранить легкими слабительными (Infus. rad. rhei 5,0:100,0, tartarus natronatus, Sirup. aa 30,0:200,0, черезъ 2 часа по чайной ложкѣ), легкими слабительными чаями, минеральными водами. При долгомъ теченіи излюбленнымъ средствомъ являются высокія клизмы Карлсбадской воды. Весьма цѣлесообразно дѣйствуютъ небольшія дозы каломеля, лучше всего въ соединеніи съ подфиллиномъ (Calomel. 0,005—0,005, Podophyll. 0,005—0,01 на приемъ, 2—3 раза въ день). Оба вещества представляютъ главныя составныя части рекомендуемыхъ хологеновыхъ лепешекъ Glaser'a. Для улучшенія аппетита служатъ горечи (Tinct. rhei vinos. 20,0, Tinct. nuc. vomic. 5,0, давать 2—3 раза въ день по 10—20 капель).

### Другія формы острой желтухи.

Изъ другихъ болѣе рѣдкихъ формъ острой желтухи встрѣчаются въ дѣтскомъ возрастѣ: **Weil'евская болѣзнь**, т. е. заразное заболѣваніе съ высокою т<sup>о</sup>, тяжелыми общими явленіями, склонностью къ кровоточеніямъ и нефритамъ, зависящее, быть можетъ, отъ проникновенія въ организмъ особаго вида протей. Наблюдаются также случаи острой желтой атрофіи печени, гнойника ея при септицеміи, аппендицитѣ, гастроэнтеритѣ, гепатитѣ въ теченіе септическихъ заболѣваній. Заболѣваніе желчными камнями, повидимому, представляетъ рѣдкое исключеніе.

### Циррозъ печени.

**Сифилитическій циррозъ.** Чаше всего наблюдаютъ циррозъ печени у грудныхъ дѣтей въ первые мѣсяцы жизни, то въ видѣ врожденнаго заболѣванія, причѣмъ здѣсь онъ почти всегда обязанъ своимъ происхожденіемъ сифилису. Различаютъ главнымъ образомъ три его формы. Самой частой является

разлитой портальной циррозъ или циррозъ воротной вены, который происходитъ изъ разлитой, главнымъ образомъ портальной (воротной) инфильтраціи, отличается значительнымъ припуханіемъ печени, ея твердой консистенціей, возникаетъ безъ желтухи или съ весьма незначительными желтушными явлениями, съ увеличеніемъ селезенки, вполнѣдствіи ведетъ къ гранулированію и сморщиванію съ водянкой; далѣе, узловатая, гуммозная форма, наконецъ, и ктерическій (желтушный) циррозъ, который, вѣроятно, основанъ на гуммозномъ холагитѣ и даетъ сильное увеличеніе и желтуху. Въ послѣдующемъ возрастѣ встрѣчаются всѣ эти (сифилитическія) формы, хотя безусловно рѣдко, но все таки, чаще, чѣмъ какая бы то ни была другая форма.

Изъ другихъ видовъ, притомъ, уже у 2 — 3-лѣтнихъ дѣтей, наблюдается алкогольный циррозъ, циррозъ при перитонеальномъ туберкулезѣ, въ рѣдкихъ случаяхъ гипертрофической желтушный (Напоѣвскій) циррозъ неизвѣстнаго происхожденія. Нѣсколько чаще встрѣчается циррозъ вслѣдствіе застоя крови съ увеличеніемъ печени, водянкой и опухолью селезенки, отличающійся клинически отъ другихъ формъ рѣзкой общей синюхой. Причиной застоя и синюхи оказывается, во многихъ случаяхъ, но не всегда, заболѣваніе сердечной сумки обычнаго и туберкулезнаго характера. Связь между этими заболѣваніями и измѣненіями печени еще не вполнѣ выяснена. Наряду съ простымъ перикардитическимъ циррозомъ печени развивается, при такихъ же условіяхъ, отличающаяся, въ иныхъ случаяхъ, явлениями рубцоваго перигепатита, такъ назыв. Zuckergussleber.

Рѣже наблюдаются циррозы печени при общихъ заразныхъ болѣзняхъ (кори, скарлатинѣ). Въ тропическихъ мѣстностяхъ часто наблюдаютъ желтушный циррозъ при маляріи и желтушный циррозъ неизвѣстнаго происхожденія (такъ назыв. «дѣтская печень»).

### Опухоли печени.

Изъ опухолей печени, главнымъ образомъ, надо принимать во вниманіе весьма злокачественные, отчасти диффузные, инфильтрирующіе, отчасти узловатые раки и саркомы. Первичными они бываютъ рѣже, чѣмъ метастазы первичныхъ опухолей почекъ и надпочечниковъ, изъ первичныхъ опухолей также большая часть зависитъ отъ случайно занесенныхъ зародышей. Операциі онѣ недоступны. При распознаваніи можно смѣшать съ гуммозными узлами. Кистовидныя опухоли печени принадлежатъ къ категоріи врожденныхъ или, по крайней мѣрѣ, зависятъ отъ врожденнаго предрасположенія. Они представляются въ видѣ единичныхъ опухолей, но въ видѣ кистовидной печени часто и множественны, достигая весьма значительной величины. Наконецъ, дѣтскому возрасту не чуждъ эхинококкъ печени.

### Врожденная закупорка большихъ желчныхъ ходовъ.

Врожденная закупорка большихъ желчныхъ ходовъ является заболѣваніемъ рѣдкимъ. Возникновеніе ея зависитъ отъ уродства, особенно отъ обширнаго, даже полнаго отшнуровыванія зачатковъ печени отъ кишечника, благодаря чему желчные ходы имѣютъ видъ непроходимаго зачатка или совершенно отсутствуютъ. Вслѣдствіе возникшаго такимъ путемъ препятствія для оттока желчи образуется желчный циррозъ, обусловленный въ свою очередь расширеніемъ желчныхъ ходовъ и исходящимъ оттуда разрощеніемъ соединительной ткани. Уродство можетъ наблюдаться въ различныхъ степеняхъ. Наиболѣе тяжелая форма представляетъ собою полное отсутствіе желчныхъ ходовъ, наиболѣе легкая, но практически самая важная, — только закупорку мѣста вхожденія въ кишечникъ при вполнѣ нормально развитой всей системѣ. Съ сифилисомъ болѣзнь не имѣетъ ничего общаго.

Симптомы. Дѣти, пораженныя этимъ уродствомъ, появляются на свѣтъ желтушными или же заболѣваютъ желтухой спустя нѣсколько дней. Окраска постепенно достигаетъ всевозможныхъ степеней. Въ

то же время печень увеличивается, становится тверже, селезенка тоже. Данные со стороны мочи вполне соответствуют окраскѣ кожи.

Исходъ. Болѣзнъ оканчивается смертью не позже 9—10 мѣсяцевъ, часто при холемическихъ явленіяхъ и признакахъ геморрагическаго діатеза; оказать помощь искусственнымъ соединеніемъ системы желчныхъ ходовъ съ кишечникомъ можно было бы только въ упомянутыхъ выше случаяхъ папиллярной атрезіи, которые, что понятно а priori, распознаются съ большимъ трудомъ и сравнительно съ формами, недоступными для терапіи, случаются крайне рѣдко.

Въ дальнѣйшемъ возрастѣ встрѣчаются также тяжелые, долго длящіяся случаи желтухи вслѣдствіе заболѣванія желчныхъ ходовъ, напр. врожденныя суженія, въ особенности кисты.

## Заболѣванія брюшины.

### Гнойный перитонитъ.

Гнойный перитонитъ новорожденныхъ. Наибольшее число заболѣваній перитонитомъ наблюдается у новорожденнаго, въ зависимости отъ часто бывающихъ септическихъ зараженій, свойственныхъ этому возрасту. Главный контингентъ этихъ формъ составляетъ исходящее изъ пупочныхъ сосудовъ воспаленіе. Затѣмъ слѣдуютъ формы метастатическія и получающія свое начало изъ другихъ органовъ. Заболѣванія иного характера, особенно прободнаго, рѣдки. Распознаваніе встрѣчаетъ въ этомъ возрастѣ большія затрудненія, такъ какъ характерные симптомы выражены мало, метеоризмъ, рвота и упадокъ силъ столь часто обусловливаются другими причинами, что даже не думаютъ о воспаленіи брюшины. Впрочемъ ошибка здѣсь потому имѣетъ меньше значенія, чѣмъ у старшихъ дѣтей, что возрастъ ребенка и характеръ заболѣванія дѣлаютъ возможнымъ оперативное вмѣшательство лишь въ исключительныхъ случаяхъ.

Перитонитъ, какъ слѣдствіе аппендицита, у старшихъ дѣтей. Аппендицитъ на первомъ году жизни встрѣчается крайне рѣдко. На второмъ году онъ наблюдается лишь въ видѣ исключенія но позже и одновременно съ исходящимъ изъ него перитонитомъ онъ бываетъ уже чаще. Знакомому съ этимъ заболѣваніемъ у взрослыхъ процессъ у ребенка не представляется чѣмъ-либо особеннымъ. Распознаваніе затрудняется лишь тѣмъ, что указанія дѣтей неопредѣленны, и часто случающіяся у нихъ кишечныя заболѣванія направляютъ мысль въ другую сторону. Для отличительнаго распознаванія, наряду съ обычными, сопровождающимися болями, острыми кишечными катаррами и гастрическими состояніями имѣютъ, главнымъ образомъ, значеніе слѣдующія данныя: у дѣтей, имѣющихъ растяженіе прямыхъ мышцъ и другіе признаки птоза, часто наблюдаются приступы сильныхъ болей въ животѣ, которыя можно уменьшить хорошо сдѣланными бандажами или повязками изъ липкаго пластыря. Начинающіяся заболѣванія дыхательныхъ путей, особенно пневмоніи, какъ извѣстно, часто сопровождаются болью, которую ребенокъ локализируетъ въ нижней части живота. Точно также при инфлуэнцѣ и другихъ общихъ зараженіяхъ неоднократно наблюдаются гиперѣстезіи и Head'овскія зоны въ той же области. Нерѣдко въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается хронически протекающее перекручиваніе черезчуръ подвижной слѣпой кишки, выражающееся появленіемъ опухоли, боли и часто наблюдаемое въ видѣ приступовъ, поноса съ примѣсью крови. Точно также при хронической бродильной диспепсіи

(срв. выше) иногда наблюдаются сильныя боли вслѣдствіе мѣстнаго тимпанита \*).

**Другія формы гнойнаго воспаления брюшины въ позднемъ дѣтствѣ.** Не исходящія изъ червеобразнаго отростка формы перитонита позднѣйшаго возраста имѣютъ сравнительно мало значенія, въ особенности, если принимать во вниманіе случаи съ болѣе самостоятельнымъ характеромъ, дающимъ извѣстную надежду на успѣхъ хирургическаго вмѣшательства. Сюда относятся: перитонитъ вслѣдствіе прободенія язвъ при тифѣ, туберкулезѣ, язвѣ двѣнадцати-перстной кишки, желудка и т. д., прободной перитонитъ при энтеритѣ и непроходимости, перитонитъ при ущемленіи грыжи. Большинство случаевъ относится къ формѣ, начинающейся легочными и плевральными процессами или къ группѣ метастатическаго перитонита, поскольку послѣдній является локализацией зараженія или даже первичнымъ заболѣваніемъ.

**Пневмококковый перитонитъ** представляетъ частичное явленіе множественнаго гнойнаго воспаления сывороточныхъ оболочекъ, поражающаго одновременно плевру, мозговую оболочку и суставы (болѣзнь Neuberg'a) нерѣдко уже въ грудномъ возрастѣ. У старшихъ дѣтей онъ пріобрѣтаетъ болѣе самостоятельное значеніе и потому является непосредственнымъ объектомъ распознаванія и леченія. Пневмококковый перитонитъ старшихъ дѣтей, поражающій преимущественно дѣвочекъ, но не происходящій изъ области половых органовъ, можетъ возникать, какъ перитонитъ, переходящій съ кишечника или путемъ зараженія съ плевры; большинство случаевъ происходитъ черезъ кровь изъ первичнаго очага, напр., ангины.

Заболѣваніе начинается внезапно высокой лихорадкой, рвотой, поносомъ, сильными болями въ животѣ. Спустя нѣсколько дней состояніе улучшается, но поносы продолжаютъ, постепенно развиваются явленія въ брюшной полости, которыя указываютъ на присутствіе тамъ выпота: вздутіе, притупленіе, зыбленіе. Притупленіе обыкновенно ограничено не въ видѣ общаго, а инкапсулированнаго выпота и соотвѣтствуетъ, дѣйствительно, большому гнойнику, наполненному жидкимъ, содержащимъ пневмококки гноемъ. Если представить себѣ мысленно ходъ заболѣванія, то оно постепенно направляется къ пупку, гдѣ, въ концѣ-концовъ, происходитъ прободеніе наружу; но это послѣднее можетъ идти въ направленіи половыхъ органовъ, прямой кишки, мочевого пузыря.

Рѣже инкапсулированной формы наблюдается разлитой гнойный перитонитъ съ подвижнымъ экссудатомъ.

Распознаваніе трудно. Вначалѣ чаще всего думаютъ объ аппендицитѣ; признаки, которые могутъ служить для отличія, именно—сильныя поносы, иначе локализованная боль, отсутствіе мышечнаго напряженія съ одной стороны, едва ли постоянны, съ другой—можно съ трудомъ только рѣшиться основывать на нихъ вѣроятный діагнозъ. Противъ тифа говорятъ очень сильныя вначалѣ боли, частая рвота, отсутствіе лейкопеніи. Въ позднѣйшихъ стадіяхъ діагнозъ рѣшаетъ появленіе выпота. При большомъ выпотѣ, въ позднѣйшихъ стадіяхъ,

\*) Въ одномъ случаѣ, который былъ затѣмъ подъ моимъ наблюденіемъ, аппендицитъ былъ ранше принятъ за кокситъ, въ виду непрерывно приведеннаго положенія бедра и болей при прикосновеніи къ ногѣ въ области тазобедреннаго сустава.

можетъ имѣть значеніе и бугорчатка брюшины. Противъ нея, однако, говорить острое теченіе и результатъ бактериологическаго изслѣдованія гноя, полученнаго посредствомъ пробнаго прокола.

**Стрептококковый перитонитъ** возникаетъ такимъ же образомъ и при такихъ же явленіяхъ, какъ только что описанный, лишь отсутствуетъ склонность къ инкапсулированію, а теченіе болѣе острое и злокачественное. Для діагноза имѣетъ значеніе, кромѣ бактериологическаго изслѣдованія гноя, венозная кровь, полученная съ помощью прокола.

**Гонококковый перитонитъ.** У дѣвочекъ съ гонококковыми бѣлями иногда наблюдаются ограниченные пельвиперитониты, которые сопровождаются такими же явленіями, какія извѣстны относительно взрослыхъ женщинъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ процессъ можетъ распространяться, при высокой лихорадкѣ, длящейся цѣлыя недѣли, на весь животъ. Отъ обычныхъ формъ перитонита перелойная форма отличается сравнительно меньшимъ нарушеніемъ общаго состоянія. Вѣроятный діагнозъ основанъ на присутствіи вульвовагинита и на обнаруживаемомъ, съ помощью изслѣдованія черезъ прямую кишку, оригинальномъ заболѣваніи половой сферы; не слѣдуетъ забывать, что у ребенка, страдающаго бѣлями, можетъ появиться перелойное воспаленіе брюшины.

Болѣзнъ сравнительно доброкачественна; даже разлитая форма ея оканчивается въ большинствѣ случаевъ излеченіемъ, хотя извѣстны и случаи смерти.

Леченіе гнойнаго перитонита въ дѣтскомъ возрастѣ, въ особенности оперативное, производится по правиламъ, которыхъ держатся у постели взрослыхъ больныхъ. Въ общемъ, показано возможно болѣе раннее вскрытіе брюшной полости. Лишь при гонококковомъ перитонитѣ надо выжидать произвольнаго излеченія, при пневмококковомъ цѣлесообразно вскрывать гнойникъ лишь послѣ его инкапсулированія; однако этому правилу едва ли можно слѣдовать при слишкомъ бурныхъ явленіяхъ, особенно при неувѣренности въ этиологію.

### **Бугорчатка брюшины.**

**Бугорчатка брыжеечныхъ и забрюшинныхъ железъ.** Подобно тому, какъ бугорчатковое зараженіе, въ какомъ бы мѣстѣ тѣла оно ни было, влечетъ за собою такое же пораженіе ближайшихъ железъ, лимфатическіе узлы брыжейки и ближайшіе узлы забрюшиннаго пространства могутъ заболѣть при пораженіи слизистой оболочки кишечника, давно уже закончившемся выздоровленіемъ, если железистый процессъ въ железахъ распространяется все больше и больше. Въ такихъ случаяхъ является увеличеніе и творожистое перерожденіе железъ, образованіе обширныхъ сливающихся другъ съ другомъ, вслѣдствіе слипчиваго воспаленія, железистыхъ опухолей, склеиваніе, сліяніе брыжейки и сальника, иногда появленіе бородавчатыхъ, напоминающихъ жемчужную опухоль грануляціонныхъ опухолей на сыворочной оболочкѣ кишечника и на брюшинѣ. При жизни въ брюшной полости прощупывается множество плотныхъ частей разнообразной формы, колбасовидныхъ и узловатыхъ. Животъ при этомъ вздутъ, селезенка большею частью сильно увеличена. Процессъ, развивающійся медленно при неопредѣленныхъ боляхъ, въ послѣдствіи протекаетъ съ высокой гектической лихорадкой. Состояніе питанія сильно страдаетъ. Кахектическіе отеки часты. Общія явленія наступаютъ раньше, чѣмъ въ

ощупываніе укажетъ что-либо опредѣленное. Предсказаніе, въ общемъ, неблагоприятное, хотя и въ тяжелыхъ случаяхъ иногда наблюдается выздоровленіе.

**Слипчивая форма туберкулезнаго перитонита** обнаруживаетъ большое сходство и съ описанной. Она возникаетъ изъ туберкулезнаго воспаленія брюшины, которое изъ милиарныхъ узелковъ постепенно разрастается въ большіе, широко распространенные, подвергающіеся творожистому перерожденію грануляціонной массы, рубцы и конгломераты, состоящіе изъ склеенныхъ между собою кишечныхъ петель. Въ концѣ-концовъ всѣ кишечныя петли срастаются другъ съ другомъ и съ паріетальной стороной брюшины въ одинъ сплошной узелъ. Расположенныя между петлями кишекъ творожистыя массы могутъ размягчиться, производя прободеніе въ кишечникъ, тазовые органы или кнаружи, образовавшаяся полость можетъ подвергнуться гнилостному зараженію, къ бугорчаткѣ присоединяются септическое, гнилостное зараженіе, интоксикаціи.

Клинически болѣзнь начинается усталостью и неопредѣленными симптомами, также легкими болями въ животѣ, иногда рвотой. Въ это время является характерная лихорадка, животъ увеличивается, становится неровнымъ, при ощупываніи даетъ неопредѣленныя указанія. Выстукиваніе и ощупываніе обнаруживаютъ присутствіе опухоли. Свободнаго эксудата нѣтъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи лихорадка продолжается, поносы и потеря аппетита сильно истощаютъ дѣтей.



Рис. 75. Туберкулезный перитонитъ (дѣтская больница Гизела въ Мюнхенѣ, прив.-доц. д-ръ I b g a h i m).

Иногда выступаютъ явленія неполной закупорки кишечника. Состояніе становится безнадежнымъ, разъ только очаги размягченія увеличиваются въ числѣ или вскрываются наружу.

Предсказаніе то же, что при бугорчаткѣ брюшныхъ железъ.

**Эксудативная форма туберкулезнаго перитонита** анатомически выражается высыпаніемъ просовидныхъ и полу-просовидныхъ бугорковъ на брюшинѣ, не подвергающихся творожистому перерожденію, но остающихся въ стадіи образованія грануляцій и склонныхъ къ обратному развитію. Процессъ сопровождается обильнымъ сывороточнымъ выпотомъ, который можетъ достигать нѣсколькихъ литровъ. Эта форма даетъ сравнительно хорошее предсказаніе, начинается медленно, легкими повышеніями температуры и незначительными общими явленіями, указывающими на пораженіе полости живота. Затѣмъ послѣдній начинаетъ увеличиваться въ объемѣ, явле-

нія подвижнаго выпота становятся весьма ясными. Общее состояніе страдает сравнительно мало; испражненія часто задержаны и имѣютъ свѣтлую окраску, возможенъ и поносъ.

Большая часть этихъ явленій излечивается по истеченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ; случается и обратное развитіе, и новое ухудшеніе.

Распознаваніе туберкулезнаго заболѣванія брюшины основано на анамнезѣ, обнаруженіи другихъ, въ то же время имѣющихся симптомовъ туберкулеза (*lichen scrophulosorum*, туберкулиды, железы и т. д.). Но и при отсутствіи ихъ бугорчатка вѣроятна, ибо другія заболѣванія у ребенка встрѣчаются рѣдко. Опухоли нельзя смѣшивать, однако, съ каловыми опухолями. При изслѣдованіи черезъ прямую кишку иногда обнаруживаются увеличенныя железы въ верхней части брюшной полости и зернистыя неровности въ Douglas'овомъ пространствѣ. При наличности свободнаго выпота слѣдуетъ исключить, какъ причину, заболѣванія печени, сердца, стрептококковый перитонитъ. При этомъ необходимо изслѣдовать полученную проколомъ жидкость въ цитологическомъ и бактериальномъ отношеніи. За туберкулезъ будетъ говорить значительное содержаніе лимфоцитовъ. При отсутствіи палочекъ, въ виду ихъ скуднаго содержанія, можетъ быть доказано лишь съ помощью способа, вызывающаго ихъ наростаніе или опытами на животныхъ. Ложная водянка въ теченіе тяжело протекающей хронической недостаточности пищеваренія можетъ быть исключена путемъ точнаго изученія условій пищеваренія, мѣняющихся, не соотвѣтствующихъ свободному выпоту, границъ при-тупленія, а также посредствомъ прокола.

При леченіи всѣхъ формъ бугорчатковаго воспаленія брюшины на первомъ планѣ стоятъ гигиеническіе и климатическіе факторы, примѣняемые вообще при туберкулезѣ. Къ этому присоединяютъ еще мѣстныя мѣропріятія, способствующія всасыванію, особенно теплота во всякой формѣ (компрессы, термофоръ, мѣстныя ванны, съ помощью калильных лампочекъ), согрѣваніе живота солнцемъ, производимое въ первое время лишь нѣсколько минутъ, а затѣмъ все дольше. Леченіе зеленымъ мыломъ, солью и разсолными ваннами примѣняется съ неменьшей пользой (срв. „Золотуха“). Во многихъ случаяхъ всасываніе жидкости, повидимому ускоряется безсолевой діетой. слѣдуетъ заботиться о хорошемъ смѣшанномъ питаніи, объ устраненіи всякихъ попытокъ откармливать въ тѣсномъ смыслѣ этого слова. Поносы надо лечить по способамъ, указаннымъ относительно кишечныхъ катарровъ. Изъ лекарствъ пользуются средствами, испытанными при золотухѣ и бугорчаткѣ, преимущественно іодомъ.

### Утробный перитонитъ.

На вскрытіи мертворожденныхъ или умершихъ вскорѣ послѣ рожденія дѣтей иногда находятъ остатки зародышеваго, асептического перитонита въ видѣ склеиваній и образованія тяжей. Иногда подобныя дѣти могутъ оставаться въ живыхъ и тогда обнаруживаютъ, съ момента рожденія, всѣ признаки нарушенной проходимости кишечника. Зародышевый перитонитъ можетъ быть слѣдствіемъ уродствъ кишечника, полового аппарата, выходженія зародышеваго содержимаго путемъ ободенія, наконецъ, вслѣдствіе раздраженія веществами, проходящими черезъ плаценту и вызывающими воспаленіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣло идетъ несомнѣнно о сифилисѣ. Образующій рубецъ сифилитическій перитонитъ нерѣдко является лишь частнымъ признакомъ первыхъ проявленій болѣзни въ грудномъ возрастѣ; большею частью онъ вызы-

васть мало симптомовъ; въ видѣ исключенія можетъ вести къ настоящимъ перитонитическимъ осложненіямъ—рвотѣ, вздутію, непроходимости вслѣдствіе рубцовъ и перегибовъ.

### Опухоли.

Изъ доброкачественныхъ опухолей брюшины надо назвать главнымъ образомъ кисты, эхинококкъ, зародышевыя включенія и дермоиды, изъ злокачественныхъ—медуллярные раки и саркомы. Симптомы послѣднихъ сходны съ клиническими явленіями при бугорчаткѣ брюшины; они принимаютъ то форму опухолей, то видъ эксудата.

### Литература.

(Кромѣ учебниковъ и руководствъ по дѣтскимъ болѣзнямъ).

- Разстройства питанія грудныхъ дѣтей: Czerny und Keller, Des Kindes Ernährung. Ernährungsstörungen usw. Deuticke. Finkelstein, Lehrbuch der Säuglingskrankheiten.
- Болѣзнь Hirschsprung'a, внѣдреніе и другія формы закупорки: Wilms, Deutsche Chirurgie. Lief. 46.
- Бугорчатка: Fürst, Die intestinale Tuberkuloseinfektion. Encke 1905.
- Пилороспазмъ и спастическое суженіе привратника: Ibrahim, Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde, Bd. I.
- Полипозъ: Funkenstein, Zeitschr. für klin. Medizin, Bd. LV.
- Хроническая диспенсія: Heubner, Lehrbuch für Kinderheilkunde, Bd. LXX. Schütz, Ibid., Bd. LXII. Herter, Ueber intestinalen Infantilismus. Wien. Deuticke 1909.
- Періодическая рвота: Hecker, Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. VII.



## Болѣзни органовъ дыханія.

C. Frh. von Pirquet

(Вѣна).

### Заболѣванія носа.

Наружныя части носа у ребенка не только абсолютно, но и относительно имѣютъ меньшіе размѣры, чѣмъ у взрослого. Онѣ развиваются параллельно съ развитіемъ конечностей, а не черепа; всякаго рода задержки развитія, которыя мы ясно наблюдаемъ на длинныхъ трубчатыхъ костяхъ и которыя мы тамъ можемъ выразить въ цифрахъ, поражаютъ тѣмъ же типичнымъ образомъ и носъ. При этомъ носъ остается надолго или навсегда на той стадіи развитія, которая свойственна эмбриональной курносости.

Въ особенности малые размѣры имѣетъ носъ при ахондроплазіи, обусловливающей карликовый ростъ. Мы видимъ нависшій лобъ, подъ нимъ глубокое сѣловидное углубленіе, за которымъ слѣдуетъ небольшое выпячиваніе, т. е. носъ. Аналогичнымъ образомъ поражается носъ при миксѣдемѣ, въ менѣе рѣзкой степени при рахитѣ. Такъ какъ въ Сѣв. Германіи, въ особенности въ городахъ, рахитъ является почти универсальной болѣзью перваго года жизни, то нѣтъ ничего удивительнаго, что благодаря вызываемой имъ задержкѣ развитія существеннымъ образомъ измѣнилась фізіономія дѣтей ранняго возраста. Тупые носы, которые такъ часто встрѣчаются у дѣтей въ Саксоніи и Силезіи, гдѣ они считаются даже расовымъ признакомъ, по всей вѣроятности, обязаны своимъ происхожденіемъ главнымъ образомъ, рахиту.

Маленькій носъ при наслѣдственномъ сифилисѣ зависитъ, повидимому, не отъ общаго недоразвитія костей, а отъ мѣстнаго процесса, именно отъ хроническихъ воспалительныхъ явленій въ слизистой оболочкѣ и костномъ скелетѣ носа.

У здороваго ребенка дыхательный воздухъ входитъ исключительно черезъ носъ. Дыханіе черезъ ротъ всегда является признакомъ неполной проходимости носа. Маленькія дѣти не открываютъ рта даже при очень напряженномъ дыханіи; въ тѣхъ случаяхъ, когда въ дѣйствіе вступаютъ вспомогательныя мышцы грудной клѣтки, наблюдаются дыхательныя движенія крыльевъ носа, что вмѣстѣ съ экспираторнымъ стономъ является уже почти безошибочнымъ признакомъ воспаленія легкихъ.

### Насморкъ (Coryza, Rhinitis).

Внутреннія части носа играютъ роль фильтра для дыхательнаго воздуха. Покрывающая ихъ слизистая оболочка съ ея обильной влажностью и мерцательнымъ эпителиемъ представляетъ весьма надежное приспособленіе для очистки воздуха отъ всякихъ неорганизованныхъ примѣсей—напр. пыли и копоти. Точно также и большинство микроорганизмовъ уничтожается естественными защитительными веществами крови, обильно пропитывающей слизистую оболочку носа. Тѣмъ не менѣе фильтръ этотъ не можетъ противостоять натиску любого количества бактерій, если же принять во вниманіе громадное

количество воздуха, которое должно быть продезинфицировано слизистой оболочкой, то частота инфекцій посредствомъ носа не покажется намъ удивительной. Потому-то заболѣванія этого органа принадлежать обыкновенно къ самымъ раннимъ страданіямъ, которымъ подвергается маленькій ребенокъ.

При этомъ, по всей вѣроятности, въ глубокихъ частяхъ носа образуются маленькіе первичные очаги, изъ которыхъ инфекция распространяется на всю остальную слизистую оболочку и вовлекаетъ затѣмъ въ сферу своего вліянія весь организмъ. Такъ какъ глубокая части носа ускользаютъ отъ нашего изслѣдованія, то мы и не имѣемъ яснаго представленія о механизмѣ такого зараженія.

Обыкновенно мы видимъ только результатъ инфекции—секретъ слизистой оболочки, т. е. экссудатъ, содержащій въ различныхъ пропорціяхъ серозную жидкость, слизь, кровь и гнойная тѣльца. Припуханіе слизистой оболочки мы обыкновенно тоже не наблюдаемъ прямо; мы судимъ о немъ только потому, что ребенокъ начинаетъ дышать ртомъ. Наконецъ, мы находимъ рядъ общихъ явленій, чрезвычайно различныхъ въ зависимости отъ этиологическаго фактора инфекции черезъ носъ.

Типомъ инфекціонныхъ заболѣваній, исходящихъ изъ носа, можно считать оспу, при которой первичное пораженіе локализуется, по всей вѣроятности, всегда въ слизистой оболочкѣ носа. Приблизительно черезъ 14 дней послѣ инфекции выступаетъ, при рѣзкихъ общихъ явленіяхъ, сыпь, которая затѣмъ постепенно превращается въ оспенныя пустулы. Послѣднія появляются не только на поверхности кожи, но и на протяженіи дыхательныхъ путей, въ частности въ носу. Теоретически такъ же объясняется и заболѣваніе корью, которое имѣетъ гораздо большее практическое значеніе, чѣмъ оспа. По всей вѣроятности и здѣсь заболѣванію предшествуетъ первичное пораженіе. Мы же наблюдаемъ въ качествѣ первыхъ признаковъ болѣзни уже ея вторую стадію, именно катаральное пораженіе дыхательныхъ путей и конъюнктивы. Дѣти кашляютъ, чихаютъ и не могутъ раскрыть глазъ. Но и въ этой стадіи нельзя еще съ полной увѣренностью поставить діагнозъ и приходится ждать высыпи на слизистой оболочкѣ рта. Если мы находимъ тамъ пятна Филатовъ-Корлік'а, то мы можемъ считать насморкъ за начало кори и поставить діагнозъ, назначивъ соотвѣтствующій режимъ за 1—2 дня до появления накожной сыпи.

При дифтеріи носа мы имѣемъ дѣло не съ вторичнымъ явленіемъ, но съ первичной локализацией бактерій на слизистой оболочкѣ носа, сопровождающейся соотвѣтствующимъ воспалительнымъ выпотомъ, который, при извѣстной интенсивности инфекции, ведетъ къ образованію пленокъ. Бациллы либо селятся на слизистой оболочкѣ носа сразу, либо перекочевываютъ туда съ миндалинъ. Въ послѣднемъ случаѣ діагнозъ не представляетъ трудностей, такъ какъ на миндалинахъ и на задней стѣнкѣ глотки мы находимъ характерныя налеты. При изолированномъ пораженіи носа распознаваніе легко только тогда, когда налеты имѣются у носового входа или если они выдѣляются при сморканіи. Это однако бываетъ далеко не всегда, а потому—въ виду частоты такой скрытой дифтеріи—нужно поставить себѣ за правило—изслѣдовать на дифтерійные бациллы всякій кровянисто-гнойный секретъ изъ носа у дѣтей. Пораженіе носа при одновременной осиплости должно также возбуждать подозрѣніе относительно дифтерійнаго характера процесса. При наличности пленокъ или при обнаруженіи дифтерійныхъ бациллъ необходимо тотчасъ же впрыснуть 2000—3000 единицъ антитоксина. Но если имѣется даже только болѣе или менѣе основательное подозрѣніе на дифтерію (если картина болѣзни, при этомъ имѣетъ сколько-нибудь тревожный характеръ), нужно дѣлать

впрыскивание, не дожидаясь результатов бактериологического исследования \*).

Такой же кровянисто-гнильный характер имеет отделяемое носа при поражении слизистой оболочки возбудителями скарлатины. Диагноз ставится на основании сыпи на коже и в полости рта. Случая изолированного заболвания слизистой носа вследствие поражения ее скарлатинозной инфекцией я не знаю. В прогностическом отношении ринит при скарлатинѣ имеет большое значение, так как случаи съ сильнымъ поражениемъ носовой полости обыкновенно протекаютъ тяжело и сопровождаются заболваниемъ Евстахиевыхъ трубъ и среднего уха.

Типичное хроническое поражение носа мы видимъ при наследственномъ сифилисѣ. Первымъ или однимъ изъ первыхъ симптомовъ бываетъ при этомъ опуханіе слизистой оболочки носа, которое проявляетъ себя затрудненіемъ носового дыханія; при всякомъ насморкѣ у грудного ребенка, длящемся болѣе или менѣе продолжительное время, нужно подуматъ о сифилисѣ.

У старшихъ же дѣтей хронической насморкъ съ изъязвленіями, припуханіемъ носа и окружающей кожи является чаще всего признакомъ золотушной формы туберкулеза.

У новорожденныхъ наблюдается иногда—одновременно съ характерными симптомами conjunctivitis blenorrhoica—пораженіе слизистой оболочки носа, вызванное гонококкомъ.

Сказанное исчерпываетъ почти всѣ виды насморка, при которыхъ мы можемъ діагноцировать опредѣленного инфекціоннаго возбудителя.

Впрочемъ насморкъ наблюдается также при эпидемическомъ менингитѣ и болѣзни Heine-Medin'a. При менингитѣ общее заболваніе, ведущее къ метастатической инфекции мозговой оболочки, исходитъ, по всей вѣроятности, изъ первоначальнаго очага въ носу. Но такъ какъ заболваніе носа не проявляетъ себя никакими специфическими признаками, то его обыкновенно распознаютъ только послѣ наступленія общей инфекціи; впрочемъ, при наличности нѣсколькихъ заболваній въ семьѣ можно подвергнуть отдѣляемое носа тщательному бактериологическому изслѣдованію на присутствіе менингококковъ Weichselbaum'a. Простое микроскопическое изслѣдованіе для этой цѣли недостаточно, такъ какъ интрацеллюлярные диплококки встрѣчаются довольно часто въ носу.

Болѣзнь Heine-Medin'a также начинается обыкновенно съ катарральныхъ явленій, напоминающихъ инфлюэнцу, но и здѣсь діагнозъ при современныхъ способахъ изслѣдованія возможенъ только тогда, когда наступаютъ уже типическіе параличи. Только предположительно можно иногда признатъ насморкъ у окружающихъ больного за рудиментарную форму полиоміелита (Wickman).

Мы подходимъ теперь къ довольно неопредѣленной группѣ инфлюэнцеподобныхъ заболваній. Правда, при наличности большой эпидеміи, когда послѣ предварительнаго насморка развиваются катарральные симптомы со стороны различныхъ слизистыхъ оболочекъ и серьезныя общія явленія, и когда при изслѣдованіи находятъ Pfeiffer'овскую палочку инфлюэнцы,—возможенъ этиологиче-

\* Мы открыто протестуемъ противъ впрыскиванія дѣтямъ грудного возраста большихъ количествъ сыворотки, такъ какъ не видѣли отъ послѣдней разительнаго улучшенія, при провѣрочныхъ изслѣдованіяхъ отдѣлений носа находили бациллы въ меньшемъ количествѣ, какъ и до введенія антитоксина. Скажу болѣе—много разъ бактериоскопической анализъ слизи изъ носа и носоглотки обнаруживалъ палочку Klebs-Löffler'a въ то время, когда и въ голову не приходило считать младенца больнымъ. Сврожденная невосприимчивость сомнѣнію не подлежитъ, а потому, при желаніи примѣнить серотерапію у дѣтей 2-й половины грудного періода, лучше уже довольствоваться малыми дозами—не болѣе 300—500 единицъ и всегда помнить, что антитоксинъ безвреденъ лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣется токсинъ, подлежащій его нейтрализаціи.

скій діагнозъ болѣзни. Но при спорадическихъ случаяхъ, съ которыми намъ приходится имѣть дѣло ежедневно, мы рѣдко имѣемъ возможность съ точностью установить возбудителя болѣзни. По всей вѣроятности эти формы вызываются цѣлымъ рядомъ одинаково дѣйствующихъ микроорганизмовъ, какъ-то: пнеймококкъ, *micrococcus catarrhalis* и т. д. Такъ какъ въ терапевтическомъ отношеніи мы вынуждены ограничиваться симптоматическими мѣрами, то дифференціальный діагнозъ не имѣетъ здѣсь практическаго значенія и мы довольствуемся тѣмъ, что всякій сильный насморкъ, сопровождающійся лихорадкой и общими симптомами, называемъ гриппомъ или инфлюэнцей, оставляя открытымъ вопросъ о томъ, вызывается ли это заболѣваніе бациллою инфлюэнцы или нѣтъ.

Кромѣ инфекціонныхъ возбудителей насморкъ можетъ быть вызванъ и другими веществами, обуславливающими, у предрасположенныхъ къ тому субъектовъ, поврежденіе слизистой оболочки носа. Характернымъ примѣромъ можетъ служить туберкулинный насморкъ. Субъекты, чувствительные къ туберкулину, при вдыханіи распыленнаго туберкулина или туберкулезныхъ бациллоу получаютъ насморкъ, представляющій аналогію съ конъюнктивальной туберкулиновой реакціей. Точно также нѣкоторые лица реагируютъ насморкомъ на вдыханіе пыли. Интересную картину въ этомъ отношеніи представляетъ сѣнная лихорадка. У нѣкоторыхъ лицъ вдыханіе воздуха, насыщеннаго растительной пылью, вызываетъ рѣзкое раздраженіе дыхательнаго аппарата, въ особенности слизистой оболочки носа. Такіе субъекты страдаютъ хроническимъ припуханіемъ и катарромъ слизистыхъ оболочекъ въ періодъ цвѣтенія тѣхъ травъ, къ которымъ они чувствительны; чаще всего это бываетъ въ началѣ лѣта, рѣже осенью. Что именно цвѣточная пыль является причиной насморка, можетъ быть доказано тѣмъ, что у лицъ, предрасположенныхъ къ сѣнной лихорадкѣ, можно даже зимой вызвать явленія болѣзни, если ввести въ носъ или въ конъюнктиву эмульсію изъ цвѣточной пыли; нормальные же люди на это не реагируютъ. Весьма вѣроятно, что значительная часть насморковъ у взрослыхъ зависитъ отъ повышенной чувствительности къ опредѣленнымъ веществамъ; въ раннемъ дѣтствѣ съ такой повышенной чувствительностью приходится рѣдко имѣть дѣло; по крайней мѣрѣ сѣнная лихорадка начинается обыкновенно только въ концѣ дѣтскаго возраста.

Въ повседневной жизни играетъ большую роль насморкъ отъ простуды; по всей вѣроятности катарръ вызывается здѣсь не вліяніемъ холода, какъ таковаго, а является косвеннымъ результатомъ ослабленія мѣстныхъ и общихъ защитительныхъ приспособленій: охлажденіе тѣла измѣняетъ нормальное выдѣленіе защитительныхъ соковъ, что создаетъ уже почву для роста бактерій.

Что касается патолого-анатомической картины, то при легкомъ насморкѣ мы находимъ только припуханіе и гиперемію носовой перегородки и нижней раковины; въ тяжелыхъ случаяхъ гнойно катарральное воспаленіе наблюдается также въ глубокихъ частяхъ слизистой оболочки носа. Оттуда процессъ распространяется на трубы и барабанную полость.

Клиническіе симптомы остраго насморка. Первымъ признакомъ остраго насморка является обыкновенно многократное чиханіе, послѣ чего въ теченіе нѣсколькихъ часовъ изъ носа начинается выдѣляться водянистый секретъ. Въ ближайшіе дни секретъ стано-

вится слизистымъ и мутнымъ вслѣдствіе присутствія въ немъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, въ дальнѣйшемъ, онъ дѣлается все болѣе и болѣе гнойнымъ и вязкимъ. Одновременно съ этимъ, вслѣдствіе припуханія слизистой оболочки, носовое дыханіе затрудняется, что особенно неприятно у грудныхъ дѣтей. Грудной ребенокъ привыкъ при кормленіи плотно присасываться къ груди, спокойно дыша при этомъ черезъ носъ. Если носъ наполовину заложенъ, то ребенокъ дышетъ съ трудомъ, причемъ дыханіе сопровождается сопѣніемъ; если же носъ совершенно непроходимъ, то ребенокъ долженъ постоянно прерывать сосаніе и дышать черезъ ротъ. Ребенокъ дѣлается капризнымъ, отказывается ѣсть, а иногда дѣло доходитъ даже до припадковъ асфиксіи. Такимъ образомъ, въ первые мѣсяцы жизни насморкъ можетъ вести къ угрожающимъ явленіямъ. Иногда дыханіе рѣзко учащается, сонъ становится безпокойнымъ, такъ какъ ребенокъ попеременно дѣлаетъ попытки дышать то ртомъ, то носомъ. Все это вмѣстѣ съ явленіями общей инфекціи—лихорадкой, отсутствіемъ аппетита—ведетъ къ вялости и потерѣ вѣса тѣла; въ концѣ концовъ, благодаря присоединенію бронхита или бронхопнеймоніи, можетъ наступить летальный исходъ. Вообще до 3—4-лѣтняго возраста нужно на всякій сильный насморкъ смотрѣть, какъ на серьезное заболѣваніе, въ виду возможности различныхъ осложненій. На исходѣ же дѣтскаго возраста насморкъ переносится такъ же легко какъ и у взрослыхъ.

Острое воспаленіе глоточной миндалины, т. е. лимфоидной ткани носоглоточнаго пространства можетъ не проявляться никакими рѣзкими явленіями. У дѣтей съ эксудативнымъ діатезомъ оно встрѣчается въ грудномъ возрастѣ довольно часто и вызываетъ жаръ, недомоганіе, затрудненіе дыханія; выдѣленія изъ носа бываютъ не всегда. Очень часто при неправильной лихорадкѣ у дѣтей находятъ, въ качествѣ единственнаго признака указаннаго заболѣванія покраснѣніе задней стѣнки глотки (фарингитъ). Кромѣ того, на острое воспаленіе въ носоглоточномъ пространствѣ указываетъ припуханіе лимфатическихъ железъ позади грудино-ключично-сосковой мышцы; припуханіе же железъ у угла нижней челюсти говоритъ за воспалительный процессъ въ миндалинахъ.

Лечение остраго насморка сводится главнымъ образомъ къ борьбѣ съ общимъ заболѣваніемъ. При слизисто-гнойномъ или кровянистомъ выдѣленіи нужно произвести изслѣдованіе на дифтерійные бациллы и при наличности сколько-нибудь основательнаго подозрѣнія на этотъ счетъ примѣнить немедленно впрыскиваніе сыворотки. Внутреннія части носа плохо поддаются терапевтическому воздѣйствію; впрыскиваніе антисептической жидкости въ носъ рекомендовать нельзя, такъ какъ такимъ путемъ можно занести инфекцію въ среднее ухо. Входъ въ носъ нужно смазывать индифферентной мазью (борнымъ вазелиномъ), во избѣжаніе образованія изъязвленій отъ ѣдкаго секрета. При наличности корокъ можно вводить на нѣсколько минутъ въ носъ маленькія палочки, обмотанныя ватой и смазанныя мазью.

Общее лечение при наличности лихорадки имѣетъ цѣлью вызвать потъ, для чего примѣняются теплыя обертыванія, горячій настой липоваго цвѣта или бузиннаго чая, аспиринъ (0,1—0,25 pro dosi), хининъ (0,05—0,25 pro dosi); маленькихъ дѣтей держать въ постели, а болѣе старшихъ не выпускаютъ изъ комнаты

Комнатный воздухъ долженъ зимой имѣть температуру около

18<sup>0</sup> С.; чтобы сделать его несколько влажнымъ, ставятъ на печку сосуды съ водой. Приятное ощущение даетъ запахъ скипидара или ol. rini rumilonis; листь пропускной бумаги, напитанный этими веществами, помѣщаютъ около постели больного \*).

Кромѣ того, можно нѣсколько разъ въ день пускать въ носъ по нѣсколько капель нагрѣтаго оливковаго или миндальнаго масла въ чистомъ видѣ или съ прибавкой 1% ментола \*\*). Временное облегченіе при закладываніи носа можно получить отъ введенія ватныхъ тампоновъ, смоченныхъ въ растворѣ адреналина (1:3000).

При затрудненіи сосанія у грудныхъ дѣтей имъ даютъ пищу съ ложечки; если это не удается, то приходится прибѣгать къ желудочному зонду.

### Хроническій насморкъ.

Подострыя и хроническія воспаленія слизистой оболочки носа встрѣчаются въ дѣтскомъ возрастѣ часто: они либо возникаютъ изъ остраго насморка, либо вовсе не имѣютъ остраго начальнаго періода, а развиваются незамѣтно, какъ, напр., сифилитическій и золотушный насморки. При хроническомъ насморкѣ средоточіемъ мѣстныхъ симптомовъ являются почти всегда припухшія лимфатическія железы носоглоточнаго пространства; но и слизистая оболочка носа также обнаруживаетъ хроническое припуханіе и выдѣляетъ гнойный или слизистый секретъ.

Своеобразную форму хроническаго насморка представляетъ ozaena, при которой происходитъ атрофія подслизистой ткани; проходимость носа при этомъ не нарушена, секретъ имѣетъ густую консистенцію и выдѣляется въ скудномъ количествѣ. Процессъ сопровождается образованіемъ корокъ, подъ которыми скопляется отдѣляемое. Гнилостныя бактеріи, не встрѣчающія противодѣйствія, въ виду недостаточной функціи секрета, вызываютъ разложеніе, которое сопровождается выдѣленіемъ характернаго, очень рѣзкаго и непріятнаго запаха. Ozaena встрѣчается у дѣтей старшаго возраста, почти всегда у такихъ, которыя носятъ въ себѣ признаки туберкулеза; возможно, что эта форма атрофіи слизистой оболочки имѣетъ специфически-туберкулезный характеръ. Лечение озены сводится, главнымъ образомъ, къ улучшенію общаго состоянія. Мѣстно можно примѣнить впусканіе 1% салицилово-вазелинаго масла, а также тампонацію нижняго носоваго хода смазанными жиромъ ватными палочками.

Предсказаніе при хроническомъ насморкѣ зависитъ, главнымъ образомъ, отъ того, является-ли онъ выраженіемъ хронической инфекціонной болѣзни или нѣтъ. Грудныхъ дѣтей нужно тщательно изслѣдовать на сифилисъ; при недостаткѣ анамнестическихъ данныхъ, слѣдуетъ произвести Wassermann'овскую реакцію. Въ случаѣ положительнаго результата назначается противосифилитическое лечение. У дѣтей старшаго возраста очень важно произвести прежде всего ту-

\*) Запахъ скипидара, какъ такового или въ видѣ сосновой воды дѣйствительно приятенъ для взрослыхъ, но у маленькихъ дѣтей онъ способенъ вызывать сильное возбужденіе нервной системы (капризы, плохой сонъ, вздрагиванія, даже спазмофілія) и раздраженіе почекъ. Говоримъ мы это на основаніи личнаго опыта и предупреждаемъ всегда съ кафедры будущихъ врачей.

\*\*) Относительно ментола скажемъ еще больше—введеніе его въ полость носа можетъ вызывать приступы эклампсіи, о чемъ не такъ давно были сообщенія врачей Стараго и Новаго Свѣта.

Прим. ред.

Прим. ред.

беркулиновую реакцію. Если послѣдняя даетъ рѣзко-положительный результатъ, то можно заподозрить, что насморкъ развился на золотушной почвѣ. Въ такомъ случаѣ нужно назначить соответствующее общее леченіе. При отрицательномъ результатѣ туберкулиновой реакціи, можно съ большимъ основаніемъ ожидать, что надлежащее леченіе дастъ быстрое улучшеніе. Дѣтей старшаго возраста заставляютъ нѣсколько разъ въ день втягивать въ носъ физиологическій растворъ поваренной соли или теплую воду съ прибавленіемъ буры (на кончикъ ножа на стаканъ воды). Или же имъ предписываютъ самими вводить себѣ въ носъ указательнымъ пальцемъ небольшіе кусочки 3% борнаго вазелина. При этомъ одна ноздря зажимается, а въ другую мазь втягивается носомъ при наклоненной назадъ головѣ. Мазь таетъ и расплывается по полости носа, размягчая корки и усиливая секретію. Затѣмъ то же самое продѣлывается съ другой ноздрей. Черезъ 5—10 минутъ ребенокъ долженъ хорошенько высморкаться.

Маленькимъ дѣтямъ впускаютъ въ носъ миндальное масло, вставляютъ ватные тампоны, насыщенные борнымъ вазелиномъ, или же вдвуютъ въ носъ антисептическіе порошки. Наиболѣе подходящимъ порошкомъ является бура съ примѣсью 10% созоіодоловаго натра и 1% ментола. Если слизистая оболочка находится въ состояніи сильной гиперплазіи, то ее смазываютъ 2% растворомъ азотнокислаго серебра.

### Аденоидныя разрощенія.

Въ связи съ простымъ, золотушнымъ хроническимъ насморкомъ или же безъ всякаго пораженія слизистой оболочки носа развивается очень часто у дѣтей припуханіе лимфатической ткани на задней стѣнкѣ глотки, т. е. глоточной миндалины. У дѣтей съ такъ называемымъ лимфатическимъ habitus'омъ глоточная миндалина—обыкновенно одновременно съ миндалинами зѣва и другими желези-стыми органами—подвергается часто очень рѣзкой гипертрофіи, такъ что она выполняетъ все пространство, предназначенное для прохожденія воздуха. Это заставляетъ ребенка дышать ртомъ, благодаря чему онъ черезъ нѣкоторое время приобретаетъ особое выраженіе лица. Рѣчь также приобретаетъ своеобразный оттѣнокъ вслѣдствіе того, что звуки, которые при нормальныхъ условіяхъ произносятся черезъ носъ (м,н) или требуютъ плотнаго закрытія небной занавѣски (п,т,к), не могутъ быть ясно произнесены. Отсюда вторично развиваются различныя виды шепелявости, а иногда, вслѣдствіе затрудненнаго дыханія, появляется и заиканіе. Ночью такія дѣти храпятъ, недостатокъ воздуха порождаетъ кошмарные сны, *avor nocturnus*. Нерѣдко въ связи съ этимъ стоитъ и *enuresis nocturna*.

Кромѣ вліянія на рѣчь и дыханіе аденоидныя разрощенія имѣютъ еще и другое непріятное послѣдствіе—закрытіе входа въ Евстахіеву трубу, что ведетъ къ задержкѣ секрета и хроническимъ катаррамъ трубы и средняго уха съ пониженіемъ слуховой способности. Дѣти, вслѣдствіе этого, отстаютъ отъ своихъ сверстниковъ по ученію. Могутъ ли аденоидныя разрощенія непосредственно обусловить пониженіе интеллекта путемъ венознаго застоя, распространяющагося на мозговые сосуды—это еще не вполне доказано.

Если разрощенія очень обширны, то они оказываютъ вліяніе на развитіе скелета носа; внутренняя костная часть носа отстаетъ въ

развитіи, вслѣдствіе чего глаза выступаютъ впередъ, иногда можетъ получиться псевдо-Базедова форма.

Аденоиды встрѣчаются уже у грудныхъ дѣтей, но чаще всего у дѣтей въ возрастѣ отъ 4 до 10 лѣтъ. Безъ леченія они не исчезаютъ въ теченіе многихъ лѣтъ, но на исходѣ дѣтскаго возраста обыкновенно подвергаются обратному развитію.

Діагнозъ не представляетъ затрудненій: открытый ротъ, носовой оттѣнокъ рѣчи, храпѣніе—вотъ главные признаки. Съ полной увѣренностью діагнозъ ставится на основаніи ощупыванія носоглотки. Врачъ прислоняетъ къ себѣ ребенка спиной и велитъ ему открыть ротъ. Затѣмъ онъ беретъ его лѣвой рукой сзади за голову, а указательнымъ пальцемъ вдавливаютъ щеку между зубами, такъ чтобы ребенокъ не могъ укусить врача, не причиняя, въ то же время, боли и себѣ самому. Руки ребенка долженъ держать помощникъ, иначе ребенокъ обязательно ухватится за руку врача. Затѣмъ быстро вводится въ ротъ ребенку указательный палецъ правой руки (предварительно вымыть руки и остричь ногти); достигаютъ хоанъ и ощупываютъ заднюю стѣнку глотки. При сильномъ увеличеніи аденоидной ткани она ясно ощущается какъ мягкая подушка.

Леченіе. При значительныхъ разрощеніяхъ и рѣзкихъ разстройствахъ рекомендуется удаленіе ихъ Gottstein'овскимъ ножомъ. При нѣкоторомъ навыкѣ эту операцію можно дѣлать безъ наркоза. Если аденоиды вызываютъ только легкіе симптомы или имѣется ангина, насморкъ, то лучше подождать съ операціей. Лекарственное леченіе не приноситъ никакой пользы, но слѣдуетъ бороться съ основнымъ страданіемъ (золотухой и пр.) \*).

### Иородныя тѣла въ носу.

Маленькія дѣти часто засовываютъ себѣ въ носъ камни, бобы, зерна; въ рѣдкихъ случаяхъ инородное тѣло можетъ попасть въ носъ при рвотѣ и застрять въ нижнемъ носовомъ проходѣ. Инородныя тѣла вызываютъ иногда мѣстное воспаленіе, ведущее къ выдѣленію кровянистой жидкости съ отвратительнымъ запахомъ. Въ другихъ случаяхъ инородныя тѣла инкрустируются (ринолиты).

Если извѣстно, что въ носъ попало инородное тѣло, то леченіе обыкновенно не представляетъ затрудненій. Если инородное тѣло торчитъ во входѣ, то его легко можно выдавить снаружи, или же оно выскакиваетъ при сморканіи съ плотно закрытой другой ноздрей. У маленькихъ дѣтей можно осторожно примѣнить продуваніе носа Politzer'овскимъ баллономъ со стороны свободной ноздри.

При отсутствіи анамнеза выдѣленіе дурнопахнущаго секрета изъ одной ноздри въ теченіе долгаго времени почти съ увѣренностью говорить за присутствіе инороднаго тѣла (въ острыхъ случаяхъ нужно подумать о дифтеріи). Удаленіе въ этихъ случаяхъ иногда трудно, такъ какъ инородныя тѣла оказываются при этомъ разбухшими или окруженными грануляціями. Нужно попытаться уменьшить набуханіе слизистой оболочки помощью кокаина, а затѣмъ изгнать инородное тѣло струей воздуха или теплой воды.

\* Съ такимъ положеніемъ мы никакъ согласиться не можемъ. Гдѣ аденоидныя разрощенія выражаютъ собою симптомъ золотушнаго худосочія, тамъ общее леченіе безусловно ихъ устраняетъ, оперативное же вмѣшательство не только излишне, но даже опасно—очень долго на мѣстѣ бывшихъ разрушеній остается язвенная поверхность, не заживающая до той поры, пока не укрѣпится организмъ in toto. Независимо отъ сказаннаго, систематически примѣняемая мѣстная терапія глотки и носоглотки, искусственное расширеніе грудной клѣтки массажемъ и дыхательной гимнастикой могутъ, сами по себѣ, излечивать аденоиды или уменьшать ихъ до той степени, при которыхъ ножъ Gottstein'a не имѣетъ себѣ примѣненія.



Если тѣло лежитъ глубоко, то иногда его легче протолкнуть назадъ черезъ хоаны. Иногда удается извлечь инородное тѣло пинцетомъ или крючковатымъ зондомъ.

Аналогичные симптомы могутъ, въ рѣдкихъ случаяхъ, быть вызваны полипами; послѣдніе подлежатъ хирургическому леченію.

### Носовое кровотеченіе.

Если оставить въ сторонѣ симптоматическія носовыя кровотеченія при гемофилии, геморрагическомъ діатезѣ, лейкеміи, коклюшѣ и порокахъ сердца, то у дѣтей старшаго возраста кровотеченія изъ носа обуславливаются въ большинствѣ случаевъ поврежденіями носа или ковыряніемъ въ носу. Источникомъ кровотеченія бываетъ обыкновенно ранка въ передней части носовой перегородки; если нѣтъ какого-либо изъ названныхъ выше общихъ заболѣваній, то остановить кровотеченіе не трудно. Ребенка заставляютъ втягивать въ носъ съ ладони холодную воду. Если этого недостаточно, то тампонируютъ переднюю часть носа, вкладывая корнцангомъ полоски марли. По прекращеніи кровотеченія нужно убѣдиться, нѣтъ ли хроническаго воспаленія носового входа, которое вызываетъ зудъ и заставляетъ ребенка ковырять въ носу. Если такое воспаленіе имѣется, то нужно назначить 1% мазь изъ преципитата для смазыванія входа въ носъ, а кровоточащее мѣсто на перегородкѣ смазывать 2—5% растворомъ азотнокислаго серебра.

У грудныхъ дѣтей носовое кровотеченіе является серьезнымъ симптомомъ, заставляющимъ подумать о септическомъ процесѣ, Вaglow'ой болѣзни, дифтеріи или сифилисѣ.

### Заболѣванія Евстахіевой трубы и барабанной полости.

Однимъ изъ самыхъ частыхъ осложненій болѣзней дыхательныхъ органовъ у дѣтей надо признать переходъ воспаленія на слизистую оболочку средняго уха.

Частота этого осложнения объясняется отчасти анатомическими особенностями органа слуха у дѣтей, отчасти общимъ предрасположеніемъ дѣтскихъ слизистыхъ оболочекъ къ воспалительнымъ процесамъ. Органъ слуха у новорожденнаго не представляетъ такого законченнаго, въ своемъ развитіи, образованія, какимъ является глазъ: часть этого развитія совершается во внѣтробной жизни.

Переходу воспаленія съ полости глотки способствуетъ главнымъ образомъ то обстоятельство, что хрящевой отрѣзокъ Евстахіевой трубы у дѣтей значительно короче, чѣмъ въ позднѣйшемъ возрастѣ; кромѣ того, онъ имѣетъ гораздо болѣе широкій просвѣтъ. Затѣмъ глоточное отверстіе трубы лежитъ очень низко; у новорожденнаго оно находится на уровнѣ твердаго неба, у взрослога—на 1 см. выше. Сосцевидный отростокъ заканчиваетъ свое развитіе только къ концу перваго года жизни; полость его у новорожденнаго очень мала и лежитъ непосредственно сзади надъ наружнымъ слуховымъ отверстіемъ. Барабанная полость у плода выполнена плотнымъ скопленіемъ эмбриональной соединительной ткани, но къ началу внѣтробной жизни эта ткань обыкновенно исчезаетъ.

Барабанная перепонка составляетъ у новорожденнаго часть наружной поверхности черепа, она расположена косо по направленію кнаружи, между тѣмъ какъ въ послѣдствіи принимаетъ почти вертикальное положеніе. Сама по себѣ перепонка, большею частью, толще и мутнѣе, чѣмъ у дѣтей старшаго возраста, но скоро она пріобрѣтаетъ свойственную ей тонкость и прозрачность.

Наружный слуховой проходъ коротокъ и не имѣетъ еще образующейся въ послѣдствіи костной трубки; онъ представляетъ собой мягкій каналъ, оканчивающійся снаружи хрящемъ. Просвѣтъ канала узокъ и имѣетъ щелевидную форму.

Изследование барабанной перепонки у новорожденного возможно только съ помощью воронки: выбирают тонкую и короткую воронку. соответственно размѣрамъ наружнаго слухового прохода новорожденного, и, постепенно подвигаясь впередъ, отыскиваютъ барабанную перепонку. Изследование затрудняется, во-первыхъ, тѣмъ, что барабанная перепонка лежитъ очень косо, во-вторыхъ, слуховой проходъ обыкновенно закрытъ *verni caseosa*. Затрудненіе это устраняется промываніемъ уха теплой водой. Съ этой цѣлью на конецъ шприца надѣваютъ тонкую, мягкую дренажную трубку. При изслѣдованіи барабанной перепонки самымъ важнымъ показателемъ будетъ короткій отростокъ молоточка. При нормальныхъ условіяхъ барабанная перепонка новорожденного имѣетъ сѣрый матовый цвѣтъ. При крикѣ она становится нѣсколько розовой, что не должно быть принимаемо за признакъ воспаления.

Послѣ 3 мѣсяцевъ осмотръ барабанной перепонки уже легче, а позже картина все болѣе и болѣе приближается къ тому, что мы видимъ у взрослога. При изслѣдованіи нужно попытаться увидѣть перепонку безъ воронки. Дѣти ведутъ себя гораздо спокойнѣе, если имъ не вводятъ въ ухо трубку, а такъ какъ слуховой проходъ у нихъ лишень еще волосъ, то можно хорошо увидѣть барабанную перепонку, хотя и не во всѣхъ ея частяхъ. Для этой цѣли нужно выпрямить слуховой проходъ; это достигается тѣмъ, что берутъ ушную раковину между вторымъ и третьимъ пальцемъ, оттягиваютъ ее вверхъ и кнаружи, а большимъ пальцемъ оттягиваютъ впередъ *tragus*. Если при этомъ удалось увидѣть рукоятку молотка, сѣрый цвѣтъ и нормальный рефлексъ барабанной перепонки, то изслѣдованіе такимъ образомъ быстро заканчивается. Только при наличности патологическихъ измѣненій переходятъ къ изслѣдованію воронкой для полученія болѣе подробной картины.

Если желательно только установить, есть ли течъ изъ уха, то можно обойтись безъ изслѣдованія ушнымъ зеркаломъ, именно съ помощью перекиси водорода. Ребенка кладутъ на здоровое ухо и впускаютъ въ ушную раковину, при зажатои слуховомъ проходѣ, 3—4 капли 3%-наго *hydrogenium hyperoxydatum*; черезъ минуту, когда растворъ нагрѣется, его медленно пропускаютъ въ слуховой проходъ. Обильное образованіе пѣны указываетъ на присутствіе въ слуховомъ проходѣ гноя; незначительное образованіе пѣны можетъ зависѣть либо отъ небольшого количества гноя, либо отъ сѣры.

### Катарръ барабанной полости у новорожденныхъ.

При вскрытіи новорожденныхъ и маленькихъ грудныхъ дѣтей находятъ удивительно часто (въ 40—90%) жидкій, болѣе или менѣе гнойный экссудатъ въ барабанной полости. У дѣтей, умирающихъ передъ рожденіемъ или во время родовъ, находятъ обыкновенно жидкость, содержащую составныя части околоплодной жидкости или меконія и попавшую въ барабанную полость, по всей вѣроятности, вслѣдствіе преждевременныхъ дыхательныхъ движеній. Если такія дѣти живутъ нѣкоторое время послѣ родовъ, то въ барабанной полости образуется бактериологически-стерильное скопленіе лейкоцитовъ, которое нужно рассматривать какъ нагноеніе около инороднаго тѣла (*Aschoff*). Но и у здоровыхъ новорожденныхъ подобное явленіе встрѣчается, повидимому, очень часто: *Gomprez* нашелъ при систе-

матическомъ изслѣдованіи дѣтей почти у половины новорожденныхъ припуханіе, выпячиваніе или, по крайней мѣрѣ, покраснѣніе барабанной перепонки, остающееся до 6—8 дня послѣ рожденія, послѣ чего барабанная перепонка принимаетъ нормальный видъ. Исчезновеніе эксудата происходитъ либо путемъ всасыванія, либо благодаря истеченію черезъ трубу; никогда не наступаетъ прободенія барабанной перепонки. Никакихъ клиническихъ явленій при этомъ не наблюдается. Лечение и профилактика излишни.

### Острое воспаленіе среднего уха.

Среднее ухо можетъ подвергнуться заболѣванію отъ самыхъ различныхъ инфекцій, которыя, какъ уже упомянуто, въ большинствѣ случаевъ проникаютъ туда черезъ трубу. Такое происхожденіе имѣетъ отитъ при скарлатинѣ, дифтеріи и при различныхъ инфлюэнцеоподобныхъ заболѣваніяхъ. При кори заболѣваніе среднего уха можетъ произойти черезъ кровь, въ видѣ энантемы; для извѣстной части туберкулезныхъ заболѣваній такое происхожденіе несомнѣнно.

У маленькихъ дѣтей переходу воспаленія на среднее ухо благоприятствуетъ, помимо широкаго просвѣта и короткости трубы, частая рвота (Goerpert). При бактериологическомъ изслѣдованіи эксудата среднего уха находятъ въ большинствѣ случаевъ пнеймококковъ (по Preysing'у въ 92%); затѣмъ идутъ стрептококки и различныя другія бактеріи. Существеннаго значенія для теченія болѣзни и прогноза бактериологическій характеръ эксудата не имѣетъ, хотя, въ общемъ, можно все-таки считать пнеймококковое нагноеніе болѣе доброкачественнымъ, чѣмъ стрептококковое.

Симптомы остраго отита могутъ быть крайне разнообразны; можно сказать, что чѣмъ меньше ребенокъ, тѣмъ чаще отитъ остается незамѣченнымъ вслѣдствіе отсутствія или неясности явленій. Часть случаевъ протекаетъ безболѣзненно; о заболѣваніи барабанной полости нужно подумать при наличности безпокойства, слабости, раздражительности, потерѣ аппетита, лихорадкѣ и при отсутствіи какихъ-либо измѣненій въ другихъ органахъ.

Если ребенокъ трется головой о подушку, не можетъ найти себѣ удобнаго положенія, чтобы заснуть, въ особенности же если онъ хватается рукой за голову, то это указываетъ на боли въ ухѣ. Въ такихъ случаяхъ при давленіи на tragus находятъ обыкновенно ясную чувствительность. Грудныя дѣти при одностороннемъ заболѣваніи ложатся охотнѣе на больное ухо и поэтому предпочитаютъ сосать изъ груди противоположной стороны (Pins). При сильныхъ боляхъ пропадаетъ аппетитъ, является наклонность къ рвотѣ; дѣти кричатъ цѣлыми часами. При еще болѣе интенсивныхъ явленіяхъ давленія возникаютъ судороги, апатичность и мозговые симптомы. Иногда наблюдаются постоянныя жевательныя движенія.

Въ старшемъ возрастѣ дѣти уже могутъ ясно локализовать свои боли, однако и у нихъ нерѣдко встрѣчается совершенно безболѣзненный отитъ, такъ что намъ приходится констатировать уже совершившееся прободеніе барабанной перепонки. Прободеніе происходитъ вслѣдствіе давленія эксудата; оно, по всей вѣроятности, наступаетъ тѣмъ легче и тѣмъ безболѣзненнѣе, чѣмъ тоньше и нѣжнѣе перепонка, т. е. чѣмъ моложе ребенокъ.

Лихорадка можетъ быть различной высоты; въ однихъ случаяхъ она держится въ теченіе нѣсколькихъ дней выше 40°, въ другихъ наблюдается только еле замѣтное повышеніе температуры. Лимфатическія железы опухаютъ не во всѣхъ случаяхъ; поражаются сильнѣе всего железы позади уха, позади грудиноключичнососковой мышцы, въ подострыхъ случаяхъ впереди tragus.

Длительность остраго отита различна: иногда онъ достигаетъ максимума въ теченіе 24 часовъ, въ другихъ случаяхъ можетъ пройти нѣсколько дней пока наступитъ прободеніе. Послѣ этого въ большинствѣ случаевъ, однако не всегда, болѣзненные явленія исчезаютъ. Выдѣленія имѣютъ вначалѣ кровянисто-серозный характеръ, затѣмъ они становятся слизисто-гнойнными и, наконецъ, снова слизистыми. Подъ влияніемъ выдѣленій можетъ развиваться экзема наружнаго слухового прохода и ушной раковины. Нагноеніе можетъ длиться различное время; оно можетъ закончиться въ нѣсколько дней, но можетъ перейти и въ хроническій отитъ. Въ большинствѣ случаевъ прободеніе не наступаетъ и эксудатъ самопроизвольно всасывается.

Распознаваніе остраго отита ставится на основаніи мѣстной болѣзненности, истеченія изъ уха и—въ случаѣ отсутствія послѣдняго—на основаніи изслѣдованія зеркаломъ. При заполненіи средняго уха катарральнымъ эксудатомъ барабанная перепонка, если она достаточно тонка, принимаетъ вмѣсто сѣраго желтовато-коричневый цвѣтъ; если эксудатъ занимаетъ не всю полость, то можно видѣть границу, отдѣляющую слой воздуха отъ жидкости. При распространеніи воспалительнаго процесса на барабанную перепонку мы находимъ розовое окрашиваніе перепонки, которое сперва рѣзче всего проявляется въ области рукоятки, а затѣмъ уже захватываетъ и периферическія части. Краснота можетъ быть очень интенсивной и сопровождается экхимозами, причемъ контуры барабанной перепонки становятся неясными. У очень слабыхъ дѣтей, въ особенности у атрофическихъ грудныхъ дѣтей, покрасненіе можетъ отсутствовать и діагнозъ приходится ставить, главнымъ образомъ, на основаніи помутненія и припуханія барабанной перепонки.

Прободенія по большей части находятся въ заднемъ нижнемъ квадрантѣ и въ виду своей незначительной величины не всегда легко распознаются. Диаметръ прободнаго отверстія при остромъ отитѣ рѣже бываетъ больше 1 миллим. Если нѣкоторое время подождать, то можно видѣть, какъ надъ отверстиемъ собирается капелька жидкости. Въ верхней части барабанной перепонки также можетъ наступить прободеніе, въ особенности у грудныхъ дѣтей.

Предсказаніе при остромъ отитѣ зависитъ прежде всего отъ характера процесса, а затѣмъ отъ общаго состоянія ребенка. Особенно тяжелое предсказаніе даютъ отиты послѣ скарлатины, когда они могутъ вести къ разрушенію слуховыхъ косточекъ, къ пораженію внутренняго уха и сосцевиднаго отростка. Впрочемъ, это наблюдается далеко не при всѣхъ эпидеміяхъ; обыкновенно же скарлатинозный отитъ мало чѣмъ отличается отъ обыкновеннаго отита \*). При диф-

\*) Всякій отитъ при скарлатинѣ долженъ считаться серьезнымъ осложненіемъ, если не въ смыслѣ перехода въ мастоидитъ, то, во всякомъ разѣ, въ смыслѣ тяжелыхъ послѣдствій для слуховой способности. Вполнѣ раздѣляя мнѣніе о зависимости этого осложненія отъ характера эпидеміи, мы должны сказать, что лишь въ тѣхъ, сравнительно рѣдкихъ случаяхъ, когда изслѣдованіе слизи изъ глотки, носоглотки и полости носа не обнаруживаетъ присутствія стрептококка, предсказаніе quoad restitutionem completam можетъ быть вполнѣ утѣшительнымъ.

тери перфоративный отитъ intra составляетъ рѣдкость, хотя на вскрытіяхъ приходится убѣждаться, что дифтерійныя перепонки иногда переходятъ на трубу и барабанную полость. Глубокихъ разрушеній онѣ не вызываютъ. Корь въ катарральномъ періодѣ нерѣдко осложняется отитомъ, который, однако, скоро проходитъ; гораздо тяжелѣе протекають тѣ воспаленія средняго уха, которыя развиваются послѣ кори въ качествѣ вторичныхъ инфекцій: они имѣютъ склонность переходить въ хроническія. Большинство случаевъ воспаленія средняго уха приходится на инфлюэнцу и гриппъ. Эти отиты тянутся въ среднемъ 4—8 дней и даже въ случаяхъ съ перфорацией заканчиваются въ 8—10 дней. Перфорация обыкновенно быстро закрывается и не оставляетъ послѣ себя рубца. Точно также быстро проходящія нагноенія не оказываютъ существеннаго вліянія на слуховую способность.

Иначе обстоитъ дѣло у слабыхъ, особенно у золотушныхъ дѣтей; въ этихъ случаяхъ прободенія не обнаруживаютъ склонности къ заживленію—и острый процессъ очень часто переходитъ въ хроническій.

Для прогноза имѣетъ громадное значеніе появленіе осложненій,—именно эмпіемы сосцевиднаго отростка, субперіостальныхъ абсцессовъ, омертвѣнія височной кости и перехода воспаленія на мозговья оболочки. Нужно тщательно слѣдить, не образуется ли позади уха воспалительнаго и болѣзненнаго припуханія; если таковое не исчезаетъ въ 2—3 дня, то требуется оперативное вмѣшательство. Признакомъ воспалительнаго процесса въ окружности средняго уха часто является парезъ лицевого нерва; съ исчезновеніемъ нагноенія парезъ этотъ обыкновенно также исчезаетъ. Очень серьезное значеніе нужно придавать мозговымъ явленіямъ, если они имѣютъ напряженный характеръ; напротивъ, простая рвота принадлежитъ къ числу невинныхъ симптомовъ.

Рациональной профилактики остраго отита не существуетъ; при всякомъ насморкѣ у маленькихъ дѣтей дана возможность инфекціи средняго уха со стороны носа.

Леченіе заключается, прежде всего, въ борьбѣ съ общими явленіями путемъ отвлеченія на кожу и кишечникъ. Назначаютъ теплое обертываніе, потогонную ванну, чай изъ липоваго цвѣта и салициловый натръ. У дѣтей, страдающихъ запорами, иногда оказываетъ купирующее дѣйствіе на воспаленіе уха назначеніе хорошаго слабительнаго. При сильныхъ боляхъ и бессонницѣ можно давать маленькія дозы фенацетина (0,05—0,2) или веронала (0,02—0,2) въ молоко. Хорошее дѣйствіе оказываетъ въ иныхъ случаяхъ хининъ \*).

Если барабанная перепонка въ это время обнаруживаетъ ясное выпячиваніе и покраснѣніе, то можно произвести парацентезъ. Проколъ дѣлають длинной иглой въ заднемъ нижнемъ квадрантѣ. Анестезированіе барабанной перепонки ватой, смоченной въ 10% кокаинѣ, необязательно. Если проколъ произведенъ въ надлежащій

\*) Подобный совѣтъ надо принимать *cum grano salis*, такъ какъ отіатры не безъ основанія боятся хинина даже при простыхъ гипереміяхъ и застояхъ внутренняго уха. Мы даже замѣчали, что при всѣхъ инфекціонныхъ формахъ, могущихъ осложняться отитами, самыя незначительныя дозы этого медикамента вызываютъ сильный шумъ въ ушахъ, на что и жалуются маленькіе пациенты, причемъ ясно констатируется тугой слухъ.

моментъ, то тотчасъ же появляется кровянистый или гнойный секретъ. Разрѣзъ долженъ имѣть 2—3 миллим. въ длину. Послѣ прокола тампонируютъ слегка слуховой проходъ длинной полоской йодоформенной или стерильной марли и накладываютъ сверху легкую повязку, которую укрѣпляютъ челчикомъ, что облегчаетъ смѣну повязки и тампона.

Парацентезъ нужно производить только тогда, когда имѣется ясное выпячиваніе и очень сильная болѣзненность, а отнюдь не во всѣхъ тѣхъ многочисленныхъ случаяхъ, когда находятъ измѣненія барабанной перепонки безъ клиническихъ симптомовъ или болѣзненности безъ какихъ-либо ясныхъ объективных явленій. Мы—педиатры совершенно отказываемся отъ парацентеза въ особенности у грудныхъ дѣтей, такъ какъ результаты послѣ операціи не лучше, а скорѣе хуже, чѣмъ безъ нея. Даже когда происходитъ самопроизвольная перфорация, длительность леченія не больше, чѣмъ послѣ парацентеза; кромѣ того, во многихъ случаяхъ дѣло не доходитъ до перфорации.

Въ виду сказаннаго лучше всего попытаться уменьшить боли горячими компрессами. Одновременно вводятъ въ ухо теплое масло съ 1% ментола или 5% карболь-глицеринъ; или же тампонируютъ слуховой проходъ марлей, смоченной однимъ изъ этихъ растворовъ.

Если произошла перфорация, то впускаютъ два раза въ день 3% перекись водорода, послѣ чего тщательно высушиваютъ слуховой проходъ ватной палочкой; можно еще дувать какой-либо антисептической порошокъ (борную кислоту). Противъ раздраженія уха секретомъ рекомендуется смазываніе 1% преципитатной мазью.

### Хроническое воспаленіе средняго уха.

Извѣстное число острыхъ отитовъ не излечивается—истеченіе изъ уха продолжается мѣсяцы и годы. Причина превращенія остраго отита въ хроническій лежитъ, по всей вѣроятности, не въ этиологіи перваго воспаленія, а въ плохомъ общемъ состояніи, при которомъ отсутствуетъ наклонность къ излеченію. Поэтому особенно часто видятъ хроническіе отиты у дѣтей съ признаками золотухи, туберкулеза или сифилиса.

Терапія сводится прежде всего къ общему леченію основного страданія. Въ уши впускается дважды въ день 3% перекись водорода; если секретъ очень вязокъ или имѣетъ дурной запахъ, то осторожно промываютъ ухо 1% растворомъ перекиси водорода, 3% борной кислотой или слабымъ растворомъ марганцовокислаго калия. Одновременно нужно лечить пораженія носа и носоглоточнаго пространства (аденоиды) и убѣдиться, не поддерживается ли нагноеніе полипами, грануляціями или хроническимъ заболѣваніемъ сосцевиднаго отростка.

### Инородныя тѣла въ наружномъ слуховомъ проходѣ.

При боляхъ въ ухѣ съ одной только стороны и отсутствіи насморка нужно всегда подумать, нѣтъ ли въ ухѣ инороднаго тѣла, такъ какъ у дѣтей это явленіе далеко не рѣдкое. Зерна различныхъ фруктовъ, мухи и пр. образуютъ вмѣстѣ съ ушнымъ саломъ компактную массу. Прежде чѣмъ произвести инструментальное удаленіе инороднаго тѣла, нужно постараться размягчить эту массу повторными, медленными промываніями теплой водой.

### Stridor congenitus.

Инспираторный свистъ при совершенно свободномъ выдыханіи встрѣчается при коклюшѣ, ларингоспазмѣ и въ качествѣ врожденнаго страданія. При коклюшѣ свистящее выдыханіе наблюдается только во время приступовъ кашля. Stridor при ларингоспазмѣ развивается не раньше, чѣмъ появляются другія явленія тетаніи и рахита, слѣдовательно не раньше 3 мѣсяцевъ отъ рожденія, появляется онъ также приступами и притомъ не во снѣ. Если же намъ говорятъ, что инспираторное клокотаніе или свистящій вдохъ наблюдались уже въ первые дни жизни, имѣли постоянный характеръ и не исчезали во снѣ, то мы имѣемъ здѣсь дѣло съ особой болѣзью „stridor congenitus“. Такія дѣти имѣютъ обыкновенно среднее или слабое тѣлосложеніе, хотя въ легкихъ и другихъ органахъ у нихъ не обнаруживается ничего ненормальнаго. Въ рѣдкихъ случаяхъ, когда выдыханіе сопровождается очень сильнымъ шумомъ, приходится видѣть втягиваніе яремной впадины и подложечной области. Шумъ зависитъ здѣсь либо отъ аномаліи въ строеніи гортани—именно отъ суженія входа въ гортань вслѣдствіе узости надгортанника и сближенія *pliscae aryepiglotticae*, либо вслѣдствіе недостаточной плотности тканей гортани (Heubner). Предсказаніе въ общемъ благоприятное, хотя и извѣстны случаи летальнаго исхода вслѣдствіе удушенія. Въмѣстѣ съ ростомъ гортани исчезаетъ и шумъ; обыкновенно это бываетъ уже на первомъ, самое же позднее на второмъ году жизни. Въ терапевтическомъ отношеніи мы здѣсь безсильны.

### Laryngitis acuta (Pseudocrupp).

У дѣтей, страдающихъ *stridor congenitus*, гортань представляетъ очень рѣзкую форму недостаточнаго развитія; но и при нормальныхъ условіяхъ дѣтская гортань очень узка. Чѣмъ уже входъ въ гортань, тѣмъ легче можетъ развиться опасный стенозъ ея вслѣдствіе воспалительнаго припуханія слизистой оболочки. Вотъ почему у маленькихъ дѣтей такъ часто развиваются явленія удушенія при дифтеріи („истинный крупъ“; но приступы удушенія могутъ появиться у маленькихъ дѣтей и при опуханіи слизистой, вызванномъ простымъ катарромъ. Не-дифтерійный ларингитъ наблюдается въ легкой и тяжелой формахъ, причемъ процессъ можетъ носить поверхностный или глубокой характеръ.

Легкая форма или простой катарръ гортани заключается въ покраснѣніи всей слизистой гортани съ усиленіемъ секретіи; онъ даетъ охриплость, лающій кашель, легкую лихорадку. Причины тѣ же, что и при остромъ насморкѣ. Впрочемъ, охриплость можетъ появиться также вслѣдствіе выдыханія очень горячаго или пыльнаго воздуха, а также вслѣдствіе перенапряженія гортани отъ продолжительнаго крика. Болѣзнь продолжается обыкновенно только нѣсколько дней. Сама по себѣ она вполне доброкачественна, опасность заключается только въ возможности припуханія слизистой и перехода во вторую форму ларингита, а также во вторичныхъ осложненіяхъ со стороны легкихъ. При безлихорадочномъ теченіи леченія не требуется: достаточно только не выносить ребенка въ холодную погоду; можно назначить ингаляціи. При повышеніи температуры назначается, какъ и при остромъ насморкѣ, горячій чай съ небольшими дозами салициловаго натра или

хинина, водяной или масляный компрессъ на грудь, вдыханіе паровъ скипидара или масла.

Тяжелая форма поверхностнаго ларингита извѣстна подъ именемъ ложнаго крупа. Съ анатомической стороны она характеризуется тѣмъ, что наряду съ краснотой и усиленной секретіей наблюдается интенсивное припуханіе слизистой гортани, ведущее къ тяжелымъ явленіямъ стеноза; перепонокъ при этомъ не образуются.

Припуханіе имѣетъ мѣсто преимущественно въ складкахъ слизистой оболочки, находящихся на нижней поверхности истинныхъ головокъ связокъ. Оно особенно усиливается, когда дѣти переходятъ изъ вертикальнаго положенія въ горизонтальное, именно черезъ нѣсколько часовъ послѣ засыпанія. Ларингоскопъ открываетъ между голосовыми связками толстые, рѣзко-красные валики, расположенные параллельно голосовымъ связкамъ.

Причины ложнаго крупа прежде всего тѣ же, что и для остраго насморка, но здѣсь играетъ еще большую роль спеціальное предрасположеніе. Подобно тому, какъ среди взрослыхъ у однихъ при каждомъ насморкѣ совершенно закладываетъ носъ вслѣдствіе опуханія раковинъ, а у другихъ—на первый планъ выступаетъ усиленная секретія, точно также и среди дѣтей одни предрасположены къ опуханію слизистой оболочки гортани, между тѣмъ какъ другія, при воздѣйствіи тѣхъ же причинъ, получаютъ только простую охриплость. Особенно предрасположены къ ложному крупу дѣти съ „аденоиднымъ habitus'омъ“, съ „экссудативнымъ діатезомъ“, крѣпкія, толстыя дѣти, склонныя ко всякаго рода воспаленіямъ кожи и слизистыхъ оболочекъ.

Приступъ ложнаго крупа обыкновенно протекаетъ слѣдующимъ образомъ. Ребенокъ въ теченіе одного или нѣсколькихъ дней обнаруживаетъ недомоганіе, легкій насморкъ, кашель, потерю аппетита, незначительную лихорадку—однимъ словомъ, настолько обычную картину „простуды“, что родители и не думаютъ приглашать врача. Внезапно среди ночи ребенокъ просыпается со всѣми признаками асфиктического страха. Выдыханіе совершается съ трудомъ, кашель имѣетъ судорожный и лающий характеръ, голосъ дѣлается сиплымъ, однако не теряетъ звучности, вдохъ чрезвычайно затрудненъ и сопровождается втягиваніемъ яремной ямки и надчревной области. Когда проходитъ первый испугъ, дѣти начинаютъ дышать нѣсколько спокойнѣе; черезъ нѣсколько часовъ весь этотъ острый приступъ можетъ пройти, оставивъ на нѣсколько дней охриплость голоса; въ рѣдкихъ случаяхъ явленія стеноза безостановочно прогрессируютъ и дѣло доходитъ до смерти отъ удушенія.

Въ отношеніи діагноза и терапіи чрезвычайно важно при всякомъ приступѣ асфиксіи тотчасъ же установить, нѣтъ ли въ данномъ случаѣ дифтерійнаго заболѣванія. Изслѣдованіе гортаннымъ зеркаломъ у маленькихъ дѣтей трудно выполнимо, да и не вполне доказательно, такъ какъ не всегда можно ясно увидѣть дифтерійныя пленки. Въ большинствѣ случаевъ мы принуждены ограничиться изслѣдованіемъ полости рта; присутствіе пленокъ на миндалинахъ или задней стѣнкѣ глотки указываетъ на то, что заболѣваніе гортани имѣетъ дифтерійный характеръ. Но если даже имѣется простая ангина или если изъ носа вытекаетъ кровянисто-гнойный секретъ, то мы должны считать стенозъ гортани дифтерійнымъ и, не взирая на бактериологическое из-



слѣдованіе, сдѣлать впрыскиваніе лечебной сыворотки. Отъ впрыскиванія можно отказаться только въ томъ случаѣ, если абсолютно нѣтъ никакихъ подозрѣній на дифтерію. Внезапное появленіе съуженія, въ особенности ночью, въ сопровожденіи лающего кашля, говоритъ за ложный крупъ. Дифтерія развивается медленно. При ложномъ крупѣ рѣдко дѣло доходитъ до полной охриплости; несмотря на свистящее дыханіе, ребенокъ можетъ издавать довольно громкіе звуки. Полная беззвучность голоса говоритъ поэтому за дифтерію. Не мѣшаетъ отмѣтить, что начальный коревой катарръ гортани можетъ также принять форму ложнаго крупа. Съ появленіемъ сыпи, исчезаютъ припухлость слизистыхъ оболочекъ и явленія стеноза, такъ что прогнозъ здѣсь очень благопріятенъ. Иначе обстоитъ дѣло, если охриплость и затрудненія дыханія наступаютъ послѣ появленія сыпи: въ тѣхъ случаяхъ мы имѣемъ обыкновенно дѣло съ вторичной инфекціей дифтерійными бациллами. Такое осложненіе представляетъ большую опасность.

При леченіе ложнаго крупа нужно прежде всего стремиться вызвать усиленный потъ; для этого даютъ внутрь горячій чай, лимонадъ, минеральную воду съ молокомъ, назначаютъ снаружи теплыя обертыванія изъ воды или масла. Дѣтямъ старшаго возраста съ успѣхомъ дѣлаютъ вдыханія водяныхъ паровъ (описаніе аппарата см. въ главѣ о бронхитѣ). Маленькія дѣти обыкновенно отворачиваются отъ аппарата. Въ такихъ случаяхъ превращаютъ кровать, съ помощью простынь, въ камеру, въ которую и всодятъ пары сбоку или со стороны ножекъ ребенка. При ингаляціи необходимо слѣдить, чтобы дѣти не приближались слишкомъ къ паровой трубкѣ, въ противномъ случаѣ легко можетъ произойти ожога. Старые врачи назначали при ложномъ крупѣ большія дозы рвотныхъ средствъ (*Tartarus stibiatus* 0,05 вмѣстѣ съ *pulv. Ipecacuanhae* 1,0). Столь энергичное леченіе въ настоящее время не находятъ уже себѣ приверженцевъ, несмотря на то, что его неоднократно рекомендовали. Мы предпочитаемъ обильное введеніе горячаго чая, лимонада, салициловыхъ препаратовъ (салициловаго натра, аспирина и т. д.) или *rad. ipecacuanhae* въ маленькихъ, невинныхъ дозахъ по 0,1 на 100,0 воды съ прибавленіемъ *liq. amm. anis* 1,0 и 10,0 сиропа, иногда также *codeini phosphor.* 0,02 (черезъ 2 часа по чайной ложкѣ).

При сильномъ затрудненіи дыханія показуется интубація; при ложномъ крупѣ она безусловно предпочтительнѣе, чѣмъ трахеотомія. Разрѣзъ гортани, требующій для своего заживленія по меньшей мѣрѣ 14 дней, оставляющій послѣ себя рубецъ, а иногда и длительное разстройство голоса, представляетъ слишкомъ серьезное вмѣшательство при болѣзни, которая можетъ исчезнуть въ теченіе двухъ часовъ. Интубація въ этихъ случаяхъ удается очень легко, такъ какъ въ гортани нѣтъ никакихъ перепончатыхъ отложеній; вредныхъ послѣдствій послѣ нея не наблюдается. Черезъ 24 часа трубку вынимаютъ, если больной не выкашляетъ ее до того. Только въ исключительныхъ случаяхъ приходится повторять интубацію, причемъ относительно дальнѣйшаго леченія нужно руководствоваться правилами, которыя будутъ указаны ниже въ главѣ о дифтеріи.

*Laryngitis phlegmonosa.* Глубоко проникающая форма ларингита представляетъ собой сильную воспалительную инфильтрацію гортани и верхнихъ дыхательныхъ путей, которая распространяется и на перихондрій, что сопровождается сильной болѣзненностью.

Эта форма присоединяется обыкновенно къ кори или скарлатинѣ; чрезвычайно рѣдко она встрѣчается внѣ этихъ заболѣваній, обусловливаясь, вѣроятно всею, тѣми же возбудителями, что насморкъ и бронхитъ. Такой ларингитъ, если встрѣчается, то чаще всего у дѣтей 2—3 лѣтъ послѣ пневмоній.

Флегмонозный ларингитъ начинается кашлемъ, охрипlostью и повышеніемъ температуры. Эти симптомы въ теченіе нѣсколькихъ дней усиливаются, причемъ къ нимъ присоединяется инспираторный и экспираторный стенохической шумъ (stridor), не дающій острыхъ угрожающихъ явленій удушья, но не исчезающій нѣсколько дней или даже недѣль. Надгортанникъ, при изслѣдованіи зеркаломъ, оказывается покраснѣвшимъ и опухшимъ. Отъ истиннаго крупа болѣзнь отличается отсутствіемъ дифтерійныхъ бациллъ, отъ ложнаго крупа—медленнымъ началомъ и длительнымъ теченіемъ, а отъ общихъ болѣзней, кромѣ того, рѣзкой чувствительностью гортани и трахеи.

Леченіе. Помимо общихъ мѣръ, какъ и при ложномъ крупѣ, а также, въ случаѣ надобности, интубаціи или трахеотоміи показуются мѣстныя кровоизлеченія на мѣстѣ гортани. Neubner совѣтуетъ ставить на область гортани пѣвкы въ количествѣ отъ 2 до 4, поддерживая затѣмъ значительное послѣдовательное кровотеченіе.

### Инородныя тѣла въ дыхательныхъ путяхъ.

Попаданіе въ дыхательныя пути инородныхъ тѣлъ, какъ-то бобовъ, ядрышекъ, монетъ, пуговицъ и пр., составляетъ у дѣтей явленіе нерѣдкое. Если инородное тѣло имѣетъ болѣе или менѣе крупныя размѣры, то проникновеніе его въ дыхательныя пути сопровождается острыми явленіями удушья и потому его нельзя не замѣтить. При попаданіи же мелкихъ тѣлъ распознаваніе часто затрудняется отсутствіемъ анамнеза. Иногда присутствіе инороднаго тѣла можно узнать по особому хлопающему шуму, который даютъ при дыханіи тѣла, свободно лежащія въ трахей или крупныхъ бронхахъ. Если инородное тѣло плотно закупориваетъ боковой бронхъ, то вначалѣ исчезаетъ дыхательный шумъ въ цѣлой долѣ и въ цѣломъ легкомъ, причемъ перкуторный звукъ остается нормальнымъ, въ дальнѣйшемъ обыкновенно соотвѣтствующая доля легкаго инфильтрируется. При попаданіи въ легкія металлическихъ предметовъ діагнозъ облегчается рентгеновскимъ изслѣдованіемъ. Наилучшіе результаты даетъ примѣненіе ларинго- и трахеоскопіи; съ помощью послѣдней удается въ большинствѣ случаевъ и удаленіе инороднаго тѣла. Если этотъ методъ не приводитъ къ цѣли и если предполагается, что инородное тѣло находится въ верхнихъ частяхъ дыхательныхъ путей, то можно произвести удаленіе его черезъ трахеотомическую рану. Говоря вообще, при отсутствіи специальной помощи, предсказаніе неблагоприятно, такъ какъ нерѣдко, въ особенности у маленькихъ дѣтей, развивается вторичная бронхопневмонія, ведущая къ смерти.

### Папиллома гортани.

Грануляціонныя разрошенія въ гортани приходится наблюдать, какъ послѣдствіе пролежней, образующихся въ гортани отъ продолжительнаго давленія интубаціонной трубки. Но и безъ травматической причины у дѣтей средняго возраста образуются иногда на голосовыхъ связкахъ маленькіе узелки; обыкновенно ихъ происхожденіе приписываютъ перенапряженію голосовыхъ связокъ вслѣдствіе крика или пѣнія (узелки пѣвцовъ), но, по всей вѣроятности, они представляютъ собой золотушное пораженіе слизистой гортани. Они вызываютъ длительную охрипlostь, но къ концу дѣтскаго возраста исчезаютъ обыкновенно сами собой.

Изъ истинныхъ новообразованій самымъ частымъ является папиллома гортани. Она по большей части помѣщается на истинныхъ голосовыхъ связкахъ, дѣлаетъ голосъ грубымъ и сиплымъ, а при сильномъ разрастаніи значительно затрудняетъ дыханіе. При небольшихъ папилломахъ можно, въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, ждать самопроизвольнаго рассыяванія, но въ большинствѣ случаевъ приходится производить внутригортанное удаленіе опухоли, что, впрочемъ, не гарантируетъ отъ рецидивовъ.

### Острый трахео-бронхитъ у дѣтей старшаго возраста.

Однимъ изъ самыхъ частыхъ заболѣваній дѣтей школьнаго возраста оказывается катарръ трахеи и крупныхъ бронховъ; мелкіе бронхи, столь часто вовлекаемые въ страданіе у грудныхъ дѣтей, остаются при этомъ нетронутыми. Слизистая оболочка трахеи и бронховъ припухаетъ, становится красной, начинаетъ усиленно выдѣлять слизь; болѣзнь сопровождается кашлемъ и легкими общими явленіями. Лихорадка держится на высокиихъ цифрахъ въ теченіе 1 — 2 дней, а затѣмъ постепенно спадаетъ, кашель же остается болѣе долгое время. Вначалѣ онъ имѣетъ грубый и лающий характеръ, позднѣе, съ усиленіемъ секреціи, становится мягче. Кашлевое раздраженіе особенно сильно по утрамъ послѣ того, какъ ребенокъ встанетъ съ постели, и по вечерамъ вскорѣ послѣ засыпанія. Приступъ кашля длится обыкновенно до тѣхъ поръ, пока не выдѣлится нѣсколько кусковъ тягучей слизи. Сильные приступы, нарушающіе сонъ и длящіяся по нѣсколько часовъ, вызываютъ у ребенка утомленіе и страхъ. Аускультация и перкуссия обыкновенно не даютъ никакихъ результатовъ, только надъ трахеей слышны иногда свистящіе и лоющіе хрипы. Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи нужно исключить коклюшъ и туберкулезъ. Если туберкулиновая реакція даетъ отрицательный результатъ, то прогнозъ хорошъ, при положительной реакціи нужно ставить предсказаніе съ нѣкоторой осторожностью.

Леченіе заключается въ назначеніи тепло-влажныхъ обертываній груди, производимыхъ на ночь; влажная повязка закрывается сверху сухой и утромъ снимается. Пока существуетъ лихорадка, дѣти не должны сходить съ постели, а послѣ паденія температуры, въ холодное время года, ихъ не слѣдуетъ выпускать на открытый воздухъ въ теченіе недѣли. Противъ кашля назначаютъ какое-либо отхаркивающее средство (Ammon. chlorat. 3,0, Succ. liquid. depur. 5,0, Codein. phosphor. 0,05, Aq. dest. ad 100,0, по чайной ложкѣ нѣсколько разъ въ день).

### Бронхитъ.

Катарральное пораженіе бронховъ имѣетъ ту же этиологію, что и ринитъ; здѣсь нужно снсва отмѣтить, что дѣти съ экссудативнымъ діатезомъ имѣютъ особенную склонность къ длительнымъ и рецидивирующимъ бронхитамъ, хотя объяснить эту склонность мы не можемъ даже приблизительно. Къ бронхитамъ, являющимся приступами, у дѣтей съ экссудативнымъ діатезомъ близко стоятъ бронхитическіе хрипы рахитиковъ. У такихъ дѣтей существуютъ въ теченіе долгаго времени громкіе хрипы, ощущаемые рукой и даже слышимые на разстояніе. Хрипы эти возникаютъ въ крупныхъ бронхахъ и отличаются тѣмъ, что вовсе не сопровождаются кашлевымъ раздраженіемъ.

Острый бронхитъ, будучи сродни остроту насморку, въ то же время можетъ незамѣтно переходить въ бронхіолитъ и бронхопнеймонію. Въ большинствѣ случаевъ поражается *in toto* вся дыхательная система, но при медицинскомъ обозначеніи заболѣванія мы руководимся преобладаніемъ процесса въ той или иной части. При болѣе тяжелыхъ заболѣваніяхъ, какъ, напр., бронхопнеймонія, мы допускаемъ *a priori*, что и другія слизистыя оболочки поражены, но сосредоточиваемъ свой

интересъ лишь на тѣхъ участкахъ, которые имѣютъ наибольшее значеніе въ смыслѣ прогноза. Точно такъ же обстоитъ дѣло и при пораженіи желудочно-кишечнаго тракта у дѣтей; здѣсь въ большинствѣ случаевъ поражается вся пищеварительная трубка и только сравнительно рѣдко можно доказать строго изолированное заболѣваніе одного какого-либо отдѣла.

Симптомы остраго бронхита у дѣтей сводятся, главнымъ образомъ, къ кашлю и лихорадкѣ; что касается мокроты, имѣющей у взрослыхъ такое большое діагностическое значеніе, то дѣти не откашливаютъ, а проглатываютъ ее.

Если хотѣть изслѣдовать мокроту, то берутъ ватный шарикъ и съ помощью корнцанга прижимаютъ его къ задней стѣнкѣ глотки, пока ребенокъ не закашляется; или же добываютъ проглоченную мокроту, выкачивая содержимое желудка натоцакъ. Произвольное выдѣленіе мокроты начинается только въ концѣ дѣтскаго возраста; у маленькихъ дѣтей такая привычка наблюдается рѣдко, лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда ребенку приходится выкашливать большое количество мокроты и если болѣзнь тянется долго. Если ребенокъ 4—5 л. откашливаетъ мокроту, то онъ почти навѣрно боленъ туберкулезомъ, бронхіэктазіей или по крайней мѣрѣ перенесъ незадолго передъ тѣмъ продолжительный коклюшъ.

При остромъ бронхитѣ можно судить о секретѣ по характеру кашля. Вначалѣ, пока секрета мало, кашель имѣетъ грубый и лающий характеръ, позже, съ увеличеніемъ количества секрета, кашель становится мягче. Лихорадка можетъ быть различной силы; въ зависимости отъ вида инфекціоннаго возбудителя температура можетъ колебаться отъ 37° до 40° и выше; въ различные часы дня она также обнаруживаетъ большую неравномѣрность. Со стороны органовъ кровообращенія въ большинствѣ случаевъ не замѣчается ничего особеннаго, за исключеніемъ учащенія пульса, соответствующаго приблизительно температурѣ. Желудочно-кишечный каналъ у маленькихъ дѣтей часто также вовлекается въ страданіе: вначалѣ, какъ при всякомъ лихорадочномъ заболѣваніи, легко наступаетъ рвота, языкъ бѣваетъ обложенъ, аппетитъ теряется; нерѣдко болѣзнь сопровождается разстройствомъ стула и болями въ животѣ, что, по всей вѣроятности, объясняется дѣйствіемъ того же самаго инфекціоннаго возбудителя. У дѣтей старшаго возраста страдаетъ и общее состояніе вслѣдствіе головной боли, общей разбитости и обусловленнаго кашлемъ разстройства сна.

Изъ физическихъ методовъ изслѣдованія больше всего данныхъ получается при аускультациі, которая обнаруживаетъ крупные, громкіе хрипы. Везикулярное дыханіе оказывается нѣсколько жесткимъ, выдохъ удлинненнымъ. Перкуссія не даетъ ничего особеннаго. Если во время изслѣдованія ребенокъ долго удерживаетъ дыханіе, если онъ долго кричитъ, то это является хорошимъ признакомъ; при болѣе тяжелыхъ пораженіяхъ, какъ бронхіолитъ или пнеймонія продолжительная задержка дыханія невозможна. Неосложненный лихорадочный бронхитъ проходитъ обыкновенно въ теченіе 1—2 недѣль.

Въ общемъ предсказаніе при простомъ бронхитѣ благоприятно, но лишь до тѣхъ поръ, пока дѣло ограничивается крупными бронхами; однако, при очень высокой температурѣ и при затрудненномъ дыханіи нужно быть очень осторожнымъ съ предсказаніемъ, такъ какъ въ такихъ случаяхъ можетъ присоединиться бронхопнеймонія. Сказанное относится, главнымъ образомъ, къ маленькимъ дѣтямъ; у дѣтей старшаго возраста опасность бронхопнеймоніи не такъ велика, но зато при всякомъ локализованномъ бронхитѣ нужно подумать о возможности туберкулеза. Въ началѣ бронхита нужно еще имѣть

въ виду корь и коклюшъ. При кори вскорѣ присоединяется конъюнктивитъ, а черезъ нѣсколько дней начинается характерное поражение слизистой оболочки полости рта; при коклюшѣ мы, напротивъ, принуждены ждать съ диагнозомъ 8—14 дней, пока не выяснятся типичные приступы, такъ какъ до тѣхъ поръ у насъ нѣтъ еще другихъ способовъ узнавать эту болѣзнь. Заподозрить начинающійся коклюшъ можно въ томъ случаѣ, если имѣется очень сильный кашель, непропорціональный ничтожнымъ аускультативнымъ явленіямъ и не сопровождающійся повышеніемъ температуры.

Для профилактики бронхита въ особенности важно, чтобы ребенокъ избѣгалъ общенія со взрослыми, у которыхъ имѣется насморкъ. Инфекціи, которыя у взрослыхъ вызываютъ только раздраженіе слизистой носа и горла, притомъ лишь на короткое время, у дѣтей, въ особенности у грудныхъ, сопровождаются гораздо болѣе сильными реактивными явленіями, требующими для своего излеченія гораздо большаго времени. Въ особенности нужно предостерегать взрослыхъ отъ цѣлованія съ дѣтьми, отъ кашля и чиханія вблизи нихъ.

Въ качествѣ общей профилактической мѣры рекомендуется закаливаніе дѣтей; оно дѣлаетъ ихъ болѣе устойчивыми противъ колебаній температуры, между тѣмъ какъ изнѣженные дѣти подъ вліяніемъ такихъ колебаній легче подвергаются инфекціи. Лѣтомъ нужно возможно дольше оставлять дѣтей на воздухѣ, даже ночью дѣти должны спать при открытомъ окнѣ; зимой также полезно доставлять дѣтямъ возможно больше свѣжаго воздуха, но при обычной у насъ системѣ оконъ съ раскрывающимися половинками этого трудно достигнуть, не охлаждая одновременно всю комнату. Англійскія сдвигающіяся окна гораздо цѣлесообразнѣе въ этомъ отношеніи, такъ какъ они позволяютъ оставить открытой очень узкую щель. Обтиранія можно производить только у вполне здоровыхъ дѣтей старше 3 лѣтъ; температура воды не должна быть ниже комнатной. Ихъ дѣлаютъ либо утромъ, либо вечеромъ передъ отходомъ ко сну, заканчивая каждый разъ теплымъ растираніемъ.

Леченіе остраго бронхита, такъ же какъ и остраго насморка, сводится къ постельному содержанію, назначенію потогонныхъ средствъ, влажныхъ обертываній—холодныхъ или теплыхъ, въ зависимости отъ того, имѣется ли у ребенка жаръ или нѣтъ. При лихорадочномъ бронхитѣ дѣлаютъ обертыванія груди изъ воды комнатной температуры, повторяя ихъ каждые 1—2 часа.

Берутъ полотенце или большую пеленку, складываютъ ихъ такимъ образомъ, чтобы ширина равнялась разстоянію отъ подмышечныхъ впадинъ до уровня пупка, а длины было достаточно для обхвата грудной клѣтки. Затѣмъ полотенце смачиваютъ въ водѣ, крѣпко выжимаютъ и раскладываютъ на толстое фланелевое одеяло или на небольшую простынку. Все это быстро набрасываютъ ребенку на грудную клѣтку сзади, по возможности выше, оставляя руки свободными. Сперва завертываютъ свободные концы мокраго полотенца, затѣмъ скрещиваютъ на груди концы сухой простынки и все это укрѣпляютъ безопасными булавками. Сухая простынка должна вверху и внизу заходить за края мокрой на 1—2 пальца такимъ образомъ, чтобы по окончаніи обертыванія мокраго полотенца уже не было видно. Верхняя, сухая простынка должна быть такой толщины, чтобы не промокнула отъ компресса. При непрерывной смѣнѣ обертываній нужно имѣть двѣ верхнія простынки, чтобы каждая изъ нихъ успѣвала высохнуть передъ употребленіемъ. Если желательно сдѣлать теплыя обертыванія, то компрессъ смачиваютъ въ горячей водѣ и накладываютъ его въ тотъ моментъ, когда онъ остынетъ до надлежащей температуры. Между мокрой и сухой простынкой можно положить Бильротовскій или мусселиновый батистъ, для того, чтобы дольше сохранить дѣйствіе влаги (F e e l).

Для теплых обертываний можно съ успѣхомъ употреблять масло: берутъ большой кусокъ фланели, смачиваютъ его въ теплое масло, выжимаютъ, накладываютъ на грудную кѣтку и покрываютъ сверху сухимъ платкомъ. Масляный компрессъ имѣетъ передъ водянымъ то преимущество, что онъ не такъ скоро остываетъ, такъ какъ масло не теряетъ тепла отъ испаренія. Онъ поэтому особенно пригоденъ у дѣтей съ нормальной или только незначительно повышенной температурой, а также въ тѣхъ случаяхъ, когда компрессъ оставляется на всю ночь \*).

При высокой температурѣ можно назначить прохладныя ванны (25—27° R.) продолжительностью въ 5—10 минутъ или же общія обертыванія (остаются свободными только руки) изъ воды комнат-

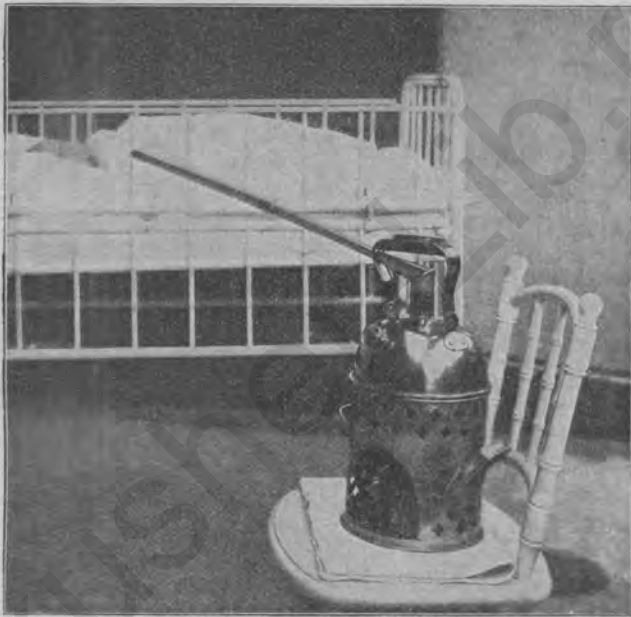


Рис. 76. Паровой котель для леченія бронхита.

ной температуры. Однако примѣненіе прохладныхъ ваннъ и общихъ обертываній требуетъ осторожности во избѣжаніе слишкомъ рѣзкаго охлажденія: если руки и ноги становятся холодными и цианотичными, то нужно немедленно прекратить процедуру, положивъ ребенка въ теплую постель и растирая его теплыми суконками.

Воздухъ въ комнатѣ, гдѣ находится больной, долженъ быть влажнымъ и не особенно жаркимъ. Очень пріятно для дѣтей, если

\*) Лучшимъ отвлекающимъ средствомъ мы считаемъ сухой компрессъ изъ ваты, клеенки и обыкновеннаго лифчика, причемъ послѣдній составляетъ наружный слой, клеенка средній, а вата внутренней. Сдѣланный *lege artis* и мѣняемый два раза въ сутки, сухой компрессъ прекрасно переносится и даетъ наилучшіе результаты. Въ помощь ему при его перемѣнѣ дѣлаютъ легкій массажъ груди рукой, покрытой миндальнымъ или безусловно чистымъ прованскимъ масломъ. Во избѣжаніе всякаго рода случайностей, мы рекомендуемъ употреблять масла, подвергнутыя дѣйствию высокой температуры (стерильныя).

воздухъ увлажняютъ паровымъ аппаратомъ. Паровой котель (см. рис. 69), снабженный спиртовой лампочкой, ставится у самой постели больного. Нужно, однако, имѣть въ виду, что изъ широкаго конца трубки паръ выходитъ слишкомъ горячимъ. Можно надѣть наконечникъ съ тонкимъ отверстиемъ, черезъ которое паръ выходитъ тонкой струей, благодаря чему онъ нѣсколько охлаждается. Лѣтомъ прекрасные результаты получаются отъ пребыванія на открытомъ воздухѣ: зимой такое леченіе нужно примѣнять съ осторожностью; Очень хорошо, если ребенокъ имѣетъ возможность въ солнечные дни даже при холодной погодѣ лежать на верандѣ; но необходимо при этомъ, чтобы ребенокъ былъ хорошо завернутъ и обложенъ горячими бутылками. Для врачебнаго изслѣдованія, кормленія, отправленія естественныхъ надобностей ребенка надо переносить въ теплую комнату.

Для лекарственнаго леченія остраго бронхита рекомендуются expectorantia, хотя большого дѣйствія они не оказываютъ. При обильныхъ хрипахъ даютъ inf. rad. Ipecacuanhae 0,1—0,3:70,0 воды съ 20,0 сиропа, черезъ 3 часа по чайной ложкѣ. Или liq. ammonii anisatus 3 раза въ день по 2—10 капель; extr. fl. radialis Senegae въ сахарной водѣ, наконецъ, creosotum carbonicum 1—5 капель въ молокѣ.

При небольшомъ количествѣ хриповъ и сильномъ кашлевомъ раздраженіи у дѣтей старше 6 лѣтъ можно давать морфій (2—5 разъ по 1 млгрм.). Codein. phosphor. можно прописывать уже на 2 году по  $\frac{1}{2}$  сантиграмма на годъ pro die.

Если одновременно существуютъ разстройства пищеварительнаго аппарата, то лучше воздержаться отъ назначенія внутреннихъ средствъ. Здѣсь приходится обратить особое вниманіе на діету, которая во все время лихорадки должна состоять изъ жидкой и кашицеобразной пищи; позже переходятъ постепенно къ обычной пищѣ, свойственной ребенку даннаго возраста. Жажду утоляютъ обильнымъ теплымъ питьемъ (лимонадъ, жидкій бузинный или рябиновый чай, молоко съ минеральной водой).

### Bronchitis asthmatica.

Говоря объ этиологіи остраго насморка, я упомянулъ о сѣнной лихорадкѣ, при которой насморкъ вызывается цвѣточной пылью. Такія же болѣзненные явленія неясной этиологіи встрѣчаются и въ бронхахъ. Преимущественно мы наблюдаемъ ихъ среди дѣтей съ наследственнымъ предрасположеніемъ, носящихъ признаки „экссудативнаго діатеза“, въ особенности страдающихъ или страдавшихъ хроническими экземами. Такія дѣти уже въ первые годы жизни часто болѣютъ бронхитическими приступами, экземой волосистой части головы и щекъ, lichen scrophulus. Постепенно при каждомъ бронхитѣ начинаютъ все яснѣе и яснѣе обнаруживаться приступы затрудненной экспираціи, при отсутствіи какого-либо препятствія въ гортани, — приступы, напоминающіе астму взрослыхъ. Въ возрастѣ 6—10 лѣтъ такія дѣти, въ общемъ вполне здоровыя и хорошо, даже слишкомъ хорошо упитанныя, регулярно въ началѣ каждой зимы заболѣваютъ кашлемъ съ легкой лихорадкой. Кашель этотъ съ небольшими промежутками длится всю зиму, возобновляясь каждый разъ, какъ только ребенокъ выйдетъ на холодный воздухъ. Экспирація при этомъ становится все труднѣе: дѣти принуждены садиться во время кашля, дышать со свистомъ и усиленно; судорожный кашель сопровождается

выдѣленіемъ незначительнаго количества вязкой мокроты. При физическомъ изслѣдованіи находятъ хорошо развитую, но поразительно глубокую грудную клѣтку, остающуюся долго въ положеніи инспираціи и производящую только поверхностныя дыхательныя движенія. Перкуссия даетъ всюду коробочный звукъ, при аускультации слышны обильныя, свистящія хрипы.

Предсказаніе при этой болѣзни благопріятное. Обыкновенно съ наступленіемъ теплаго времени года припадки прекращаются. Однако въ слѣдующую зиму они при неблагопріятныхъ условіяхъ появляются снова.

Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи нужно прежде всего—въ особенности у маленькихъ дѣтей—исключить туберкулезъ. Экспираторная астма грудныхъ дѣтей зависитъ во многихъ случаяхъ отъ туберкулезнаго припуханія бронхіальныхъ железъ; въ такихъ случаяхъ прогнозъ, конечно, гораздо хуже.

Если туберкулиновая реакція даетъ отрицательный результатъ, то и у дѣтей старшаго возраста мы можемъ, хотя и рѣдко, діагносцировать астму; такъ какъ послѣдняя имѣетъ нейропатическую этиологію, то въ этомъ направленіи нужно вести леченіе, если хотя бы получить стойкій результатъ.

Наилучшіе результаты получаются у старшихъ дѣтей отъ перемѣны климата, причѣмъ почти безразлично, посылаютъ ли дѣтей на море, въ горы, или просто въ деревню. Самое главное, чтобы дѣти сами были убѣждены, что въ другомъ климатѣ они могутъ дышать лучше, чтобы они избавились отъ страха передъ приступами и отъ самонаблюденія во время кашля. Если перемѣна климата неосуществима или не оказала дѣйствія, то предписываютъ дыхательную гимнастику. Нѣсколько разъ въ день производится въ теченіе нѣсколькихъ минутъ сжиманіе грудной клѣтки во время выдыханія.

Затѣмъ слѣдуетъ сдѣлать опытъ съ полной перемѣной діеты точно такъ же, какъ при хронической экземѣ. Если дѣти привыкли пить много молока, имъ назначаютъ смѣшанную пищу безъ молока; даютъ въ теченіе извѣстнаго времени пищу бѣдную солями, по возможности обезжиренную.

Во время острыхъ приступовъ назначаютъ *sedativa*; *codein* 0,005—0,02, морфій столько миллиграммовъ, сколько ребенку лѣтъ; можно сдѣлать клизму изъ 0,3 хлораль-гидрата на 30,0 *mucilago gummi arabici*.

Для продолжительнаго примѣненія рекомендуется іодистый натръ 1,0:100 съ 10,0 сиропа, по 2 столовыхъ ложки въ день. Или же даютъ въ теченіе нѣсколькихъ дней большія дозы: столько граммъ, сколько ребенку лѣтъ на 100,0 воды, днемъ и вечеромъ по столовой ложкѣ въ молоко послѣ ѣды.

### Капиллярный бронхитъ.

Въ раннемъ дѣтствѣ встрѣчается одна форма бронхита, которая въ болѣе позднемъ возрастѣ составляетъ большую рѣдкость—мы говоримъ о гнойномъ катаррѣ мельчайшихъ бронховъ. Большая часть случаевъ приходится на второе и третье полугодіе жизни ребенка. Это тотъ самый возрастъ, въ которомъ преимущественно встрѣчается и тяжелый рахитъ; дѣйствительно, мы такъ часто наблюдаемъ вмѣстѣ эти обѣ болѣзни, что предположеніе о причинной зависимости



между ними напрашивается само собой. Лежит ли причина заболѣванія въ томъ, что механическія условія мягкой рахитической грудной клѣтки препятствуютъ правильной вентиляціи бронховъ, или въ томъ, что слизистая оболочка бронховъ сама по себѣ страдаетъ отъ рахитическаго процесса,—вопросъ этотъ остается пока открытымъ. Какъ и насморкъ, капиллярный бронхитъ можетъ имѣть различную этиологію. Часто онъ развивается при коклюшѣ, кори, особенно при инфлюэнцѣ. Затѣмъ капиллярный бронхитъ часто встрѣчается при вторичной инфекціи коревого процесса возбудителемъ инфлюэнцы; возможно, что въ и иныхъ случаяхъ распространеніе бронхиальнаго катарра съ крупныхъ бронховъ на мелкіе вызывается вторичной инфекціей.

Въ патолого-анатомическомъ отношеніи разница между капиллярнымъ бронхитомъ и лобулярной пневмоніей очень рѣзка, хотя клинически не всегда ясна. При вскрытіи легкое оказывается на всемъ своемъ протяженіи наполненнымъ воздухомъ, ярко-краснымъ, безъ уплотненныхъ, лобулярныхъ очаговъ. При давленіи на поверхность разрѣза выступаетъ множество мелкихъ гнойныхъ пробокъ изъ мельчайшихъ бронховъ. Слизистая бронховъ обнаруживаетъ рѣзкую красноту и припухлость и покрыта слизисто-гнойнымъ отдѣляемымъ.

При гистологическомъ изслѣдованіи сосуды оказываются рѣзко наполненными кровью, мельчайшіе бронхи—слизью, полинуклеарными лейкоцитами и эпителиемъ, между тѣмъ какъ альвеолы почти совершенно свободны, даже нѣсколько растянуты сверхъ нормы. Въ стѣнкахъ же бронховъ и въ интерстиціальной соединительной ткани часто имѣется мелкоклѣточная инфильтрація.

Однако равномерное распространеніе процесса мы находимъ только въ случаяхъ, которые быстро оканчиваются смертью. Если суженіе мельчайшихъ бронховъ существуетъ болѣе долгое время, то развиваются вторичныя явленія. Вслѣдствіе аспираціи гноя въ альвеолы или вслѣдствіе распространенія процесса на ихъ внутреннюю поверхность развиваются въ разныхъ мѣстахъ лобулярные очаги инфильтраціи. Затѣмъ появляется ателектазъ и частичная эмфизема. Растяженіе отдѣльных частей легкаго объясняется, вѣроятно, тѣмъ, что воздухъ, проникающій при вдыханіи въ альвеолы, при выдыханіи не можетъ уже свободно выйти вслѣдствіе суженія бронховъ. Постепенно въ такихъ участкахъ воздухъ всасывается, и легочная ткань становится безвоздушной, темно-коричневой, ателектатической. Спаденіе легкихъ локализируется преимущественно въ заднихъ, растяженіе—въ переднихъ частяхъ. Плевра при этомъ остается свободной. Въ другихъ органахъ обыкновенно не находятъ ничего, кромѣ застойныхъ явленій.

Клиническая картина болѣзни развивается очень быстро, хотя обыкновенно ей предшествуетъ болѣе или менѣе долгій періодъ бронхита. Первыми признаками будутъ: высокая лихорадка, тяжелое дыханіе и, какъ очень характерное явленіе, острая анемія, которая особенно рѣзко бросается въ глаза у дѣтей, имѣвшихъ до того хорошій румянецъ. Позже къ блѣдности присоединяется синеватый оттѣнокъ вслѣдствіе ціаноза, причемъ дѣти приобрѣтаютъ своеобразный сѣрый видъ.

Дыханіе становится очень частымъ и напряженнымъ. Грудная клѣтка расширяется и остается въ стадіи инспираціи. Несмотря на это, воздухъ проникаетъ въ нее въ недостаточномъ количествѣ. Вслѣдствіе этого вмѣсто обычнаго выпячиванія эпигастрія при вдыханіи здѣсь наблюдается инспираторное втягиваніе его вслѣдствіе давленія наружной атмосферы. Учащеніе дыханія свойственно всемъ лихорадочнымъ заболѣваніямъ за исключеніемъ туберкулезнаго менингита, но никогда оно не бываетъ столь значительнымъ, какъ при капиллярномъ бронхитѣ. Оно доходитъ до 100 и болѣе въ минуту, такъ что частота его совершенно не соот-

вѣтствуетъ учащенію сердечной дѣятельности. Въ то время, какъ въ нормѣ на одно дыханіе приходится 3—4 удара пульса, здѣсь одинъ дыхательный цикл совершается въ теченіе 2 и даже меньшаго числа сокращеній сердца. Вдыханіе сопровождается втягиваніемъ крыльевъ носа. Дыханіе имѣетъ судорожный характеръ и сопровождается хрипами и свистомъ, слышными на разстояніи. У рахитиковъ при каждомъ дыхательномъ движеніи измѣняется форма грудной клѣтки, въ особенности вдоль рахитическихъ четокъ и съ боковъ. Въ началѣ заболѣванія ребенокъ еще достаточно крѣпокъ, чтобы съ помощью усиленныхъ дыхательныхъ движеній покрыть недостатокъ воздуха, но позже силы его убываютъ, дыханіе становится все чаще и поверхностнѣе. Точно также кашель, имѣющій вначалѣ коклюшеподобный характеръ, становится затѣмъ все болѣе и болѣе безсильнымъ.

Физическое изслѣдованіе легкихъ даетъ сперва сравнительно мало данныхъ. При перкуссіи получается ясный, низкій звукъ, при аускультации выслушиваются разсѣянные въ скудномъ количествѣ мелкопузырчатые хрипы. Несмотря на это, вслѣдствіе закупорки многочисленныхъ бронховъ секретомъ голосовое дрожаніе можетъ быть ослабленнымъ. Позже хрипы становятся слышны повсюду и перкуссия даетъ сзади неясное притупленіе, въ особенности около позвоночника, что указываетъ на ателектазъ или на начальный пнеймоническій фокусъ. Ателектазъ исчезаетъ, если положить ребенка на противоположный бокъ и заставить глубоко дышать. Спереди находятъ обыкновенно покрытіе сердца растянутыми частями легкихъ.

Какъ результатъ недостаточной вентиляціи крови развивается ціанозъ, который становится все сильнѣе и сильнѣе. Конечности дѣлаются блѣдными и холодными. Лицо становится рѣзко блѣднымъ. Какъ и при всѣхъ острыхъ болѣзняхъ, наблюдается рядъ болѣзненныхъ симптомовъ со стороны нервной системы: рвота вначалѣ, сильное безпокойство и нерѣдко общія судороги эпилептиформеннаго характера, которыя затѣмъ смѣняются общей апатіей.

Предсказаніе при капиллярномъ бронхитѣ всегда очень серьезно. Оно ухудшается при наличности тяжелаго рахита и начальныхъ общихъ судорогъ. Больше половины дѣтей съ выраженными явленіями погибаютъ въ теченіе нѣсколькихъ дней. Если больной переживаетъ первую недѣлю и до того времени не образуется лобулярной пнеймоніи, то можно надѣяться на выздоровленіе.

Діагнозъ основывается прежде всего на рѣзкой одышкѣ при отсутствіи физическихъ симптомовъ со стороны легкихъ. Не всегда легко отличить капиллярный бронхитъ отъ начинающейся бронхопнеймоніи или лобарной пнеймоніи; въ дальнѣйшемъ теченіи аускультация даетъ возможность установить, имѣется ли въ легочной ткани уплотненіе. Если приходится имѣть дѣло съ ребенкомъ, у котораго были какія-либо туберкулезныя или скрофулезныя явленія, то нужно подумать и о милиарномъ туберкулезѣ; точный дифференціальный діагнозъ довольно труденъ, такъ какъ при милиарной бугорчаткѣ туберкулиновая реакція часто даетъ отрицательный результатъ. Положительная реакція говоритъ за туберкулезъ, отрицательная не исключаетъ туберкулеза.

Затрудненіе дыханія бываетъ иногда настолько рѣзкимъ, что можетъ возникнуть предположеніе о суженіи гортани на почвѣ дифтеріи или ложнаго крупа. Противъ дифтеріи говоритъ отсутствіе пленокъ

на миндалинахъ, въ носу и на задней стѣнкѣ глотки. При подозрѣніи на ложный крупъ можно испробовать интубацію. Если она не даетъ облегченія, то очевидно, что препятствіе находится глубже, въ мелкихъ бронхахъ.

Леченіе прежде всего такое же, какъ и вообще при бронхитѣ: потогонныя, обертыванія, expectorantia, emetica (см. стр. 340).

Если dyspnœe усиливается и появляется блѣдность кожи, то показуется горчичная ванна или, еще лучше, горчичное обертываніе.

Горчичныя ванны имѣютъ тотъ недостатокъ, что при нихъ раздражается не только кожа, но и легкія, именно вслѣдствіе вдыханія острыхъ горчичныхъ маслъ. Поэтому Neubner предложилъ горчичныя обертыванія, которыя онъ дѣлаетъ слѣдующимъ образомъ:

Берутъ полную горсть горчичной муки и разводятъ ее въ литрѣ воды: при этомъ должна получиться консистенція густого супа; смѣсь размѣшиваютъ до тѣхъ поръ, пока развивающіяся горчичныя масла начинаютъ сильно раздражать слизистыя оболочки глазъ и носа у лица, приготовляющаго смѣсь. Затѣмъ берутъ простыню такой величины, чтобы ребенокъ могъ быть завернуть по шею, погружаютъ ее въ приготовленный растворъ, слегка выжимаютъ и кладутъ на шерстяное одѣяло нѣсколько большей величины. Послѣ этого помѣщаютъ на простыню раздѣтаго ребенка и завертываютъ все тѣло, кромѣ головы,—такъ, чтобы ребенокъ могъ свободно дышать чистымъ воздухомъ. Въ такомъ положеніи ребенокъ остается 20 минутъ. Къ концу этого времени дитя начинаетъ беспокойно двигаться вслѣдствіе раздраженія кожи. Тогда его вынимаютъ и быстро обмываютъ водой остатки горчицы на кожѣ. Если обертываніе было сдѣлано, какъ слѣдуетъ, то кожа ребенка оказывается интенсивно-красной. Сейчасъ же вслѣдъ за горчичнымъ обертываніемъ производится простое обертываніе изъ чистой теплой воды, гдѣ ребенокъ остается до тѣхъ поръ, пока онъ не будетъ потѣть въ теченіе часа, въ общемъ на 2—3 часа. При этомъ температура тѣла иногда значительно поднимается. Процедура заканчивается теплой ванной съ прохладнымъ обливаніемъ. Послѣ этого ребенка кладутъ въ постель и оставляютъ спокойно лежать на полъ-дня.

Если горчица не вызываетъ покраснѣнія кожи, то это является плохимъ прогностическимъ симптомомъ; напротивъ, при интенсивной краснотѣ нерѣдко наступаетъ черезъ нѣсколько часовъ значительное улучшеніе. Горчичное обертываніе можетъ быть производимо одинъ разъ въ день. Въ легкихъ случаяхъ, гдѣ горчичное обертываніе оказалось бы слишкомъ энергичнымъ вмѣшательствомъ (коллапсъ!), производится горячая ванна съ обливаніемъ.

Одновременно примѣняются сердечныя средства—дигиталисъ или дигаленъ, а для болѣе продолжительнаго употребленія—*tinctura strophanti*. При остромъ ухудшеніи дѣлаются впрыскиванія камфоры или кофеина (см. въ главѣ о сердечныхъ болѣзняхъ). Въ угрожающихъ случаяхъ можно сдѣлать кровопусканіе, хотя у маленькихъ дѣтей, не успѣвшихъ похудѣть, эта операція связана съ большими трудностями. Сперва пытаются добыть кровь помощью венепункции; если это не удается, то приходится отсепаровать *venam saphenam* и извлечь изъ нея 30—50 к. с. Хорошій результатъ даетъ иногда вдыханіе кислорода \*).

\*) Мало сказать—хорошій, а просто-таки блестящій. Спрашивается только, можно ли выдумать болѣе подходящій терапевтической дѣятель, какъ *oxygenium*, удовлетворяющій двумъ основнымъ показаніямъ, а именно: повышенію дѣятельности сердца и поднятію недостаточнаго гематога въ легкихъ. Благотворное вліяніе кислорода настолько разительно, что больныя дѣти старшаго возраста сами просятъ подышать, а малыши прекрасно вдыхаютъ его изъ поднесеннаго къ ихъ рту наконечника. Вотъ что говоритъ въ своемъ руководствѣ (*Médica-*

Когда острья угрожающія явленія прошли, дальнѣйшее лечение ведется такъ же, какъ при обыкновенномъ остромъ бронхитѣ.

### Бронхопнеймонія.

Въ большинствѣ случаевъ дѣло не ограничивается поражениемъ мелкихъ бронховъ, а процессъ переходитъ на легочныя альвеолы; вначалѣ легочныя пузырьки наполняются слизью, а затѣмъ присоединяется инфильтрація интерстиціальной ткани. Въ дальнѣйшемъ маленькіе очаги могутъ слиться въ болѣе или менѣе значительныя уплотнѣнія.

Въ самомъ раннемъ періодѣ находятъ при патолого-анатомическомъ изслѣдованіи желтоватыя очаги, величиною съ пшеничное зерно, изъ которыхъ при разрѣзѣ выдѣляется гнойная жидкость; позже образуются уплотнѣнія величиною отъ горошины до орѣха коричневаго цвѣта; при дальнѣйшемъ усиленіи процесса появляются клиновидные очаги, которые въ концѣ-концовъ могутъ занять цѣлую долю. Одновременно находятъ эмфизему легочныхъ краевъ и ателектатическіе участки, образовавшіеся вслѣдствіе закупорки бронховъ секретомъ или вслѣдствіе давленія со стороны сосѣднихъ пнеймоническихъ гнѣздъ. Въ зависимости отъ распространенія процесса различаютъ разсѣянную и ложно-дольчатую бронхопнеймонію.

При бактериологическомъ изслѣдованіи находятъ различные микроорганизмы, преимущественно *diplococcus pneumoniae*, *diplococcus catarrhalis* или бациллы инфлюэнцы. Впрочемъ у маленькихъ дѣтей, въ особенности у грудныхъ дѣтей съ разстройствомъ питанія, встрѣчаются пнеймоніи, при которыхъ вовсе не имѣется никакихъ бактерій. Такія пнеймоніи протекаютъ безлихорадочно и обусловливаются простымъ гипостазомъ. Гораздо болѣе тяжелое теченіе обнаруживаютъ аспираціонныя пнеймоніи. Подобнаго рода состоянія встрѣчаются уже въ первые дни послѣ рожденія вслѣдствіе вдыханія околоплодныхъ водъ, затѣмъ, какъ и у взрослыхъ, они наблюдаются при тяжелыхъ истошающихъ процессахъ, напр. при тифѣ. Нерѣдко аспираціонныя пнеймоніи развиваются въ видѣ осложненія дифтерійныхъ параличей. Такъ какъ при параличѣ надгортанника входъ въ гортань не можетъ плотно прикрываться и такъ какъ вслѣдствіе недостаточнаго сближенія голосовыхъ связокъ дѣлается невозможнымъ сильный кашель, то нерѣдко въ бронхи попадаетъ жидкость, которая и можетъ вызвать пнеймонію, въ особенности, если одновременно имѣется слабость сердца.

Очень опаснымъ осложнениемъ является бронхопнеймонія при кори. По всей вѣроятности, всѣ инфекціонные возбудители находятъ при кори благоприятную почву для развитія, такъ какъ противотѣла противъ различныхъ бактерій, въ томъ числѣ и противъ туберкулеза, либо отсутствуютъ въ острой стадіи кори, либо не могутъ обнаружить своего дѣйствія. Обыкновенно пнеймонія начинается по окончаніи сыпи, что выражается новымъ подъемомъ температуры и появленіемъ одышки.

Такъ же, какъ при кори, воспаленіе легкихъ является тяжелымъ осложнениемъ коклюша; благодаря этому осложненію, неопасная сама по себѣ основная болѣзнь нерѣдко оканчивается смертью. Напротивъ при скарлатинѣ пнеймонія представляетъ большую рѣдкость; но

ments chez les enfants) Jules Comby: кислородъ улучшаетъ дыханіе, пульсъ, увеличиваетъ гемоглобинъ въ крови и дѣйствуетъ на общее питаніе въ качествѣ стимулирующаго средства.

Прим. ред.

если она появляется, то быстро ведетъ къ смерти. Рахитъ не имѣетъ никакого прямого вліянія на происхожденіе бронхонеймоніи, но онъ ухудшаетъ прогнозъ легочнаго заболѣванія, по всей вѣроятности, вслѣдствіе создаваемыхъ имъ механическихъ затрудненій для вентиляціи легкихъ.

Клиническая картина. Если бронхонеймонія не является осложненіемъ какого либо, давно существующаго катарра дыхательныхъ путей или какой-либо инфекціонной болѣзни, то она начинается обыкновенно рвотой и жаромъ или развивается постепенно, пока не обнаружатся замѣтныя пнеймоническія явленія. Рвота быстро прекращается, но ребенокъ теряетъ аппетитъ. Лихорадка не имѣетъ постоянного характера, какъ при крупозной пнеймоніи; въ утренніе часы она падаетъ, а вечеромъ поднимается до 39—40°. Пульсъ учащается пропорціонально температурѣ. Напротивъ, учащеніе дыханія не соотвѣтствуетъ температурѣ; въ то же время оно становится затрудненнымъ, особенно въ фазѣ выдыханія; при выдыханіи замѣчается участіе крыльевъ носа и вспомогательныхъ мышцъ грудной клѣтки.

При физическомъ изслѣдованіи находятъ вначалѣ только отдѣльные влажные хрипы, затѣмъ хрипы становятся громче и звучнѣе выдыханіе все болѣе и болѣе принимаетъ бронхиальный характеръ, такъ что въ концѣ-концовъ мы слышимъ ясно бронхиальное дыханіе и мелкопузырчатые, звучные хрипы.

Чаще всего физическіе симптомы начинаются по нижнему краю легкаго и между лопатками: по всей нижней долѣ слышны въ это время бронхитическіе хрипы. Затѣмъ, въ томъ или другомъ мѣстѣ, нерѣдко на одномъ какомъ-либо, рѣзко ограниченномъ участкѣ появляется жесткое дыханіе, указывающее на инфильтрацію. Черезъ 1—2 дня инфильтрація распространяется на всю нижнюю долю или на обѣ нижнія доли, что обнаруживается появленіемъ бронхиальнаго дыханія. Въ это время по всему легкому выслушиваются бронхитическіе хрипы. Очень важно обращать вниманіе на аускультативныя явленія во время крика ребенка, на что мы еще укажемъ, когда будемъ говорить о крупозной пнеймоніи. При перкуссіи получаютъ отрицательныя данныя или легкое притупленіе съ тимпаническимъ оттѣнкомъ звука. Обыкновенно вдоль позвоночника констатируется полоса относительной тупости. На рентгенограммѣ видны разсѣянные участки тѣни, соотвѣтствующіе инфильтрированнымъ частямъ легкаго.

Однако картина бронхонеймоніи не имѣетъ однообразнаго характера: встрѣчаются случаи съ незначительной лихорадкой, съ небольшими очагами и соотвѣтственно слабыми общими явленіями, рядомъ же мы наблюдаемъ, въ другихъ случаяхъ, чрезвычайно тяжелыя явленія, быстро ведущія къ смерти. Встрѣчаются случаи, начинающіеся очень высокой лихорадкой, гдѣ быстро образуется инфильтрація нижней доли, появляется безпокойство, угнетеніе сознанія, поносы и въ короткій срокъ наступаетъ смертельный исходъ.

Въ качествѣ послѣдствій разстроеной функціи легкихъ мы находимъ малый, частый пульсъ и ціанозъ, въ особенности на концахъ пальцевъ. Мочеотдѣленіе уменьшается, въ мочѣ появляется бѣлокъ. Иногда появляются расстройства со стороны кишечника—высокое стояніе діафрагмы, метеоризмъ, кровянисто-слизистый поносъ.

Предсказаніе зависитъ, главнымъ образомъ, отъ распространенности воспалительныхъ очаговъ и потому ставить его чрезвычайно

трудно. Извѣстное значеніе имѣеть также возрастъ: въ возрастѣ отъ  $\frac{1}{2}$  до 2 лѣтъ бронхопнеймонія представляетъ значительную опасность.

Частота бронхопнеймоніи и опасность ея въ первые годы жизни (по Holtz).

	Число случаевъ.	% всѣхъ случаевъ.	Смертность въ % %.
1 годъ жизни	224	53	66
2 » »	142	33	55
3 » »	46	11	33
4 » »	10	2	16
5 » »	4	1	—

На первомъ году жизни у слабыхъ дѣтей пнеймонія протекаетъ такъ же, какъ у стариковъ: уже отъ одного только лежанія на спинѣ можетъ развиваться гипостатическая пнеймонія въ видѣ двухъ полосъ по бокамъ позвоночника (паравертебральная пнеймонія Gregor'a).

Распознаваніе бронхопнеймоніи и отличіе ея отъ бронхита основано, главнымъ образомъ, на аускультативныхъ явленіяхъ. Ставя діагнозы, нужно исключить, какъ генуинную пнеймонію, такъ въ особенности легочный туберкулезъ, который нерѣдко начинается подъ видомъ разлитого бронхита съ пнеймоническимъ характеромъ дыханія.

При леченіи пнеймоніи, а также въ цѣляхъ профилактики при бронхитѣ важнѣе всего побольше носить дѣтей или, по крайней мѣрѣ, заставлятъ ихъ сидѣть. Тщательнымъ кормленіемъ и хорошимъ уходомъ можно достигнуть очень многого. Вотъ чѣмъ объясняется то обстоятельство, что даже при дурныхъ жилищныхъ условіяхъ дѣти выживаютъ, если мать всецѣло посвящаетъ себя уходу за дѣтьми, въ то время, какъ въ прекрасныхъ дѣтскихъ больницахъ пнеймоники умираютъ, если нѣтъ на-лицо достаточнаго персонала.

Леченіе бронхопнеймоніи сводится главнымъ образомъ къ водолеченію. Въ противоположность капиллярному бронхиту, при которомъ мы употребляемъ предпочтительно горчичныя обертыванія, здѣсь примѣняются Friessnitz'овскія изъ воды комнатной температуры, затѣмъ теплыя ванны съ прохладными обливаніями. Ванна должна имѣть приблизительно 30° по Р., а вода, предназначенная для обливанія, 20° Р. (или по Цельсію 37° и 25°). Послѣ ванны нужно растереть ребенка нагрѣтымъ полотенцемъ и положить въ нагрѣтую постель. Такія ванны повторяются 1—3 раза въ день, если только дѣти не обнаруживаютъ явленій слабости. Для безопасности можно передъ ванной дать какое либо analepticum, напр., нѣсколько капель коньяку въ чаѣ или кофе.

Вдыханіе кислорода даетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ хорошій результатъ, въ особенности при сильной одышкѣ и ціанозѣ. Пульсъ улучшается, становится спокойнѣе, цвѣтъ лица дѣлается здоровымъ. Однако для этого необходимо, чтобы ребенокъ дѣйствительно вдыхалъ кислородъ. Трудность заключается въ томъ, чтобы провести вдыханіе кислорода, не утомивъ ребенка. Дѣтямъ старшаго возраста даютъ стеклянный наконечникъ трубки въ ротъ, маленькимъ дѣтямъ пускаютъ въ лицо слабую струю кислорода черезъ небольшую стеклянную воронку.

Лекарственное леченіе оказываетъ на болѣзнь очень слабое вліяніе. Обыкновенно даютъ легкія отхаркивающія средства, какъ ипекакуану, сенегу, liq. amm. anis. Больше значенія имѣютъ сердечныя средства, если появляются признаки сердечной слабости; употребляютъ ol. camphorat., coffein., особенно же digitalis. (Inf. fol. digitalis столько дециграммъ, сколько ребенку лѣтъ, на 70 воды и 10 си-

ропа, чайными ложками принять въ теченіе 2 дней). Дигаленъ дають по столько капель, сколько ребенку лѣтъ, 3 раза въ день въ сахарной водѣ (см. также гл. о сердечной недостаточности).

### Крупозная пневмонія.

Острое воспаленіе легкихъ, характеризующееся инфильтраціей одной доли и типическимъ теченіемъ температуры, получило различныя названія—фибринозной, лобарной, диффузной пневмоніи, плевропневмоніи. Ни одно изъ этихъ названій не исчерпываетъ вполне всѣхъ особенностей болѣзни; наиболѣе распространеннымъ является терминъ крупозная пневмонія. Въ эпидемиологическомъ отношеніи эта пневмонія занимаетъ своеобразное мѣсто. Постоянное присутствіе въ легкихъ Fränkel-Weichselbaum'овскаго диплококка заставляетъ предполагать прямое зараженіе легкихъ, но въ такомъ случаѣ слѣдовало бы ожидать, что инфекціонное начало должно выдѣляться съ

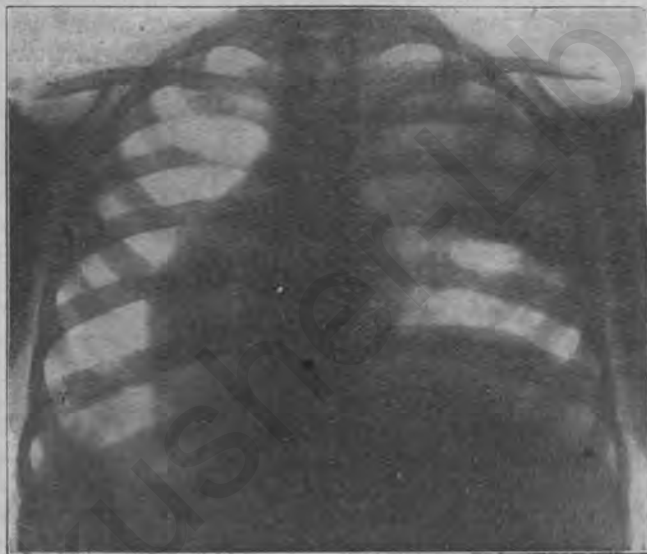


Рис. 77. Пневмонія правой верхней доли (Вѣнская клиника, проф. v. Pirquet).

кашлемъ и что болѣзнь должна легко переходить на другихъ лицъ, какъ мы это видимъ при чумной пневмоніи. Въ дѣйствительности, хотя болѣзнь и встрѣчается иногда одновременно у многихъ лицъ, настоящей контагіозности не наблюдается. Замѣчательно далѣе то обстоятельство, что пневмококки часто встрѣчаются въ легкихъ у здоровыхъ людей, такъ что приходится допустить, что они въ состояніи вызвать тяжелья воспалительныя явленія только при наличности особыхъ условий.

Съ бактериологической и патолого-анатомической стороны болѣзнь протекаетъ у дѣтей такъ же, какъ и у взрослыхъ. Мы поэтому не будемъ здѣсь останавливаться на этихъ вопросахъ. Напротивъ, въ клиническомъ отношеніи дѣтская пневмонія представляетъ цѣлый рядъ особенностей. Въ прежнее время полагали, что крупозная пневмонія встрѣчается у дѣтей рѣдко. Это, однако, вѣрно только для первыхъ мѣсяцевъ жизни. До 3 мѣсяцевъ она ни-

когда не наблюдается, а затѣмъ частота ея быстро увеличивается и достигаетъ максимума между 2 и 5 годами.

Частота крупозной пнеймоніи въ различные періоды жизни ребенка (по Holt'y).

1-й годъ . . . . .	76 случаевъ (15%)
2—6 лѣтъ . . . . .	309 „ (62%)
7—11 лѣтъ . . . . .	104 „ (21%)
12—14 лѣтъ . . . . .	11 „ (2%).

Въ различное время года частота крупозной пнеймоніи измѣняется. Въ началѣ осени наблюдается минимумъ заболѣваній, весной—максимумъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ получается впечатлѣніе, что болѣзнь находится въ зависимости отъ простуды: такъ же, какъ и при насморкѣ, явленіе это можно объяснить временнымъ пониженіемъ защитительныхъ приспособленій организма.

Крупозная пнеймонія локализуется преимущественно въ правой верхней и обѣихъ нижнихъ доляхъ.

Holt въ 950 случаяхъ крупозной пнеймоніи у дѣтей моложе 14 лѣтъ нашелъ такое распредѣленіе процесса по отдѣльнымъ долямъ:

Правое легкое: верхняя доля . . . . .	176
средняя доля . . . . .	12
нижняя доля . . . . .	168
нѣсколько долей . . . . .	77
Всего . . . . .	433
Лѣвое легкое: верхняя доля . . . . .	93
нижняя доля . . . . .	263
нѣсколько долей . . . . .	38
Всего . . . . .	394
Оба легкихъ: обѣ верхнія доли . . . . .	13
обѣ нижнія доли . . . . .	41
другія комбинаціи . . . . .	69
Всего . . . . .	123

У дѣтей старшаго возраста болѣзнь начинается такъ же, какъ у взрослыхъ, потрясающимъ ознобомъ и колотьемъ въ боку, у маленькихъ же—начало заболѣванія не всегда такъ рѣзко выражено, въ особенности рѣдко наблюдается ознобъ. Зато мы видимъ у дѣтей часто тѣ симптомы, которыми у нихъ вообще сопровождается начало всякихъ серьезныхъ болѣзней, именно—рвоту и судороги. Внезапная рвота при нормальномъ кишечникѣ и при отсутствіи указаній на перекармливаніе является тревожнымъ сигналомъ, указывающимъ на начало какой-либо серьезной болѣзни: скарлатины, туберкулезнаго менингита, плеврита или пнеймоніи. Тщательное изслѣдованіе всего организма должно выяснить, въ какомъ органѣ лежитъ причина рвоты.

Другое отличіе въ теченіи крупозной пнеймоніи у дѣтей и взрослыхъ заключается въ томъ, что вмѣсто колотья въ боку наблюдаются боли въ животѣ. Маленькія дѣти локализируютъ превральныя боли въ животѣ; да и вообще, при всякихъ боляхъ, возникающихъ въ грудной клѣткѣ, они жалуются на боли въ животѣ. Это важно знать, чтобы при жалобахъ на боли въ животѣ не искать обязательно причины ихъ въ заболѣваніи брюшныхъ органовъ. Уже не разъ производились напрасно операциі аппендицита, вслѣдствіе того что боли въ



животъ, вызванныя пнеймоніей или плевритомъ, давали поводъ къ діагнозу аппендицита.

Кромъ болей въ животъ для крупозной пнеймоніи у маленькихъ дѣтей характеренъ стонъ во время выдыханія, который здѣсь выражень еще рѣзче, чѣмъ при бронхопнеймоніи. Каждое выдыханіе сопровождается тихимъ тономъ, а не шипящимъ шумомъ. Вдыханіе совершается свободно.

Мокрота, которую иногда выдѣляютъ дѣти старшаго возраста, прозрачна, тягуча, красновато-коричневаго цвѣта, иногда съ примѣсью крови. При промываніи ея въ водѣ можно иногда видѣть дихотомическіе слѣпки бронховъ. Въ періодъ разрѣшенія мокрота становится желтоватой.

Изслѣдованіе легкихъ далеко не такъ легко, какъ у взрослыхъ: тупость бываетъ выражена не рѣзко, перкутировать нужно очень тихо и больше обращать вниманіе на тимпаническій характеръ звука, чѣмъ на его укороченіе. Физическіе признаки пнеймоніи выступаютъ обыкновенно ясно только черезъ 2—3 дня послѣ клиническаго начала пнеймоніи, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже черезъ 5—6 дней, и даже только послѣ кризиса. Это тѣ случаи, гдѣ инфильтрація начинается изъ глубины и медленно движется по направленію къ плеврѣ. Изслѣдованіе рентгеновскими лучами показало, что пнеймонія начинается обыкновенно вблизи корня легкаго, откуда и распространяется постепенно по направленію къ периферіи.

Выслушиваніе у дѣтей труднѣе, чѣмъ у взрослыхъ, въ томъ отношеніи, что дѣти не дышатъ по командѣ, а скорѣе удерживаютъ дыханіе; впрочемъ, когда они послѣ этого начинаютъ снова кричать, то дыханіе становится интенсивнымъ, но неопытный изслѣдователь не различаетъ его изъ-за крика. Дѣтскій врачъ долженъ умѣть использовать въ цѣляхъ аускультации самый крикъ ребенка. Крикъ и стонъ ребенка звучатъ надъ инфильтрированными участками совершенно иначе, чѣмъ надъ здоровыми участками; звукъ слышенъ такъ близко, какъ будто бы стетоскопъ находился въ трахеѣ. При вдохѣ нужно обращать главнымъ образомъ вниманіе на звучный характеръ влажныхъ хриповъ.

При очень мелкихъ фокусахъ, а также при центральныхъ пнеймоніяхъ можно найти объективныя данныя только при выслушиваніи голоса въ различныхъ частяхъ грудной клѣтки. Въ особенности нужно обращать вниманіе на бронхофонію въ подмышечной впадинѣ, гдѣ ее часто можно услышать раньше всего. У дѣтей нельзя при этомъ обойтись безъ дѣтскаго стетоскопа (съ двумя слуховыми трубочками); для выслушиванія хриповъ и бронхофоніи его нужно предпочитать простому стетоскопу; напротивъ, бронхиальное дыханіе лучше выслушивать обыкновенной трубкой, прикладываемой непосредственно къ уху.

Кромъ характера дыханія и высокой постоянной лихорадки діагнозъ облегчается наличностью herpes labialis, краснымъ, слегка цианотичнымъ цвѣтомъ щекъ и короткимъ болѣзненнымъ кашлемъ. Впрочемъ herpes labialis встрѣчается не часто и появляется не особенно рано, и именно на высотѣ болѣзни. Въ это время больные лежатъ въ такомъ тяжеломъ состояніи, что, если не знать, что крупозная пнеймонія даетъ у дѣтей очень благоприятное предсказаніе, то можно подумать, что ребенокъ близокъ къ смерти. Къ счастью, здѣсь можно предсказать наступленіе кризиса почти съ полной увѣренностью. Кризисъ

быстро оказываетъ благотворное дѣйствіе, ребенокъ потѣетъ, спокойно засыпаетъ, и температура въ теченіе 12—24 часовъ падаетъ съ 40° до нормы, даже ниже. Остается еще значительная слабость, но появляется аппетитъ, и ребенокъ въ нѣсколько дней становится неузнаваемымъ.

Кризисъ наблюдается чаще всего на 7-й день, однако изъ этого правила бываетъ много исключеній, какъ показываетъ слѣдующая таблица:

Изъ 567 случаевъ крупозной пневмоніи у дѣтей кризисъ наступилъ (по Holt'у):

дни болѣзни

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	18	21	26
число случаевъ																
3	22	43	88	83	132	73	55	22	18	7	8	1	1	3	1	1

Наблюдаются и очень ранніе кризисы, даже описаны случаи однодневной пневмоніи (Feer). Физическіе симптомы при кризисѣ также не идутъ параллельно клиническимъ: мелкопузырчатые хрипы, которые свидѣтельствуютъ о начинающемся разрѣшеніи, могутъ появиться только черезъ нѣсколько дней послѣ кризиса, а иногда и тупость, и бронхиальное дыханіе появляются не до, а послѣ кризиса. Не во всѣхъ случаяхъ внезапное паденіе температуры бываетъ окончательнымъ; почти столь же часто, какъ настоящій кризисъ, наблюдается и такъ наз. ложный кризисъ. Новое повышеніе температуры заканчивается обыкновенно критически, рѣже литически. Послѣ нѣсколькихъ дней съ низкой температурой можетъ снова появиться повышеніе ея, какъ признакъ заболѣванія другой доли: это такъ наз. pneumonia migrans. Иногда боятся перехода процесса на сосѣдную долю, въ особенности на другую нижнюю долю, вслѣдствіе того, что тамъ слышится бронхиальное дыханіе. Однако у дѣтей бронхиальное дыханіе нерѣдко распространяется далеко за предѣлы большой доли.

Въ большинствѣ случаевъ процессъ не ограничивается легочной паренхимой: если воспаленіе достигаетъ плевры, то начинаетъ образовываться экссудатъ, который можетъ достигнуть различнаго объема и быть серозно-фибринознымъ или гнойнымъ. Намъ еще придется говорить о пневмоніи, какъ о главной причинѣ эмпіемы. Точно такимъ же образомъ поражается и сердечная сорочка. Перикардитъ является злокачественнымъ осложненіемъ, которое въ большинствѣ случаевъ ведетъ къ смерти. Экссудатъ обыкновенно не бываетъ значительнымъ; при аускультации треніе перикарда заглушается пневмоническими хрипами сосѣднихъ частей легкаго, чѣмъ и объясняется, почему перикардитъ нерѣдко открывается только на вскрытіи. Нерѣдкимъ осложненіемъ является otitis media, въ исключительныхъ случаяхъ наблюдается нефритъ.

Внутренняя поверхность сердца поражается только въ очень рѣдкихъ случаяхъ; точно также и мышца сердца, столь часто страдающая при пневмоніи у взрослыхъ, остается нетронутой у дѣтей. Большой выносливостью сердца объясняется и тотъ фактъ, что дѣти съ клинической пневмоніей даютъ 95% выздоровленій, между тѣмъ какъ изъ взрослыхъ пневмониковъ умираютъ 30 и болѣе процентовъ.

Кромѣ плевры и перикарда, осложненія встрѣчаются иногда и въ отдаленныхъ органахъ—суставахъ, костномъ мозгу и мозговыхъ оболочкахъ.

Впрочемъ мозговые симптомы встрѣчаются и при полномъ отсутствіи въ спинномозговой жидкости какихъ-либо кокковъ, слѣдовательно когда о настоящемъ метастазѣ не можетъ быть и рѣчи. Вообще центральная нервная система принимаетъ большое участіе въ пнеймоническомъ симптомокомплексѣ; такъ, напр., у дѣтей старшаго возраста наблюдаютъ иногда временное появленіе афазіи и параличей. У маленькихъ дѣтей часто бываютъ эclamпсическіе припадки, въ особенности въ началѣ болѣзни. Чрезвычайно важно знать, что существуетъ мозговая форма пнеймоніи, наблюдающаяся преимущественно въ возрастѣ 3—7 лѣтъ. Болѣзнь начинается со рвоты и головной боли. Затѣмъ появляется неподвижность затылка и скоропреходящее косоглазіе, такъ что картина вполне напоминаетъ эпидемическій менингитъ; ко всему этому можетъ еще присоединиться сопорозное состояніе, бредъ, спастическія явленія въ конечностяхъ и гиперестезія кожи. Если пнеймонія гнѣздится въ нижней долѣ, то мозговые симптомы обыкновенно только усиливаютъ обычную картину болѣзни, и на нихъ не обращаютъ особеннаго вниманія. Иначе обстоитъ дѣло, если пнеймоническій очагъ находится въ верхней долѣ, гдѣ его трудно найти. Этимъ-то объясняется, почему мозговые симптомы описаны, какъ особая принадлежность пнеймоніи верхнихъ долей. На самомъ же дѣлѣ они, повидимому, встрѣчаются столь же часто и при иной локализациі (Schlesinger). Особаго значенія они не имѣютъ и исчезаютъ послѣ кризиса.

Дифференціальное распознаваніе отъ бронхонеймоніи не имѣетъ никакого терапевтическаго значенія, но въ прогностическомъ отношеніи чрезвычайно цѣнна возможность предсказать кризисъ. Нужно обращать вниманіе, главнымъ образомъ, на характеръ лихорадки, на локализацию процесса и на herpes. Инфильтрація нижней доли при одновременномъ существованіи бронхита говоритъ за бронхонеймонію. Пнеймонія, какъ показываетъ опытъ, часто принимается за самыя различныя лихорадочныя болѣзни дѣтскаго возраста, за тифъ, милиарный туберкулезъ, менингитъ, плевритъ. Поводъ къ такого рода ошибкамъ даютъ обыкновенно высокая температура и учащенное дыханіе. При желтухѣ съ высокой лихорадкой нужно всегда думать о пнеймоніи. Селезенка при пнеймоніи не всегда бываетъ увеличена, часто увеличеніе наступаетъ только послѣ кризиса. Помимо физическихъ симптомовъ нужно обращать вниманіе на кровь и мочу, изслѣдованіе которыхъ, въ случаѣ сомнѣнія, необходимо для исключенія другихъ заболѣваній. При крупозной пнеймоніи кровь съ перваго дня болѣзни обнаруживаетъ значительное увеличеніе числа лейкоцитовъ (до 40.000 въ куб. миллим.). Количество мочи уменьшается, она становится концентрированной, богатой мочекислымъ осадкомъ; наблюдается лихорадочная альбуминурія, діазореакція, уменьшеніе или полное исчезновеніе хлоридовъ. По всей вѣроятности, поваренная соль задерживается въ легкихъ и плеврѣ.

Леченіе при неосложненной крупозной пнеймоніи въ сущности излишне; необходимъ только хорошій уходъ. Количество пищи ограничиваютъ пропорціонально уменьшенію аппетита, зато даютъ обильное питье (лимонадъ, минеральную воду съ молокомъ, чай и т. д.). Жаропонижающихъ примѣнять не слѣдуетъ; для пониженія темпера-

туры назначаютъ холодныя обертыванія, которыя производятся нѣсколько часовъ въ день съ  $1\frac{1}{2}$ -часовыми смѣнами. или же частыя холодныя обтиранія, прохладныя ванны. Если лихорадка длится дольше 8 дней, то даютъ жаропонижающія. При поносахъ употребляютъ препараты таннина, при вялости кишекъ — касторовое масло или глицериновыя свѣчи. При слабости сердца даютъ наперстянку, кофеинъ, камфору, въ особенности, если конечности холодны. При наступленіи кризиса температура падаетъ иногда такъ низко, что является необходимость прибѣгнуть къ грѣлкамъ и возбуждающимъ. Отхаркивающія излишни, но въ небольшихъ дозахъ безвредны. Въ періодѣ выздоровленія нужно позаботиться объ укрѣпляющей діетѣ.

### Хроническая пнеймонія.

Послѣ бронхонеймоній, развившихся въ теченіе инфлюэнцы, коклюша и кори, остаются иногда хроническія плотнѣнія легкиихъ, которыя часто захватываютъ лишь одну долю, но зато всю цѣликомъ. При этомъ оба листка плевры срастаются въ плотную массу, въ которой мѣстами помѣщается немного жидкости. Пораженная часть легкаго сморщивается и прорастаетъ соединительной тканью. Бронхіальныя вѣтки, проходящія черезъ большую часть легкаго, обыкновенно подвергаются цилиндрическому растяженію.

При физическомъ изслѣдованіи мы находимъ интенсивную тупость съ тимпаническимъ оттѣнкомъ, ослабленное или бронхіальное дыханіе. Большая половина грудной клѣтки оказывается уменьшенной въ размѣрахъ. Интенсивная тупость заставляетъ думать о плевритѣ, но отъ послѣдняго хроническая пнеймонія отличается отрицательнымъ результатомъ пробной пункціи. Эти уплотнѣнія, если только они не вызваны туберкулезной инфекціей, обыкновенно рассасываются въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ и даютъ хорошій прогнозъ. Помимо надлежащаго общаго леченія, укрѣпляющей діеты и пребыванія на чистомъ воздухѣ, не существуетъ другого леченія, которое бы сознательно могло быть примѣнено въ данномъ случаѣ. Чтобы поставить хорошій прогнозъ важнѣе всего исключить туберкулезъ, для чего производится туберкулиновая реакція.

### Эмфизема.

Острую частичную эмфизему находятъ часто, какъ побочное явленіе, при вскрытіи большихъ съ бронхонеймоніей. Если воспаленіе оканчивается благополучно, то эмфизема быстро исчезаетъ и не имѣетъ никакого клиническаго значенія. Настоящая эмфизема съ растяженіемъ всѣхъ легочныхъ пузырьковъ развивается въ исключительныхъ случаяхъ послѣ бронхіальной астмы или коклюша. Интерстиціальная подкожная эмфизема, при которой воздухъ нагнетается подъ наружную кожу черезъ средостѣніе, встрѣчается изрѣдка послѣ поврежденій легкиихъ, въ особенности послѣ трахеотоміи, иногда также послѣ пробной пункціи. Самопроизвольно подкожная эмфизема можетъ образоваться изъ туберкулезной каверны или вслѣдствіе разрыва легочныхъ пузырьковъ при коклюшѣ.

### Бронхіэктазія.

Если оставить въ сторонѣ чрезвычайно рѣдкіе случаи врожденной бронхіэктазіи, то расширеніе бронховъ развивается только въ возрастѣ

старше 3 лѣтъ, какъ результатъ подострыхъ легочныхъ заболѣваній. На первомъ планѣ нужно поставить здѣсь коклюшъ, затѣмъ корь и различнаго происхожденія пневмоніи; при всѣхъ этихъ процессахъ расширение бронховъ вызывается повышеніемъ внутригрудного давленія вслѣдствіе приступовъ кашля. Затѣмъ бронхіэктазія можетъ развиться послѣ заболѣваній плевры, когда сморщиваніе вызываетъ инспираторное растяженіе бронхиальной стѣнки.



Рис. 78. Пальцы въ видѣ барабанныхъ палокъ при бронхіэктазіи. 10-лѣтняя дѣвочка. Ногти на пальцахъ изогнуты на подобіе часовыхъ стеколъ. Наблюденіе Гейдельбергской дѣтской клиники (проф. Feeg).

При патолого-анатомическомъ изслѣдованіи находятъ по большей части въ нижней долѣ цилиндрическія или мѣшечатая расширенія бронховъ, достигающія иногда величины куриного яйца; иногда же находятъ много мелкихъ пузырьковъ величиною съ горошину. Въ этихъ расширеніяхъ слизистая оболочка оказывается атрофированной, лишенной мерцательнаго эпителия; въ расширеніяхъ застаивается содержимое, чѣмъ создается благоприятная почва для внѣдренія различныхъ бактерій.

Въ клиническомъ отношеніи характеренъ длительный, тянущійся часами кашель, главнымъ образомъ по утрамъ; кашель имѣетъ мягкій характеръ и каждый приступъ заканчивается выдѣленіемъ обильнаго количества мокроты, нерѣдко съ неприятнымъ запахомъ. При изслѣдованіи легкихъ находятъ на одномъ какомъ-либо мѣстѣ, по большей части по нижнему, заднему краю легкаго, крупныя влажныя хрипы; симптомы настоящей каверны встрѣчаются рѣдко. Характернымъ признакомъ является тимпаническій звукъ и легкое притупленіе, исчезающіе послѣ откашливанія.

Теченіе болѣзни чрезвычайно длительное. Иногда долгое время держится незначительное повышеніе температуры; другіе общіе симптомы, какъ отсутствіе аппетита и пр., могутъ отсутствовать. Симптомы эти зависятъ, главнымъ образомъ, отъ характера микроорганизмовъ, поселяющихся въ расширенныхъ бронхахъ. Почти постоянно имѣется мѣстный бронхитъ, иногда образуются плевритическія срощенія, смѣщеніе сердца и хроническія разстройства кровообращенія, что иногда даетъ поводъ къ утолщенію концевъ пальцевъ (пальцы въ видѣ барабанныхъ палокъ).

При діагнозѣ важнѣе всего исключить туберкулезныя каверны, для чего можетъ служить туберкулиновая проба и тщательное изслѣдованіе утренней мокроты на туберкулезныя палочки.

Прогнозъ неблагоприятенъ, такъ какъ бронхіэктазіи болѣе или менѣе крупнаго размѣра почти никогда не излечиваются, онѣ рано или поздно, вслѣдствіе тѣхъ или иныхъ осложненій, ведутъ къ смерти.

Въ цѣляхъ леченія примѣняютъ, наряду съ противобронхитическими средствами, массажъ грудной клѣтки, дыхательную гимнастику, ингаляціи скипидаромъ или пихтовымъ экстрактомъ. Въ очень тяжелыхъ случаяхъ можно испытать хирургическое вмѣшательство.

### Плевритъ.

Самое существенное отличіе дѣтскихъ плевритовъ отъ плевритовъ у взрослыхъ заключается въ частотѣ гнойныхъ формъ. Въ первое полугодіе эмпіемы образуются рѣдко, но уже во 2-е—число ихъ очень велико, чаще же всего онѣ встрѣчаются на 2-мъ году жизни; въ дальнѣйшемъ частота ихъ понижается съ каждымъ годомъ. Повидимому дѣтская плевра обнаруживаетъ особое предрасположеніе къ заболѣваніямъ, вызываемымъ пнеймококками. Въ  $\frac{4}{5}$  случаевъ дѣтскаго плеврита находятъ въ эксудатѣ пнеймококковъ, между тѣмъ какъ у взрослыхъ этотъ микроорганизмъ имѣется только въ  $\frac{1}{4}$  всѣхъ плевритовъ. Точно также и гнойный плевритъ послѣ крупозной или катаральной пнеймоніи развивается какъ метастатическая эмпіема. Соответственно періоду наибольшаго распространенія пнеймоній эмпіема развивается также чаще всего зимой и весной. Стрептококковая пораженія встрѣчаются у дѣтей рѣже, чѣмъ у взрослыхъ, за исключеніемъ новорожденныхъ, у которыхъ стрептококковый плевритъ можетъ развиваться какъ метастатическое заболѣваніе при общемъ сепсисѣ. Затѣмъ плевриты наблюдаются при воспаленіяхъ сосѣднихъ органовъ, напр. при перитифлитѣ, нефритѣ и пр. Наконецъ, плевритъ можетъ развиваться при ревматическихъ заболѣваніяхъ. Послѣднія, равно какъ и туберкулезъ, даютъ серозный эксудатъ; сухіе плевриты въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются рѣдко.

Септической плевритъ у новорожденныхъ. Болѣзнь протекаетъ подъ видомъ общаго сепсиса, исходнымъ пунктомъ котораго является пупокъ, флегмона грудной стѣнки или mediastinum. Гнойный эксудатъ въ плеврѣ содержитъ стрептококки. На присутствіе его указываетъ тупость, но въ большинствѣ случаевъ его открываютъ только на секціонномъ столѣ. Предсказаніе, конечно, неблагоприятное, терапія безсила.

Фибринозно-гнойный плевритъ у грудныхъ дѣтей. Это заболѣваніе также въ большинствѣ случаевъ составляетъ случайную находку при вскрытіи. Около легочныхъ долей, инфильтрированныхъ вслѣдствіе пнеймонического процесса, находятъ пласты рыхлыхъ или плотныхъ отложеній. Иногда можно открыть эту форму и клинически, такъ какъ при тщательномъ изслѣдованіи удается услышать шумъ тренія плевры. Finkelstein придаетъ большое значеніе легкой отечности кожи, ощущаемой пальцемъ на тѣхъ мѣстахъ, подъ которыми имѣются плевритическія отложенія. Однако плевритъ можетъ появиться у грудныхъ дѣтей и безъ пнеймоніи, путемъ лимфангита изъ средостѣнія или въ качествѣ первичной инфекции плевральной полости. Плевритическія отложенія бываютъ при этомъ очень вязкими и не обнаруживаютъ никакой склонности къ разжиженію. Далѣе для этой „первичной, лимфангитической формы“ характерно то, что обыкновенно кромѣ плевры поражаются сердечная сумка, периферическіе суставы и брюшная полость, между тѣмъ какъ кожа, мускулы и внутренніе органы остаются свободными отъ метастазовъ. Neuberger описалъ эту форму, какъ особую болѣзнь подъ именемъ „множественнаго гнойнаго воспаленія серозныхъ оболочекъ“. Болѣзнь протекаетъ вна-

чалъ, какъ пнеймонія, съ высокой лихорадкой и одышкой. Однако опредѣленныхъ легочныхъ симптомовъ найти не удастся, а черезъ нѣсколько дней обнаруживается скопленіе гноя въ перикардѣ и въ суставахъ; смерть наступаетъ въ теченіе первыхъ двухъ недѣль.

Эмпіема. Точно установить начало болѣзни въ большинствѣ случаевъ не удается. Въ особенности у грудныхъ дѣтей скопленіе гноя начинается образовываться уже во время пнеймоніи, такъ что симптомы послѣдней незамѣтно переходятъ въ симптомы плеврита. Въ другихъ случаяхъ, послѣ кратковременнаго рѣзкаго повышенія температуры, сразу появляются симптомы плеврита, но здѣсь нужно предположить, что болѣзнь присоединилась къ маловыраженной пнеймоніи. Для быстро образующагося плевритическаго эксудата характерны рѣзкая одышка и боли; послѣднія опять-таки дѣтьми локализируются въ области желудка. Дѣти обыкновенно предпочитаютъ лежать на больномъ боку, чтобы свободнѣе дышать здоровымъ легкимъ. При осмотрѣ замѣчаютъ растяженіе больной половины грудной клѣтки, выпячиваніе межреберныхъ промежутковъ и отставаніе больной половины при дыханіи. Выпячиваніе промежутковъ можетъ быть у худыхъ дѣтей констатировано и при ощупываніи пальцемъ. Перкуссія даетъ полное притупленіе; нужно только примѣнять слабую перкуссію, такъ какъ при сильной, вслѣдствіе незначительныхъ размѣровъ дѣтской грудной клѣтки, колебанія распространяются и на здоровую сторону, вслѣдствіе чего вмѣсто полной тупости получается лишь притупленіе. Колебаніями грудной клѣтки на здоровой сторонѣ и отсутствіемъ этихъ колебаній на сторонѣ эксудата при сильной перкуссіи объясняются признаки, описанные въ послѣдніе годы Раухфусомъ и Hamburger'омъ: на здоровой сторонѣ рядомъ съ позвоночникомъ находятъ полосу притупленія, а на больной сторонѣ такую же полосу яснаго звука. На передней сторонѣ грудной клѣтки можно наблюдать аналогичное явленіе. Однако ненормальныя границы тупости, получающіяся при легкой перкуссіи, объясняются не этими физическими причинами, а смѣщеніемъ средостѣнія. При лѣвостороннемъ эксудатѣ сердце смѣщается вправо, тупость его заходитъ далеко за правый край грудины, толчокъ и сердечные тоны опредѣляются значительно правѣе, чѣмъ при нормѣ. Сердечный толчокъ можетъ дойти до правой мамиллярной линіи. При эмпіемѣ правой стороны не только сердце смѣщается влѣво, но и печень оттѣсняется внизъ.

Аускультация не даетъ такихъ ясныхъ симптомовъ, какъ у взрослыхъ: въ особенности важно знать, что дыхательный шумъ иногда не исчезаетъ и остается почти нормальнымъ или только становится нѣсколько жесткимъ. Обыкновенно слышится явственное, но какъ бы нѣсколько отдаленное бронхіальное дыханіе. У верхней границы тупости слышится громкое бронхіальное дыханіе, при уменьшеніи эксудата въ этомъ мѣстѣ появляется треніе или крепитация. Заполненіе пространства Traube не можетъ считаться у дѣтей существеннымъ симптомомъ.

Теченіе эмпіемы зависитъ отъ ея распространенія; небольшія скопленія гноя разсасываются и превращаются въ плотныя отложенія, при большихъ же скопленіяхъ самопроизвольнаго излеченія не наступаетъ. Иногда черезъ нѣкоторое время эмпіема прорывается въ легкое; при этомъ выдѣляется масса гноя, однако полнаго опорожненія полости не наступаетъ. Въ другихъ случаяхъ образуется „empyema necessitatis" съ прободеніемъ грудной стѣнки. Во всѣхъ стадіяхъ эмпіемы можетъ наступить смерть либо вслѣдствіе недостаточности легкихъ,

либо вслѣдствіе слабости сердца или кахексіи, либо, наконецъ, вслѣдствіе заболѣванія другихъ полостей, въ особенности перикарда.

Предсказаніе при эмпіемѣ зависитъ до извѣстной степени отъ характера гноеродныхъ микробовъ. Сравнительно хорошее предсказаніе даютъ эмпіемы, вызванныя пнеймококками, между тѣмъ какъ стрептококки даютъ высокую лихорадку, тифозное состояніе и ведутъ за собою нерѣдко перитонитъ, сепсисъ, причѣмъ, послѣ опорожненія эксудата, онъ быстро накапливается снова. Эмпіемы, вызванныя гнилостными бактеріями, какъ это наблюдается послѣ легочной гангрены или тифозныхъ пнеймоній, протекаютъ не особенно остро, но также не поддаются леченію. Въ этихъ случаяхъ вслѣдствіе образованія газовъ можетъ развиваться піопнеймотораксъ. Послѣдній можетъ образоваться также при туберкулезной эмпіемѣ, каковая, впрочемъ, встрѣчается сравнительно рѣдко и также даетъ неблагоприятное предсказаніе.

Серофибринозный плевритъ. Какъ и при эмпіемѣ, болѣзнь можетъ начаться незамѣтно, присоединившись къ какой-либо острой инфекціонной болѣзни или пнеймоніи. Въ такихъ случаяхъ дѣти не оправляются послѣ перенесенной острой болѣзни, не имѣютъ аппетита, худѣютъ; одновременно замѣчается лихорадка неправильнаго типа. Боли наблюдаются, главнымъ образомъ, въ остро начинающихся случаяхъ, ощущаются преимущественно при кашлѣ. Перкуторные и аускультативные симптомы, равно какъ и явленія смѣщенія—такіе же, какъ и при эмпіемѣ. По всей вѣроятности, процентъ серозныхъ эксудатовъ, зависящихъ отъ туберкулеза, гораздо выше, чѣмъ это принято думать; если туберкулиновая реакція даетъ положительный результатъ, то прежде всего нужно думать именно о такой этиологіи, хотя бы въ эксудатѣ и не удалось доказать присутствія туберкулезныхъ бациллъ ни путемъ микроскопическаго изслѣдованія, ни путемъ опытовъ на животныхъ. Второе мѣсто по частотѣ занимаютъ ревматическія пораженія; послѣ остраго суставнаго ревматизма или ангины у дѣтей старшаго возраста развиваются иногда серозные эксудаты, также не содержащіе бактерій и поражающіе нерѣдко обѣ стороны. Послѣднее относится также къ плевритамъ, которые комбинируются съ нефритомъ. Въ такихъ случаяхъ часто не удается установить, имѣемъ ли мы дѣло съ воспалительнымъ эксудатомъ или съ трансудатомъ, содержащимъ большое количество бѣлка. Такіе плевриты обыкновенно двусторонни и не достигали большихъ размѣровъ.

Серозные плевриты протекаютъ гораздо благопріятнѣе, чѣмъ эмпіемы. Смертельные случаи встрѣчаются рѣдко. Въ большинствѣ случаевъ эксудатъ исчезаетъ черезъ нѣсколько недѣль, самое позднее черезъ нѣсколько мѣсяцевъ. Впрочемъ выздоровленіе рѣдко бываетъ полнымъ, такъ какъ послѣ болѣзни остаются сросшенія листовъ плевры и плевральныя отложенія, особенно въ заднихъ нижнихъ частяхъ легкихъ, гдѣ они могутъ быть открыты даже черезъ нѣсколько лѣтъ на основаніи остающагося легкаго притупленія и уменьшенія подвижности легочнаго края при дыханіи. Можетъ развиваться также и сморщиваніе, ведущее къ смѣщенію средостѣнія и сердца въ соответствующую сторону; у дѣтей это нерѣдко обуславливаетъ обезображеніе грудной клѣтки и искривленіе позвоночника.

Діагнозъ. Простой фибринозный плевритъ узнается по шуму тренія плевры. Какъ уже нѣсколько разъ отмѣчено нами, эта форма не имѣетъ большого значенія; гораздо важнѣе умѣть распознавать эксудативные плевриты, такъ какъ здѣсь отъ правильнаго леченія



зависит нерѣдко жизнь и здоровье пациента. У всякаго ребенка съ заболѣваніемъ дыхательныхъ органовъ нужно прежде всего произвести выстукиваніе грудной клѣтки. Всякое интенсивное притупленіе заставляетъ прежде всего подумать о плевритѣ.

Если въ области притупленія мы находимъ рѣзко-бронхіальное дыханіе съ звучными влажными хрипами, то мы должны признать инфильтрацію и, въ зависимости отъ теченія болѣзни, діагносцировать пнеймонію или туберкулезъ. Если же дыханіе нормальное, не бронхіальное, то это должно подтвердить наше подозрѣніе относительно плеврита.



Рис. 79. Пробная пункція плевры.

Еще разъ подчеркиваемъ, что надъ экссудатомъ у дѣтей можетъ слышаться не ослабленное, а нормальное или бронхіальное дыханіе. Самый важный вопросъ въ этихъ случаяхъ существуетъ ли дѣйствительно экссудатъ и какой—серозный или гнойный. Разъ въ этомъ отношеніи существуетъ какое-либо сомнѣніе, необходимо произвести пробную пункцію. Дѣло въ томъ, что на основаніи однихъ только физическихъ симптомовъ вопросъ рѣшить нельзя; неоднократно приходится наталкиваться на случаи, когда съ увѣренностью діагносцируется инфиль-

трація, въ дѣйствительности же оказывается экссудатъ. Впрочемъ, иногда и пункція вводитъ въ заблужденіе, если напр. игла попадетъ въ плевритическое отложеніе или въ легкое; въ первомъ случаѣ не удается получить никакой жидкости, во второмъ—въ шприцъ насасывается кровь. Если тупость занимаетъ только узкую полоску, то дѣлать пробный проколъ не стоитъ, такъ какъ онъ не имѣетъ практическаго значенія. Небольшіе плевриты не требуютъ операціи—они излечиваются сами собой.

Пробную пункцію лучше производить подъ лопаткой въ такомъ мѣстѣ, гдѣ впоследствии можно было произвести и торакотомію. Дѣлать проколъ въ передней стѣнкѣ грудной клѣтки приходится рѣдко: здѣсь нужно остерегаться повредить сердечную сумку, печень и діафрагму. Лучше всего сперва проперкутировать основательно легкія, затѣмъ намѣтить синимъ карандашомъ предполагаемое мѣсто прокола. Сперва проводятъ линію въ соотвѣтствующемъ межреберномъ промежуткѣ отъ позвоночника до аксиллярной, затѣмъ проводятъ такую же длинную линію въ вертикальномъ направленіи такъ, чтобы обѣ линіи пересѣкались въ точкѣ прокола. Линіи должны быть достаточно длинны, такъ какъ на мѣстѣ прокола часть этихъ линій стирается при послѣдующемъ мытьѣ спиртомъ и эфиромъ. Послѣ обмыванія поля операціи, когда врачъ стоитъ уже съ прокипяченнымъ шприцемъ въ рукѣ, ему нѣтъ надобности снова перкутировать: онъ можетъ колоть въ мѣстѣ пересѣченія мысленнаго продолженія обѣ-

ихъ линій. Или же поступаютъ такъ, какъ изображено на рис. 3, т. е. обозначаютъ линіями верхнюю и нижнюю границы тупости и дѣлаютъ проколъ между ними. Ни въ общей, ни въ мѣстной анестезіи нѣтъ надобности. Игла не должна быть слишкомъ тонкой, такъ какъ черезъ тонкую иглу можетъ не пройти густой гной. Если жидкость имѣетъ серозный характеръ, то операциі не требуется, за исключеніемъ только тѣхъ случаевъ, когда лѣвосторонній экссудатъ вызываетъ рѣзкое смѣщеніе или сдавленіе сердца. Въ послѣднемъ случаѣ можно сейчасъ же послѣ пробнаго прокола воткнуть болѣе толстую иглу и съ помощью шприца или аппарата Dieulafoy выкачать часть экссудата. Мѣсто прокола нужно заклеить липкимъ пластыремъ.

Если пробная пункція обнаружила присутствіе гноя, то необходимо предпринять возможно полное удаленіе экссудата. Съ этой цѣлью лучше всего произвести торакотомію съ частичной резекціей реберъ. Простой проколъ плевры съ введеніемъ дренажа по Вѳлау или въ другомъ какомъ-либо видѣ не рекомендуется, главнымъ образомъ потому, что дренажъ можетъ быть зажатъ ребромъ, вслѣдствіе чего прерывается оттокъ жидкости.

Частичная резекція реберъ производится такимъ образомъ: подъ наркозомъ дѣлается разрѣзъ по длинѣ ребра, лежащаго надъ мѣстомъ прокола, затѣмъ отслаивается надкостница и съ помощью острыхъ щипцовъ откусывается полукруглый кусокъ ребра. Въ образовавшееся свободное пространство вставляють корнцангомъ дренажную трубку; наружный конецъ ея проводятъ черезъ повязку, загибають вверхъ, укрѣпляютъ бинтомъ и закрѣпляютъ зажимомъ. Если кожный разрѣзъ невеликъ, то иногда весь гной идетъ исключительно черезъ дренажъ, который открываетъ одинъ или два раза въ день. Въ большинствѣ случаевъ гной идетъ и мимо дренажа; въ такомъ случаѣ необходимо часто мѣнять повязку.

Промываніе плевры не даетъ успѣха въ нѣкоторыхъ случаяхъ оно, повидимому, даже задерживаетъ выздоровленіе. Но и при торакотоміи эмпіема не даетъ безусловно благоприятнаго предсказанія, такъ какъ около 20% дѣтей умираетъ, а въ первые годы жизни даже больше. Во всякомъ случаѣ безъ операциі прогнозъ гораздо хуже, такъ что врачъ, не произведшій пробной пункціи и не предпринявшій опорожненія гноя, можетъ быть обвиненъ въ неправильномъ леченіи.

Леченіе серозныхъ плевритовъ въ легкихъ случаяхъ можетъ быть чисто выжидательнымъ. Даютъ салциловые препараты, мочегонныя (Digitalis 0,1—0,3 съ діуретиномъ 2,0—5,0 на 2 дня), мѣстно—втираніе іодистой мази или эфирныхъ маселъ. Въ остромъ періодѣ можно дѣлать холодные или теплые компрессы, смотря по тому, которые изъ нихъ лучше переносятся. Если остаются искривленія грудной клѣтки, то рекомендуются ортопедическія мѣры—гимнастика, плаваніе, наряду съ соответствующимъ общимъ леченіемъ.

### Литература.

- Alexander, Ohrenerkrankungen im Kindesalter. Hand. d. Kinderheilk. von Pfaundler-Schlossmann, Bd. VI, 1912.  
 Aufrecht, Die Lungenentzündungen. Nothnagels Handb., Bd. XIV.  
 Comby, Bronchopneumonie und Pneumonie franche. Handb. von Grancher-Comby 1904, Bd III.  
 Feer, Krankheiten des Respirationssystems. Handb. d. Kinderheilk. v. Pfaundler-Schlossmann, Bd. III, Leipzig 1910.  
 Finkelstein. Lehrb. d. Säuglingskrankheiten. Berlin 1905, Fischer.  
 Heubner, Lehrb. d. Kinderheilk. Leipzig 1911, Barth.  
 Holt, Diseases of Infancy and Childhood. New York 1909, Appleton.  
 Ibrahim, Zur Behandlung schwerer Bronchopneumonien des frühen Kindesalters. Deutsche med. Wochenschr. 1910, № 23.  
 Störck, Erkrankungen der Nase. Nothnagels Handb., Bd. XIII.  
 Thomas, Kruppöse Pneumonie. Gerhardt's Handb. 1878, Bd. III, 2 Teil.

## Болѣзни сердца.

Е. Feer (Цюрихъ).

### Общая симптоматологія и діагностика.

Разстройства сердечнаго ритма встрѣчаются у дѣтей довольно часто. Тахикардія, представляющая у маленькихъ дѣтей до извѣстной степени физиологическое явленіе, легко появляется при лихорадкѣ, возбужденіи и т. п., а у невропатическихъ дѣтей достигаетъ значительной степени. У нервныхъ дѣтей старшаго возраста возбужденіе можетъ также вызвать рѣзкое учащеніе пульса, причѣмъ сердечный толчокъ можетъ сдѣлаться разлитымъ, а пульсъ малымъ и легко сдавливаемымъ; однако всѣ эти преходящія разстройства отнюдь не указываютъ еще на расширеніе и слабость сердца. Слабость сердца можно признать только въ томъ случаѣ, если учащеніе пульса, вызванное умѣреннымъ напряженіемъ (напр., восхожденіемъ на второй этажъ, 10-кратнымъ поднятіемъ туловища изъ горизонтальнаго положенія въ вертикальное), не исчезаетъ черезъ 3 минуты. Пароксизмальная тахикардія наблюдается иногда у дѣтей старшаго возраста, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ наслѣдственное заболѣваніе, прекращаясь въ иныхъ случаяхъ, на долгое время. По Hochsinger'у увеличенныя брѣхіальныя железы могутъ, производя давленіе на блуждающій нервъ, вызывать постоянную тахикардію.

Аритмія встрѣчается у маленькихъ дѣтей, какъ физиологическое явленіе и можетъ быть наблюдаема преимущественно во снѣ. Въ періодъ выздоровленія отъ инфекціонныхъ болѣзней (въ особенности послѣ пнеймоніи и тифа) аритмія можетъ наблюдаться въ теченіе многихъ дней или даже недѣль. Въ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ здѣсь дѣло съ невиннымъ явленіемъ; напротивъ, при дифтеріи аритмія имѣетъ большое значеніе. Далѣе, аритмія часто появляется при острыхъ и хроническихъ разстройствахъ кишечника, особенно часто въ стадіи декомпозиціи. Изъ мозговыхъ процессовъ частую причину аритміи представляетъ туберкулезный менингитъ въ начальной стадіи. У дѣтей старшаго возраста иногда не удается найти никакой другой причины аритміи кромѣ нервности. Аритмія, появляющаяся при учащеніи пульса вслѣдствіе лихорадки или мышечнаго напряженія обыкновенно исчезаетъ; на нее надо смотрѣть, какъ на довольно распространенное и невинное явленіе, отнюдь не свидѣтельствующее обязательно о міокардитѣ. Обыкновенно такая аритмія обуславливается удлиненіемъ діастолы: при органическомъ поврежденіи сердца (при дифтеріи и пр.) наблюдаются часто экстра-систола (Hirsch).

Болѣзни сердца у дѣтей гораздо рѣже ведутъ къ аритміи, чѣмъ у взрослыхъ, такъ какъ хроническій міокардитъ встрѣчается у дѣтей гораздо рѣже, артеріосклерозъ же вовсе не наблюдается. Довольно частое

явление составляет аритмія при эндокардитѣ и обыкновенныхъ порокахъ клапановъ.

Брадикардія часто наблюдается одновременно съ аритміей и потому ее можно встрѣтить при всѣхъ названныхъ выше болѣзняхъ, но особенно она бываетъ выражена при дифтеріи. При этомъ наблюдаются слабыя сердечныя сокращенія, не дающія ощутимой пальцемъ пульсовой волны. При инфекціонномъ миокардитѣ (послѣ дифтеріи, скарлатины) брадикардія бываетъ иногда выражена чрезвычайно рѣдко.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ причиной брадикардіи можетъ быть запоръ, аппендицитъ, причемъ брадикардія появляется послѣ него. У грудныхъ дѣтей брадикардія составляетъ болѣе рѣдкое явление, чѣмъ у старшихъ и зависитъ чаще всего отъ желтухи или туберкулезнаго менингита.

У одного 4-мѣсячнаго ребенка авторъ наблюдалъ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ частоту пульса въ 60—70 ударовъ: даже при температурѣ въ 40° число ударовъ оставалось то же. Причина, повидимому, лежала въ міо-перикардитѣ. Ребенокъ умеръ скоропостижно.

### Сердечные шумы.

Существуетъ рядъ сердечныхъ растройствъ, дающихъ только аускультативныя измѣненія, между тѣмъ какъ перкуссія не обнаруживаетъ никакихъ отклоненій отъ нормы.

Въ грудномъ возрастѣ первый сердечный тонъ бываетъ часто глухимъ и даже несовсѣмъ чистымъ; только позднѣе появляются тѣ громкіе сердечные тоны, которые характерны для дѣтскаго возраста.

Сердечные шумы наблюдаются чрезвычайно часто; въ первые два—три года они обыкновенно указываютъ на врожденный порокъ сердца, такъ какъ приобрѣтенные пороки, а равно и функциональные шумы встрѣчаются въ этомъ возрастѣ очень рѣдко.

Функциональные (такъ назыв. анемическіе) шумы по Hosh-singer'у и др. не встрѣчаются въ первые три года жизни. Однако я, какъ и v. Starck, Heubner и др., уже неоднократно наблюдалъ ясные шумы у дѣтей 1—2 лѣтъ, причемъ шумы эти можно было считать только функциональными, такъ какъ на вскрытіяхъ не оказывалось для нихъ никакихъ анатомическихъ основаній. Во всякомъ случаѣ не подлежитъ сомнѣнію, что въ первые 2—3 года функциональные шумы составляютъ довольно рѣдкое явление. Такіе шумы бываютъ только систолическими и выслушиваются лишь въ области легочной артеріи или, по крайней мѣрѣ, здѣсь съ наибольшей интенсивностью. Напряженность этихъ шумовъ измѣняется часто въ теченіе короткаго времени, причемъ сердечная тупость остается нормальной и нѣтъ усиленія на второмъ тонѣ легочной артеріи \*). Причина ихъ пока еще неизвѣстна; возможно, что здѣсь

\*) При всемъ нашемъ уваженіи къ мнѣнію современныхъ педиатровъ мы долгомъ считаемъ заявить, что въ случаяхъ нормально совершившагося роста сердца усиленіе второго тона во 2-мъ лѣвомъ межреберномъ промежуткѣ надо считать явленіемъ физиологическимъ вплоть до конца 1-го школьнаго возраста, когда наступаетъ форсированный ростъ лѣваго сердца съ отчетливымъ, металлическимъ тономъ систолы. Признавая нарушенія законовъ роста дѣтскаго организма, въ его цѣломъ, за весьма обычное явленіе, дающее опредѣленную клиническую картину (maladies de croissance), мы не можемъ не признавать уклоненій, въ данномъ смыслѣ, со стороны сердца, причемъ замедленіе въ развитіи правой его половины при одновременномъ усиленіи роста лѣвой, даже безъ такого усиленія, явится вполне достаточной причиной уменьшенія и полного исчезанія нормальнаго акцента 2-го тона arteriae pulmonalis. Прим. ред.

играет роль быстрое опорожнение желудка и малая вязкость крови. Тѣ функциональные шумы, которые выслушиваются на легочной артеріи у большинства школьниковъ, Lüthje объясняетъ сравнительно широкимъ просвѣтомъ легочной артеріи при сравнительно маломъ диаметрѣ ея устья. При стояніи, выдохѣ, возбужденіи, послѣ физическихъ напряженій эти шумы увеличиваются въ количествѣ и силѣ.

Шумы клапановъ безъ измѣненія этихъ послѣднихъ могутъ быть вызваны расширеніемъ желудка или относительной недостаточностью затворокъ; эти шумы появляются у дѣтей рѣже и позже, чѣмъ у взрослыхъ, на двух- и трехворкѣ при некомпенсированныхъ порокахъ сердца; часто встрѣчаются они также при остромъ расширеніи сердца вслѣдствіе скарлатинознаго нефрита.

Гораздо чаще шумы клапановъ (исключительно систолическіе) при неповрежденныхъ клапанахъ обуславливаются на митральной заслонкѣ недостаточностью мускульнаго кольца вокругъ нея или недостаточностью папиллярныхъ мышцъ. Такъ же нужно объяснить многіе, временно появляющіеся шумы при лихорадочныхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, равно какъ при остромъ миокардитѣ. Усиленіе сердечной мышцы, усиленная иннервація (при натяженіи) могутъ на время прекращать эти шумы.

Сердечно-легочные шумы встрѣчаются по Hochsinger'у довольно часто у дѣтей старше 3 лѣтъ. Если сокращеніе сердца во время систолы совпадаетъ съ выдыханіемъ, то въ прилежащемъ къ сердцу легочномъ язычкѣ возникаетъ вслѣдствіе быстрого прониканія воздуха систолическій шумъ, по характеру своему напоминающій рѣзкій эндокардитическій; такимъ образомъ, при частомъ дыханіи получается впечатлѣніе настоящаго шума. При остановкѣ дыханія въ моментъ инспираціи эти шумы усиливаются, въ моментъ экспираціи они совершенно исчезаютъ. Potain и Herm. Müller склонны чуть не всѣ такъ наз. аорганическіе шумы считать кардіо-пульмональными, однако въ объясненіи механизма этихъ шумовъ они расходятся. Вообще вопросъ этотъ еще недостаточно выясненъ.

Во всякомъ случаѣ, изъ сказаннаго ясно, насколько трудно въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ найти причину систолическаго шума; къ этому нужно еще прибавить, что при недостаточности митрального клапана въ дѣтскомъ возрастѣ можетъ долгое время отсутствовать, какъ усиленіе второго легочнаго тона, такъ и гипертрофія праваго желудка (см. стр. 376). Въ затруднительныхъ случаяхъ нужно руководиться измѣнчивостью шума; онъ дѣлается то слабымъ, то сильнымъ, то вовсе исчезаетъ, въ зависимости отъ измѣненія положенія тѣла, возбужденія, напряженія; вообще онъ гораздо больше подверженъ различнымъ вліяніямъ, чѣмъ шумы при порокахъ клапановъ.

Раздвоеніе второго легочнаго тона выслушивается часто у здоровыхъ дѣтей въ тсмъ случаѣ, когда подъ вліяніемъ возбужденія, крика, сокращенія брюшнаго пресса образуется застой крови въ легкихъ и легочный клапанъ захлопывается раньше, чѣмъ клапанъ аорты. При этихъ условіяхъ можетъ также наступить усиленіе второго легочнаго тона, но оно не имѣетъ, разумѣется, никакого патологическаго значенія.

У дѣтей старшаго возраста встрѣчаются часто вѣнные шумы. Помимо шума волчка который очень часто выслушивается на шеѣ у анемичныхъ дѣтей (при выслушиваніи не слѣдуетъ надавливать стетоскопомъ!), нерѣдко наблюдается тихій, но длительный, чуть

не постоянный шумъ по обѣимъ сторонамъ грудины,—шумъ, который приходится отнести къ большимъ венамъ. При лежачемъ положеніи больного онъ нерѣдко ослабѣваетъ. Особенно сильный шумъ приходится иногда слышать справа отъ грудины съ максимальной интенсивностью подъ мѣстомъ выслушиванія аорты. Шумъ этотъ—растянутый, почти постоянный, нерѣдко имѣетъ ясно свистящій характеръ съ усиленіемъ во время систолы. Онъ довольно измѣнчивъ и преимущественно встрѣчается у анемичныхъ; по всей вѣроятности, онъ образуется въ верхней полой венѣ. У туберкулезныхъ этотъ шумъ объясняютъ давленіемъ увеличенныхъ бронхиальныхъ железъ—наподобіе того, который возникаетъ у нѣкоторыхъ (и не туберкулезныхъ) лицъ при сильномъ наклоненіи головы назадъ. (Eustace Smith).

Если діагнозъ клонится къ тому, что имѣется на-лицо органическій порокъ сердца, то нерѣдко возникаютъ еще трудности при рѣшеніи вопроса, какой въ данномъ случаѣ порокъ—врожденный или приобретенный? Помимо тѣхъ моментовъ, на которые будетъ указано въ дальнѣйшемъ изложеніи, при рѣшеніи этого вопроса нужно руководиться слѣдующими моментами: въ пользу врожденного порока говорить наличность громкихъ, рѣзкихъ, музыкальных шумовъ при нормальной формѣ сердечной тупости, затѣмъ всякіе шумы въ первые годы жизни съ большой сердечной тупостью и слабымъ толчкомъ (Hochsinger), наконецъ отсутствіе шумовъ на верхушкѣ при одновременномъ существованіи ихъ въ области легочной артеріи. Очень громкіе шумы, выслушивающіеся по всему сердцу, при отсутствіи мурлыканія говорятъ съ вѣроятностью въ пользу незаросшей перегородки. Мурлыкающій систолическій шумъ, выслушивающійся съ наибольшей интенсивностью въ верхней трети грудины, при отсутствіи ясной гипертрофіи сердца, говоритъ за открытый Боталловъ протокъ.

Съ другой стороны, у ребенка совершенно или почти совершенно отсутствуетъ цѣлый рядъ причинъ, которыя у взрослого играютъ большую роль. Сюда относится, прежде всего артеріосклерозъ, который у взрослыхъ ведетъ нерѣдко къ порокамъ клапановъ или къ аневризмамъ; хроническій миокардитъ и стенокардитическіе приступы, развивающіеся на почвѣ артеріосклероза, также не встрѣчаются въ дѣтскомъ возрастѣ. Наконецъ чрезвычайную рѣдкость составляютъ у дѣтей расстройства сердца вслѣдствіе неумѣренного употребленія спиртныхъ напитковъ и табака, а также вслѣдствіе тучности.

### Нервные расстройства.

Самостоятельныя нервныя расстройства сердца встрѣчаются у дѣтей значительно рѣже, чѣмъ у взрослыхъ. Нервные расстройства тиреотоксического характера (Базедова болѣзнь) изрѣдка наблюдаются у дѣтей старшаго возраста. Жалобы на сердцебиеніе рѣдко приходится слышать отъ дѣтей моложе 6—8 лѣтъ, даже въ случаяхъ, когда сердечный толчокъ усиленъ и распространенъ. У дѣтей старшаго возраста сердцебиеніе и учащеніе пульса развиваются иногда на почвѣ онанизма.

Спазмодильный діатезъ (тетанія) представляетъ одну изъ частыхъ причинъ внезапной смерти у маленькихъ дѣтей; при спазмѣ гортани смерть наступаетъ не вслѣдствіе асфиксіи, а вслѣдствіе паралича сердца. О пониженной сопротивляемости сердца при эксудативномъ

діатезъ было уже сказано въ главѣ объ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Вопросъ о внезапной смерти, которая случается иногда при этомъ діатезѣ даже при отсутствіи какой-либо инфекціи, еще недостаточно выясненъ. Такъ какъ сердечная мышца бываетъ въ такихъ случаяхъ нерѣдко совершенно нормальной, то, повидимому, дѣло идетъ о разстройствѣ нервнаго автоматическаго аппарата. По всей вѣроятности, неустойчивость сердца зависитъ здѣсь отъ общаго болѣзненнаго діатеза.

Очень мало изучены сердечныя расстройства нейропатическихъ дѣтей. Разстройства эти проявляются обыкновенно въ рѣзкой неустойчивости числа пульсовыхъ ударовъ. Отъ сильной боли или испуга пульсъ можетъ замедлиться и сдѣлаться неравномѣрнымъ; при такихъ условіяхъ иногда наступаетъ даже смерть.

### Врожденные пороки сердца.

Общія замѣчанія. Если даже оставить въ сторонѣ тѣ случаи врожденныхъ пороковъ, которые ведутъ къ смерти очень скоро послѣ рожденія, то все-таки врожденные пороки оказываются настолько частымъ явленіемъ, что имъ нельзя не удѣлить серьезнаго вниманія.

Причиной врожденнаго порока оказываются въ большинствѣ случаевъ аномаліи развитія, о чемъ можно судить по одновременному существованію другихъ аномалій (заячьей губы, волчьей пасти и т. п.). При миксидіотіи и монголизмѣ врожденные пороки сердца встрѣчаются настолько часто, что говорить здѣсь о случайномъ совпаденіи невозможно. Но внутриутробное воспаленіе сердца и большихъ сосудовъ имѣетъ большое значеніе,—гораздо большее, чѣмъ это предполагалось раньше. При вскрытіи очень часто бываетъ невозможно отдѣлать эти причины одну отъ другой, тѣмъ болѣе, что врожденные пороки развитія очень легко осложняются воспалительными разстройствами.

Значительная часть врожденныхъ пороковъ сердца объясняется нарушеніемъ нормальнаго развитія сердца, но на этомъ пунктѣ мы здѣсь останавливаться не можемъ. Правильное раздѣленіе первоначальной простой выводной трубки сердца (*truncus arteriosus*) на аорту и легочную артерію, надлежащее приспособленіе аорты къ лѣвому желудочку и тѣсно связанное съ этимъ образованіе перегородки между желудочками—все это представляетъ очень искусную операцію, которая часто не удается природѣ, отчего и происходитъ большинство сердечныхъ аномалій. Неправильное отношеніе аорты къ легочной артеріи ведетъ къ стенозу или зарощенію одного изъ этихъ сосудовъ, къ смѣщенію ихъ и т. д. Нерѣдко встрѣчаются комбинаціи различныхъ аномалій, къ которымъ затѣмъ, въ качествѣ компенсаторныхъ явленій, присоединяются еще новыя аномаліи (напр. незарощеніе протока).

Частота подобныхъ комбинацій дѣлаетъ діагнозъ въ большинствѣ случаевъ гораздо болѣе труднымъ, чѣмъ при приобретенныхъ порокахъ, такъ что многіе врачи заранее отказываются отъ попытки поставить точный діагнозъ, ограничиваясь общимъ терминомъ „*morbus coeruleus*“.

Дѣйствительно, ціанозъ является самымъ выдающимся и частымъ признакомъ врожденнаго порока сердца, бросающимся въ глаза нерѣдко уже тотчасъ послѣ рожденія. Онъ имѣетъ до извѣстной степени и прогностическое значеніе, такъ какъ случаи, въ которыхъ съ самаго начала имѣется тяжелый ціанозъ, обыкновенно быстро кончаются

смертью; случаи же, гдѣ ціанозъ незначителенъ, или гдѣ онъ появляется только въ теченіе перваго или втораго года жизни, протекаютъ гораздо благоприятнѣе. Причина ціаноза не вполне выяснена. Съ увѣренностью можно сказать, что застой крови не играетъ здѣсь важной роли, на что указываетъ уже рѣдкость отековъ при ціанозѣ. Къ тому же благодаря прочности венозныхъ стѣнокъ не легко наступаетъ ихъ растяженіе. Часто причина діагноза лежитъ въ томъ, что къ артеріальной крови примѣшивается венозная. Наконецъ, имѣетъ значеніе и гиперглобулія, которая часто развивается съ годами при врожденныхъ порокахъ сердца (Krehl) и до извѣстной степени идетъ параллельно съ ціанозомъ (6—8 милл.). Гиперглобулію, увеличеніе количества гемоглобина и увеличеніе размѣровъ эритроцитовъ нужно разсматривать, какъ компенсаторныя приспособленія, облегчающія снабженіе организма кислородомъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ціанозъ съ самаго рожденія бываетъ рѣзко выраженъ, поражая все тѣло, кожу и слизистыя оболочки такъ, что явленіе это бросается въ глаза даже профану. Въ другихъ случаяхъ замѣчается только легкая синюшность на губахъ, ушахъ, концахъ пальцевъ, которую при поверхностномъ осмотрѣ можно и не замѣтить.

Съ теченіемъ времени развиваются пальцы въ видѣ барабанныхъ палокъ (см. рис. 78, стр. 355); иногда утолщенія пальцевъ достигаютъ сильной степени. Встрѣчаются, однако, случаи, гдѣ въ покойномъ состояніи не замѣчается никакого ціаноза и гдѣ послѣдній наступаетъ только при крикѣ и напряженіи. Но нужно имѣть въ виду, что и здоровые новорожденные при сильномъ крикѣ становятся ціанотичными. Наконецъ, бывають случаи, гдѣ ціанозъ развивается только позднѣе, спустя мѣсяцы или даже годы послѣ рожденія.

Если прибавить къ сказанному, что существуетъ много врожденныхъ пороковъ сердца, при которыхъ вовсе не наступаетъ никакого ціаноза, то станетъ яснымъ, что терминъ *morbus coeruleus* является въ данномъ случаѣ неподходящимъ.

При отсутствіи ціаноза симптомы врожденнаго порока сердца вначалѣ не всегда ясны. Аускультативныя явленія со стороны сердца могутъ въ первое время отсутствовать или оставаться незамѣченными. Обыкновенно же имѣется на лицо самый важный признакъ болѣзни—сердечныя шумы. Такъ какъ пріобрѣтенные пороки сердца въ первые 3 года жизни очень рѣдки, такъ какъ, съ другой стороны, функциональныя шумы встрѣчаются въ этомъ возрастѣ въ видѣ исключенія, то наличность сердечныхъ шумовъ сама по себѣ уже съ вѣроятностью говоритъ за врожденный порокъ сердца. Если шумъ этотъ чрезвычайно громкій, то можно съ увѣренностью діагносцировать порокъ сердца, даже при отсутствіи другихъ симптомовъ (см. ниже). Въ большинствѣ случаевъ, идущихъ съ ціанозомъ, перкуссія обнаруживаетъ увеличеніе сердечной тупости въ особенности вправо, такъ какъ большинство пороковъ локализуется въ правомъ сердцѣ (стенозъ легочной артеріи). Другіе пороки (дефекты перегородки) могутъ протекать и безъ значительнаго увеличенія размѣровъ сердца.

Дыханіе въ случаяхъ съ ціанозомъ бываетъ равномерно учащеннымъ, часто диспноэтичнымъ; иногда наблюдаются приступы одышки и ціаноза. Застойные катарры встрѣчаются конечно, часто и даютъ поводъ къ бронхонеймоніямъ, которыя и являются самой частой причиною смерти при врожденныхъ порокахъ сердца.



Отеки появляются сравнительно рѣдко и поздно, что отчасти объясняется толщиной и упругостью венных стѣнокъ, главнымъ же образомъ незначительной склонностью дѣтскаго организма отвѣчать на недостаточность сердца отеками, что наблюдается также и при прибрѣтенныхъ порокахъ у маленькихъ дѣтей.

Частымъ явленіемъ при врожденныхъ порокахъ сердца оказывается остановка въ развитіи — физическомъ и умственномъ. Такая общая гипоплазія, конечно, вполне понятна въ данномъ случаѣ. Въ тяжелыхъ случаяхъ она рѣзко бросается въ глаза уже въ грудномъ возрастѣ, — настолько рѣзко, что уже по одному только факту остановки въ развитіи грудного младенца мнѣ удавалось ставить діагнозъ врожденнаго порока сердца въ томъ періодѣ, когда еще отсутствовали симптомы со стороны сердца, причемъ діагнозъ этотъ впоследствии подтверждался. Недостаточное окисление крови объясняетъ намъ, почему многія дѣти съ врожденнымъ порокомъ сердца имѣютъ субнормальную температуру и холодныя конечности. Настроение у такихъ дѣтей часто бываетъ плаксивымъ и раздражительнымъ.

Предсказаніе при этихъ порокахъ весьма различно. Въ однихъ случаяхъ тотчасъ послѣ рожденія или черезъ нѣсколько дней наступаетъ уже смерть. въ другихъ случаяхъ, напротивъ, порокъ совершенно не отражается на здоровьѣ (см. ниже). Смерть наступаетъ чаще всего отъ недостаточности сердца, интеркурирующихъ инфекціонныхъ заболѣваній или бронхопнеймоній. При стенозѣ легочной артеріи частой причиной смерти является, какъ извѣстно, туберкулезъ.

Леченіе въ собственномъ смыслѣ слова безсильно, оно можетъ быть направлено только на предупрежденіе осложнений. Тщательный уходъ, теплая одежда, предупрежденіе простуды, пребываніе въ чистомъ воздухѣ — таковы общія профилактическія мѣры. Въ особенности нужно бояться зараженія корью и коклюшемъ. Если наступаетъ слабость сердца, если ціанозъ достигаетъ угрожающихъ размѣровъ, то рекомендуются общезвѣстные сердечныя средства (главнымъ образомъ наперстянка), а также дыханіе кислорода; однако дѣйствіе этихъ средствъ непродолжительно. По возможности нужно обходиться безъ этихъ средствъ, чтобы безъ особой нужды не форсировать сердечной дѣятельности.

### 1. Дефектъ перегородки желудочковъ (болѣзнь Roger'a).

Незарощеніе овальнаго отверстія представляетъ довольно частое явленіе, которое не причиняетъ никакихъ разстройствъ и нерѣдко протекаетъ безъ всякихъ симптомовъ. Теоретически нужно было бы ожидать предсердно-діастолической, т. е. систолической шумъ, въ дѣйствительности же его едва ли когда либо приходится слышать.

Очень частое разстройство представляетъ отверстіе въ перегородкѣ желудочковъ, являющееся, конечно, результатомъ недоразвитія перегородки. Соотвѣтственно этому находятъ часто и другія явленія недостаточнаго развитія (напр., заячью губу).

Дефектъ находится почти всегда въ верхней, перепончатой части перегородки. Если отверстіе очень велико, то можетъ не быть никакихъ шумовъ. Въ большинствѣ случаевъ, однако, наиболее важнымъ симптомомъ является рѣзкій, царапающій систолическій шумъ, который выслушивается по всему сердцу, но съ наибольшей интенсивностью слѣва отъ грудины на высотѣ второго и третьяго межреберныхъ промежутковъ (Roger). Шумъ распространяется кзади на спину, но не слышенъ въ сонныхъ артеріяхъ. Если отверстіе не осо-

бенно мало, то наряду съ шумомъ существуетъ усиленіе второго легочнаго тона, возникающее вслѣдствіе того, что болѣе сильный въ мышечномъ отношеніи лѣвый желудочекъ вытѣсняетъ часть крови въ правый и тѣмъ повышаетъ въ немъ давленіе.

Сердце можетъ долгое время или даже до конца сохранять нормальные размѣры; позже присоединяется умѣренное расширеніе и гипертрофія праваго желудочка; ціаноза въ большинствѣ случаевъ совершенно не бываетъ. Общее состояніе и физическая работоспособность обыкновенно нисколько не страдаютъ, такъ что аномалія эта чаще всего открывается лишь случайно, имѣющіе ее могутъ достигать преклоннаго возраста.

Діагнозъ можно въ первые годы жизни ставить почти всегда съ увѣренностью на основаніи грубаго, распространеннаго по всему сердцу систолическаго шума (съ максимумомъ интенсивности слѣва отъ грудины) при нормальной сердечной тупости и отсутствіи мурлыканія. Противъ стеноза легочной артеріи говоритъ ясный, даже усиленный второй легочный тонъ. Гораздо труднѣе поставить діагнозъ, если указанные явленія находятъ у дѣтей въ возрастѣ отъ 4 до 6 лѣтъ. Въ этомъ возрастѣ становится уже довольно частой приобрѣтенная недостаточность митральнаго клапана, которая даетъ аналогичныя аускультативныя и перкуторныя явленія. Въ пользу недостаточности говоритъ максимумъ шума на верхушкѣ, а также менѣе грубый и менѣе распространенный его характеръ.

Очень часто незарощеніе перегородки комбинируется съ врожденнымъ стенозомъ легочной артеріи, съ незарощеніемъ ductus arteriosus или съ обѣими аномаліями одновременно. Въ такихъ случаяхъ діагнозъ встрѣчаетъ непреодолимыя препятствія.

## 2. Незарощеніе ductus arteriosus Botalli.

При нормальныхъ условіяхъ Боталловъ протокъ зарастаетъ въ теченіе перваго мѣсяца жизни; но при разстройствѣ легочнаго дыханія (ателектазъ) или при наличности врожденнаго порока сердца зарощеніе не наступаетъ. Аномалія эта встрѣчается нерѣдко, особенно въ комбинаціи съ другими пороками.

Если имѣется только незарощеніе протока, то въ первые годы выслушивается постепенно усиливающійся систолическій шумъ, имѣющій наибольшую интенсивность на мѣстѣ выслушиванія легочной артеріи; шумъ этотъ, по всей вѣроятности, обуславливается круговоротами, образующимися при встрѣчѣ двухъ токовъ крови изъ аорты и легочной артеріи (ср. рис. 80). Второй тонъ легочной артеріи обыкновенно рѣзко усиленъ, такъ какъ на него распространяется давленіе со стороны аорты. Систолическій шумъ проводится черезъ аорту въ сонныя артеріи. Въ болѣе позднемъ возрастѣ можно часто ощущать мурлыканіе въ области легочной артеріи и яремной ямки (дуга аорты).

При долгомъ существованіи этой аномаліи дѣло часто доходитъ до расширенія легочной артеріи, которое можетъ дать характерную тупость шириной въ палецъ влѣво отъ грудины въ первомъ и второмъ межреберномъ промежуткахъ; на рентгеновскомъ экранѣ здѣсь бываетъ видна тѣнь. Вслѣдствіи можетъ произойти расширеніе и праваго желудочка.

Въ неосложненныхъ случаяхъ общее состояніе остается долгое время нормальнымъ, ціанозъ въ большинствѣ случаевъ отсутствуетъ.

Позже появляется постепенно наклонность къ катаррамъ; однако страдающіе этой аномаліей могутъ достигать возраста въ нѣсколько десятковъ лѣтъ.

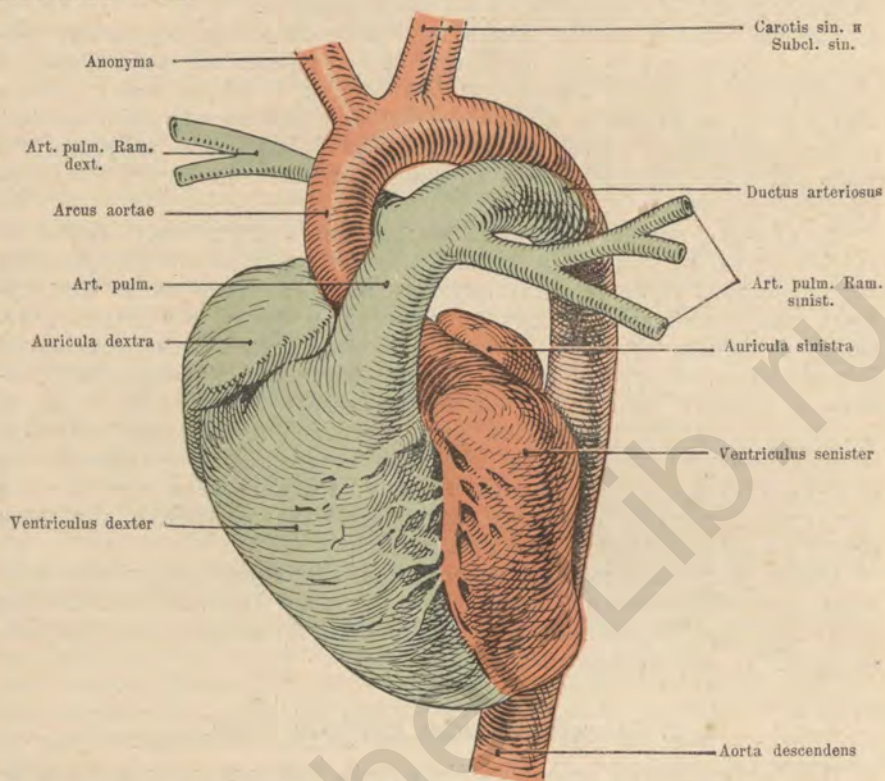


Рис. 80. Сердце новорожденнаго въ моментъ рожденія съ открытымъ еще Боталловымъ протокомъ; одновременно на рис. показанъ процессъ смѣшенія крови у плода въ arcus aortae и aorta descendens.

Распознаваніе ставится на основаніи указанныхъ признаковъ. При комбинаціи съ другими пороками часто удается ставить діагнозъ только in suspensu.

### 3. Стенозъ легочной артеріи.

Это—самый частый изъ врожденныхъ пороковъ сердца. Вычислено, что въ первые годы жизни на долю этого порока приходится три пятыхъ всѣхъ пороковъ, въ позднѣйшемъ возрастѣ даже четыре пятыхъ, такъ какъ со стенозомъ легочной артеріи больные живутъ дольше, чѣмъ съ другими врожденными пороками. Обыкновенно продолжительная жизнь возможна только при комбинаціи стеноза легочной артеріи съ другими пороками, облегчающими снабженіе легкихъ кровью; такимъ компенсирующимъ осложненіемъ бываетъ, во-первыхъ, незарощеніе протока (приблизительно въ половинѣ случаевъ), при которомъ легкія питаются кровью аорты; во-вторыхъ, существующее нрѣдко одновременно отверстіе въ перегородкѣ позволяетъ избытку крови, не прошедшему черезъ суженную легочную артерію, попасть въ лѣвый желудочекъ и аорту. Полное зарощеніе артеріи встрѣчается рѣдко.

Съужение можетъ лежать у самаго устья артеріи, либо же внѣ его, т. е. по сю сторону—въ конусѣ (слѣд. интракардіально) или по ту сторону—въ сосудистомъ стволѣ.

Симптомы. На мѣстѣ выслушиванія легочной артеріи имѣется систолическій шумъ, ослабленіе или полное отсутствіе второго легочнаго тона. Первый тонъ нечистъ. При одновременномъ существованіи дефекта въ перегородкѣ шумъ часто передается въ аорту и сонныя артеріи. Если съуженіе очень сильно, то шумъ можетъ совершенно отсутствовать. Въ такомъ случаѣ кровь черезъ открытую перегородку проникаетъ прямо въ аорту. Если одновременно со стенозомъ легочной артеріи имѣется открытый протокъ, то второй легочный тонъ можетъ быть усиленъ, а также могутъ появиться и другіе признаки открытаго ductus Botalli (мурлыканіе, сильное распространеніе шумовъ въ сонныя артеріи). Съ теченіемъ времени развивается значительное расширеніе и гипертрофія праваго желудочка.

Въ большинствѣ случаевъ существуетъ значительный ціанозъ, усиливающейся при крикѣ и достигающей иногда черно-синяго цвѣта. Ціанозъ обыкновенно бросается въ глаза уже тотчасъ послѣ рожденія. Съ теченіемъ времени развивается утолщеніе пальцевъ, которое иногда бываетъ чрезвычайно рѣзко выражено. Одышка, склонность къ легочнымъ катаррамъ, обморочные припадки, головокруженіе—все это разстраиваетъ общее состояніе больного. Смерть наступаетъ либо отъ заболѣваній дыхательныхъ органовъ, въ частности легочнаго туберкулеза, либо отъ водянки.

#### 4. Стенозъ аорты.

Стенозъ аорты встрѣчается значительно рѣже, чѣмъ три описанные выше порока. Съуженіе можетъ помѣщаться въ области устья и въ такомъ случаѣ оно даетъ тѣ же симптомы, что и приобрѣтенный аортальный стенозъ. При очень рѣзкомъ стенозѣ младенецъ рѣдко выживаетъ больше нѣсколькихъ недѣль и лишь въ томъ случаѣ, если организмъ его снабжается кровью изъ легочной артеріи черезъ незаросшій протокъ; возможно, хотя тяжелое, но болѣе длительное существованіе.

Въ практическомъ отношеніи важнѣе стенозъ въ области впаденія протока въ аорту (*isthmus aortae*) (см. рис. 72); съ этимъ порокомъ больные часто живутъ очень долго. Съуженіе обыкновенно не бываетъ особенно сильнымъ, такъ что гипертрофированный лѣвый желудочекъ въ состояніи его легко преодолѣвать. Въ верхней части грудины слышится систолическій шумъ, но, въ противоположность стенозу легочной артеріи, не имѣется ослабленія второго тона легочной артеріи. Въ позднѣйшемъ возрастѣ развивается характерное коллатеральное кровообращеніе, причѣмъ сильно растягиваются, главнымъ образомъ, *art. mammae internae*, *art. intercostales* и другія артеріи, получающія кровь изъ сосудовъ, отходящихъ ниже *isthmus*. Расширенныя артеріи прощупываются въ видѣ пульсирующихъ тяжей. Наконецъ, въ противоположность сильно пульсирующимъ соннымъ артеріямъ и артеріямъ верхнихъ конечностей, на нижнихъ отмѣчается плохое наполненіе сосудовъ.

#### 5. Перемѣщеніе большихъ сосудовъ.

Аномалія эта встрѣчается не часто. Аорта при этомъ беретъ начало изъ праваго, а легочная артерія изъ лѣваго желудочка. Главнѣйшіе симптомы—рѣдкій ціанозъ и усиленіе второго тона легочной

артеріи при отсутствіи шумовъ. Жизнь возможна обыкновенно только вслѣдствіе одновременнаго существованія дефекта въ перегородкѣ желѣзочковъ, но все-таки рѣдко ребенокъ живетъ дольше нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Авторъ видѣлъ одинъ случай съ отверстіемъ въ перегородкѣ, гдѣ ребенокъ достигъ 5-лѣтняго возраста.

Изъ другихъ врожденныхъ пороковъ сердца можно еще упомянуть, во-первыхъ, стенозъ трехстворчатой заслонки, затѣмъ нѣрѣдко встрѣчаются комбинаціи митральныхъ пороковъ съ другими аномаліями сердца. Иногда наблюдается срединное положеніе сердца (mesocardia). Неоднократно была описана врожденная идиопатическая гипертрофія сердца, которая можетъ закончиться внезапной смертью на 1-мъ и 2-мъ году жизни; при этомъ часто находятъ увеличенную зобную железу. Въ тѣхъ немногихъ случаяхъ идиопатической гипертрофіи сердца, которые мнѣ пришлось наблюдать у грудныхъ дѣтей и которые протекали съ блѣдностью, одышкой (часто въ видѣ приступовъ), малымъ, очень частымъ пульсомъ, оканчиваясь смертью, трудно было рѣшить, было ли увеличение сердца приобрѣтеннымъ или врожденнымъ.

### Острый эндокардитъ.

Если эндокардитъ развивается во время внутриутробной жизни плода, то излюбленнымъ мѣстомъ его является правое сердце около артеріальнаго устья. Говоря о врожденныхъ порокахъ сердца, мы уже упомянули, что эти пороки отчасти зависятъ отъ воспалительныхъ измѣненій и что, съ другой стороны, тѣ пороки, которые съ несомнѣнностью должны быть приписаны аномаліямъ развитія, обладаютъ предрасположеніемъ къ воспалительнымъ процессамъ въ жизни внѣутробной. Въ послѣднемъ случаѣ діагнозъ при жизни можно поставить только въ видѣ предположенія.

Если въ дальнѣйшемъ мы, слѣдуя обычаю, говоримъ отдѣльно объ эндо-, пери- и миокардитѣ, то все-таки не нужно при этомъ забывать, что изолированное заболѣваніе отдѣльныхъ частей сердца встрѣчается рѣже, чѣмъ общій „carditis“, въ клинической картинѣ котораго преобладаютъ тѣ или иные признаки—обстоятельство это и даетъ намъ право говорить объ эндо-, пери- или миокардитѣ.

Этіологія. Внѣутробный острый эндокардитъ рѣдко развивается раньше 5—6-лѣтняго возраста; въ дальнѣйшемъ частота его увеличивается, достигая въ возрастѣ 10—15 лѣтъ максимума. Зависитъ это отъ того, что, по всей вѣроятности, три четверти всѣхъ острыхъ эндокардитовъ у дѣтей развивается на почвѣ остраго ревматизма (у взрослыхъ только отъ  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{2}{3}$ ) и что ревматизмъ раньше 4 лѣтъ встрѣчается очень рѣдко. Дѣтямъ, которыя одновременно или послѣдовательно заболѣваютъ ревматизмомъ и хореей, рѣдко удается избѣгнуть эндокардита; напротивъ, при заболѣваніи одной хореей имѣется больше шансовъ избѣжать эндокардита (Weill).

Кромѣ ревматизма и хорей причиной эндокардита бываетъ часто еще скарлатина; вопреки недавнему заявленію Pospischill'я, я считаю этотъ фактъ установленнымъ; затѣмъ этиологическую роль играютъ иногда и другія инфекціонныя болѣзни, изъ которыхъ заслуживаютъ особаго упоминанія дифтеритъ, ангина, туберкулезъ и узловая эритема.

Здѣсь необходимо повторить (см. главу объ инфекціонныхъ болѣзняхъ), что въ дѣтскомъ возрастѣ ревматизмъ—даже легкій—гораздо скорѣе ведетъ къ эндокардиту, чѣмъ у взрослыхъ.

Изъ сказаннаго ясно, что эндокардитъ всегда бываетъ, такъ сказать, заболѣваніемъ вторичнымъ; въ случаяхъ, гдѣ онъ кажется пер-

вичнымъ, въ дѣйствительности причина его лежитъ обыкновенно въ ревматизмѣ, рѣже туберкулезѣ. Этиологическую роль играютъ различнаго рода микробы, въ большинствѣ случаевъ извѣстныя формы стрептококковъ, затѣмъ стафилококки и пневмококки, тифозныя, кишечныя палочки, иногда гонококки.

Въ патолого-анатомическомъ отношеніи дѣтскій эндокардитъ не представляетъ никакихъ особенностей сравнительно съ эндокардитомъ взрослыхъ. Измѣненія клапановъ бываютъ либо фибринозно-веррукозными, либо язвенными; только легкія измѣненія клапановъ могутъ цѣликомъ исчезнуть; язвенная форма въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается рѣдко.

Симптомы. Если эндокардитъ развивается внѣ связи съ какой-либо другой, доступной опредѣленію болѣзью, то онъ часто представляетъ первый симптомъ остраго ревматизма; иногда ему предшествуетъ незначительная ангина. Поскольку основная болѣзнь не затмѣняетъ и не подавляетъ картины остраго эндокардита, послѣдній выражается въ разбитости, блѣдности, тошнотѣ, потерѣ аппетита. Обыкновенно болѣзни сопутствуетъ неправильная, ремиттирующая, незначительная лихорадка; послѣдняя бываетъ иногда настолько слабой, что ее удастся установить только путемъ постоянного измѣренія температуры. Мнѣ неоднократно приходилось наблюдать случаи, гдѣ послѣ ревматизма или скарлатины цѣлыми недѣлями держалась субфебрильная температура, исчезающая при лежаніи и снова появляющаяся при вставаніи и гдѣ спустя нѣкоторое время ясно выступали признаки эндокардита или порока клапановъ.

Чаще всего заболѣваетъ у ребенка митральный клапанъ, главнымъ образомъ, съ аортальной стороны. Первый тонъ на верхушкѣ становится при этомъ сперва слабымъ, затѣмъ неяснымъ, наконецъ, онъ превращается въ шумъ. Шумъ имѣетъ въ большинствѣ случаевъ мягкій, душій характеръ или характеръ придыханія; съ наибольшей интенсивностью онъ, какъ и у взрослого, выслушивается нѣсколько ниже мѣста выслушиванія легочной артеріи; въ остальныхъ отверстіяхъ онъ распространяется слабо. Вслѣдствіе поразительной работоспособности сердечной мышцы у дѣтей лѣвое сердце долгое время само преодолеваетъ разстройство, такъ что не образуется застоя по направленію къ легочной артеріи; благодаря этому порокъ протекаетъ долгое время безъ усиленія второго легочнаго тона.

Гораздо рѣже заболѣваетъ аорта; большею частью она вовлекается въ страданіе послѣ митрального клапана вслѣдствіе распространенія процесса съ этого послѣдняго и притомъ послѣ продолжительнаго существованія эндокардита въ случаяхъ повторныхъ вспышекъ лихорадки. Вначалѣ на аортѣ слышится систолическій шумъ и только впоследствии, когда присоединяются процессы рубцеванія, образуется диастолическій.

При перкуссіи могутъ долгое время получаться нормальныя отношенія; даже при рентгеноскопіи не находятъ обыкновенно вначалѣ ничего ненормальнаго. Объясняется это устойчивостью сердца у дѣтей, обладающаго большими резервными силами и потому подвергающагося гипертрофіи и расширенію гораздо позже, чѣмъ у взрослыхъ.

Пульсъ всегда учащенъ, но аритмичен, указывающей на пораженіе міокарда, часто не бываетъ.

У грудныхъ дѣтей клиническая картина представляетъ нѣкоторыя отклоненія (Lampp-Finkelstein), оставаясь, въ большин-

ствѣ случаевъ, нераспознанной тѣмъ болѣе, что въ этомъ возрастѣ она представляетъ большую рѣдкость. Наряду съ ревматизмомъ въ числѣ этиологическихъ моментовъ играетъ роль сепсисъ, исходящій нерѣдко изъ какого-либо незначительнаго ринита. Мѣстные симптомы часто не даютъ никакой опоры для діагноза, такъ какъ шумъ можетъ въ теченіе долгаго времени отсутствовать, а увеличеніе сердца становится яснымъ только незадолго передъ смертельнымъ исходомъ. Послѣ періода предвѣстниковъ, идущаго съ повышеніемъ температуры, появляется рѣзкая блѣдность, часто съ цианотическимъ оттѣнкомъ. Время отъ времени появляются приступы цианоза, однако, безъ значительнаго разстройства дыханія. Характерно также значительное ускореніе и затрудненіе дыханія при отсутствіи для этого какой-либо причины въ легкихъ. Такимъ образомъ, картина болѣзни пріобрѣтаетъ большое сходство съ острымъ милиарнымъ туберкулезомъ и дифференціальный діагнозъ становится очень труднымъ. У грудныхъ дѣтей большинство случаевъ оканчивается летально въ теченіе нѣсколькихъ недѣль.

Теченіе чрезвычайно разнообразно. Но у грудныхъ дѣтей смерть угрожаетъ только при одновременномъ существованіи панкардита съ мио- и въ особенности съ перикардитомъ или съ язвеннымъ эндокардитомъ (см. ниже). Обыкновеннымъ исходомъ является хроническій порокъ клапановъ. Относительно возможности полнаго излеченія съ восстановленіемъ ad integrum поврежденныхъ клапановъ существуютъ различныя мнѣнія. Я лично, какъ и другіе авторы, полагаю, что мнѣ пришлось не разъ видѣть случаи полнаго излеченія митральнаго эндокардита. Въ такихъ случаяхъ шумы съ теченіемъ времени медленно исчезаютъ; никакого нѣтъ основанія во всѣхъ подобныхъ случаяхъ видѣть только мышечную недостаточность. Конечно, доказать, что въ томъ или иномъ случаѣ былъ дѣйствительно эндокардитъ очень трудно \*).

Язвенный эндокардитъ встрѣчается у дѣтей гораздо рѣже, чѣмъ у взрослыхъ. Этому, въ сущности говоря, нельзя не удивляться, если принять во вниманіе, что сепсисъ въ первые годы жизни представляетъ очень частое явленіе; фактъ этотъ, по всей вѣроятности, объясняется хорошимъ питаніемъ и полной неповрежденностью эндокарда у дѣтей. Болѣзнь иногда развивается, повидимому, первично; въ другихъ случаяхъ она присоединяется къ имѣющемуся пороку клапановъ или сопровождается какимъ либо септическимъ заболѣваніемъ (полости рта, пузыря). Въ клинической картинѣ преобладаютъ симптомы тяжелаго тифа или общаго сепсиса. Болѣзнь начинается безпокойствомъ, ознобомъ и неправильной лихорадкой; затѣмъ присоединяются бредъ и другіе мозговые симптомы; картина все еще остается неясной, пока геморрагическія и гнойныя эмболіи въ коожѣ не выяснятъ септического характера болѣзни. Если не считать рѣзкаго учащенія пульса и легкаго цианоза, то другіе сердечныя симптомы могутъ долгое время или даже до конца отсутствовать. Иногда, однако, появляются сердечныя шумы и развивается острое расширеніе

\*) Мы долго ожидали открытаго заявленія объ излечимости пріобрѣтенныхъ пороковъ сердца для того, чтобы, въ свою очередь, сказать, что сами наблюдали не разъ случаи полнаго исчезанія всѣхъ клиническихъ признаковъ страданія *valvulae mitralis* на протяженіи нѣсколькихъ лѣтъ. Однако намъ пришлось придти къ тому заключенію, что пороки эти способны сглаживаться и сходить на нѣтъ лишь у дѣтей, не достигнувшихъ конца второго школьнаго возраста, оставшіеся же позже недочеты или заболѣванія, возникшія въ этомъ періодѣ, переходятъ въ большей или меньшей степени за границы дѣтства. Особенно благоприятно протекаютъ послѣдствія митральнаго эндокардита, случившіяся въ нейтральномъ періодѣ, когда сердце почти не растетъ. Усиленный ростъ послѣдняго, съ половины перваго школьнаго возраста, создаетъ тѣ выгодныя условія, при которыхъ вполнѣ возможны поправленія прежде случившихся ошибокъ.

сердца, что даетъ возможность ставить вѣрный діагнозъ. Смерть наступаетъ черезъ 1—3 недѣли.

**Діагнозъ** остраго эндокардита представляетъ большія трудности. Прежде всего нужно исключить столь часто встрѣчающіеся, въ особенностях при лихорадочныхъ болѣзняхъ, функциональные и мускульные шумы (ср. стр. 362). Если при ежедневномъ тщательномъ изслѣдованіи больного находятъ шумъ, который медленно возникаетъ, становясь затѣмъ постояннымъ, и устойчиво сохраняетъ притомъ свой характеръ, то можно діагносцировать эндокардитъ. Отъ перикардіальныхъ шумовъ эти шумы дифференцируются по тѣмъ же правиламъ, какъ и у взрослыхъ.

Отъ эндокардитическихъ отложений нужно отличать мельчайшіе нѣжные узелки, которые у дѣтей въ первые годы жизни встрѣчаются иногда на свободномъ краѣ венозныхъ клапановъ при полномъ здоровьи. Узелки эти могутъ быть очень многочисленны; раньше они были ошибочно описаны, какъ воспалительныя отложения, находящіяся въ трупахъ болѣвшихъ дифтеритомъ. У новорожденныхъ нерѣдко встрѣчаются на клапанахъ темнофіолетовыя, величиною съ булавочную головку гематомы, представляющія капиллярныя эктази и исчезающія вмѣстѣ съ прекращеніемъ васкуляризаціи клапановъ. Онѣ не имѣютъ никакого клиническаго значенія.

Предсказаніе ясно изъ всего сказаннаго.

Въ профилактическомъ отношеніи нужно заботиться о томъ, чтобы даже самые легкіе и неясные случаи остраго ревматизма подвергались тщательному леченію препаратами салициловой кислоты.

Точно также при леченіи нужно начинать съ салициловыхъ препаратовъ, если имѣются хоть какіе либо ревматическіе симптомы (см. главу объ остромъ ревматизмѣ). До тѣхъ поръ, пока сердце работаетъ хорошо, такое леченіе не только не можетъ повредить, но, напротивъ, можетъ даже принести пользу сердцу. Если возникаетъ подозрѣніе относительно эндокардита, нужно предписать строжайшій покой и вообще поступать такъ, какъ если бы наличность эндокардита была прочно установлена. Больной долженъ по возможности лежать совершенно спокойно; безъ особой надобности онъ не долженъ вставать, даже пищу онъ долженъ принимать въ лежачемъ положеніи. При повышеніи температуры и рѣзкомъ ускореніи сердечной дѣятельности кладутъ обыкновенно пузырь со льдомъ. Я лично никогда не могъ убѣдиться въ томъ, что пузырь приноситъ дѣйствительную пользу, если не считать его средствомъ, заставляющимъ дѣтей лежать спокойно. Во всякомъ случаѣ при нормальной температурѣ и у грудныхъ дѣтей класть его не нужно. Скорѣе можно рекомендовать осторожное примѣненіе теплыхъ ваннъ. При сильномъ безпокойствѣ и чувствѣ страха полезно назначать кофеинъ, у дѣтей старшаго возраста морфій; эти средства даютъ необходимый покой и благодѣтельный сонъ. Сердечныя средства (наперстянка) въ обыкновенныхъ случаяхъ излишни, нерѣдко даже небезопасны; въ тяжелыхъ случаяхъ при язвенномъ эндокардитѣ нельзя, однако, обойтись безъ возбуждающихъ—камфоры, кофеина (см. ниже).

Пища должна быть жидкой или кашицеобразной; даютъ преимущественно молоко, супы, жидкія каши, фруктовый сокъ, картофельное и яблочное пюре; кофе, чай и алкоголь не рекомендуются.

### **Хроническій эндокардитъ и пріобрѣтенные пороки клапановъ.**

Пороки клапановъ являются почти всегда слѣдствіемъ остраго эндокардита, слѣдовательно, инфекціонныхъ болѣзней. Когда именно закончился острый эндокардитъ—обыкновенно установить съ точностью



клинически не удается. Нужно считаться также съ возможностью перехода остраго эндокардита въ хроническій, скрытый; но эта форма встрѣчается рѣдко. По мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ у туберкулезныхъ дѣтей старшаго возраста развивается иногда чистый митральный стенозъ на почвѣ хроническаго эндокардита. Объ артеріосклерозѣ, какъ о причинѣ пороковъ сердца, у дѣтей говорить не приходится. Самымъ важнымъ этиологическимъ моментомъ будетъ острый суставной ревматизмъ, хотя предшествующій пороку клапана эндокардитъ можетъ протекать скрыто и остаться незамѣченнымъ.

Пороки клапановъ почти всегда развиваются послѣ 5-лѣтняго возраста и только какъ исключеніе у дѣтей 2—4 лѣтъ.

**Клиническая картина.** Самую частую форму представляютъ митральные пороки; у дѣтей они наблюдаются въ 15—20 разъ чаще аортальныхъ. Пороки клапановъ аорты находятъ обыкновенно уже въ періодѣ половой зрѣлости. Такимъ образомъ въ картинѣ дѣтскихъ пороковъ сердца главное мѣсто занимаютъ митральные пороки, въ частности недостаточность митральнаго клапана. Чистый стенозъ двустворки наблюдается рѣдко и только у дѣтей старшаго возраста.

Характерно, что многіе пороки остаются скрытыми въ теченіе многихъ лѣтъ, иногда до наступленія половой зрѣлости. Такъ протекаетъ не менѣ половины случаевъ. Врачъ открываетъ порокъ случайно, при изслѣдованіи сердца по поводу какой-либо другой болѣзни. Родители совершенно не подозреваютъ, что у ребенка сердце не въ порядкѣ, такъ какъ ребенокъ чувствуетъ себя и выглядить совершенно здоровымъ, ведетъ себя совершенно такъ же, какъ и другія дѣти; онъ ходитъ въ школу, дѣлаетъ гимнастическія упражненія, маршируетъ и т. д. Въ другихъ случаяхъ дѣти проявляютъ нѣкоторую раздражительность, легко утомляются, дѣлаются, время отъ времени, блѣдными, иногда жалуются на головную боль. У нихъ появляются носовыя кровотеченія. Въ рѣдкихъ случаяхъ—чаще при митральномъ стенозѣ—наблюдается нѣкоторая отсталость въ физическомъ развитіи.

При изслѣдованіи бросается въ глаза усиленный сердечный толчокъ. Интересно, что дѣти обыкновенно не замѣчаютъ сильнаго сотрясенія сердца, а маленькія очень рѣдко жалуются на сердцебиенія. При долгомъ существованіи порока развивается выпячиваніе грудной клѣтки въ области сердца, тѣмъ болѣе рѣзкое, чѣмъ тяжелѣе порокъ и чѣмъ моложе ребенокъ. Но во многихъ случаяхъ вовсе не наблюдается деформации грудной клѣтки. Перкуссія можетъ въ теченіе многихъ лѣтъ давать нормальныя отношенія; самое большее—обнаруживается нѣкоторое увеличеніе сердца влѣво, вслѣдствіе рано наступающей гипертрофіи лѣваго желудочка, поддерживающей полную компенсацію. Благодаря благоприятнымъ особенностямъ дѣтскаго сердца—крѣпости и легкой гипертрофіи сердечной мышцы, отсутствію поврежденій алкоголемъ, артеріосклерозомъ и пр., низкому кровяному давленію, отсутствію чрезмѣрнаго физическаго напряженія—компенсація можетъ держаться въ теченіе многихъ лѣтъ, а застои въ большомъ и маломъ кругу могутъ совершенно отсутствовать.

Шумы въ большинствѣ случаевъ ясно выражены, часто они имѣютъ грубый и рѣзкій характеръ. Помимо обычныхъ мѣстъ ихъ можно часто—у маленькихъ дѣтей всегда—выслушивать на спинѣ, между лопатками и у угла лопатки, при митральныхъ порокахъ—больше кверху, при аортальныхъ—книзу.

При разстройствѣ компенсаціи появляются признаки застоя въ маломъ и большомъ кругу—одышка, бронхитъ, ціанозъ, припуханіе печени, расширеніе периферическихъ венъ, истинный венный пульсъ вслѣдствіе относительной недостаточности трехстворки, водянка кожи и различныхъ полостей тѣла и т. д. Сердце нерѣдко сильно увеличивается въ размѣрахъ, въ особенности вправо, такъ что при однократномъ изслѣдованіи можно подумать о перикардіальномъ эксудатѣ.

Пульсъ въ первое время рѣдко бываетъ аритмичнымъ; даже и позже можетъ не быть аритміи, если нѣтъ заболѣванія міокарда.

Симптомы отдѣльныхъ пороковъ въ общемъ тѣ же, что и у взрослыхъ, такъ что мы остановимся только на нѣсколькихъ пунктахъ.

Недостаточность митральнаго клапана составляетъ самый частый порокъ и очень часто встрѣчается изолированно. Усиленіе второго легочнаго тона и гипертрофія праваго желудочка могутъ наступить очень поздно.

Съуженіе митральнаго клапана обыкновенно присоединяется къ недостаточности послѣ многолѣтняго существованія послѣдней. При этомъ можно иногда наблюдать, какъ первоначальный систолическій шумъ совершенно исчезаетъ и постепенно уступаетъ мѣсто диастолическому съ мурлыканіемъ. Только въ старшемъ возрастѣ, послѣ половой зрѣлости, я видѣлъ развитіе чистыхъ первичныхъ стенозовъ митральнаго клапана. Какъ и у взрослыхъ, шумъ можетъ здѣсь совершенно отсутствовать и появляться только при напряженіи.

На аортѣ обыкновенно встрѣчаются одновременно и стенозъ, и недостаточность; клапаны аорты могутъ заболѣть даже раньше 10—12 лѣтъ. Картина болѣзни бываетъ часто очень тяжелой, причемъ нерѣдко наступаетъ внезапная смерть.

Недостаточность трехстворчататаго клапана наблюдается въ случаяхъ тяжелыхъ митральныхъ пороковъ въ періодѣ разстройства компенсаціи; она обусловливается расширеніемъ праваго сердца.

Что касается теченія приобрѣтенныхъ пороковъ клапановъ, то, по мнѣнію многихъ авторитетныхъ врачей и по моимъ собственнымъ наблюденіямъ, легкіе случаи митральной недостаточности могутъ въ дѣтскомъ возрастѣ совершенно излечиваться; это наблюденіе подтверждается даже въ случаѣ, если діагнозъ ставится съ большой осторожностью и если сюда относятъ только случаи, гдѣ шумъ развивается постепенно послѣ остраго ревматизма, существуетъ затѣмъ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, даже 1—2 лѣтъ и затѣмъ медленно исчезаетъ. Въ большинствѣ случаевъ, однако, разъ возникшій порокъ остается существовать навсегда, хотя нерѣдко онъ въ теченіе многихъ лѣтъ—до половой зрѣлости и даже дольше—протекаетъ при полной компенсаціи и безъ всякихъ симптомовъ. Но въ концѣ-концовъ послѣ многолѣтняго благополучія развиваются тяжелыя разстройства, либо вслѣдствіе того, что сердечная мышца постепенно ослабѣваетъ или перестаетъ удовлетворять повышеннымъ требованіямъ профессіи, или же вслѣдствіе присоединенія эндокардита. Часто порокъ сердца оканчивается летально уже черезъ нѣсколько мѣсяцевъ или черезъ 1—2 года; но обыкновенно причина смерти лежитъ не въ самомъ порокѣ, а въ существующемъ одновременно перикардитѣ (часто облитерирующемъ), къ которому присоединяется еще міокардитъ.

Въ общемъ можно сказать, что чистые пороки клапановъ у дѣтей лучше и дольше компенсируются, чѣмъ у взрослыхъ. Но разъ насту-

пили признаки разстройства компенсаціи, то состояніе больного ребенка становится серьезнымъ, онъ обыкновенно гораздо скорѣе погибаетъ, чѣмъ взрослый. Расширеніе сердца и увеличеніе печени могутъ при этомъ принять колоссальные размѣры.

Діагнозъ пороковъ клапановъ становится по тѣмъ же правиламъ, какъ и у взрослыхъ. Нужно только замѣтить, что діагнозъ недостаточности митральной заслонки, представляющей нѣкоторыя трудности у взрослыхъ, у дѣтей встрѣчаетъ иногда непреодолимые препятствія. Въ возрастѣ между 5 и 15 годами гораздо чаще встрѣчаются мускульные и функциональные систолическіе шумы, такъ что діагностировать митральную недостаточность нужно съ чрезвычайной осторожностью и только тамъ, гдѣ ясно выражены всѣ классическіе признаки и гдѣ имѣется сильный и рѣзкій шумъ. Діагнозъ затрудняется еще тѣмъ, что при недостаточности митрального клапана у дѣтей можетъ очень долго не быть усиленія второго легочнаго тона и увеличенія праваго желудочка, наконецъ тѣмъ, что какъ разъ недостаточность митрального клапана можетъ излечиваться.

Помимо постоянного систолическаго шума на обычномъ мѣстѣ, выслушиваемаго какъ при лежаніи, такъ и при сидѣніи, долженъ имѣться на-лицо, въ качествѣ важнаго признака, подскакивающая, усиленный верхушечный толчокъ, указывающей на гипертрофію лѣваго желудочка. Сходство симптомовъ митральной недостаточности съ симптомами врожденнаго дефекта перегородки было уже нами отмѣчено выше (стр. 368). У анемичныхъ дѣтей школьнаго возраста наблюдается часто увеличеніе абсолютной сердечной тупости, такъ что при существованіи анемическаго шума послѣдній можетъ быть принятъ за органической, если не принять во вниманіе, что увеличеніе абсолютной тупости (относительная остается безъ измѣненія) можетъ зависѣть отъ недостаточнаго расширенія краевъ легкнихъ.

Предсказаніе ставится на основаніи вышеизложеннаго.

Профилактика должна, прежде всего, состоять въ предупрежденіи остраго ревматизма, слѣдовательно, и всякаго рода ангина, путемъ разумныхъ общихъ и мѣстныхъ гигиеническихъ мѣръ. Даже самый легкій случай суставнаго ревматизма долженъ подвергаться тщательному леченію (постельное содержаніе, салициловые препараты).

При полной компенсаціи порокъ клапановъ не требуетъ никакого леченія. Если врачъ случайно открываетъ у ребенка порокъ сердца, то онъ можетъ сообщить объ этомъ родителямъ; обращать вниманіе ребенка на его болѣзнь нѣтъ надобности. Образъ жизни ребенка остается прежній, должно быть только воспрещено чрезмѣрное физическое напряженіе, особенно вредно вліяющее на сердце, какъ, напр., велосипедная ѣзда, а также возбуждающіе напитки—алкоголь, кофе, чай. Не слѣдуетъ выбирать для ребенка тѣхъ профессій, которыя связаны съ большимъ тѣлеснымъ напряженіемъ. Въ виду склонности ревматизма и эндокардита къ рецидивамъ слѣдуетъ избѣгать простуды. Для этого рекомендуется, съ одной стороны, осторожное закаливаніе, съ другой, ношеніе шерстянаго бѣлья въ холодное время года. Для укрѣпленія организма полезно пребываніе въ деревнѣ, по моимъ наблюденіямъ даже на значительныхъ высотахъ, если только сердце находится въ состояніи компенсаціи и если можно избѣжать восхожденій на горы.

При первыхъ признакахъ разстройства компенсаціи нужно прежде всего предписать продолжительное лежаніе въ по-

стели и углекислыя ванны—дома или въ какомъ-либо подходящемъ курортѣ—какъ, напр., въ Наугеймъ и др. Одновременно съ лежаніемъ приносить пользу исключительно или преимущественно молочная діета въ теченіе 8 дней. Если все это не возстановляетъ компенсаціи, если разстройство послѣдней достигло значительной степени, то не слѣдуетъ медлить съ назначеніемъ наперстянки и вообще всѣхъ средствъ, примѣняемыхъ у взрослыхъ, какъ-то: камфора, кофейнъ, морфій и т. д. (см. стр. 389).

### Острый перикардитъ.

Этіологія. Легкій перикардитъ, въ видѣ незначительныхъ отложеній фибрина или небольшихъ экссудатовъ, составляетъ въ дѣтскомъ возрастѣ самое обыкновенное явленіе при вскрытіяхъ послѣ различныхъ инфекціонныхъ болѣзней; при жизни, однако, эти случаи совершенно не поддаются распознаванію. Но кромѣ этихъ формъ въ дѣтскомъ возрастѣ часто встрѣчаются рѣзко выраженные перикардиты, представляющіе большой клинической интересъ. У новорожденныхъ и младенцевъ образуется иногда гнойный экссудатъ въ перикардѣ, какъ частичное явленіе септического процесса; экссудатъ этотъ по большей части бываетъ вызванъ стрептококками, въ рѣдкихъ случаяхъ гонококками. Въ послѣдующемъ возрастѣ, отъ 5 до 7 лѣтъ, гнойный перикардитъ все еще составляетъ частое явленіе, причемъ онъ образуется вслѣдствіе распространенія воспаленія съ сосѣднихъ участковъ плевры и легкихъ (рѣже со стороны брюшины), слѣдовательно, вызывается въ большинствѣ случаевъ пневмококками. Въ возрастѣ отъ 5 до 8 лѣтъ начинаютъ преобладать обильные серозные экссудаты на почвѣ ревматизма и туберкулеза, обнаруживающіе большую склонность вызывать послѣ расщепленія срощенія сердечной сумки. При ревматизмѣ замѣтное поврежденіе перикарда развивается обыкновенно только послѣ многократныхъ приступовъ болѣзни. Въ общемъ дѣтскій перикардитъ по своей формѣ и по своимъ причинамъ представляетъ большую аналогію съ дѣтскимъ плевритомъ. Наконецъ острия инфекціонныя болѣзни могутъ во всѣхъ возрастахъ давать, какъ осложненіе, перикардитъ, который въ легкой формѣ можетъ оставаться нераспознаннымъ, а въ тяжелой—вести къ образованію гнойнаго экссудата (при скарлатинѣ, рожѣ, кори и т. д.).

Патологическая анатомія. Стрептококковый экссудатъ имѣетъ по большей части серозно-гнойный характеръ; при пневмококковой инфекціи часто не бываетъ обильнаго, жидкаго экссудата, а на обоихъ листкахъ перикарда отлагаются толстыя, рыхлыя массы фибрина. При туберкулезѣ наблюдается обильный экссудатъ, бугорковъ же бываетъ обыкновенно очень мало. Сердечная мышца бываетъ часто рѣзко гипертрофированной и расширенной; впрочемъ это встрѣчается главнымъ образомъ при ревматизмѣ и обусловливается порокомъ клапановъ.

**Клиническіе симптомы.** Острый перикардитъ остается часто нераспознаннымъ, если одновременно существуетъ тяжелое первичное заболѣваніе, которое подъ вліяніемъ присоединившагося перикардита заканчивается смертью раньше, чѣмъ явленія со стороны сердечной сумки обратятъ на себя вниманіе врача. Отсюда понятно, почему при сепсисѣ и тяжелыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ перикардитъ часто ускользаетъ отъ діагноза. То же самое имѣетъ мѣсто при пневмоніи, плевритѣ, гдѣ прилегающая къ сердцу тупость маскируетъ заболѣваніе самого сердца. Присоединеніе гнойнаго перикардита къ пневмо-

ни—явленіе далеко не рѣдкое въ первые годы жизни—проявляется часто не столько физическими симптомами, сколько внезапнымъ ухудшеніемъ общаго состоянія, а также рѣзкимъ учащеніемъ и ослабленіемъ пульса. Картина болѣзни, свойственная самому перикардиту, состоитъ изъ лихорадки, безпокойства, давленія въ груди, одышки съ сильнымъ ускореніемъ дыханія. Затѣмъ испуганное выраженіе лица, малый, очень частый пульсъ, рѣзкая блѣдность, позже ціанозъ. Смерть, какъ и при другихъ формахъ перикардита, можетъ наступить внезапно.

Сравнительно чистую форму перикардита мы имѣемъ при остромъ ревматизмѣ, но нужно замѣтить, что у дѣтей чаще, чѣмъ у взрослыхъ, перикардитъ представляетъ нерѣдко первое проявленіе ревматизма. Сперва развиваются общія явленія—лихорадка, безпокойство, головная боль, потеря аппетита. Черезъ нѣсколько дней открываютъ гдѣ-либо въ области предсердія легкое треніе, которое своимъ мягкимъ характеромъ напоминаетъ иногда эндокардіальные шумы, но отличается измѣнчивостью, ограниченной проводимостью, а иногда тѣмъ, что усиливается отъ давленія стетоскопа. Въ противоположность эндокардіальнымъ шумамъ треніе выслушивается чаще всего у основанія сердца. Одновременно или позже дыханіе становится ускореннымъ, затрудненнымъ, пульсъ дѣлается частымъ и малымъ. *Crescendo* идущія блѣдность и безпокойство дѣлаютъ картину болѣзни еще болѣе серьезной, но и въ это время могутъ еще отсутствовать жалобы на боль въ груди и въ сердцѣ. Тщательное изслѣдованіе обнаруживаетъ нарастающее увеличеніе сердечной тупости, принимающее общеизвѣстную форму: слѣва она заходитъ далеко за область толчка, а вверху, у основанія сердца, получается выступъ въ видѣ дымовой трубы; особенно характерно рѣзкое расширеніе сердца вправо, причемъ тупость заполняетъ сердечно-печеночный уголъ, который при простомъ расширеніи праваго сердца остается свободнымъ. Важнымъ діагностическимъ симптомомъ служитъ появленіе ясной тупости подъ сердечнымъ толчкомъ, въ пространствѣ *Traube*, если только не имѣется признаковъ плевритическаго эксудата. Нерѣдко даже при существованіи большого эксудата въ перикардѣ можно наблюдать шумъ тренія въ области предсердій. Объясняется это тѣмъ, что въ названной области почти не бываетъ эксудата, такъ какъ сердце не можетъ быть оттѣснено кзади. Главная масса эксудата скопляется слѣва, справа и подъ сердцемъ. При очень большомъ эксудатѣ сдавливается лѣвое легкое, на что указываетъ появленіе саади внизу тупости и ослабленнаго или бронхиальнаго дыханія. Такія псевдо-пнеймоническія и псевдо-плевритическія явленія встрѣчаются довольно часто. Нерѣдко, однако, одновременно съ эксудатомъ въ перикардѣ, существуетъ эксудатъ въ лѣвой или правой, иногда въ обѣихъ плевральныхъ полостяхъ; если такой эксудатъ возникаетъ раньше перикардита, онъ можетъ замаскировать послѣдній. Само собой разумѣется, что это возможно, главнымъ образомъ, при лѣвостороннемъ плевритѣ. Сердечный толчокъ при перикардитѣ не исчезаетъ долгое время,—гораздо дольше, чѣмъ обыкновенно полагаютъ. При большомъ эксудатѣ замѣчаютъ иногда пульсацію сердечной области, у маленькихъ дѣтей,—и чѣмъ они меньше, тѣмъ сильнѣе—также и выпячиваніе сердечной области. При дыханіи наблюдается отставаніе лѣвой половины грудной клѣтки. Эксудатъ затрудняетъ работу сердца въ значительной степени, особенно затрудняется диастолическое рас-

ширеніе сердца. Очень большіе серозные эксудаты встрѣчаются почти только при туберкулезномъ воспаленіи, рѣже при ревматическомъ. Пульсъ становится все болѣе и болѣе слабымъ и достигаетъ частоты въ 160—200 ударовъ. Вслѣдствіе застоя крови развивается все усиливающаяся ціанозъ, расширяются шейныя вены, припухаетъ печень, становящаяся вслѣдствіе этого очень чувствительной къ давленію, иногда появляются общіе отеки. Въ благопріятномъ случаѣ эксудатъ постепенно рассасывается, черезъ нѣсколько недѣль наступаетъ выздоровленіе; въ противномъ случаѣ одышка и стѣсненіе сердца усиливаются, и послѣ нѣсколькихъ мучительныхъ дней или недѣль наступаетъ, при явленіяхъ слабости сердца, смертельный исходъ, который, впрочемъ, можетъ наступить быстро и неожиданно.

Болѣзнь часто ухудшается вслѣдствіе одновременнаго существованія ревматическаго эндокардита. Даже если эксудатъ рассосался, это отнюдь еще не означаетъ полного выздоровленія, такъ какъ очень часто—гораздо чаще, чѣмъ у взрослыхъ—дѣло доходить до полного или частичнаго зарощенія сердечной сумки, которое дѣлаетъ жизнь пациента мучительной и послѣ долгихъ страданій приводитъ его къ смерти (см. ниже).

Точно такъ же, какъ ревматическій перикардитъ, протекаетъ и туберкулезный, съ тѣмъ отличіемъ, что послѣдній начинается незамѣтно и протекаетъ болѣе медленно. Но и при туберкулезномъ перикардитѣ замѣчается сильная склонность къ образованію обильныхъ (почти всегда серозныхъ) выпотовъ, къ пораженію плевры и брюшины. Исходный пунктъ заболѣванія бываетъ часто настолько незначительнымъ,—гдѣ либо въ бронхіальныхъ железахъ или въ легкихъ,—что пораженіе серозныхъ оболочекъ производитъ въ большинствѣ случаевъ впечатлѣніе первичнаго заболѣванія.

Діагнозъ ставится на основаніи тѣхъ же симптомовъ, какъ у взрослыхъ; эти симптомы суть: тупость сердца въ видѣ большого треугольника, исчезновеніе сердечно-печеночнаго угла, распространеніе тупости ниже сердца, въ область пространства Traube. Въ особенности важно постепенное увеличеніе тупости, затѣмъ сліяніе малой сердечной тупости съ большой т. е. болѣе быстрый ростъ абсолютной тупости сравнительно съ относительной.

Въ отдѣльныхъ случаяхъ у маленькихъ дѣтей при небольшихъ эксудатахъ діагнозъ можетъ представлять большія трудности. Фибринозно-гнойный перикардитъ при плевритѣ и пнеймоніи часто совершенно не поддается распознаванію. Очень цѣнныя услуги оказываетъ при діагнозѣ эксудативнаго перикардита изслѣдованіе лучами Röntgen'a, обнаруживающее рѣзко увеличенный неппульсирующій силуэтъ сердца и отсутствіе сердечно-печеночнаго угла. Такое изслѣдованіе позволяетъ часто распознавать также расширеніе сердца, встрѣчающееся нерѣдко у дѣтей старшаго возраста, напр., при скарлатинѣ.

Если наличность эксудативнаго перикардита установлена, то обыкновенно уже не трудно рѣшить, имѣется ли серозный или гнойный эксудатъ, такъ какъ для этого даже не приходится прибѣгать къ изслѣдованію крови (при гнойномъ эксудатѣ наблюдается ясное увеличеніе числа лейкоцитовъ). Въ первые годы жизни серозные эксудаты почти не встрѣчаются, во вторую половину дѣтства, напротивъ, серозные перикардиты преобладаютъ, такъ какъ здѣсь чаще всего встрѣчается ревматизмъ и туберкулезъ; гнойные эксудаты развиваются въ

эти годы только послѣ тяжелыхъ инфекціонныхъ болѣзней и болѣзней дыхательныхъ органовъ.

Эксудативные перикардиты, кажушіеся первичными, имѣютъ обыкновенно ревматическій или туберкулезный характеръ, рѣже являются слѣдствіемъ нефрита; если нѣтъ эндокардіальныхъ шумовъ и другихъ признаковъ ревматизма, то обыкновенно имѣется дѣло съ туберкулезомъ.

Прогнозъ при гнойномъ перикардитѣ почти всегда смертельный. При серозномъ эксудатѣ предсказаніе также чрезвычайно серьезно, такъ какъ здѣсь очень часто наступаетъ смертельный исходъ или зарощеніе сердечной сумки. Можно сказать, что при ревматизмѣ смерть наступаетъ почти только благодаря перикардиту, который приводитъ къ летальному исходу либо прямо, либо косвенно черезъ зарощеніе сердечной сумки.

При леченіи остраго перикардита—даже чисто фибринознаго—требуется безусловное лежаніе въ постели, особенно же это необходимо при эксудативномъ перикардитѣ. Если мы имѣемъ дѣло съ ревматическимъ эксудатомъ или можно подозрѣвать таковой, то вначалѣ рекомендуется леченіе салициловыми препаратами, которые какъ извѣстно, полезны и при ревматическомъ плевритѣ. 5-лѣтнимъ дѣтямъ даютъ 3 раза въ день по 0,7 салициловаго натра, 10-лѣтнимъ 3 раза по 1,0 или 3 раза по 0,5—0,7 аспирина. При высокой лихорадкѣ дѣтямъ старшаго возраста кладутъ обыкновенно на область сердца пузырь со льдомъ. Ледъ часто оказываетъ успокаивающее дѣйствіе, вообще же его вліяніе довольно сомнительно; въ позднѣйшей стадіи болѣзни нужно предпочитать тепло.

Тѣлу придаютъ возвышенное положеніе, стараются избѣгать всякаго возбужденія и напряженія. Пища въ острой стадіи болѣзни должна быть легкой и даваться въ небольшомъ количествѣ (рекомендуются молоко, каши, супы, сухари, масло, яйца, яблочный кисель, легкіе овощи).

Если наступаетъ сердечная слабость и усиливаются явленія застоя, то даютъ сердечныя средства—наперстянку, кофеинъ или камфору (см. стр. 389). При сильномъ безпокойствѣ и ощущеніи сердечной тоски очень цѣнныя услуги оказываетъ морфій, который примѣняется внутрь или подкожно. Онъ сохраняетъ силы сердца, а потому не нужно слишкомъ долго ждать съ его назначеніемъ.

При значительныхъ размѣрахъ эксудата нужно подумать о хирургическомъ вмѣшательствѣ. При гнойномъ эксудатѣ можно произвести резекцію ребра для опорожненія гноя, но въ виду большею частью безнадежнаго предсказанія, операція эта производится чрезвычайно рѣдко. Напротивъ, при большихъ серозныхъ эксудатахъ нужно было бы производить проколъ сердечной сумки чаще, чѣмъ это дѣлается въ настоящее время.

Лучше всего дѣлать проколъ по Curschmann'у—кнаружи отъ мамиллярной линіи. Сперва дѣлаютъ пробный проколъ въ пятомъ межреберномъ промежуткѣ по крайней мѣрѣ на 1 см. кнаружи отъ толчка, оставаясь еще въ области абсолютной тупости; если толчокъ неощутимъ, то дѣлаютъ проколъ нѣсколько кнутри отъ наружной границы тупости, направляя иглу сагиттально или нѣсколько косо кнутри. Если получается эксудатъ, то вмѣсто пробной иглы вставляютъ толстую съ очень острымъ концомъ (спеціальныя троакары Curschmann'a излишни). Эксудатъ выпускаютъ до тѣхъ поръ, пока жидкость течетъ самопроизвольно. Въ моментъ прокола перикарда получается такое ощущеніе какъ будто игла проникла черезъ натянутый пузырь. Для того, чтобы облегчить истеченіе эксудата, можно надѣть на конецъ иглы резиновую трубку, наполненную растворомъ поваренной соли, и конецъ трубки опустить

въ поставленный на полу сосудъ. Операція эта легка и при надлежащей осторожности совершенно безопасна; дѣйствіе ея оказывается часто паразитическимъ, вслѣдствіе устраненія сжатія сердца. Въ одномъ случаѣ у 6-лѣтняго мальчика я удалилъ 500 куб. стм. эксудата. Хотя одновременно и существовалъ плевритъ, но плевритическій эксудатъ имѣлъ совершенно другой цвѣтъ, и смѣшать ихъ между собой было невозможно.

### Зарощеніе сердечной сумки.

Срощеніе обоихъ листковъ сердечной сумки, являющееся слѣдствіемъ перикардита, заслуживаетъ особаго вниманія, такъ какъ у дѣтей 8—10 лѣтъ оно составляетъ далеко не рѣдкое явленіе и такъ какъ предшествующій зарощенію перикардитъ остается часто нераспознаннымъ и на первый планъ выступаютъ другія явленія, именно симптомы со стороны самого сердца. Большинство случаевъ зарощенія приходится на ревматическія заболѣванія сердца. Гипертрофія и расширеніе обоихъ желудочковъ при этомъ настолько велики, что этимъ однимъ въ достаточной мѣрѣ объясняется увеличеніе сердечной тупости, такъ что эксудатъ въ перикардѣ, который къ тому же рѣдко бываетъ значительнымъ по размѣрамъ, легко ускользаетъ отъ распознаванія. Наряду съ ревматизмомъ важную этиологическую роль играетъ также туберкулезъ. При немъ аппаратъ клапановъ остается въ большинствѣ случаевъ нетронутымъ, эксудатъ же, бывающій до зарощенія, находится обыкновенно въ обильномъ количествѣ—зарощеніе распознается не такъ легко.

При патолого-анатомическомъ изслѣдованіи находятъ обыкновенно утолщеніе и плотное сращеніе обоихъ листковъ перикарда на всемъ протяженіи или на значительномъ пространствѣ. Въ свѣжихъ случаяхъ эксудатъ имѣетъ иногда—по крайней мѣрѣ въ отдѣльныхъ мѣстахъ—желеобразный характеръ. Если процессъ развился на туберкулезной почвѣ, то между листками перикарда находятъ иногда бугорковья или творожистыя массы. Причиной смерти при ревматизмѣ въ большинствѣ случаевъ бываетъ облитерирующій перикардитъ, причѣмъ послѣдній составляетъ очень частую находку при вскрытіи ревматическихъ больныхъ. Иногда имѣется сращеніе наружнаго листка перикарда съ плеврой, грудиной и средостѣніемъ, такъ что все это вмѣстѣ превращено въ толстую мозолистую массу.

**Симптомы.** Многіе случаи протекаютъ совершенно незамѣтно и открываются только при вскрытіи. Какъ уже сказано, относится это главнымъ образомъ, къ ревматическимъ перикардитамъ. Здѣсь часто бываетъ очень трудно отличить симптомы, вызванные имѣющимся порокомъ клапановъ, отъ симптомовъ, вызванныхъ сращеніемъ листковъ перикарда. Почти всегда одновременно съ перикардитомъ существуютъ пороки клапановъ, шумы, сильная, иногда колоссальная гипертрофія и расширеніе обоихъ желудочковъ, прилежающихъ на большомъ пространствѣ къ грудной стѣнкѣ. Сильное сотрясеніе и выпячиваніе всей области сердца нужно разсматривать, какъ результатъ этой гипертрофіи. Толчокъ сердца обыкновенно ясно замѣтенъ. Въ пользу сращенія сердца съ грудной стѣнкѣй говоритъ систолическое втягиваніе сердечнаго толчка, которое, однако, не нужно смѣшивать съ часто наблюдаемымъ систолическимъ западеніемъ межреберныхъ промежутковъ въ окружности усиленнаго толчка (Romberg). Самымъ доказательнымъ признакомъ является діастолическое выпячиваніе межреберныхъ промежутковъ, которое иногда ошибочно можетъ быть принято за толчокъ. Такимъ образомъ признаки, непосредственно указывающіе на зарощеніе сердечной сумки, могутъ быть открыты только при тщательномъ изслѣдованіи и къ тому же въ большинствѣ случаевъ отсутствуютъ.



Всѣ другіе симптомы (рѣзкая блѣдность, поверхностное дыханіе, чувство сердечной тоски, малый пульсъ, гипертрофія и расширеніе сердца) могутъ быть вызваны, какъ перикардитомъ, такъ и эндокардитомъ, міокардитомъ и порокомъ клапановъ. Поэтому въ большинствѣ случаевъ мы можемъ только заподозрить зарощеніе перикарда, если предварительно имѣлся перикардитъ, не окончившійся выздоровленіемъ. Дѣти постепенно истощаются и слабѣютъ. Вначалѣ, при лежаніи въ постели, они чувствуютъ себя сравнительно сносно, хотя пульсъ въ это время уже бываетъ малымъ и частымъ; при малѣйшемъ напряженіи дыханіе рѣзко учащается. Но при попыткѣ встать сердце, несмотря на гипертрофію, оказывается недостаточнымъ. Дѣло въ томъ, что срощеніе сердечной сумки представляетъ сильное препятствіе для правильной сердечной дѣятельности, особенно же препятствіе это становится громаднымъ, если одновременно имѣется срощеніе сердца съ грудиной; здѣсь никакая гипертрофія не можетъ помочь. Дѣти быстро устаютъ, у нихъ появляются одышка и ціанозъ, они просятся тотчасъ же назадъ въ постель. Періоды ухудшенія смѣняются улучшеніемъ, которое можетъ тянуться мѣсяцами; въ такіе хорошіе промежутки дѣти иногда настолько оправляются, что начинаютъ даже ходить въ школу. Въ большинствѣ случаевъ — какъ ревматическихъ, такъ и туберкулезныхъ — время отъ времени появляются лихорадка, эксудативный плевритъ, выпотъ въ полости брюшины; состояніе больныхъ становится все хуже и хуже; спустя нѣсколько мѣсяцевъ, иногда даже лѣтъ наступаетъ летальный исходъ при явленіяхъ бронхита, отековъ и слабости сердца.

Если врачъ не наблюдалъ самый перикардитъ, то при недостаткѣ опыта онъ легко можетъ проглядѣть зарощеніе перикарда, такъ какъ вниманіе его можетъ быть отвлечено симптомами со стороны брюшной полости. При изслѣдованіи находятъ рѣзко увеличенную и твердую печень, нерѣдко болѣзненную при давленіи; печень можетъ выходить изъ-подъ края реберъ на 3—4 поперечныхъ пальца. Такъ какъ при этомъ часто имѣются еще увеличеніе селезенки и асцитъ, то врачъ можетъ принять болѣзнь за самостоятельный циррозъ печени. Въ такую ошибку легко впасть, если сердце даетъ приблизительно нормальныя аскультативныя явленія, какъ это часто бываетъ при туберкулезѣ. Однако наличность ціаноза, малаго, частаго пульса, одышки, равно какъ плевритическаго эксудата или отложенія въ плеврѣ — должна предохранить отъ такой ошибки. При ревматизмѣ почти всегда имѣются рѣзкія измѣненія въ сердцѣ и шумы на митральномъ клапанѣ, въ позднѣйшей стадіи недостаточность трехстворки и увеличеніе сердца.

Только что упомянутый, такъ наз. перикардитическій псевдоциррозъ печени нужно разсматривать отчасти, какъ застойный симптомъ, причемъ извѣстную роль можетъ играть прижатіе нижней полой вены плотной околосердечной сумкой. Однако это предположеніе не вполнѣ доказано: нерѣдко эти измѣненія печени отсутствуютъ, въ другихъ случаяхъ они встрѣчаются и безъ заболѣванія сердца, иногда, какъ уже упомянуто, наряду съ зарощеніемъ перикарда имѣются выпотъ или отложенія въ полости плевры, а также срощенія печени съ окружающими органами (при туберкулезѣ), наконецъ, иногда наблюдается симптомокомплексъ мускатной печени. Въ виду этого, по отношенію ко многимъ случаямъ естественнѣе всего предположить, что у старшихъ дѣтей развивается нерѣдко своего рода полисеро-

зить, поражающій перикардъ и одновременно производящій цирротическое измѣненіе печени.

Изъ всего сказаннаго вполне ясно, насколько трудно **распознаваніе** срощенія сердечной сумки. Если не были констатированы ни трение, ни эксудатъ, то часто можно поставить діагнозъ только въ видѣ предположенія. Туберкулезный характеръ болѣзни не всегда легко установить, даже при вскрытіи.

Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи нужно имѣть въ виду чистые пороки клапановъ съ миокардитомъ, а также увеличеніе и затвердѣніе печени различнаго происхожденія (сифилисъ и пр.).

Предсказаніе неблагоприятно. Послѣ нѣсколькихъ недѣль, мѣсяцевъ, самое большое — нѣсколькихъ лѣтъ болѣзнь оканчивается смертью. Только при частичныхъ зарощеніяхъ перикарда возможно болѣе долгое существованіе, но такія зарощенія едва ли могутъ быть распознаны при жизни.

**Леченіе** даетъ очень печальные результаты. Нѣкоторые авторы утверждаютъ, что получали значительное улучшеніе отъ впрыскиваній фибролизина. При хорошемъ общемъ состояніи можно подумать о хирургическомъ леченіи по Brauerу, именно о кардиолізѣ, который особенно могъ бы быть умѣстенъ при срощеніи сердечной сумки съ грудиной. Впрочемъ шансы на благоприятный исходъ операціи у ребенка невелики. Поэтому въ большинствѣ случаевъ приходится ограничиться симптоматическимъ леченіемъ имѣющейся недостаточности сердца (см. стр. 388). Однако, въ виду одновременнаго существованія миокардита, наперстянка здѣсь часто не оказываетъ никакого дѣйствія. Если имѣется обильный эксудатъ въ плеврѣ или въ брюшинѣ, то необходимо произвести проколъ. Покой, тщательный уходъ и хорошее питаніе разумѣются сами собой. Въ легкихъ случаяхъ можно испытать курсъ углекислыхъ ваннъ.

### Миокардитъ и недостаточность сердца.

Острый миокардитъ является частымъ спутникомъ многихъ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней, въ особенности дифтерита, скарлатины, септического процесса, также коклюша, тифа и пр. При ревматизмѣ миокардитъ часто развивается одновременно съ эндо-перикардитомъ, такъ что здѣсь съ полнымъ правомъ можно примѣнить старый терминъ *carditis* или *pancarditis*. Въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдается первичный миокардитъ, но и здѣсь обыкновенно удается установить, что въ основѣ болѣзни лежала какая-либо общая инфекція, ускользнувшая вначалѣ отъ распознаванія.

Хроническій миокардитъ встрѣчается у ребенка гораздо рѣже, чѣмъ у взрослого, такъ какъ у ребенка не бываетъ артерioskлероза. Иногда хроническій миокардитъ присоединяется къ названнымъ выше инфекціоннымъ болѣзнямъ, но чаще всего, конечно, онъ является спутникомъ пороковъ клапановъ и зарощенія сердечной сумки.

При патолого-анатомическомъ изслѣдованіи случаевъ остраго миокардита мы находимъ сердечную мышцу дряблой, желтоватаго цвѣта, съ желтыми полосами на отдѣльныхъ участкахъ. Микроскопическія измѣненія оказываются часто гораздо болѣе значительными, чѣмъ это можно предположить на основаніи макроскопической картины. Рядомъ съ круглокѣточной инфильтраціей находятъ дегенеративныя измѣненія мышечныхъ волоконъ. Въ хроническихъ случаяхъ дѣло можетъ дойти до образованія мозолей, какъ это иногда наблюдается при сифилисѣ и туберкулезѣ.

**Симптомы остраго миокардита** имѣютъ часто неопредѣленный харак-

теръ, бывають нерѣдко затушеваны имѣющей на-лицо инфекціонной болѣзню, отъ симптомовъ которой ихъ не удается отграничить. Самостоятельный характеръ миокардитическіе симптомы приобрѣтають только въ томъ случаѣ, если они появляются послѣ лихорадочнаго періода болѣзни. Въ иныхъ случаяхъ вся болѣзнь протекаетъ скрыто, совершенно неожиданно давая смертельный исходъ.

Самымъ важнымъ признакомъ миокардита нужно считать уменьшеніе силы сердца и появленіе малаго, частаго, иногда замедленнаго пульса. При инфекціонныхъ болѣзняхъ ухудшеніе пульса разматрируется обыкновенно, какъ признакъ слабости сердечной мышцы. Часто, однако, оно является результатомъ токсическаго поврежденія сосудодвигательной системы, причемъ сама сердечная мышца можетъ оставаться совершенно нормальной. Влѣдностъ, безпокойство, одышка и даже ціанозъ могутъ зависѣть, какъ отъ той, такъ и отъ другой причины. При миокардитѣ находятъ часто ослабленіе толчка и тоновъ сердца, исчезновеніе второго сердечнаго тона, расширеніе одного или обоихъ желудочковъ. Систолическіе шумы появляются только съ развитіемъ относительной недостаточности. Къ самымъ раннимъ застойнымъ явленіямъ принадлежатъ увеличеніе печени; напротивъ того, периферическіе отеки составляютъ рѣдкое явленіе. Кровяное давленіе падаетъ, пульсъ нерѣдко становится неправильнымъ, въ рѣдкихъ случаяхъ замедленнымъ. Въ мочѣ часто находятъ бѣлокъ, но присутствіе его большею частью зависитъ отъ основной болѣзни. Чувство сердечной тоски и боли въ области сердца встрѣчаются рѣже, чѣмъ у взрослыхъ.

Своеобразный характеръ имѣетъ миокардитъ при дифтеріи (см. главу о дифтеріи).

Частая разстройство сердечной дѣятельности при скарлатинѣ, по всей вѣроятности, также зависятъ отъ миокардита. Уже одно чрезвычайное учащеніе пульса въ обыкновенныхъ случаяхъ скарлатины говоритъ за то, что скарлатинозный ядъ оказываетъ особенно вредное дѣйствіе на сердце; о томъ же свидѣтельствуетъ брадикардія, нерѣдко развивающаяся на 2-й недѣлѣ, затѣмъ расширеніе сердца и переходящіе систолическіе шумы. Сюда же нужно отнести тѣ случаи, гдѣ уже послѣ паденія температуры остается на много недѣль учащеніе пульса и слабость сердца. Гораздо рѣже, чѣмъ у взрослыхъ, развивается у дѣтей миокардитъ послѣ тифа, что объясняется вообще болѣе легкимъ теченіемъ дѣтскаго тифа \*); случаи внезапной смерти составляютъ рѣдкость; здѣсь, какъ и при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, наблюдается въ періодъ выздоровленія даже въ безусловно доброкачественныхъ случаяхъ аритмія; она зависитъ, повидимому, отъ легкихъ измѣненій миокарда переходящаго характера.

**Хроническій миокардитъ** развивается иногда послѣ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней, чаще всего послѣ дифтеріи. Помимо тахи-

\*) Въ этомъ-то и заключается особенность брюшнаго тифа у дѣтей, что болѣзнь эта, протекая у нихъ сравнительно легко, весьма часто задѣваетъ сердце, производя функціональнныя разстройства самаго разнообразнаго характера. Не представляя quoad vitam особой опасности, брюшной тифъ оставляетъ на долгое время неравномѣрную неправильную дѣятельность сердца, обуславливающую легкую утомляемость этого органа, плюсь большую или меньшую степень нарушенія равновѣсія нервной системы. Особенно неприяты подобныя послѣдствія для дѣтей-школьниковъ, успѣшныя занятія которыхъ требуютъ нормальныхъ функцій и спокойной психической дѣятельности.

кардіи (въ рѣдкихъ случаяхъ брадикардіи) и аритміи наблюдается при этомъ часто и расширение сердца. Самымъ важнымъ симптомомъ является возрастающая недостаточность сердечной мышцы; чаще всего такая недостаточность развивается въ позднѣйшей стадіи пороковъ клапановъ, когда она бываетъ непосредственной причиной смерти.

**Недостаточность сердца** появляется чаще всего при остромъ и хроническомъ миокардитѣ и сопровождается общеизвѣстными явлениями (расширеніе праваго сердца, паденіе кровяного давленія, одышка, ціанозъ, припуханіе печени, асцитъ). Отеки периферическихъ частей обыкновенно не появляются поразительно долго. При ревматическомъ перикардитѣ главной причиной недостаточности сердца является зарощеніе сердечной сумки, препятствующее сердечнымъ сокращеніямъ, и сопровождающій его миокардитъ. Зато у ребенка не встрѣчается цѣлаго ряда моментовъ, вызывающихъ у взрослыхъ сердечную недостаточность именно—эмфиземы легкихъ, склероза сердечныхъ сосудовъ, ожирѣнія, сморщенной почки.

Распознаваніе миокардита часто связано съ значительными трудностями, особенно въ лихорадочномъ періодѣ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней, когда ухудшеніе пульса можетъ зависѣть отъ вазомоторныхъ разстройствъ. Такимъ образомъ, часто нельзя рѣшить, куда отнести имѣющійся симптомокомплексъ, вызванъ ли онъ органическими, токсическими или динамическими разстройствами. При этомъ могутъ играть извѣстную роль также пораженія центральной и периферической нервной системы, а равно сердечныхъ ганглий. Особенно трудно отличить заболѣваніе миокарда отъ пораженія блуждающаго нерва при дифтеріи. Симптомы миокардита часто совершенно совпадаютъ съ симптомами свѣжаго эндокардита; само собою разумѣется, что нерѣдко оба эти процесса идутъ одновременно. При скарлатинѣ можетъ быть ошибочно распознанъ миокардитъ при наличности остраго расширенія сердца на почвѣ нефрита.

Предсказаніе при миокардитѣ всегда сомнительно. При дифтеритѣ нужно всегда имѣть въ виду возможность внезапной смерти. При недостаточности сердца на почвѣ хроническихъ заболѣваній сердца предсказаніе хуже, чѣмъ у взрослыхъ. Вообще можно сказать, что компенсированный порокъ протекаетъ у ребенка лучше, чѣмъ у взрослого, но что при появленіи разстройства компенсаціи шансовъ на новое ея восстановленіе у ребенка меньше и смертельный исходъ наступаетъ быстрѣе (Weill).

Въ отношеніи леченія трудность діагноза не имѣетъ большого значенія, такъ какъ леченіе остается до сихъ поръ чисто симптоматическимъ, направляется противъ сердечной слабости и разстройства кровообращенія.

**Леченіе остраго миокардита** или, другими словами, сердечной слабости при острыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ сводится, главнымъ образомъ, къ обереганію сердца отъ всякихъ вредныхъ моментовъ. Полный покой и устраненіе всего, что можетъ вызвать возбужденіе (напр., совершенно излишнихъ смазываній зѣва при дифтеріи)—составляетъ первое условіе леченія. Жаропонижающія средства (за исключеніемъ, развѣ хинина) алкоголь вредны и не должны назначаться. Прохладныя ванны, назначаемыя противъ лихорадки, оказываютъ на сердце благоприятное дѣйствіе. При наличности лихорадки у дѣтей старшаго возраста хорошее дѣйствіе производитъ пузырь со льдомъ, холодные компрессы или охлаждающій эмфевикъ; дѣйствіе ихъ—

успокоить сердце, хотя возможно, что они вліяютъ и тонизирующимъ образомъ.

Пища должна состоять изъ легко перевариваемыхъ веществъ кашцеобразной или жидкой консистенціи (больше молока); не слѣдуетъ давать много пищи, въ частности большого количества жидкостей.

Противъ сердечной слабости при остромъ миокардитѣ наперстянка почти не дѣйствуетъ; къ ней поэтому прибѣгаютъ только въ томъ случаѣ, если другія средства оказываются недѣйствительными. Лучше примѣнять тѣ средства, которыя, помимо укрѣпленія сердца, оказываютъ еще тонизирующее дѣйствіе на сосуды, таковы: камфора и кофеинъ; съ назначеніемъ этихъ средствъ, если имѣется сильное учащеніе пульса, блѣдность, одышка, ціанозъ, не слѣдуетъ слишкомъ долго ждать.

Coffein. natro-benzoicum (0,5—2,0, Syrup. simpl. 20 0, Aq. destill. ad 100,0) назначаютъ груднымъ дѣтямъ по 0,05—0,1 pro die, 3—5-лѣтнимъ—0,2—0,3 pro die, 8—12-лѣтнимъ 0,4—0,6—0,8 pro die; доза эта дѣлится на 3—5 приемовъ. Въ большомъ количествѣ воды дѣти принимаютъ это средство охотно; переносится оно хорошо и рѣдко вызываетъ возбужденіе.

Камфору лучше всего назначать подкожно, 3—8 разъ въ день по  $\frac{1}{2}$ —1 шприцу камфорнаго масла на 1-мъ и 2-мъ году жизни, 4—6 разъ по 1—3 шприца у дѣтей старшаго возраста. Такимъ же образомъ можно назначать и официальный камфорный спиртъ, но при неправильномъ впрыскиваніи (въ толщу кожи, а не въ подкожную клѣтчатку) онъ легко вызываетъ омертвѣніа.

При очень сильномъ разстройствѣ кровообращенія можно испытать также стрихнинъ (*Strychn. nitricum*  $\frac{1}{2}$  миллигр. на первомъ году, 1 миллигр. отъ 3 до 6 лѣтъ, 2 милл. у старшихъ дѣтей, 1 разъ въ день въ видѣ подкожнаго впрыскиванія). Одновременно можно еще, пожалуй, назначить адреналинъ (1:1000) 0,5—1,0 к. с. въ 10 гр. солевого раствора, подкожно, 3—6 разъ въ день.

Наилучшіе результаты зачастую получаютъ отъ комбинаціи различныхъ средствъ, такъ что въ угрожающихъ случаяхъ я охотно примѣняю одновременно кофеинъ и камфору (въ нѣсколько уменьшенныхъ дозахъ), иногда также стрихнинъ или адреналинъ.

Если все это не помогаетъ, то можно испробовать внутримышечное впрыскиваніе дигалена (0,5 у маленькихъ дѣтей, 1,0—у дѣтей старшаго возраста).

При недостаточности сердца на почвѣ хроническихъ его страданій, особенно при порокахъ въ стадіи разстройства компенсаціи наилучшимъ средствомъ, какъ и у взрослыхъ, является наперстянка; только у дѣтей нужно еще строже придерживаться общеизвѣстныхъ мѣръ предосторожности при примѣненіи этого средства.

Дѣтямъ до 3 лѣтъ даютъ на 2 дня настойку изъ 0 2 fol. digitalis, въ возрастѣ 5—10 лѣтъ изъ 0,4—0,7. Микстуру можно повторить 1 разъ. Вѣрнѣе дѣйствуютъ листья in substantia: pulv. fol. digitalis 3 p. въ день по 0,02 для дѣтей до 3 лѣтъ и по 0,04—0,07—для дѣтей 5—10 лѣтъ; даютъ 4—5 дней. Какъ только одышка уменьшается, діурезъ усиливается, пульсъ замедляется, наперстянку отмѣняютъ.

Очень хорошо дѣйствуютъ три новыхъ препарата: дигаленъ, дигипуратъ и *Digitalis dialysat Golaz*, которые переносятся желудкомъ гораздо лучше, чѣмъ сама наперстянка. Дигаленъ даютъ въ пер-

вые годы жизни 3 раза въ день по 0,1, дѣтямъ старшаго возраста по 0,2—0,5. Его можно примѣнять также въ видѣ внутримышечныхъ впрыскиваній (въ бедро) или въ формѣ клизмъ. Дигипуратъ даютъ въ тѣхъ же дозахъ, какъ *fol. digit. pulver.* Это очень надежный препаратъ, дѣйствующій такъ же вѣрно, какъ листья *in substantia* и не раздражающій въ то же время желудка. *Dialysat* даютъ въ первые годы 3—4 раза по 2 капли, а старшимъ дѣтямъ 3—4 раза по 6 (—8) кап.; эта доза оказываетъ сильное дѣйствіе.

Препараты наперстянки лучше всего давать сряду только въ теченіе 3—5 дней. Въ промежутки между періодами назначенія наперстянки даютъ либо кофеинъ въ указанныхъ выше дозахъ, либо—если существуетъ еще водянка—какой либо препаратъ теобромина, напр., диуретинъ, 3 раза въ день по 0,1—0,5,—при чувствительномъ желудкѣ въ формѣ клизмы. При угрожающей недостаточности сердца, когда дѣйствіе обычныхъ препаратовъ наперстянки было бы слишкомъ медленнымъ, можно у старшихъ дѣтей съ успѣхомъ прибѣгнуть въ внутривенному введенію строфантина ( $1/4$ — $1/2$  мг., только одинъ разъ).

При врожденныхъ порокахъ сердца нужно ждать съ назначеніемъ наперстянки возможно дольше, пока не появятся признаки начинающейся слабости сердца т. е. усиленіе одышки и застойныя явленія. При дефектѣ перегородки, когда болѣе сильный лѣвый желудочекъ перегоняетъ въ правый массу крови и такимъ образомъ перегружаетъ его, наперстянка можетъ оказать вредное вліяніе, еще болѣе обременивъ малый кругъ кровообращенія.

Въ случаяхъ, гдѣ сердечныя отеки не исчезаютъ подъ вліяніемъ наперстянки и диуретина, приноситъ иногда пользу комбинація наперстянки съ каломелемъ. Каломель даютъ 3 раза въ день по 0,03—0,06; иногда 3—4 дня такого леченія вызываютъ сильнѣйшій диурезъ. При зарощеніи сердечной сумки недостаточность сердца сопровождается часто такимъ истощеніемъ сердечной мышцы, что наперстянка уже не оказываетъ никакого дѣйствія.

Въ случаяхъ тяжелыхъ субъективныхъ явленій со стороны сердца (безпокойства, одышки, оторпѣе, чувства тоски) не слѣдуетъ лишать дѣтей благотѣльнаго дѣйствія морфія, который до извѣстной степени сохраняетъ силы сердца. Лучше всего примѣнять его подкожно по 1—2 милл. въ возрастѣ 2—4 лѣтъ, по 3—5 милл. въ возрастѣ 6—10 лѣтъ; если дѣйствіе этихъ дозъ недостаточно, то ихъ можно увеличить \*).

\*) Подкожное введеніе растворовъ имѣетъ огромныя преимущества въ смыслѣ быстроты дѣйствія и точности дозировки, но оно почти непримѣнимо въ первые годы жизни, когда кожа легко реагируетъ на раздраженіе и когда сравнительно невинныя вещества склонны вызывать нарывы даже при точномъ соблюденіи всѣхъ предосторожностей и безупречной асептики. Насколько часто у маленькихъ дѣтей происходятъ нарывы на мѣстахъ впрыскиваній, можно видѣть изъ того, что *Vipz* рекомендуетъ въ этомъ періодѣ дѣлать ихъ на передней поверхности тѣла, такъ какъ нарывы на спинѣ крайне тяжело переносятся дѣтьми. Съ возрастомъ кожная впечатлительность постепенно падаетъ, но тѣмъ не менѣе для примѣненія подобнаго способа должны быть особыя показанія: отравленія, острый упадокъ силъ, полная неэффективность средствъ при введеніи ихъ другими путями.

Изъ многочисленныхъ алкалоидовъ опія у постели больныхъ дѣтей употребляются морфій и кодеинъ, но не раньше 3—4 года жизни, такъ какъ въ болѣе раннемъ дѣтствѣ незначительныя дозы могутъ вызвать значительный

## Добавленіе.

### Заболѣванія кровеносныхъ сосудовъ. Юношеское сердце.

Такъ какъ артеріосклерозъ встрѣчается у дѣтей только въ видѣ исключенія и лишь въ старшемъ возрастѣ, то заболѣванія кровеносныхъ сосудовъ въ клиникѣ дѣтскихъ болѣзней не имѣютъ серьезнаго значенія. Легкія степени артеріосклероза встрѣчаются, правда, и у маленькихъ дѣтей, даже у грудныхъ (Салтыковъ), но клиническаго значенія эти случаи не имѣютъ.

На почвѣ наследственнаго сифилиса наблюдался аортитъ уже у дѣтей 8—12 лѣтъ; были также случаи аневризмы аорты на той же почвѣ и въ томъ же возрастѣ.

Довольно частое явленіе составляютъ у дѣтей артеріальныя эмболіи въ случаяхъ острыхъ (напр., послѣ дифтеріи) и хроническихъ заболѣваній сердца.

Въ періодъ половой зрѣлости наблюдаются нерѣдко разстройства, которыя отчасти считаются особенностью «**юношескаго сердца**». Больные жалуются на сердцебіеніе, давленіе въ груди, одышку. Нерѣдко при этомъ находятъ подсакаивающій толчокъ сердца, усиленіе второго легочнаго тона, иногда также систолическій шумъ или увеличеніе сердечной тупости, затѣмъ твердыя извилистыя артеріи, свидѣтельствующія скорѣе о функціональномъ напряженіи артерій, чѣмъ объ юношескомъ артеріосклерозѣ. Кровяное давленіе не повышено. При рентгеновскомъ изслѣдованіи сердца, вопреки ожиданіямъ, оказывается не увеличеннымъ; сердце скорѣе мало и приближается иногда по формѣ къ «капельному» сердцу, какое мы находимъ у узкогрудыхъ наряду съ общимъ инфантилизмомъ и узкой аортой. Узкая аорта сама по себѣ составляетъ чрезвычайное рѣдкое явленіе и, значеніе ея въ картинѣ юношескаго сердца еще не выяснено. При разстройствахъ юношескаго сердца мы обыкновенно имѣемъ дѣло съ функціональной неустойчивостью, свойственной этому возрасту; это своего рода болѣзнь роста. Однако въ послѣдствіи эти разстройства не всегда исчезаютъ. Нужно впрочемъ имѣть въ виду, что и онанизмъ можетъ вызвать усиленную и ускоренную дѣятельность сердца.

### Литература.

- Gerhardt, Handbuch der Kinderkrankheiten, Bd. IV, 1. Teil.  
 Hochsinger, im Handbuch der Kinderheilkunde von Pfaundler-Schlossmann  
 1910, 2. Aufl., Bd. III. Krankheiten der Zirkulationsorgane.  
 Hutinel, Les maladies de l'Enfance, 1909, Tome I.  
 Romberg, Krankheiten des Herzens, 1909, 2. Aufl.

сюрпризъ въ видѣ остраго отравленія. Мы долгомъ считаемъ сказать вообще, что примѣненіе perivina у дѣтей тѣмъ опаснѣе, чѣмъ меньше возрастъ. Причина высокой чувствительности нервной системы ребенка къ этимъ медикаментамъ объясняется несовершенствомъ ея строенія, нѣжностью элементовъ, меньшей плотностью и значительной наклонностью быстро и усиленно воспринимать доставляемая ей питательную жидкостью лекарства. Не безъ вліянія въ этомъ отношеніи свойственное дѣтямъ преобладаніе ихъ нервной системы при сильною особенно въ теченіе грудного періода ростъ ея. Быстротѣ дѣйствія способствуетъ скоростя, съ которою кровь совершаетъ свой оборотъ, болѣе значительная ширина волосниковъ при сравнительно большемъ количествѣ крови, протекающей черезъ извѣстный районъ тѣла въ единицу времени. Благодаря высокой и быстрой воспримчивости нервной системы къ наркотическимъ средствамъ, послѣднія при своевременномъ и правильномъ ихъ примѣненіи даютъ у постели больныхъ дѣтей поразительные успѣхи, малѣйшія же ошибки въ смыслѣ дозированія и продолжительности примѣненія могутъ влечь за собой отравленія то остраго, то хроническаго характера, причемъ казусы такого рода возможны тѣмъ скорѣе, чѣмъ ребенокъ меньше.

Прим. ред.

## Болѣзни мочеполовыхъ органовъ.

L. Tobler (Бреславль).

### Ортотическая альбуминурія.

Незначительныя количества бѣлка можно при помощи тонкихъ методовъ изслѣдованія найти и въ мочѣ здороваго человѣка, если ее предварительно подвергнуть сгущенію. Но даже положительный результатъ обычныхъ клиническихъ пробъ на бѣлокъ не даетъ еще права, какъ это думали раньше, безъ дальнѣйшихъ разсужденій діагносцировать анатомическое заболѣваніе почекъ,—не даетъ права даже въ томъ случаѣ, если бѣлокъ дѣйствительно почечнаго происхожденія, т. е. не зависитъ отъ примѣси къ мочѣ бѣлокъ-содержащихъ жидкостей, каковы кровь или гной. Такъ, v. Leube, изслѣдуя мочу здоровыхъ солдатъ, нашелъ замѣтныя количества бѣлка въ одной трети всѣхъ случаевъ, а послѣ предварительнаго тѣлеснаго напряженія даже еще въ большемъ числѣ. Другіе авторы находили бѣлокъ въ мочѣ послѣ обильной ѣды, послѣ холодныхъ ваннъ, даже послѣ умственнаго напряженія и душевныхъ волненій. Изслѣдованіе почекъ пальпацией также часто ведетъ къ кратковременной альбуминуриі. Если вполнѣ здоровыхъ дѣтей извѣстнаго возраста поставить на колѣни съ выпрямленнымъ туловищемъ (см. рис. 81), то тотчасъ же можно у  $\frac{1}{3}$  или  $\frac{1}{2}$  изъ нихъ констатировать бѣлокъ въ мочѣ, нерѣдко даже въ порядочномъ количествѣ. Въ томъ же возрастѣ часто встрѣчается особая форма доброкачественной альбуминуриі, появляющейся съ извѣстной правильностью при отсутствіи какихъ-либо особенно вредныхъ моментовъ и достигающей по размѣрамъ максимальныхъ величинъ нефритической альбуминуриі.

Такимъ образомъ, между здоровымъ состояніемъ почекъ и заболѣваніемъ ихъ, проявляющимся въ цѣломъ рядѣ другихъ болѣзненныхъ признаковъ (кромѣ альбуминуриі), существуетъ непрерывный рядъ переходныхъ состояній. Провести здѣсь рѣзкую границу между „здоровымъ“ и „больнымъ“ невозможно. Во всякомъ случаѣ этого нельзя сдѣлать на основаніи количества выдѣляющагося бѣлка, хотя бы это выдѣленіе и происходило неоднократно. Руководящимъ моментомъ являются, съ одной стороны, ближайшія обстоятельства, при которыхъ происходитъ выдѣленіе бѣлка, а съ другой—общее состояніе пациента.

Функциональная альбуминурія юношескаго возраста обозначалась, въ отличіе отъ нефритической, различными именами. Рауу, открывшій ее впервые, далъ ей названіе циклической, такъ какъ она регулярно появляется и исчезаетъ въ опредѣленныя части дня. Postural назвалъ ее Stirling, подчеркивая этимъ самый существенный



ея признакъ—зависимость отъ вертикальнаго положенія. Тотъ же смыслъ имѣеть и наиболѣе распространенное названіе „ортостатической альбуминаріи“. Еще ближе къ сущности явленія подошелъ Neuberg, предложившій терминъ „ортостатической альбуминури“ для обозначенія случаевъ, гдѣ бѣлокъ появляется при переходѣ изъ горизонтальнаго положенія въ вертикальное и постепенно исчезаетъ при дальнѣйшемъ сохраненіи вертикальнаго положенія.

Рядомъ съ ортотической альбуминурией въ томъ же возрастѣ встрѣчаются также часто функциональныя альбуминури, извѣстныя подъ различными названіями, особенно во французской литературѣ. Французскіе авторы не только признаютъ существованіе кромѣ ортостатической формы еще циклической, но считаютъ возможнымъ различать гепатогенную, пищеварительную и претуберкулезную формы. Всѣ эти виды альбуминури исчезаютъ при строгомъ постельномъ содержаніи. Появляются они также при вставаніи, такъ что неправильно и невозможно дѣлать ихъ, руководствуясь чисто теоретическими разсужденіями, на особыя группы.

**Этіологія.** Ортотическая альбуминурия чаще всего встрѣчается между 7 и 14 годами жизни. Въ болѣе раннемъ возрастѣ она наблюдается очень рѣдко; точно также по мѣрѣ приближенія къ половой зрѣлости она становится все рѣже и рѣже. Наибольшая частота ея падаетъ на періодъ усиленнаго роста тѣла, т. е. между 11 и 14 годами. Дѣвочки заболѣваютъ нѣсколько чаще, чѣмъ мальчики. Что касается цифръ, характеризующихъ частоту ортотической альбуминури, то въ этомъ отношеніи указанія авторовъ сильно расходятся, въ зависимости отъ мѣста наблюденій. Различные авторы находили среди изслѣдованныхъ дѣтей школьнаго возраста отъ 5% до 30% и болѣе случаевъ этой болѣзни. Неоднократно наблюдалось много заболѣваній въ одной и той же семьѣ, равно какъ унаслѣдованное предрасположеніе къ альбуминури.

Болѣзнь встрѣчается не особенно часто въ зажиточныхъ семьяхъ; зато она составляетъ очень обычное явленіе въ многолѣтнихъ семьяхъ пролетарія, живущаго въ нуждѣ и антигигиеническихъ условіяхъ. Среди родственниковъ по восходящей линіи можно часто найти туберкулезъ и нервозность, но какой-либо закономерной наслѣдственности здѣсь нѣтъ. Золотушныя и туберкулезныя дѣти отнюдь не преобладаютъ среди дѣтей, страдающихъ ортотической альбуминарией.

**Симптомы.** Если специально искать ортотическую альбуминурию, то ее часто открываютъ тамъ, гдѣ нѣтъ никакихъ основаній даже подозрѣвать ее. Больныхъ приводятъ къ врачу по поводу самыхъ неопредѣленныхъ жалобъ. Чаще всего дѣти жалуются на головную боль, быструю утомляемость, вялость, сонливость, приступы головокруженія, доходящіе иногда до обморочныхъ состояній, отсутствіе аппетита, иногда рвоту. Нерѣдко наблюдаются сердцебиенія, колютя въ бокахъ, неопредѣленныя боли въ спинѣ и конечностяхъ, носовыя кровотеченія. Иногда находятъ ортотическую альбуминурию у цвѣтушихъ мальчиковъ и дѣвочекъ съ быстрымъ ростомъ и раннимъ развитіемъ. Индивидуальное предрасположеніе, которое мы должны допустить въ этиологіи этой болѣзни, не бываетъ обязательно связано съ общей конституціей дѣтей. Въ большинствѣ случаевъ, однако, тѣлосложеніе такихъ дѣтей имѣеть особыя характерныя черты. Это преимущественно нѣжныя дѣти, со слабымъ развитіемъ мышечной системы и подкожнаго жирового слоя. Несмотря на блѣдность и нѣжность кожи,

у нихъ часто не находятъ признаковъ анеміи и хлороза. Повидимому у такихъ дѣтей имѣется неправильное распределеніе крови.

На ненормальности въ сферѣ кровообращенія указываютъ и другіе признаки. Понятіе „раздражительная слабость“ лучше всего характеризуетъ имѣющіяся въ этой области функциональныя разстройства. Мы находимъ часто недостаточное кровонаполненіе периферическихъ частей тѣла, холодныя, влажныя конечности, ясно выраженную дермографію, приливы крови къ головамъ. Пульсъ очень неустойчивъ, какъ въ отношеніи величины, такъ и въ отношеніи частоты, иногда имѣется дикротія. Сердце иногда кажется нѣсколько расширеннымъ, что, можетъ быть, объясняется измѣненіемъ его положенія (опущеніемъ) или суженой грудной кліткой. При радиографическомъ изслѣдованіи чаще находятъ уменьшеніе, чѣмъ увеличеніе сердца. Нечистые тоны на верхушкѣ и надъ нею, легкіе систолическіе шумы составляютъ частое явленіе. Кровяное давленіе въ большинствѣ случаевъ нормально, пульсовая же волна слабѣе выражена.

Суточное количество и внѣшній видъ мочи не представляютъ отклоненій отъ нормы. Въ отдѣльныхъ порціяхъ ея оказывается часто осадокъ фосфатовъ и уратовъ, что объясняется отчасти приемами пищи, отчасти усиленіемъ концентрации мочи при переходѣ тѣла въ вертикальное положеніе. Появленіе болѣе значительной мути, особенно въ утренней мочѣ у дѣвочекъ въ періодъ появленія регуль, зависитъ отъ нерѣдко встрѣчающагося въ этомъ возрастѣ десквамативнаго катарра наружныхъ половыхъ органовъ. Таково же происхожденіе осадка, состоящаго изъ многочисленныхъ клѣтокъ плоскаго эпителія и лейкоцитовъ. Нерѣдко находятъ кристаллы щавелевой кислоты. Количество бѣлка при изслѣдованіи смѣшанной мочи часто бываетъ ничтожнымъ. Болѣе точное представленіе объ имѣющейся альбуминуриі даетъ изслѣдованіе отдѣльныхъ порцій мочи. Въ общемъ моча, выдѣленная при горизонтальномъ положеніи тѣла, оказывается свободной отъ бѣлка; напротивъ, въ мочѣ, полученной при переходѣ въ вертикальное положеніе, имѣется бѣлокъ. Такъ какъ альбуминурія, возникшая при стояніи, держится иногда еще въ теченіе первыхъ часовъ послѣдующаго лежанія, то въ утренней мочѣ только тогда безусловно отсутствуетъ бѣлокъ, если отъ нея выдѣлена порція первыхъ ночныхъ часовъ и если пациентъ лежалъ въ постели. Наибольшее количество бѣлка выдѣляется въ первые утренніе часы, и тѣмъ большее, чѣмъ дольше пациентъ находился въ эти часы на ногахъ. При обычныхъ условіяхъ кривая бѣлка постепенно опускается съ этого максимума до нормы. Даже дѣти, проводящія большую часть дня на ногахъ, къ вечеру уже не выдѣляютъ бѣлка. Если въ теченіе дня ребенокъ ложится на нѣкоторое время, то послѣ вставанія содержаніе бѣлка снова повышается. Этимъ обстоятельствомъ объясняется кажущаяся законмѣрность въ появленіи бѣлка: „періодичность“ зависитъ отъ чисто внѣшнихъ моментовъ, находящихся въ связи съ образомъ жизни больного. Съ помощью длительнаго держанія въ постели можно освободить отъ бѣлка всякаго ортогика; точно также утренній максимумъ альбуминуриі можно легко сдѣлать вечернимъ. Чѣмъ дольше и строже больной остается въ горизонтальномъ положеніи, тѣмъ сильнѣе затѣмъ вліяніе перехода въ вертикальное.

Количество бѣлка въ мочѣ ортогиковъ колеблется въ широкихъ предѣлахъ; оно неодинаково какъ у одного и того же больного въ различное время, такъ и у различныхъ больныхъ. Въ большинствѣ

случаевъ альбуминурия остается въ умѣренныхъ границахъ, однако, 2—5<sup>0</sup>/<sub>100</sub> бѣлка встрѣчается часто; въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдаются и большія его количества. Все зависитъ, главнымъ образомъ, отъ того, насколько первая порція мочи, выдѣлившаяся въ первую четверть часа послѣ вставанія, содержащая много бѣлка, разбавлена (въ мочевомъ пузырьѣ) послѣдующими порціями, несравненно болѣе бѣдными содержаніемъ бѣлка.

Для функціональной альбуминурии до извѣстной степени характерно выдѣленіе бѣлковаго тѣла, выпадающаго только при прибавленіи на холоду разведенной уксусной кислоты; хотя это бѣлковое тѣло имѣется почти всегда, но роль его въ общей суммѣ выдѣленія бѣлка колеблется. Часто оно по количеству преобладаетъ надъ выдѣляющимся одновременно альбуминомъ.

Чтобы не просмотрѣть содержанія въ мочѣ бѣлка, имѣющаго немаловажное значеніе, лучше всего производить пробу на него такимъ образомъ. Чисто профильтрованную мочу разливаютъ, въ равныхъ количествахъ, въ 3 пробирки и разбавляютъ 2—3 частями воды; первая порція служитъ для сравненія, въ двѣ другія прибавляютъ нѣсколько капель разведенной уксусной кислоты, а въ третью, кромѣ того, нѣсколько капель раствора ферро-ціанъ-калія. Реакція протекаетъ зачастую весьма медленно.

Параллельно съ альбуминурией, въ зависимости отъ тѣхъ же внѣшнихъ моментовъ измѣняется и количество вырабатываемой въ единицу времени мочи въ томъ смыслѣ, что выдѣленіе бѣлка сопровождается уменьшеніемъ количества мочи (см. рис. 81).

Вопросъ о сущности и патогенезѣ интермиттирующей альбуминурии уже давно вызывалъ особый интересъ со стороны врачей; тѣмъ не менѣе, многіе отдѣльные пункты въ этомъ вопросѣ остаются темными до настоящаго времени. Правда, теорія, согласно которой циклическая альбуминурия представляетъ особую форму хроническаго нефрита, протекающаго чрезвычайно скрыто и проявляющагося, можетъ быть, только въ видѣ отдѣльныхъ мельчайшихъ узелковъ,—теорія эта въ значительной степени потеряла почву подъ ногами. Самый серьезный ударъ нанесло ей первое вскрытіе (Heubner и Langstein), при которомъ у 10 лѣтней дѣвочки, страдавшей ортотической альбуминурией и умершей отъ случайнаго заболѣванія, не было найдено въ почкахъ никакихъ нефритическихъ измѣненій. Но все-таки вопросъ о томъ, чѣмъ же объясняется ненормальная дѣятельность почки, въ частности, выдѣленіе бѣлка именно подъ влияніемъ вертикальнаго положенія,—вопросъ этотъ остается открытымъ. Ближе къ разрѣшенію находится, повидимому, вторая часть вопроса. Тщательными опытами установлено, что этиологическимъ моментомъ является именно переходъ изъ горизонтальнаго положенія въ вертикальное. Но здѣсь необходимо сдѣлать нѣсколько ограниченій. Если устранить тяжесть тѣла погруженіемъ его въ воду или если произвести вытяженіе тѣла путемъ подвѣшиванія за голову, то альбуминурии не наступаетъ. Отсюда очевидно, что помимо положенія тѣла имѣетъ значеніе и тяжесть его. При нормальныхъ условіяхъ стояніе сопровождается легкимъ лордозомъ поясничной части позвоночника. Jеhле нашель у своихъ пациентовъ ясный и притомъ особый типическій лордозъ поясничной части позвоночника, и въ этомъ лордозѣ видѣлъ причину альбуминурии. Для того, чтобы оказать влияніе на мочеотдѣленіе, лордозъ долженъ имѣть дугообразную форму съ наиболѣе низкимъ пунктомъ на высотѣ 1-го и 2-го поясничныхъ позвонковъ <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Псевдолордозомъ называется особое состояніе, очень частое въ дѣтскомъ возрастѣ, при которомъ тотчасъ надъ крестцомъ позвоночника дѣлается рѣзкій изгибъ кзади.

Jehle полагаетъ, что такой лордозъ вліяетъ на почечные сосуды, расположенные на брюшномъ выступѣ позвоночника, вслѣдствіе чего получается разстройство почечнаго кровообращенія.

Что лордозъ является важнымъ моментомъ въ происхожденіи ортопической альбуминурии, это не подлежитъ сомнѣнію. Но чтобы установить, какъ велика роль этого момента,—для этого требуется еще много тщательныхъ наблюденій. Вызываніе типичнаго лордоза у здоровыхъ людей можетъ дать альбуминурию,—это установлено съ несомнѣнностью, но для этого требуется гораздо большая степень искривленія, чѣмъ та, которую мы обыкновенно видимъ при самопроизволь-

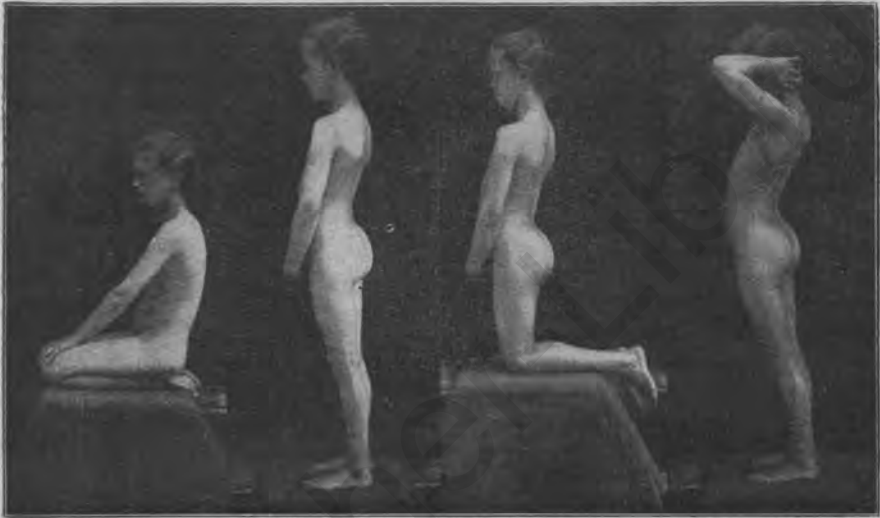


Рис. 81. Сравнительныя количества мочи и бѣлка при различныхъ положеніяхъ тѣла. 11-лѣтняя дѣвочка съ ортопической альбуминурией.

1. Сидячее положеніе съ согнутыми колѣнями. Кифозъ въ поясничной части позвоночника.
2. Естественное стояніе. Лордозъ.
3. Усиленіе лордоза при стояніи на колѣняхъ.
4. Форсированный лордозъ въ стоячемъ положеніи.

номъ лордозъ у многихъ ортопиковъ. Съ другой стороны, наблюдаются типичные лордозы безъ альбуминурии. Замѣчательно также, что при искусственно вызванномъ лордозѣ у здоровыхъ бѣлковое тѣло, осажденное уксусной кислотой, составляетъ лишь незначительную часть общаго количества выдѣляемаго бѣлка. Изъ этого слѣдуетъ, что нельзя, безъ дальнѣйшихъ разсужденій, отождествлять „ортопическую“ альбуминурию съ „лордотической“. Напротивъ того, возникаетъ вопросъ, чѣмъ объяснить, что ортотики такъ сильно реагируютъ на сравнительно незначительный лордозъ.

Повидимому механическое дѣйствіе лордоза проявляетъ себя только въ томъ случаѣ, если имѣется дѣло съ индивидуумами, обладающими слабой конституціей. О конституціональныхъ аномаліяхъ

нужно сказать, что онѣ могутъ проявляться временно въ опредѣленные періоды роста и что онѣ обнаруживаютъ свое вліяніе либо на секреторномъ аппаратѣ почекъ, либо на кровообращеніи. Извѣстно, что даже малѣйшія разстройства кровообращенія въ почкахъ ведутъ къ выдѣленію бѣлка. Такимъ образомъ, въ настоящее время основной причиной ортотической альбуминурии мы должны считать конституціональныя вазомоторныя разстройства почечнаго кровообращенія, образующіяся подъ вліяніемъ вертикальнаго (лордотическаго) положенія тѣла.

**Распознаваніе** перемежающейся альбуминурии, зависящей отъ вертикальнаго положенія тѣла, не представляетъ затрудненій. Тутъ требуется только тщательное изслѣдованіе отдѣльныхъ порцій мочи. Однако установленіе діагноза еще не исчерпываетъ вопроса; возникаютъ новыя діагностическія трудности, которыя при однократномъ изслѣдованіи, даже самомъ тщательномъ, не всегда удается устранить. Дѣло въ томъ, что ортотическій типъ альбуминурии самъ по себѣ не представляетъ ничего специфическаго. Нефритическая альбуминурия можетъ принимать такой же характеръ теченія, что и случается далеко не рѣдко. Поэтому, если мы имѣемъ ортотическую альбуминурию, при которой въ ночной мочѣ, собранной со всѣми мѣрами предосторожности, имѣются слѣды бѣлка, или при которой горизонтальное положеніе не прерываетъ альбуминурии, то мы должны считать случай подозрительнымъ въ смыслѣ нефрита. Подозрѣніе усиливается, если изслѣдованіе сердца и сосудовъ обнаружитъ измѣненія этихъ органовъ подъ вліяніемъ повышеннаго кровяного давленія въ почкахъ. Наконецъ, всякія сомнѣнія исчезаютъ, если мы находимъ *retinitis albuminurica*, что въ большинствѣ случаевъ не удается. Легкіе уремическіе симптомы не имѣютъ дифференціально-діагностическаго значенія, такъ какъ они тождественны съ явленіями, которыя часто наблюдаются у альбуминуриковъ. Чрезвычайно важно возможно чаще и тщательнѣе изслѣдовать мочевой осадокъ, какъ бы незначителенъ онъ ни былъ. Однако, если при примѣненіи новѣйшей центрифуги мы найдемъ одинъ или два гіалиновыхъ цилиндра, то это еще мало разъясняетъ дѣло. Но если гіалиновые цилиндры наблюдаются съ извѣстной правильностью и въ большомъ количествѣ, если рядомъ съ ними встрѣчаются и другіе виды цилиндровъ, а также красныя кровяныя шарики, то такіе случаи нужно, по совѣту Neuberg'a, разсматривать не какъ ортотическую альбуминурию, а какъ нефритъ. Если сразу не получаются достаточно опредѣленные данныя, то для разъясненія такихъ запутанныхъ случаевъ могутъ потребоваться продолжительныя наблюденія въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Даже несомнѣнные нефриты могутъ въ теченіе долгаго времени давать ничтожный осадокъ съ отдѣльными клѣточными элементами.

Проще всего и желательнѣе всего было бы выдѣлить эту форму альбуминурии но здѣсь еще больше произвола; да и самое выдѣленіе не представляетъ большого интереса, такъ какъ терапія въ такихъ случаяхъ носитъ пассивный характеръ. Слѣды бѣлка въ дневной мочѣ не даютъ еще права считать больнымъ ребенка, разъ только онъ ни на что не жалуется. Никакого врачебнаго вмѣшательства здѣсь не требуется. Вызывать съ діагностическою цѣлью форсированный лордозъ не имѣетъ никакого смысла; это можетъ ввести только въ заблужденіе, такъ какъ при крайней чувствительности по-

чекъ такая травма можетъ даже у здороваго вызвать не только альбуминурию, но и появленіе красныхъ кровяныхъ шариковъ и большого количества гіалиновыхъ цилиндровъ. Насъ можетъ интересоватъ только вопросъ, появляется ли у ребенка альбуминурія подѣ влияніемъ обычныхъ условий повседневной жизни или нѣтъ.

Благопріятный **прогнозъ** составляетъ существенную особенность чисто ортотической альбуминурии и самое важное въ практическомъ отношеніи отличіе ея отъ другихъ видовъ альбуминурии, поддающихся влиянію вертикальнаго положенія. Если ортотическая альбуминурія переходитъ въ концѣ-концовъ въ хроническій нефритъ, то должно возникать предположеніе въ ошибочности первоначальнаго діагноза или въ одновременномъ существованіи обоихъ заболѣваній. Комбинированное заболѣваніе, конечно, возможно, но нѣтъ никакихъ данныхъ утверждать что у ортотиковъ почки обнаруживаютъ особое предрасположеніе къ воспалительнымъ измѣненіямъ. Неосложненная ортотическая альбуминурія имѣетъ въ большинствѣ случаевъ хроническое теченіе. Излеченіе въ 1—2 года наблюдается не особенно часто. Обыкновенно альбуминурія тянется тѣмъ дольше, чѣмъ раньше она началась и самопроизвольное ея излеченіе—другое едва ли наблюдается—наступаетъ чаще всего послѣ половой зрѣлости. За 20 й годъ она переходитъ рѣдко. Иногда наблюдаются перерывы на нѣсколько мѣсяцевъ.

**Леченіе.** Терапевтическому влиянію поддается не столько сама альбуминурія, сколько сопровождающія ее субъективныя явленія. Хорошія услуги оказываютъ препараты хины, а если имѣется анемія или хлорозъ—желѣзо. Противопоказуется всякое леченіе, которое стремится прекратить выдѣленіе бѣлка какой угодно цѣной, напр. продолжительнымъ лежаніемъ въ постели. Какъ бы велико ни было процентное содержаніе бѣлка въ отдѣльной порціи мочи, общее суточное выдѣленіе бѣлка не бываетъ настолько значительнымъ, чтобы это могло отразиться на общемъ балансѣ организма. Единственно разумной терапіей будетъ укрѣпленіе всего организма, леченіе же лежаніемъ дѣйствуетъ какъ разъ въ противоположномъ направленіи—упражненія здѣсь важнѣе покоя. Движенія на открытомъ воздухѣ, игры, спортъ нужно не запрещать, а поощрять. Съ той же точки зрѣнія нужно вести и діететическое леченіе: обычная легкая діета, назначаемая нефритикамъ, должна быть замѣнена соответствующимъ возрасту смѣшаннымъ питаніемъ, возбуждающимъ аппетитъ и укрѣпляющимъ силы. Мясо и яйца также нѣтъ основанія запрещать. Очень полезны гимнастическія упражненія, имѣющія цѣлью устранить лордозъ путемъ укрѣпленія мускулатуры (особенно брюшной). Избѣгать нужно продолжительнаго стоянія, въ особенности на колѣняхъ—вообще, всякой дѣятельности, при которой тѣло принимаетъ положеніе лордоза. Исправлять лордозъ при помощи ортопедическихъ аппаратовъ я считаю излишнимъ. Можно испробовать низкіе каблуки, которые до извѣстной степени противодѣйствуютъ лордозу.

### Воспаленіе почекъ.

Практическія соображенія вполне оправдываютъ дѣленіе воспалительно-дегенеративныхъ заболѣваній почекъ на острыя и хроническія формы. Съ извѣстной точки зрѣнія такое дѣленіе имѣетъ свои недостатки. Часто оно бываетъ насильственнымъ и произвольнымъ, такъ какъ хроническія формы нерѣдко развиваются медленно изъ

острыхъ. Неправильно это дѣленіе еще въ томъ отношеніи, что подъ именемъ

### остраго воспаленія почекъ

мы разумѣемъ группу заболѣваній, не тождественныхъ ни въ смыслѣ этиологии, ни въ отношеніи къ сущности болѣзненного процесса, ни въ отношеніи, наконецъ, анатомическихъ измѣненій. Связываетъ ихъ въ одно цѣлое рядъ клиническихъ симптомовъ и затѣмъ извѣстное теченіе, именно прекращеніе симптомовъ въ сравнительно короткое время. Клиническая картина остраго нефрита полнѣе всего выражена при томъ заболѣваніи почекъ, которое во многихъ случаяхъ развивается послѣ скарлатины.

### Скарлатинозный нефритъ.

Почки заболѣваютъ обыкновенно не во время лихорадочнаго періода скарлатины и не тотчасъ послѣ него: типическое начало скарлатинознаго нефрита относится обыкновенно къ періоду выздоровленія, когда уже прошло много дней и даже недѣль послѣ паденія температуры и когда больной субъективно чувствуетъ себя вполне хорошо. Правда, и въ первые дни болѣзни наблюдаются иногда въ мочѣ незначительныя количества бѣлка и отдѣльные цилиндры, но эти незначительныя измѣненія исчезаютъ обыкновенно вмѣстѣ съ паденіемъ температуры и не находятся ни въ какой непосредственной связи съ истиннымъ скарлатинознымъ нефритомъ. Послѣдній рѣдко начинается раньше 14-го дня болѣзни, чаще же всего онъ появляется на третьей недѣлѣ; съ этого момента частота его быстро уменьшается, хотя до конца 6-й недѣли нельзя еще считать больного гарантированнымъ отъ этого осложненія. Часто нефритъ появляется не одинъ, а вмѣстѣ съ различными другими явленіями, свойственными этому періоду болѣзни \*).

Разовьется ли въ томъ или иномъ случаѣ скарлатины нефритъ, никогда нельзя предвидѣть впередъ. Этиологическій моментъ, вызывающій образованіе нефрита, намъ не извѣстенъ, и мы не имѣемъ средствъ его устранить. Никомъ образомъ нельзя утверждать, что случаи съ тяжелымъ первоначальнымъ теченіемъ особенно расположены къ развитію нефрита: нерѣдко приходится видѣть нефритъ какъ разъ послѣ легкой, абортивно протекшей скарлатины. Точно также неопредѣленна и средняя частота нефрита; если изъ 100 скарлатинозныхъ больныхъ въ періодѣ выздоровленія заболѣваютъ нефритомъ 10—20, то это не считается особенно высокимъ процентомъ. Въ теченіе отдѣльныхъ эпидемій, въ отдѣльныхъ семьяхъ нефритъ наблюдается иногда значительно чаще.

\*) Опредѣляя срокъ для появленія нефрита, авторъ дѣлаетъ крупную ошибку, такъ какъ безспорный, для всѣхъ обязательный авторитетъ Н. Филатова говоритъ намъ, что «въ громадномъ большинствѣ случаевъ (воспаленіе почекъ) начинается отъ 11 до 21 дня и очень рѣдко послѣ 4—5 недѣли». Собственный опытъ показываетъ намъ три срока, въ которые можно ожидать этого неприятнаго осложненія, а именно: 10-й—11-й день отъ появленія скарлатины, 17-й—18-й день и 24-й—25-й, другими словами—середина 2-й, 3-й и 4-й недѣли. Кромѣ того, нефритъ 3-й недѣли бываетъ болѣе серьезнымъ сравнительно съ нефритами 2-й, что стоитъ, быть можетъ, въ зависимости отъ неприятия соответствующихъ мѣръ (діета, покой, ванны, лекарственныя средства) тотчасъ послѣ паденія температуры. Крайнимъ срокомъ для воспаленія почекъ надо считать 5-ю недѣлю, если только до того времени не было никакихъ указаній при систематически проведенныхъ изслѣдованіяхъ мочи.

**Симптомы.** Если тщательно наблюдать за выздоравливающимъ отъ скарлатины больнымъ въ критическомъ періодѣ, то можно замѣтить первые **предвѣстники** начинающагося нефрита прежде, чѣмъ появятся болѣе грубые симптомы. Субъективныя жалобы рѣдко наводятъ на правильный діагнозъ—онѣ могутъ даже совершенно отсутствовать. Общія явленія если и наблюдаются, то обыкновенно уже на высотѣ развитія болѣзни. Они состоятъ въ нѣкоторой разбитости, безпокойствѣ, потерѣ аппетита и сна. Чаше всего приходится наблюдать повторную рвоту, рѣзкую блѣдность кожи, неправильный, замедленный пульсъ. Нерѣдко наступаетъ на нѣсколько дней повышение температуры; поднятіе ея можетъ произойти и сразу при потрясающемъ ознобѣ. Однако очень тяжелое лихорадочное состояніе наблюдается рѣдко. Насколько повышение температуры относится къ заболѣванію почекъ и насколько къ одновременному заболѣванію другихъ органовъ—этотъ вопросъ рѣшается не легко.

Первые объективные симптомы заболѣванія почекъ обнаруживаются въ мочѣ. За нѣсколько дней до появленія тяжелыхъ симптомовъ удастся иногда найти въ мочѣ въ незначительномъ количествѣ красные кровяные шарики; вслѣдъ затѣмъ появляются первые слѣды бѣлка и начинаетъ медленно падать суточное количество мочи.

При ежедневномъ взвѣшиваніи тѣла, каковое, впрочемъ, въ большинствѣ случаевъ не производится, можно констатировать, въ качествѣ перваго признака нефрита, рѣзкое повышение вѣса, зависящее отъ задержки воды въ тканяхъ еще до появленія видимыхъ отековъ.

Если предвѣстники остаются незамѣченными, то получается впечатлѣніе, что болѣзнь появилась какъ громъ съ яснаго неба. Внезапно больной начинаетъ выдѣлять непрозрачную, мутную, грязную мочу, темно-краснаго или коричневаго цвѣта, содержащую кровь; при падающемъ свѣтѣ моча имѣетъ зеленоватый оттѣнокъ. На днѣ сосуда скопляется рыхлый, илистый осадокъ коричневаго цвѣта. Количество мочи падаетъ до 100 к. с., удѣльный вѣсъ повышается. При химическомъ изслѣдованіи получается положительная реакція на кровь и бѣлокъ. Количество бѣлка колеблется въ широкихъ предѣлахъ, но въ большинствѣ случаевъ оно значительно (до 1% и выше). При микроскопическомъ изслѣдованіи осадка въ немъ находятъ массу красныхъ кровяныхъ шариковъ, большею частью обезцвѣченныхъ, много различныхъ цилиндровъ—гіалиновыхъ, зернистыхъ, эпителиальныхъ и устьянныхъ кровяными шариками. Кромѣ того, въ осадкѣ имѣются клѣтки почечнаго эпителия, лейкоциты и зернистый, аморфный коричневый детритъ. Такія свойства моча можетъ сохранять въ теченіе многихъ дней. Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ выдѣленіе мочи падаетъ до минимума или вовсе прекращается на нѣсколько дней.

Одновременно съ тяжелыми измѣненіями мочи могутъ появиться и другіе симптомы. Поразительно быстро наступаетъ рѣзкая восковая блѣдность кожи; фізіономія ребенка измѣняется; глаза, виски, лобъ становятся одутловатыми. Верхнія вѣки набухаютъ, на нижнихъ появляются мѣшки, глазная щель суживается и съ трудомъ раскрывается. На различныхъ частяхъ тѣла образуется отечность; раньше другихъ частей отекаютъ тыльныя поверхности стопъ, внутренняя сторона бедеръ, у мальчиковъ половые органы. На спинѣ остаются рѣзкія вдавленія отъ складокъ постели; въ области сердца такія же



ямки отъ стетоскопа. Къ общей anasarca присоединяются трансудаты въ полостяхъ тѣла, асцитъ, hydrothorax, hydropericardium.

Сравнительно рано замѣчаются измѣненія въ аппаратѣ кровообращенія. Пульсъ вначалѣ бываетъ нерѣдко замедленъ и напряженъ. Сердце расширяется, иногда гипертрофируется, въ особенности лѣвый желудочекъ. Если сердце ослабѣваетъ, пульсъ становится малымъ и частымъ, тоны глухими, то явленія задержки воды еще болѣе усиливаются. Dyspnœe и чувство сердечной тоски становятся мучительными, появляется цианозъ. Ребенокъ мечется, не находя себѣ покоя.

Опасность уремїи угрожаетъ даже въ случаяхъ, которые кажутся легкими. На приближеніе ея указываетъ рѣзкое паденіе количества мочи. Угрожающими симптомами являются: головная боль, раздражительность, безпокойство, озложенный языкъ, отсутствіе аппетита, повторная рвота. Однако уремїа можетъ разразиться и среди кажущагося благополучія. Сознаніе быстро теряется, появляются эпилептиформенныя судороги, которыя часто начинаются съ отдѣльныхъ группъ периферическихъ мышцъ, напр. на предплечьяхъ, затѣмъ въ формѣ тонически клоническихъ приступовъ распространяются на все остальное тѣло. Картину дополняютъ цианозъ вслѣдствіе судороги дыхательныхъ мышцъ, неподвижность зрачковъ, пѣна изо рта.

**Теченіе и исходъ.** Въ каждый моментъ послѣдовательнаго развитія болѣзненныхъ явленій нефритъ можетъ остановиться и начаться улучшеніе. Если все дѣло ограничивается только появленіемъ незначительныхъ количествъ бѣлка и крови, то нефритъ можетъ даже остаться незамѣченнымъ. Въ легкихъ случаяхъ измѣненія мочи исчезаютъ постепенно въ теченіе 1—2 недѣль. Отекъ исчезаетъ, количество мочи повышается. Въ случаяхъ средней тяжести выздоровленіе тянется дольше; незначительныя количества бѣлка и микроскопически открываемые слѣды крови наблюдаются еще въ теченіе долгаго времени. Часто случается, что до полнаго своего исчезанія альбуминурія принимаетъ ортотической характеръ, который можетъ сохраняться въ теченіе нѣсколькихъ недѣль. Нерѣдко долго спустя послѣ того, какъ исчезли всякіе другіе симптомы, еще продолжаютъ нѣкоторыя измѣненія со стороны мочи. Если они не исчезаютъ въ теченіе многихъ мѣсяцевъ, то угрожаетъ опасность перехода остраго нефрита въ хроническую форму, а судьба больного становится сомнительной. Однако даже тяжелые случаи со слабостью сердца и уремїей могутъ окончиться выздоровленіемъ. Послѣ уремическихъ судорогъ остаются иногда парезы и расстройства органовъ чувствъ центральнаго происхожденія, какъ-то: ослабленіе зрѣнія, слѣпоты, геміанопсія, иногда расстройства рѣчи. На той же почвѣ развиваются, правда, въ рѣдкихъ случаяхъ, измѣненія психики. Иногда симптомы уремїи проходятъ чрезвычайно быстро, въ другихъ же случаяхъ они въ рудиментарной формѣ принимаютъ хроническое теченіе. Къ симптомамъ такой хронической уремїи относятся головокруженіе, головныя боли, зудъ, поносы, потеря голоса и астматическіе приступы.

Смертельный исходъ можетъ наступить либо въ ранней стадіи болѣзни, именно во время уремическаго приступа, либо же послѣ долгаго существованія болѣзни вслѣдствіе усиленія водянки, паденія силы сердца или присоединенія воспалительныхъ осложненій (пнеймоніи, плеврита, бронхита). Отекъ голосовой щели и довольно часто встрѣчающійся отекъ легкихъ могутъ ускорить летальный исходъ.

**Патогенезъ и сущность** скарлатинознаго нефрита намъ неизвѣстны и поэтому излишне вдаваться здѣсь въ разсмотрѣніе различныхъ гипотезъ. Правда, намъ извѣстно, что нѣкоторые инфекціонные яды могутъ оказывать запоздалое свое дѣйствіе, но аналогія въ данномъ случаѣ неполная.

Что касается **патолого-анатомическихъ измѣненій**, то при быстромъ наступленіи смертельнаго исхода они могутъ быть незначительны. Напротивъ, въ другихъ случаяхъ находятъ рѣзкія измѣненія: почки увеличены, пятнисты, имѣютъ желто-красный мраморный цвѣтъ, гиперемированы. При разрѣзѣ капсула зияетъ и изъ разрѣза выпячивается мягкая, рыхлая паренхима. На разрѣзѣ видны наряду съ блѣдно-желтыми участками наполненные кровью темные островки и точечныя кровоизліянія. Геморрагическій характеръ воспаления выступаетъ еще яснѣе на микроскопической картинѣ; въ особенности характеренъ для скарлатинозной почки геморрагическій гломерулитъ.

### Нефритъ при дифтеріи.

При дифтеріи зѣва легкая альбуминурія представляетъ въ началѣ заболѣванія довольно частое явленіе. Въ большинствѣ случаевъ она исчезаетъ вмѣстѣ съ паденіемъ температуры. Однако при тяжелой дифтеріи почти всегда имѣются и болѣе выраженные симптомы нефрита. Въ противоположность скарлатинозному нефриту дифтерійный развивается на высотѣ болѣзни, въ большинствѣ случаевъ въ промежуткѣ времени между 4 и 8—10 днями. Почечныя явленія рѣдко выступаютъ на первый планъ. Измѣненія мочи обыкновенно не достигаютъ сильной степени. Кровавая моча составляетъ исключеніе; въ большинствѣ случаевъ наблюдается желтая моча, нѣсколько болѣе концентрированная и въ меньшемъ количествѣ, чѣмъ обыкновенно. До анурии дѣло доходитъ въ крайне рѣдкихъ случаяхъ. Количество бѣлка обыкновенно не превосходитъ 1—2%. Осадокъ не особенно обильный, бѣловатаго цвѣта, содержитъ порядочное количество лейкоцитовъ и цилиндровъ—гіалиновыхъ, зернистыхъ и эпителиальныхъ; красные кровяные шарики встрѣчаются въ ничтожномъ количествѣ; псападутся клѣтки эпителия и жировыя зернышки. Отеки наблюдаются рѣдко, общая водянка—чрезвычайно рѣдко. Опасность уремій здѣсь также невелика.

Дифтерійный нефритъ въ большинствѣ случаевъ проходитъ въ 2—3 недѣли. Иногда полное выздоровленіе затягивается на нѣсколько недѣль, но хроническій нефритъ все-таки составляетъ послѣ дифтеріи рѣдкое явленіе.

### Острые нефриты другого происхожденія.

„Острый нефритъ у дѣтей такъ часто развивается послѣ скарлатины, что во всѣхъ случаяхъ нужно, прежде всего, подумать объ этой болѣзни“. Если окружающіе больного не могутъ указать, была ли сыпь и ангина, то иногда анамнезъ выясняется благодаря нахожденію у больного характернаго скарлатинознаго шелушенія.

Однако, помимо скарлатины и дифтеріи, всѣ другія инфекціонныя болѣзни—за немногими исключеніями—могутъ вести къ нефриту. Не очень рѣдко нефритъ развивается послѣ кори, вѣтряной оспы, тифа; встрѣчается онъ и послѣ свинки, оспы, инфлюэнцы, малярии и эпидемическаго менингита. Нефриту могутъ также предшествовать ангина и рожа. Интересную этиологическую роль какъ разъ въ дѣтскомъ возрастѣ играютъ кожныя болѣзни, особенно импетигозные и другія, занимающія большія пространства, экземы. Въ отдѣльныхъ случаяхъ нефритъ обуславливается, повиди-

тому, не столько самой кожной болѣзью, сколько направленной против нея терапіей. Изъ наружныхъ лекарствъ въ этомъ отношеніи особенно подозрительны препараты дегтя, перувианскій бальзамъ и styrax. Что такіе сильные фармакологическіе яды, какъ карболовая кислота, сулема и др., могутъ вредно дѣйствовать на почки—фактъ общеизвѣстный.

Симптомы, теченіе и прогнозъ при всѣхъ этихъ, различнаго происхожденія нефритахъ не представляютъ никакой правильности. Чаще всего они протекаютъ, какъ болѣе легкія формы скарлатинознаго нефрита, хотя рѣже осложняются отеками и чрезвычайно рѣдко уреміей.

#### Леченіе остраго нефрита.

Дѣйствительной профилактики остраго нефрита, въ частности скарлатинознаго, не существуетъ, какъ это явствуетъ изъ критическаго анализа всѣхъ многочисленныхъ опытовъ въ этомъ направленіи. Ни строгая молочная діета, ни назначеніе безхлорной пищи, ни примѣненіе столь рекомендованнаго нѣкоторыми авторами уротропина (0,5—1,0 ежедневно) не дало убѣдительныхъ результатовъ. Многое можно возразить и противъ обычая держать больныхъ, даже съ легкими случаями скарлатины, въ теченіе 4 недѣль въ постели, обычая, имѣющаго въ виду также профилактику нефрита. Польза отъ такого лежанія весьма сомнительна, хотя и теперь еще многіе врачи строго придерживаются этого правила.

При появленіи нефрита безусловно необходимо строгое содержаніе въ постели, соединенное съ полнымъ покоемъ и равномернымъ нагрѣваніемъ тѣла. Въ теченіе острой геморрагической стадіи болѣзни лучше всего слѣдовать принципу—щадить и облегчать больной органъ, соотвѣтственно чему ограничивать не только количество пищи, но и количество вводимыхъ жидкостей. Въ первые дни болѣзни разрѣшаютъ молоко, отвары на водѣ, безъ соли, въ общей сложности до  $\frac{3}{4}$ —1 литра. Мочегонныя въ первое время противопоказуются, то же относится къ примѣненію горячихъ мѣстныхъ и общихъ процедуръ, которыя даже въ позднѣйшей стадіи иногда усиливаютъ гематурію. Если количество мочи рѣзко падаетъ или если появляются первые угрожающіе симптомы уреміи, то нужно, не откладывая, произвести кровоизвлеченіе—мѣстное (кровососныя банки на почечную область) или общее (кровопусканіе). 100—200 гр. крови можно извлечь смѣло, пріемъ этотъ нерѣдко даетъ поразительный эффектъ. Въ послѣдующіе дни можно внести въ діету нѣкоторое разнообразіе, давать молоко, отвары, каши изъ риса, овсянки и другихъ крупъ, ничего нельзя возразить противъ свѣжихъ и вареныхъ фруктовъ, гречневой каши, пуддинга и т. п. Мяса въ первыя недѣли не даютъ. Если въ мочѣ много крови, можно попытаться уменьшить ее назначеніемъ желатины (10—20 гр. въ какомъ-либо напитокѣ или въ видѣ пуддинга съ фруктовымъ соусомъ). Независимо отъ того существуютъ отеки или нѣтъ, рекомендуется готовить пищу безъ соли; при водянкѣ строгое проведеніе безхлорнаго режима даетъ хорошіе результаты. Чтобы усилить отдѣлительную дѣятельность кишечника („отвлеченіе на кишечникъ“) даютъ чай изъ александрийскаго листа (1—2 чашки въ день) до полученія двухкратнаго кашицеобразнаго или жидкаго стула; можно также назначать *inf. sennae*. Усиленіе кожной секретіи потѣніемъ показуется при уремическихъ явленіяхъ или при отекахъ. Съ этой цѣлью примѣняютъ теплую

ванну, температуру которой медленно поднимаютъ съ 36 до 40<sup>0</sup>; послѣ ванны больного заворачиваютъ въ горячія простыни—сухія или мокрая. Если значительная задержка воды существуетъ у больного уже долгое время, то можно назначить горяче-воздушныя и паровыя ванны; при этомъ слѣдуетъ заботиться о введеніи достаточнаго количества жидкостей, объ охлажденіи головы. Съ прекращеніемъ гематуріи можно въ такихъ случаяхъ назначать мочегонныя (коффеинъ, діуретинъ; дозировку см. стр. 388). При слабости сердца—камфору, наперстянку. Обыкновенно рекомендуются также минеральныя воды (Wildungen, Bilinea или Fachingen). Противъ самаго тяжелаго уремическаго симптома—судорогъ даютъ хлораль-гидратъ въ клизмахъ. Умѣстны также слабительныя. Если уремической приступу затягивается, то иногда несомнѣнную пользу оказываетъ спинномозговая пункція. До исчезанія въ мочѣ крови и бѣлка больной долженъ по возможности оставаться въ постели.

### **Заболѣваніе почекъ при разстройствахъ питанія у грудныхъ дѣтей.**

Въ первый періодъ тяжелыхъ острыхъ разстройствъ питанія, въ особенности, если они сопровождаются симптомокомплексомъ „интоксикаціи“, грудной ребенокъ выдѣляетъ мочу, имѣющую всѣ свойства нефритической. Не только уменьшено количество мочи, повышена ея удѣльный вѣсъ и имѣется порядочное количество бѣлка, но въ ней содержится еще большее количество форменныхъ элементовъ: масса мелкихъ зернистыхъ и гѣлиновыхъ цилиндровъ, отдѣльные эпителиальные цилиндры и цилиндроды, порядочное количество лейкоцитовъ и немного красныхъ кровяныхъ шариковъ. Тѣмъ не менѣе, говоря строго, мы не имѣемъ права діагносцировать въ такихъ случаяхъ нефритъ, ибо при патолого-анатомическомъ изслѣдованіи обыкновенно не находятъ собственно воспалительныхъ или рѣзкихъ дегенеративныхъ измѣненій. Значительное скопленіе жира, которое наблюдается часто въ эпителии tubuli contorti и tubuli recti, представляетъ въ большинствѣ случаевъ процессъ, идущій параллельно съ жировымъ перерожденіемъ печени. Клиническая картина тоже до извѣстной степени отличается отъ остраго нефрита: несмотря на острое начало, моча не имѣетъ геморрагическаго характера, количество бѣлка по большей части не превышаетъ  $\frac{1}{2}$ /<sub>100</sub>. Даже при рѣзкомъ паденіи мочеотдѣленія не появляется ни нефрогенныхъ отековъ, ни настоящихъ уремическихъ явленій. Иногда и бѣлокъ, и форменные элементы исчезаютъ поразительно быстро.

Патогенезъ этихъ процессовъ не извѣстенъ. Возможно, что первичнымъ моментомъ является потеря организмомъ воды другими путями; это ведетъ къ паденію мочеотдѣленія, являющемуся, въ свою очередь, причиной появленія альбуминури и цилиндрури. Другіе авторы предполагаютъ временное токсическое поврежденіе почекъ.

Прогнозъ и леченіе зависятъ исключительно отъ основной болѣзни.

### **Хронической нефритъ.**

Хронической нефритъ наблюдается у ребенка въ тѣхъ же формахъ, какъ у взрослыхъ. У дѣтей наблюдалась большая бѣлая почка, сморщенная почка, хотя въ первые годы жизни объ болѣзни встрѣчаются очень рѣдко. Чаше болѣзни эти встрѣчаются къ періоду полового созрѣванія. Въ клиническомъ и патолого-анатомическомъ отноше-

ни онѣ ни въ чемъ существенномъ не отличаются отъ хроническаго нефрита взрослыхъ, а потому на описаніи ихъ можно здѣсь не останавливаться. Если и есть что характерное для хроническаго нефрита у дѣтей, такъ это какъ разъ то, что онъ рѣдко переходитъ въ типическія формы нефрита взрослыхъ. Зависитъ это явленіе частью отъ того, что дѣтскій возрастъ почти совершенно не знаетъ цѣлаго ряда этиологическихъ моментовъ, играющихъ важную роль у взрослыхъ (подагра, артеріосклерозъ, хроническія отравленія). Но даже въ тѣхъ случаяхъ, когда хроническій нефритъ развивается изъ остраго послѣ инфекціонныхъ болѣзней, онъ принимаетъ у взрослыхъ и дѣтей неодинаковое теченіе. Въ виду всего сказаннаго нужно считать большою заслугой Neuberg'a, что онъ выдѣлилъ особую форму хроническаго нефрита у дѣтей подъ названіемъ педонефрита.

### Хроническій дѣтскій нефритъ (paedonephritis).

Эта форма встрѣчается чаще всего у дѣтей школьнаго возраста, но и въ возрастѣ отъ 2 до 4 лѣтъ она не составляетъ рѣдкости. Существенной и чрезвычайно важной особенностью ея является то обстоятельство, что, несмотря на свое чрезвычайное упорство, она имѣетъ доброкачественный характеръ. Послѣдній выражается не только въ незначительности субъективныхъ разстройствъ при названной формѣ, но въ благопріятномъ, въ концѣ-концовъ, исходѣ, въ сравнительно рѣдко бывающихъ при ней тяжелыхъ осложненіяхъ уреміи, ретинита, рѣзкихъ измѣненій кровообращенія, тѣмъ болѣе значительныхъ отековъ, встрѣчающихся лишь въ видѣ исключенія.

**Этіологія.** Не подлежитъ сомнѣнію, что чаще всего педонефритъ развивается послѣ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней (особенно послѣ скарлатины). Однако не всегда можно прослѣдить явленія болѣзни до ихъ первоисточника—въ этихъ случаяхъ происхожденіе ея остается неяснымъ.

Трудность эта увеличивается еще вслѣдствіе того, что субъективные разстройства обыкновенно настолько незначительны и настолько нехарактерны, что ничто не побуждаетъ производить изслѣдованіе мочи. Такія дѣти блѣдны, слабы, питаніе ихъ обыкновенно умѣренное, они легко утомляются, скучны. Иногда они жалуются на головныя боли, колотье въ бокахъ, сердцебіеніе, отсутствіе аппетита, чувство жажды. Однако наблюдается и почти нормальное самочувствіе.

**Симптомы.** Болѣе или менѣе значительные отеки не наблюдаются. Самое большее легкая одутловатость лица, появляющаяся время отъ времени. Измѣненія сердца и пульса встрѣчаются очень рѣдко и въ очень слабой степени, чтобы на нихъ можно было основывать діагнозъ. Послѣдній приходится ставить главнымъ образомъ на основаніи изслѣдованія мочи.

Количество мочи и ея удѣльный вѣсъ остаются нормальными; образованіе мути и осадка незначительно. Количество бѣлка также не достигаетъ значительныхъ размѣровъ, обыкновенно колеблясь между  $\frac{1}{2}$  и  $3^0/_{100}$ . Временами альбуминурія можетъ исчезать, нерѣдко она принимаетъ ортотическій характеръ. Однако и при отсутствіи бѣлка въ мочѣ всегда почти имѣются подозрительные элементы. Иногда въ теченіе многихъ недѣль находятъ только отдѣльные цилиндры и красныя кровяныя шарики. Время отъ времени появляются гіалиновые, зернистые и эпителиальные цилиндры въ нѣсколько большемъ коли-

чества и наряду съ ними небольшое число лейкоцитовъ. Периодически наступающія обостренія могутъ увеличить количество крови до наступленія макроскопической окраски.

Въ общемъ, однако, **теченіе** болѣзни очень монотонно. Если не произведено излѣдованіе мочи, дѣти могутъ въ теченіе долгаго времени считаться здоровыми. Иногда, послѣ многолѣтняго теченія, моча постепенно принимаетъ нормальный характеръ, симптомы болѣзни исчезаютъ, наступаетъ стойкое выздоровленіе. Въ извѣстной части случаевъ выздоровленіе въ дѣтскіе годы не наступаетъ; въ другихъ случаяхъ рано или поздно болѣзнь переходитъ въ сморщенную почку; вмѣстѣ съ этимъ происходитъ поворотъ къ худшему въ ея теченіи. Такъ какъ нѣтъ никакихъ данныхъ, по которымъ можно было бы съ увѣренностью судить объ исходѣ болѣзни, то **предсказаніе** всегда остается серьезнымъ и неопредѣленнымъ (о дифференціальномъ діагнозѣ между педонефритомъ и ортотической альбуминурией см. въ главѣ о послѣдней).

Объ **анатомическихъ измѣненіяхъ** при педонефритѣ (до перехода въ сморщенную почку) мы знаемъ очень мало. Возможно, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ разсѣянными мелкими воспалительными фокусами въ почечной паренхимѣ.

На **леченіе** не слѣдуетъ возлагать большихъ надеждъ. Тѣмъ болѣе нужно стараться, чтобы оно ни въ какомъ случаѣ не приносило вреда. Для наблюденія, въ началѣ леченія, можно назначить на нѣкоторое время постельное содержаніе и строгую діету. Однако даже многомѣсячное лежаніе въ постели, соединенное съ строгой молочной діетой, не въ состояніи устранить болѣзненныхъ явленій, между тѣмъ какъ общее состояніе ребенка, его сила сопротивленія страдаютъ при этомъ во всѣхъ отношеніяхъ. Не менѣе значителенъ и психическій вредъ отъ такого леченія. Не нужно нарушать образа жизни ребенка больше, чѣмъ это диктуется необходимостью, нужно поддерживать въ немъ хорошее самочувствіе и жизнерадостность. Можно разрѣшить движенія, игры, умѣренное тѣлесное напряженіе; діета назначается смѣшанная, не исключается и мясо. Въ теченіе нѣсколькихъ недѣль можно испробовать діету, бѣдную солями. Запретить нужно только спиртные напитки, пряности въ большомъ количествѣ, сильныя тѣлесныя напряженія, холодныя ванны. Рекомендуются теплыя ванны и относительно теплая одежда. Благопріятное дѣйствіе оказываетъ, по видимому, равномѣрно теплый и сухой климатъ, особенно климатъ египетскихъ пустынь; отчасти его можно замѣнить солнечными ваннами. Рекомендуются также курортное леченіе въ Карлсбадѣ и Вильдунгенѣ.

### **Нефритъ при наслѣдственномъ сифилисѣ.**

При патолого-анатомическомъ изслѣдованіи дѣтей, страдающихъ врожденнымъ сифилисомъ, находятъ чрезвычайно часто измѣненія почекъ. У сифилитическихъ плодовъ и новорожденныхъ эти измѣненія встрѣчаются почти постоянно. По мѣрѣ увеличенія возраста они становятся рѣже и слабѣе. Помимо дегенеративныхъ явленій умѣренной степени въ самой паренхимѣ находятъ характерныя измѣненія въ соединительнотканнхъ частяхъ органа, особенно увеличеніе числа клѣточныхъ элементовъ въ адвентиціи сосудовъ. Очень часто встрѣчаются мелкія кисты, а также признаки нѣкоторой задержки развитія—именно болѣе длительное существо-

ваніе новообразованной краевой зоны съ уменьшеніемъ числа и величины клубочковъ. Эти измѣненія, однако, не являются патогномичными. Въ общей патолого-анатомической картинѣ они въ большинствѣ случаевъ не играютъ существенной роли. Такъ же обстоитъ дѣло съ клиническими явленіями, вызванными указанными измѣненіями. Въ отдѣльныхъ случаяхъ могутъ наблюдаться, какъ и у взрослыхъ, геморагическіе нефриты люэтического происхожденія. Альбуминурия встрѣчается часто, но въ большинствѣ случаевъ она незначительна по размѣрамъ и сопровождается наличностью небольшого количества форменныхъ элементовъ; наряду съ другими проявленіями болѣзни она отстываетъ на задній планъ. Отеки, уремія, другія осложненія почти не встрѣчаются. Безъ леченія измѣненія мочи могутъ оставаться въ теченіе долгаго времени. Напротивъ того—при специфической терапіи они въ большинствѣ случаевъ исчезаютъ наряду съ другими симптомами. Впрочемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ возникаетъ вопросъ, не является ли ртуть скорѣе этиологическимъ, чѣмъ терапевтическимъ факторомъ.

### **Гнойныя заболѣванія мочевыхъ путей и почекъ. Cystopyelitis, pyelonephritis, абсцессъ почекъ.**

Патологическія состоянія мочевыхъ органовъ, характеризующіяся выдѣленіемъ гноя въ мочѣ, встрѣчаются въ дѣтскомъ возрастѣ нерѣдко. Если они до сихъ поръ считались, напротивъ, рѣдкими явленіемъ, если имъ не придавалось то громадное значеніе, которое они въ дѣйствительности имѣютъ, то происходило это оттого, что трудность полученія мочи у маленькихъ дѣтей слишкомъ преувеличивалась, такъ что даже въ случаяхъ неясныхъ лихорадочныхъ болѣзней очень часто обходились безъ этого важнѣйшаго діагностическаго метода изслѣдованія. Но съ тѣхъ поръ, какъ на вопросъ этотъ обратилъ вниманіе Escherich, мы знаемъ, что какъ разъ въ самомъ раннемъ дѣтствѣ циститъ и родственныя ему воспаленія мочевыхъ путей составляютъ слишкомъ обычное явленіе. Чаше всего они наблюдаются на 1-мъ году жизни, именно во 2-ю его четверть, когда частота ихъ быстро достигаетъ своего кульминаціоннаго пункта. Тѣмъ не менѣе, на 2-мъ году жизни болѣзнь встрѣчается еще довольно часто, чтобы затѣмъ быть все рѣже и рѣже. Всѣ наблюдатели единодушно констатируютъ тотъ фактъ, что у дѣвочекъ болѣзнь наблюдается чаще, чѣмъ у мальчиковъ; на долю послѣднихъ выпадаетъ цѣлая четверть всѣхъ случаевъ.

Первые наблюдатели, нашедшіе гной въ дѣтской мочѣ, приписывали его циститу; въ позднѣйшее время стали указывать на частое пораженіе почечныхъ лоханокъ. Однако, какъ въ области дыхательныхъ и пищеварительныхъ путей, воспалительные процессы не придерживаются здѣсь строго анатомическихъ границъ соответственно отдѣльнымъ участкамъ.

Болѣе значительныя анатомическія измѣненія находятъ то въ одной, то въ другой части мочевыхъ путей. Въ діагностическомъ отношеніи можно въ настоящее время отдѣлить—и то далеко не точнымъ образомъ—катарры нижнихъ путей отъ катарровъ верхнихъ, хотя съ патогенетической, прогностической и даже терапевтической точекъ зрѣнія такое дѣленіе не имѣетъ достаточно основаній. Даже переходъ воспаленія за верхнюю границу мочевыхъ лоханокъ, т. е. одновременное пораженіе почекъ можетъ ускользнуть отъ нашихъ діагностическихъ методовъ изслѣдованія. Такимъ образомъ ци-

ститъ, піелитъ, піелоциститъ и піелонефритъ представляютъ, въ сущности говоря, только различныя степени одного и того же болѣзненнаго процесса.

**Данныя вскрытія** оказываются часто въ поразительномъ противорѣчій съ клиническими симптомами и въ особенности съ измѣненіями мочи. Несмотря на значительную піурію, находятъ во многихъ случаяхъ только слабыя измѣненія слизистой оболочки. Въ легкихъ случаяхъ измѣненія сводятся лишь къ ограниченной гипереміи и умѣренно выраженному припуханію слизистой оболочки. Болѣе значительныя измѣненія находятъ то въ лоханкахъ, то въ пузырьѣ. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ эти измѣненія рѣзче выражены, причемъ на слизистой оболочкѣ находятъ кровоизліянія, изъязвленія большей или меньшей величины, изрѣдка болѣе или менѣе обширные фибринозно-гнойныя налеты. Если въ процессѣ участвуетъ почка, то она оказывается увеличенной, мутной, размягченной. На поверхности и на разрѣзѣ она имѣетъ пятнистый видъ вслѣдствіе присутствія гиперемированныхъ, темнокрасныхъ или желтоватыхъ участковъ съ болѣе сильнымъ нагноеніемъ. Иногда гнойная инфильтрація ограничивается одними сосочками или ихъ верхушками, иногда же она клинообразно проникаетъ въ паренхиму по направленію къ корковому слою. Въ такихъ случаяхъ мы уже имѣемъ дѣло съ прогрессирующимъ процессомъ.

Нагноенія, исходящія изъ мочевыхъ путей, могутъ быть вызваны различными **микрорганнизмами**. Въ практическомъ отношеніи на первомъ планѣ стоитъ цистопіэлитъ, обусловливаемый *bacterium coli*, когда въ огромномъ большинствѣ случаевъ находятъ чистую культуру этой палочки. Помимо ея и одновременно съ нею встрѣчаются стафило-, стрепто- и гонококки, рѣже въ основѣ болѣзни лежитъ туберкулезъ.

Одного только попаданія бактерій въ мочевые пути далеко еще недостаточно, чтобы вызвать болѣзненные явленія. Инфекція мочи ведетъ къ болѣзненнымъ явленіямъ только тогда, когда имѣются налицо еще другіе предрасполагающіе моменты. Къ числу послѣднихъ относится прежде всего рѣзкое пониженіе общей сопротивляемости организма противъ инфекціи, какъ это бываетъ, напр., у грудныхъ дѣтей послѣ тяжелыхъ разстройствъ питанія. Въ такихъ случаяхъ стоитъ только упадку силъ достигнуть извѣстной степени, развивается—иногда прямо на глазахъ—инфекція мочевыхъ путей, обусловливающая поворотъ болѣзни въ неблагопріятную сторону. Уже простая задержка въ выдѣленіи мочи, съ прекращеніемъ непрерывнаго тока ея снаружи наружу или задержка небольшихъ количествъ въ пузырьѣ создаетъ почву для инфекціи. Въ другихъ случаяхъ то же дѣйствіе оказываетъ расширение и суженіе мочеточниковъ или какія-либо уродства въ области мочевыхъ органовъ. Я нерѣдко видѣлъ, что воспалительныя явленія присоединялись къ продолжавшемуся въ теченіе цѣлаго ряда дней выдѣленію богатой кристаллической мочевой кислотой и уратами мочи.

Какимъ образомъ бактерии достигаютъ, въ отдѣльныхъ случаяхъ, поля своей дѣятельности—мы не знаемъ. Понятна этиологія только въ тѣхъ случаяхъ, когда циститъ развивается послѣ катетеризаціи. Не подлежить сомнѣнію, что этимъ путемъ бактерии могутъ проникнуть снаружи внутрь. Однако, несмотря на то, что у женщинъ, имѣющихъ этотъ путь короткимъ и прямымъ, циститы дѣйствительно встрѣчаются чаще, все-таки нельзя съ увѣренностью утверждать, что именно



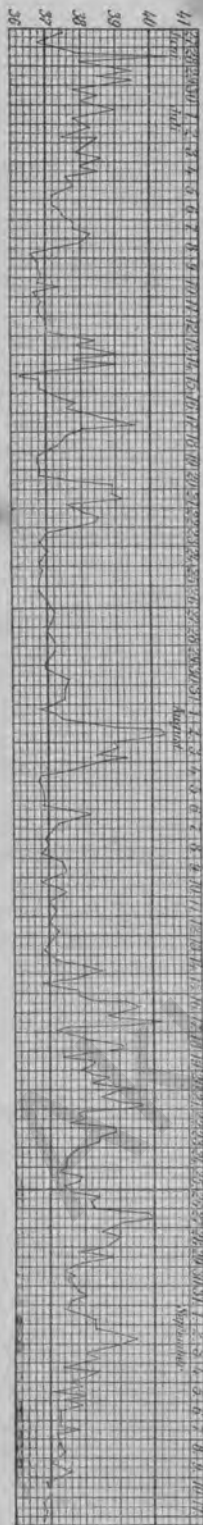


Рис. 82. J. K., 10 місяцевъ. Лихорадочная кривая при пієлоциститѣ.

этимъ путемъ инфекция проникаетъ въ большинство случаевъ. Относительно мужчинъ такой путь зараженія обыкновенно отрицается. Такимъ образомъ пришлось бы признать различный патогенезъ для одного и того же страданія лишь въ зависимости отъ пола. Съ другой стороны, нѣкоторые авторы говорятъ, что чаще всего инфекция происходитъ черезъ кровь. Такъ какъ выдѣленіе бактерий съ мочей далеко не представляетъ чего-либо необычайнаго и такъ какъ при кишечныхъ заболѣваніяхъ у грудныхъ дѣтей находили въ крови бактерии (въ особенности кишечную палочку), то упомянутое предположеніе, повидимому, имѣетъ подъ собою прочную почву. Менѣе обоснована другая теорія — о непосредственномъ переходѣ бактерий изъ прямой кишки въ пузырь. При опытахъ на животныхъ такой переходъ удается только при наличности грубыхъ поврежденій слизистой оболочки кишки. Сравнительно мало вниманія удѣлялось до сихъ поръ четвертому пути, который какъ разъ больше другихъ приспособленъ къ переносу бактерий — мы говоримъ о лимфатическихъ сосудахъ. Между правой почкой, областью восходящей ободочной кишки и червеобразнаго отростка находятся общіе лимфатическіе пути. Если бы оказалось въ послѣдствіи, что съ лѣвой стороны дѣйствительно меньше такихъ путей, то такой анатомическій фактъ вполне объяснял бы причину преобладанія правосторонняго піелита надъ лѣвостороннимъ.

**Клиническое теченіе.** Если піелоциститъ присоединяется къ какому либо другому тяжелому заболѣванію, то онъ можетъ скрываться за симптомами первичной болѣзни. На присоединеніе этого осложненія можетъ указывать неожиданное ухудшеніе въ періодъ выздоровленія или вторичное, необъяснимое ничѣмъ поднятіе температуры.

Однако даже въ случаяхъ первичнаго, идиопатическаго піелоцистита характерные припадки его остаются часто незамѣченными. Разстройство мочеиспусканія наблюдается почти исключительно у дѣтей старшаго возраста: такія дѣти страдаютъ болѣзненными позывами, и выдѣляютъ со слезами и съ крикомъ небольшія порціи мочи черезъ очень короткіе промежутки времени; изъ боязни передъ болью дѣти иногда отказываются садиться на горшокъ, начинаютъ снова, послѣ того, какъ ихъ уже приучили къ опрятности, мочиться подъ

себя. Во время мочеиспусканія дѣти пригибаютъ ноги къ животу или прижимаютъ руки къ нижней части живота. У грудныхъ дѣтей такое явленіе наблюдается развѣ только въ очень рѣдкихъ случаяхъ. Боли при давленіи въ области почекъ и пузыря встрѣчаются у дѣтей всѣхъ возрастовъ только въ видѣ исключенія. Послѣ двухъ лѣтъ тяжелыя формы описываемаго страданія наблюдаются рѣдко. Въ этомъ возрастѣ болѣзнь начинается почти незамѣтно и съ самаго начала уже имѣетъ какъ бы хроническій характеръ.

Наиболѣе тяжелымъ теченіемъ отличается острый первичный циститъ у грудныхъ дѣтей. Здѣсь мы имѣемъ передъ собой картину тяжелой инфекціонной болѣзни; при явленіяхъ безпокойства и возбужденія температура поднимается до 39<sup>0</sup>—40<sup>0</sup> и выше. Поднятіе температуры можетъ сопровождаться эклампсическими судорогами. Пульсъ, особенно дыханіе рѣзко учащаются. Въ первые дни нерѣдко наблюдается рвота. Несмотря на то, что сознаніе въ большинствѣ случаевъ сохраняется, маленькіе пациенты производятъ впечатлѣніе тяжело-больныхъ. Они становятся крайне раздражительны, кричатъ и мечутся при каждомъ приближеніи къ нимъ, противятся всякой попыткѣ вынуть ихъ изъ кровати. Жажда вслѣдствіе высокой температуры заставляетъ ихъ хвататься за рожокъ, но послѣ нѣсколькихъ глотковъ они отталкиваютъ его отъ себя. Вслѣдствіе потери аппетита и отказа отъ пищи питаніе дѣтей падаетъ, что становится замѣтнымъ уже черезъ нѣсколько дней послѣ заболѣванія. Возбужденіе затѣмъ смѣняется угнетеніемъ. Дѣти лежатъ почти неподвижно, съ испуганнымъ, страдальческимъ выраженіемъ лица, съ широко раскрытыми, блестящими глазами, и учащеннымъ дыханіемъ. Время отъ времени они дѣлаютъ руками, какъ при игрѣ, хватательныя движенія въ воздухъ.

Пищевареніе и характеръ испражнений рѣдко остаются безъ измѣненія даже у дѣтей, вскармливаемыхъ грудью. Случается, что подъ вліяніемъ тяжелой парантеральной инфекціи развивается картина чрезвычайно тяжелыхъ формъ разстройства питанія съ типическими явленіями интоксикаціи. Къ концу первой недѣли болѣзни, при прогрессирующей слабости, появляется характерная, почти типическая блѣдность кожныхъ покрововъ. Черезъ втянутые и исхудавшіе покровы живота иногда можно прощупать увеличенныя почки.

**Теченіе и исходъ.** Если высокая, медленно повышающаяся температура съ послѣдующими все болѣе рѣзкими ремиссіями продолжаетъ держаться долго, то болѣзнь приводитъ къ смертельному исходу при картинѣ прогрессирующей слабости и паденія силы сердца; такой исходъ наступаетъ, чаще всего, черезъ нѣсколько недѣль послѣ заболѣванія. Въ рѣдкихъ случаяхъ даже послѣ самыхъ тяжелыхъ состояній наступаетъ медленный поворотъ къ улучшенію и даже выздоровленію. Однако выздоровленіе тянется долго и нерѣдко прерывается возвратами, которые по тяжести своей могутъ не уступать первоначальному заболѣванію. Даже въ самыхъ благоприятныхъ случаяхъ, по исчезаніи всѣхъ другихъ явленій, моча можетъ еще въ теченіе многихъ недѣль, даже мѣсяцевъ содержать гной,—наличность полного выздоровленія въ иныхъ случаяхъ остается подъ сомнѣніемъ.

Вторичный піэлоциститъ можетъ переживать основное страданіе; въ легкихъ случаяхъ онъ излечивается одновременно съ этой послѣдней. У старшихъ дѣтей циститъ и піэлитъ также склонны

къ переходу въ хроническое состояніе и могутъ тянуться цѣлые годы, но къ летальному исходу они приводятъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ.

Діагнозъ при всѣхъ обстоятельствахъ можетъ быть поставленъ только на основаніи изслѣдованія мочи (относительно способа собиранія мочи у грудныхъ дѣтей см. стр. 66). Свѣже-выпущенная моча диффузно-мутна, причемъ мутность эта, при взбалтываніи мочи, принимаетъ своеобразный видъ клубящихся облаковъ; геморрагическая окраска наблюдается рѣдко. Свѣжая моча большею частью не имѣетъ характернаго запаха, но въ теплой постели она, повидимому, быстрѣе подвергается разложенію, чѣмъ нормальная, вслѣдствіе чего получается неприятный „уринозный“ запахъ, который нерѣдко бросается въ глаза уже окружающимъ. Щелочная реакція составляетъ исключеніе; при инфекціи кишечной палочкой, какъ правило, реакція бываетъ кислая. При стояніи или центрифугированіи образуется—иногда въ огромномъ количествѣ—бѣловатый илистый осадокъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи онъ оказывается состоящимъ почти исключительно изъ гнойныхъ тѣлецъ, нерѣдко образующихъ цѣлые комья и глыбки. Въ острыхъ случаяхъ можно найти въ большемъ или меньшемъ количествѣ эритроциты. Иногда бываетъ слизисто-соединительное вещество въ видѣ облачка или нитей. Между лейкоцитами встрѣчаются въ небольшомъ количествѣ различныя эпителиальныя клѣтки, по большей части кругловатыя, съ отчетливо обрисованнымъ ядромъ. Цилиндровъ обыкновенно не бываетъ, даже въ тѣхъ случаяхъ, когда процессомъ захвачены и почки. Содержаніе бѣлка, въ общемъ, соотвѣтствуетъ количеству гноя. Въ свѣжей мочѣ находятъ большею частью короткія, подвижныя палочки съ закругленными краями, быстро растушія на питательныхъ средахъ и обезцвѣчивающіяся по Gram'у. Полное отсутствіе микроорганизмовъ на мазкахъ заставляетъ подумать о туберкулезѣ.

Только что описанныхъ измѣненій мочи совершенно достаточно для діагноза, если только можно исключить проникновеніе гноя въ мочевые пути изъ какого-либо сосѣдняго органа (напр. при перитифлитѣ). Безъ изслѣдованія мочи діагноза въ большинствѣ случаевъ ставить нельзя. Наоборотъ, мочу нужно изслѣдовать даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ клинической картинѣ не имѣется для того какихъ-либо особыхъ поводовъ. Только такимъ путемъ можно избѣжать очень опасныхъ, по своимъ послѣдствіямъ, ошибокъ въ распознаваніи. У старшихъ дѣтей обыкновенно ошибочно распознаютъ тифъ, у маленькихъ же—въ періодъ рѣзкаго возбужденія съ общей гипертоніей и ригидностью затылка—піелоциститъ принимаютъ за эпидемическій менингитъ. Діагносцировать локализацию процесса у грудныхъ дѣтей невозможно, если нѣтъ ясныхъ мѣстныхъ симптомовъ; въ особенности нельзя полагаться при этомъ на присутствіе или отсутствіе тѣхъ или иныхъ формъ эпителиальныхъ клѣтокъ. Умѣренное количество бѣлка говоритъ за піелитъ, большое—за пораженіе почекъ. У дѣтей старшаго возраста можно прибѣгнуть къ цистоскопіи.

Леченіе можетъ приносить нѣкоторую пользу, однако, оно не въ состояніи гарантировать благопріятный исходъ тяжелыхъ случаевъ. Вымываніе воспалительныхъ продуктовъ радикальнѣе всего достигается обильнымъ введеніемъ жидкостей; у грудныхъ дѣтей для этого приходится иногда прибѣгать къ желудочному зонду. Какъ и при всѣхъ инфекціяхъ брюшныхъ органовъ, въ острой стадіи назна-

чаютъ жидкую діету съ нѣсколько пониженнымъ содержаніемъ питательныхъ веществъ; кромѣ того, въ промежуткахъ даютъ жидкій чай (липовый цвѣтъ), въ небольшихъ количествахъ минеральныя воды (Карлсбадъ-Мюльбруннъ или Виши; груднымъ дѣтямъ 150—200 к. с. въ подогрѣтомъ видѣ, въ случаѣ надобности черезъ зондъ). У кахектическихъ грудныхъ дѣтей нужно при этомъ считатьъ съ появленіемъ отековъ. Жидкость можно вводить въ видѣ клизмы и подкожно.

При высокой температурѣ освѣжающее и возбуждающее дѣйствіе оказываютъ тепловатыя ванны (35° С.). Если температура тѣла падаетъ, то температуру ванны повышаютъ до 40°. Назначеніе уротропина или салола внутрь приноситъ часто неоспоримую пользу. Наибольшимъ распространеніемъ пользуется въ настоящее время уротропинъ, который даютъ въ водномъ растворѣ по 5—8 отдѣльныхъ приемовъ, въ общей сложности 0,25—0,5 груднымъ дѣтямъ, 1,0—1,5 дѣтямъ старшаго возраста. Въ упорныхъ случаяхъ помогаетъ иногда салоль (0,3—0,5 pro die груднымъ дѣтямъ, 1,0—1,5—дѣтямъ старшаго возраста). Наконецъ, можно пробовать Hippol (1,0—1,5 pro die) или нафталинъ (3 раза въ день по 0,5). Мѣстное леченіе промываніями пузыря приноситъ пользу, конечно, только при изолированномъ циститѣ; къ нему можно прибѣгнуть лишь тамъ, гдѣ болѣзнь длится болѣе долгое время и не уступаетъ другимъ методамъ леченія. При промываніи нужно избѣгать всякаго болѣе или менѣе сильнаго давленія; сперва дѣлаютъ промываніе 3% растворомъ борной кислоты, затѣмъ на 5—10 минутъ впускаютъ растворъ arg. nitr. 1:1000, послѣ котораго промываютъ пузырь фізіологическимъ растворомъ поваренной соли. Противъ болей и тенезмовъ назначаютъ мѣстно тепло въ видѣ припарокъ.

### Гематурія и гемоглобинурія.

Гематурія—выдѣленіе кровянистой мочи можетъ быть признакомъ различныхъ заболѣваній мочевыхъ органовъ. Моча имѣетъ при этомъ цвѣтъ отъ желто-краснаго до коричневаго, бываетъ мутной и часто дихроитичной. Въ осадкѣ находятъ преимущественно красныя кровяныя тѣльца, въ свѣжемъ или выщелоченномъ состояніи. Легкія степени гематуріи могутъ быть распознаны только микроскопически.

Помимо геморрагическаго нефрита кровавая моча встрѣчается чаще всего при поврежденіяхъ почечной области, при почечныхъ и пузырныхъ камняхъ, при новообразованіяхъ, туберкулезѣ почечныхъ и мочевыхъ путей, при эмболическихъ и тромботическихъ процессахъ, при геморрагическомъ діатезѣ. Микроскопическія потери крови являются часто раннимъ симптомомъ Barlow'ой болѣзни.

Если причинное, въ большинствѣ случаевъ хирургическое леченіе невозможно, то назначаютъ покой и холодъ, въ иныхъ случаяхъ хорошо помогаетъ желатинъ подкожно или per os.

О гемоглобинурії говорятъ въ томъ случаѣ, если моча содержитъ преимущественно или исключительно только одну составную часть крови—ея красящее вещество; послѣднее содержится въ мочѣ болѣею частью въ видѣ метгемоглобина и окрашиваетъ мочу въ болѣе или менѣе интенсивный красный цвѣтъ. Гемоглобинурія можетъ быть вызвана введенными извнѣ ядами, напр. солянокислыми солями, феноломъ, нафтоломъ, сѣроводородомъ, анилиномъ, сморчками

и пр. Въ рѣдкихъ случаяхъ она появляется послѣ инфекціонныхъ болѣзней, напр. скарлатины.

**Пароксизмальная гемоглобинурія.** Этимъ терминомъ обозначаютъ болѣзнь, при которой черезъ извѣстные, болѣе или менѣе значительныя промежутки времени появляется, въ видѣ припадковъ, гемоглобинъ въ мочѣ. Болѣзнь эта встрѣчается вообще рѣдко, но несомнѣнно бываетъ и въ дѣтскомъ возрастѣ. Приступъ обыкновенно сопровождается общими явленіями. Онъ начинается ознобомъ, нерѣдко повышеііемъ температуры; затѣмъ къ этимъ признакамъ присоединяется блѣдность или легкая цианотичность, позывы къ мочеиспусканію; можетъ одновременно наблюдаться альбуминурія и легкая желтуха. Приступъ длится обыкновенно только нѣсколько часовъ, послѣ чего все приходитъ къ нормѣ. Повидимому, непосредственной причиной приступа чаще всего бываетъ дѣйствіе холода. Истинная сущность болѣзни неизвѣстна. Въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ имѣется наслѣдственный сифилисъ. Лечение состоитъ въ устраненіи тѣхъ моментовъ, вредное вліяніе которыхъ выяснилось на дѣлѣ; въ подходящихъ случаяхъ терапія должна быть направлена противъ общаго сифилитическаго заболѣванія.

### Diabetes insipidus.

Diabetes insipidus или несахарное мочеизнуреніе характеризуется тѣмъ, что почки, при отсутствіи какихъ-либо анатомическихъ измѣненій, постоянно выдѣляютъ ненормально-большое количество мочи, не содержащей никакихъ патологическихъ составныхъ частей. Это опредѣленіе отдѣляетъ отъ несахарнаго мочеизнуренія, прежде всего, полиурію при діабетѣ и при сморщенной почкѣ. Точно также подъ приведенное опредѣленіе не подходитъ обильное мочеотдѣленіе, которое является результатомъ введенія большихъ количествъ жидкости или сопровождается всасываніемъ отековъ, наконецъ, сюда нельзя включить повышеііе количества мочи, наблюдаемое иногда въ періодѣ выздоровленія извѣстныхъ инфекціонныхъ заболѣваній (напр. пнеймоніи, тифа).

Этіологіи и патогенеза болѣзни мы не знаемъ. Однако нѣкоторый свѣтъ на ея сущность проливаютъ тѣ случаи, которые отличаются отъ ідиопатическаго несахарнаго діабета въ тѣсномъ смыслѣ слова, и называются симптоматической или вторичной полиуріей. Простое увеличеніе количества мочи бываетъ иногда при поврежденіяхъ, анатомическихъ измѣненіяхъ въ центральной нервной системѣ, напр. при сотрясеніи мозга, переломахъ основанія черепа, новообразованіяхъ, кровоизліяніяхъ въ мозгу. Разстройство, вызывающее полиурію, локализуется, по всей вѣроятности, въ частяхъ мозга, расположенныхъ въ задней черепной ямкѣ; здѣсь, по аналогіи съ діабетическимъ уколомъ, его можно вызвать и экспериментально. Существенное значеніе имѣетъ тотъ установленный экспериментально фактъ, что при diabetes insipidus почки теряютъ способность концентрировать мочу. Труднѣе всего отграничить отъ несахарнаго діабета гидрурію, которая почти съ тѣмъ же теченіемъ наблюдается, какъ одинъ изъ симптомовъ картины болѣзни при психоневрозахъ (въ особенности при истеріи).

Хотя болѣзнь эта встрѣчается, въ общемъ, рѣдко, но въ дѣтскомъ возрастѣ, особенно во вторую половину, она наблюдается относительно довольно часто. Развивается она въ большинствѣ случаевъ медленно. Прежде всего обращаетъ на себя вниманіе усиленная жажда дѣтей, могущая достигать чрезвычайной силы и дѣлаться настолько мучительной, что дѣти, не имѣя другихъ напитковъ, не останавливаются передъ тѣмъ, чтобы пить воду послѣ мытья, даже собственную мочу. Однако не подлежитъ сомнѣнію, что полидипсія не является первичнымъ симптомомъ, какъ это кажется на первый взглядъ. Напротивъ, жажда является скорѣе результатомъ усиленнаго мочеотдѣленія. Количество мочи достигаетъ нѣсколькихъ литровъ, въ тяжелыхъ случаяхъ вѣсъ ея можетъ равняться вѣсу тѣла. Моча жидка, свѣтла, имѣетъ низкій удѣльный вѣсъ (1002—1004). Общее количество растворенныхъ составныхъ частей держится въ предѣлахъ нормы. Количество мочеиспусканій уве-

личивается, увеличивается и количество выдѣляемой каждый разъ мочи; въ результатѣ появляется нерѣдко недержание мочи.

Общее состояніе въ большинствѣ случаевъ страдаетъ подѣ влияніемъ мучительной жажды, которая разстраиваетъ ночной сонъ, вліяя угнетающимъ образомъ на настроеніе. Нерѣдко обильное введеніе жидкостей понижаетъ аппетитъ къ твердой пищѣ. Всѣ тѣла, особенно въ началѣ болѣзни, падаетъ; развитіе ребенка задерживается. Выдѣленіе слюны и пота можетъ уменьшаться, кожа и слизистая рта дѣлаются чрезмѣрно сухими. Вслѣдствіе обильнаго введенія жидкостей, преимущественно въ холодномъ видѣ, нѣсколько понижается температура тѣла. Наблюдаются трофическія измѣненія волосъ и ногтей.

Теченіе болѣзни трудно предсказать заранѣе. Въ большинствѣ случаевъ она тянется годы. Если какія-либо случайныя заболѣванія не рѣшатъ судьбы ребенка раньше, то въ концѣ-концовъ можетъ наступить выздоровленіе.

Леченіе. Дѣйствительныхъ лекарствъ противъ этой болѣзни не существуетъ. Назначаютъ діету, не особенно богатую бѣлками, бѣдную солями и содержащую обильное количество жидкости въ соединеніи съ самими питательными веществами (фрукты, овощи, молоко, густые супы). Затѣмъ пытаются медленно уменьшить количество выпиваемой воды. При этомъ необходимы терпѣніе и осторожность, такъ какъ рѣзкое отнятіе воды можетъ, при настоящемъ diabetes insipidus, привести къ грознымъ явленіямъ. Рекомендуются мѣропріятія, направленные къ возбужденію периферическаго кровообращенія, къ отвлеченію ребенка отъ его угнетеннаго настроенія духа (пребываніе на открытомъ воздухѣ, подвижныя игры, теплыя и прохладныя ванны, солнечныя ванны).

### Enuresis nocturna.

Не позже втораго года жизни нормальный ребенокъ дѣлается способнымъ произвольно совершить въ теченіе дня опорожненіе своего мочевого пузыря. Ночью способность эта иногда отказывается служить до середины или конца третьяго года. Возрастъ, когда ребенокъ дѣлается чистоплотнымъ, зависитъ большею частью отъ вниманія и педагогическаго искусства окружающихъ его, затѣмъ отъ физическаго и интеллектуальнаго развитія самого ребенка.

Но если педагогическія вліянія попадаютъ на неблагоприятную почву, то успѣхъ либо вовсе не наступаетъ, либо заставляетъ себя долго ждать. Дѣти съ признаками debilitas et imbecillitas начинаютъ проситься очень поздно, идіоты—вовсе не просятъ. Если въ раннемъ дѣтствѣ ребенокъ подвергся какимъ-либо тяжелымъ расстройствамъ физическаго развитія, то причина эта отсрочиваетъ появленіе привычки къ чистоплотности. Но есть дѣти, у которыхъ нѣтъ ни одного изъ только что перечисленныхъ моментовъ, и которыхъ, несмотря ни на какія старанія, не удается приучить къ опрятности въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, иногда даже въ теченіе всего дѣтства. Бываетъ и такъ, что съ трудомъ привитая привычка снова исчезаетъ на извѣстное время подѣ вліяніемъ какихъ-либо причинъ, чаще всего въ силу перенесенныхъ болѣзней.

Если при отсутствіи усиленныхъ позывовъ и чрезмѣрнаго наполненія пузыря происходитъ непроизвольное, по большей части несознаваемое, внезапное выдѣленіе болѣе или менѣе значительныхъ порцій мочи, то это называютъ недержаніемъ мочи—enuresis. Обыкновенно недержание имѣетъ мѣсто ночью (enuresis nocturna), днемъ оно случается рѣдко, и то лишь тамъ, гдѣ вниманіе дѣтей сильно отвлечено чѣмъ-либо, напр. игрой, возбужденіемъ, страхомъ или физическимъ напряженіемъ (enuresis diurna). Подѣ понятіе enuresis не подходятъ тѣ расстройства мочеиспусканія, которыя зависятъ отъ органическихъ заболѣваній спиннаго мозга или отъ болѣзненныхъ расстройствъ сознанія. Точно также отсюда исключаются

всѣ тѣ случаи, гдѣ этиологическимъ моментомъ является патологическое увеличеніе количества мочи или усиленіе позывовъ (диабетъ, циститъ, камни пузыря и т. д.).

Однако все то, что остается, по исключеніи всѣхъ названныхъ патологическихъ состояній, не представляетъ еще чего-либо единаго въ патогенетическомъ отношеніи. Отсюда можно выдѣлить еще болѣе или менѣе рѣзко обособленную группу дѣтей, у которыхъ недержание ведетъ свое начало не съ ранняго возраста, а появляется послѣ 5 лѣтъ, повторяясь не каждую ночь, а спорадически, либо въ видѣ небольшихъ серій съ довольно длинными промежутками времени. Въ такихъ случаяхъ *enuresis* можетъ представлять собой одно изъ побочныхъ явленій остающихся незамѣченными ночныхъ эпилептическихъ припадковъ. Подтверженіемъ такого подозрѣнія могутъ служить пониженіе памяти, приступы головокруженій, измѣненіе настроенія, слабость въ часы пробужденія, прикусываніе языка (Pfister). Часть случаевъ ночного недержанія относится къ дѣтской истеріи; здѣсь недержание появляется впервые послѣ какого-либо внѣшняго происшествія; оно быстро и навсегда уступаетъ психическому леченію. Въ родствѣ съ истеріей находятся случаи психической инфекціи, когда недержание появляется одновременно у многихъ дѣтей, спящихъ въ одномъ и томъ же помѣщеніи.

Типическая форма *enuresis* встрѣчается у дѣтей всѣхъ возрастовъ вплоть до половой зрѣлости, нерѣдко даже въ позднѣйшемъ возрастѣ. Въ большинствѣ случаевъ начало болѣзни теряется въ раннемъ дѣтствѣ, очень рѣдко ей предшествуетъ болѣе или менѣе длительный періодъ нормальнаго состоянія. Возвратъ наступаетъ то подъ влияніемъ другой какой-либо болѣзни, то безъ всякаго видимаго повода. Въ тяжелыхъ случаяхъ дѣти мочатся каждую ночь, въ болѣе легкихъ наблюдаются промежутки въ нѣсколько дней или недѣль, когда дѣти остаются сухими. Мочеотдѣленіе наступаетъ чаще всего въ первые ночные часы, обыкновенно до полуночи, однако, оно можетъ происходить нѣсколько разъ за ночь. При этомъ дѣти либо вовсе не просыпаются, либо просыпаются уже *post factum* отъ ощущенія мокрой постели. Для недержанія отнюдь не необходимо переполненіе пузыря. Въ привычный часъ оно наступаетъ обыкновенно и въ томъ случаѣ, если незадолго передъ тѣмъ ребенокъ имѣлъ возможность помочиться.

Къ описанной формѣ принадлежитъ преобладающее большинство случаевъ ночного недержанія мочи. Общіе признаки, объединяющіе всѣ такіе случаи въ одну нозологическую группу, далеко не всегда ясны; обыкновенно ихъ нужно отыскивать. На первомъ планѣ стоитъ не тотъ или иной поводъ, вызывающій недержание, а та причина, благодаря которой различныя повседневныя раздраженія обусловливаютъ появленіе болѣзненнаго симптома. Мы не можемъ считать *enuresis* за мѣстный невроз мочевого пузыря, ибо встрѣчаются случаи, гдѣ мѣстные симптомы отступаютъ на задній планъ сравнительно съ тѣмъ общимъ впечатлѣніемъ, которое производитъ ненормальное предрасположеніе субъекта. Въ однихъ случаяхъ имѣются грубые признаки физического и психического вырожденія, въ другихъ—эти признаки выражены неясно, въ третьихъ—остаются скрытыми. Въ соматической сферѣ находятъ аномаліи черепа, лица и зубовъ, въ нервной и психической сферѣ—повышеніе рефлексовъ, возбудимость сосудодвигателей, безпричинное потѣніе отдѣльныхъ участковъ

кожи, различного рода расстройства иннервации, напр., в области рѣчи; далье разговориваніе во снѣ, сомнамбулію, *ravor nocturnus*, психическую неустойчивость, утомляемость, различного рода странности, наконецъ, невропатической семейный анамнезъ, являющийся ключемъ для всѣхъ названныхъ явленій. Въ такихъ рамкахъ недержаніе перестаетъ быть самостоятельнымъ функциональнымъ заболѣваніемъ, превращаясь въ одно изъ проявленій, выдающихся по частотѣ и значенію болѣзненной наслѣдственности и дегенеративной неустойчивости.

Вотъ какова почва, на которой вырастаетъ это заболѣваніе; но на той же почвѣ оно можетъ быть вызвано различными вспомогательными моментами. Къ числу такихъ моментовъ относятся, напр., острицы, мастурбация, фимозъ, вульвитъ, баланитъ, экзема половыхъ частей, аденоидная разрошенія и многое другое. Однако ненормально глубокой сонъ самъ по себѣ не можетъ служить достаточнымъ этиологическимъ моментомъ для недержанія мочи.

**Предсказаніе** въ отдѣльныхъ случаяхъ далеко не легко. Болѣзнь и безъ нашего содѣйствія можетъ исчезнуть въ любой моментъ. Нерѣдко она исчезаетъ внезапно безъ всякаго видимаго повода, чаще, однако, она ослабѣваетъ постепенно подъ вліяніемъ какого-либо событія или перемѣны обстановки. Временно можно достигнуть прекрасныхъ результатовъ почти всякимъ леченіемъ. Но если приходится имѣть дѣло съ тяжелымъ случаемъ, то не нужно обманывать себя относительно стойкости полученныхъ результатовъ. Большинство случаевъ оканчивается выздоровленіемъ въ дѣтскомъ возрастѣ; но въ періодъ половой зрѣлости иногда наблюдается возвратъ.

Что касается леченія, то такихъ методовъ, которые дѣйствовали бы на самую причину болѣзни и давали бы безусловный эффектъ, не существуетъ. Этимъ объясняется обиліе предложенныхъ противъ этой болѣзни средствъ. Такъ какъ всѣ надежные способы вліяютъ психическимъ путемъ, то нужно время отъ времени мѣнять методъ леченія, ибо дѣйствіе психического впечатлѣнія съ теченіемъ времени теряетъ свою силу. Запрещаютъ ли жидкую пищу, отмѣняютъ ли ужины, поднимаютъ ли ночью конецъ кровати, назначаютъ ли столь излюбленную нѣкогда *tinctura rhois aromatica*, накладываютъ ли на область пузыря пластырь—главная роль принадлежитъ словесному внушенію, которымъ сопровождается назначеніе того или иного способа. Болѣе сильное впечатлѣніе и болѣе стойкій результатъ даетъ примѣненіе фарадическаго тока до легкой боли или гипнотическое внушеніе. Иногда ребенокъ отвыкаетъ отъ своей привычки, если его будятъ въ опредѣленные часы. Устраиваютъ приспособленія съ помощью которыхъ автоматически дѣйствующій электрической звонокъ будитъ ребенка какъ только постель становится мокрой. Но такой способъ кажется мнѣ нецѣлесообразнымъ; нервныхъ дѣтей онъ приводитъ въ состояніе возбужденія и испуга. Изъ лекарствъ нѣкоторымъ вниманіемъ пользуется стрихнинъ, особенно же атропинъ (0,02:10,0 столько капель, сколько ребенку лѣтъ).

Примѣняя то или другое симптоматическое леченіе, не слѣдуетъ забывать, что у нѣжныхъ, слабыхъ дѣтей нужно стараться поднять общее состояніе здоровья надлежащимъ питаніемъ, общимъ массажемъ, возбуждающими, водолечебными приемами, пребываніемъ на открытомъ



воздухъ\*). Самые лучшіе результаты даетъ въ опытныхъ рукахъ психопедагогическое леченіе. Доступными для ребенка разъясненіями и психическимъ содѣйствіемъ поднимаютъ въ немъ вѣру въ собственныя силы; различными педагогическими приемами упражняютъ его вниманіе и волю. Переводъ ребенка въ другую обстановку, напр. въ какое-либо учрежденіе, можетъ съ успѣхомъ содѣйствовать психопедагогическому леченію.

### Вульво-вагинитъ.

Состоянія раздраженія половыхъ органовъ у дѣвочекъ, не достигшихъ половой зрѣлости, съ отдѣленіемъ большого количества патологически измѣненнаго секрета могутъ возникать подлѣ вліяніемъ различныхъ этиологическихъ моментовъ. Десквамативный катарръ новорожденныхъ, при которомъ отдѣляется богатый эпителиемъ и бѣдный лейкоцитами желатинозный или творожистый секретъ, представляетъ собой только частичное проявленіе общаго десквамативнаго процесса наружныхъ покрововъ въ первое время жизни.

Слизисто-гноиное отдѣляемое у болѣе старшихъ дѣтей, сопровождаемое торpidными воспалительными процессами, является чаще всего признакомъ эксудативнаго діатеза. Impetigo contagiosa, herpes, вакцинозная сыпь, локализуясь на слизистой оболочкѣ половыхъ органовъ, могутъ съ прекращеніемъ характерныхъ первичныхъ проявленій оставить послѣ себя атипическій воспалительный катарръ. Далѣе слизистая наружныхъ половыхъ органовъ можетъ поражаться при скарлатинозной, коревой, оспенной сыпи; наконецъ, явленіе раздраженія можетъ быть вызвано инородными тѣлами, острицами и рукоблудіемъ.

Однако гораздо важнѣе всѣхъ перечисленныхъ формъ гнойный **гонорройный вульво-вагинитъ**, возбудитель котораго идентиченъ съ возбудителемъ триппера взрослыхъ, т. е. гонококкъ Neisser'a. Эту идентичность вначалѣ трудно было установить, въ виду значительныхъ особенностей патогенеза, локализаци и теченія вульво-вагинита. Но въ настоящее время никто уже больше не сомнѣвается, что особенности эти зависятъ не отъ различія возбудителей, а отъ различныхъ условий мѣстнаго предрасположенія въ дѣтскомъ возрастѣ и у взрослыхъ.

Въ то время, какъ у взрослой женщины гонорройная инфекция едва ли когда либо возникаетъ иначе, какъ прямымъ путемъ черезъ половое сношеніе, у маленькихъ дѣвочекъ этотъ способъ передачи играетъ лишь второстепенную роль, онъ можетъ имѣть мѣсто при изнасиле-

\*) Къ числу несомнѣнно полезныхъ приемовъ мѣстнаго леченія надо отнести способъ, давно уже рекомендованный Csilla g'омъ, съ успѣхомъ провѣренный д-ромъ М. Ровиковичемъ въ Кіевѣ и д-ромъ мед. Эминетомъ въ Харьковѣ. Наблюденія названныхъ товарищей производились по моему предложенію и на моихъ глазахъ. Почти во всѣхъ случаяхъ получился положительный результатъ, хотя я не рѣшусь сказать окончательно, чему приписывать благотворное дѣйствіе, массажу ли шейки мочевого пузыря и соединеннымъ съ нимъ гимнастическимъ движеніямъ или же неприяности самыхъ манипуляцій, производящихъ на дѣтей школьнаго возраста, особенно на дѣвочекъ, крайне угнетающее впечатлѣніе. Скорѣе, впрочемъ, необходимо признать одинаковое дѣйствіе обоихъ моментовъ. Опасенія за возможность вызвать такимъ путемъ у дѣтей наклонность къ онаніи (A. Vagin'sky) носятъ чисто теоретическій характеръ, такъ какъ употребляемые при названномъ способѣ приемы почти ничего не имѣютъ общаго съ ручными и ножными упражнениями мастурбантовъ.

вані, которому способствуютъ нѣкоторыя суевѣрія. Но значительное большинство гонорройныхъ вульво-вагинитовъ у дѣвочекъ возникаетъ не прямымъ путемъ, именно черезъ соприкосновеніе. Инфекція можетъ быть перенесена рукой, термометромъ, губкой, бѣльемъ. При подобномъ опросѣ удается въ большинствѣ случаевъ найти источникъ зараженія въ лицѣ кого-либо изъ взрослыхъ, окружающихъ ребенка. Чаще всего виновата мать, страдающая „бѣлями“; иногда инфекция локализуется сначала на конъюнктивѣ глазъ ребенка, а затѣмъ уже отсюда переносится на половые органы. Восприимчивость слизистой оболочки наружныхъ половыхъ органовъ въ дѣтскомъ возрастѣ настолько велика, что въ больницахъ, пансіонахъ, баняхъ болѣзнь можетъ передаваться въ видѣ эпидеміи отъ одного ребенка другому, даже при отсутствіи какихъ-либо очень грубыхъ нарушеній обычныхъ мѣръ чистоплотности.

Существенную роль при возникновеніи болѣзни играетъ предрасположеніе въ смыслѣ мѣста и времени. Такое положеніе доказывается не только тѣмъ, что бленоррея половыхъ органовъ почти совершенно не встрѣчается у маленькихъ мальчиковъ, но еще и тѣмъ, что даже у дѣвочекъ существуетъ извѣстный періодъ, между дѣтствомъ и зрѣлостью, когда болѣзнь эта почти не наблюдается. У новорожденныхъ ее находятъ при существованіи инфекции во время родовъ; хотя все-таки въ этомъ возрастѣ болѣзнь встрѣчается значительно рѣже, чѣмъ гонорройный конъюнктивитъ. Наибольшее предпочтеніе она оказываетъ возрасту между 2—7 (10) годами.

**Симптомы.** Воспалительный процессъ локализуется на слизистой оболочкѣ наружныхъ половыхъ органовъ; больше всего бываютъ поражены *vestibulum vaginae*, устья *Bartholin'евыхъ* железъ, *fossa navicularis* и малыя губы. Въ противоположность взрослымъ женщинамъ, здѣсь часто поражается и слизистая влагалища. Напротивъ, распространеніе процесса вверхъ на эндометрій и на трубы наблюдается рѣдко.

Начинается болѣзнь послѣ предварительнаго инкубационнаго періода (по всей вѣроятности, въ 3—4 дня) по большей части незначительными общими явленіями. Субъективныхъ расстройствъ можетъ совершенно не быть. Только тамъ, гдѣ вслѣдствіе недостаточной опрятности образуются изъязвленія и экзематозное раздраженіе окружающихъ частей, приходится слышать жалобы на боли при ходьбѣ и сидѣніи и на жженіе при мочеиспусканіи. Иногда наблюдаются усиленные позывы на мочу. Общее состояніе часто совершенно не страдаетъ, дѣти выглядятъ свѣжими и цвѣтушими. Въ такихъ случаяхъ первыми признаками, обращающими на себя вниманіе, являются желтыя пятна засохшаго секрета на постельномъ и носильномъ бѣльѣ.

Осмотръ половыхъ органовъ въ острой стадіи нѣскольکو болѣзненъ. Если раздвинуть большія губы, то на симметричныхъ участкахъ ихъ соприкасающихся поверхностей можно видѣть красноту, покрытую тянущимся въ нити секретомъ, который по направленію кнаружи засыхаетъ въ желто-зеленую корочку. Въ области вестибулярныхъ железъ и уретральнаго отверстія имѣется интенсивная краснота; отверстія закрыты густымъ желтоватымъ гноемъ. Около отечной и припухшей дѣвственной плевы имѣются болѣе значительныя его скопленія. Если пальцемъ, введеннымъ въ прямую кишку, надавить на влагалище по направленію къ наружнымъ половымъ органамъ, то изъ него выдѣляется значительное количество гноя, что указываетъ на большое участіе въ процессѣ слизистой влагалища. Припуханіе паховыхъ железъ обыкновенно не достигаетъ значительной степени.

На окрашенномъ мазкѣ видно, что секретъ состоитъ изъ безчисленнаго множества гнойныхъ тѣлецъ, рядомъ съ которыми имѣются типичной формы и расположенія диплококки, дающіе отрицательную окраску по Gram'у. Наличие этихъ диплококковъ служитъ дифференціально-діагностическимъ признакомъ для отличія гонорройнаго секрета отъ слизисто-гнойнаго секрета другого происхожденія. Диплококки различнаго рода встрѣчаются въ секретѣ половыхъ органовъ нерѣдко; поэтому для діагноза гонорреи необходимо, чтобы форма и расположеніе ихъ были безусловно типичны.

**Течение** болѣзни упорно-хроническое. Если удастся устранить быстро острые воспалительныя явленія, то все-таки раньше 4—8 недѣль истеченіе прекращается рѣдко; чаще оно длится значительно дольше — цѣлые мѣсяцы. Въ иныхъ случаяхъ болѣзнь можетъ тянуться съ промежутками годъ и болѣе того. Даже самое тщательное, энергичное леченіе въ большинствѣ случаевъ не можетъ остановить болѣзнь, а можетъ только ускорить выздоровленіе. Такимъ образомъ, несмотря на отсутствіе опасности для жизни, продолжительность болѣзни дѣлаетъ предсказаніе довольно тяжелымъ. Осложненія со стороны пузыря, внутреннихъ половыхъ органовъ, брюшины наблюдаются рѣдко; точно также переносъ инфекции на глаза, даже при отсутствіи надлежащей осторожности, встрѣчается не часто. Легче возникаетъ гонорройное нагноеніе въ отдѣльныхъ суставахъ.

Въ цѣляхъ **профилактики** необходимо, чтобы взрослые, страдающіе гонорреей, а также бывшіе у нихъ въ употребленіи предметы не соприкасались, безъ надлежащихъ предосторожностей, съ маленькими дѣвочками. Спать на одной постели съ дѣтьми должно быть строго воспрещено. Половые органы надо часто обмывать и содержать въ чистотѣ. Въ лечебныхъ заведеніяхъ гонорройные больные должны помѣщаться отдѣльно; всѣ предметы обихода должны быть у нихъ особые.

Въ острой стадіи **леченіе** протекаетъ лучше, если дѣти остаются въ постели. Для уменьшенія опасности переноса надеваютъ Т-образную повязку, въ часы бодрствованія—закрываютъ панталоны. Во избѣжаніе накопленія секрета и связанныхъ съ тѣмъ неприятныхъ послѣдствій назначаютъ частыя обмыванія раздвинутыхъ половыхъ частей теплымъ, свѣтло-розовымъ растворомъ марганцовокислаго калия; промываніе производится съ помощью ирригатора или ватныхъ тампоновъ. Кромѣ того 2—4 раза въ день накладываютъ на половую щель ватный тампонъ, обильно смоченный въ 1—3% растворѣ протаргола. Больной придается положеніе такое, какъ при камнесѣченіи съ обращенной вверхъ половой щелью; тампонъ оставляется минутъ на 10. Остающаяся послѣ тампона жидкость не вытирается. Вспомогательнымъ средствомъ, для поддержанія чистоты половыхъ частей, могутъ служить сидячія ванны, къ которымъ прибавляютъ какое-либо вяжущее (таннинъ). Что касается спринцованій влагалища, которыя встрѣчаютъ возраженія, какъ съ психологической, такъ и съ педагогической точекъ зрѣнія, то обыкновенно можно обойтись и безъ нихъ \*). Если спринцованія

\*) Не только можно, но даже должно обходиться безъ нихъ. Самыя осторожныя, *lege artis* производимыя введенія мягкихъ катетеровъ съ обратно идущей, подъ высокимъ давленіемъ, струей жидкости могутъ настолько расширять входъ и растягивать дѣвственную плеву, что подчасъ невольно приходится въ голову мысль о насиліи или соврожденномъ дефектѣ. Кромѣ того, нами подмѣчено предрасполагающее вліяніе систематическихъ промываній влагалища на появленіе одной изъ наиболѣе серьезныхъ, по своимъ послѣдствіямъ, формы

оказываются безусловно необходимыми, то ихъ производятъ съ помощью мягкаго резинового катетера и ирригатора, употребляя, въ качествѣ дезинфицирующаго средства, растворъ марганцовокислаго калия температуры тѣла. Большимъ распространеніемъ пользуется способъ введенія во влагалище іодоформенныхъ палочекъ, въ новѣйшее время предложено вдуваніе *bolus alba sterilisata sicca*. Внутрь обыкновенно назначаютъ бальзамическія средства (*ol. santali* 3 раза по 5—15 капель).

### Фимозъ, парафимозъ, баланитъ.

Если у маленькаго мальчика попытаться оттянуть назадъ крайнюю плотъ и обнажить такимъ образомъ головку, то манипуляція эта обыкновенно не удастся. При внимательномъ осмотрѣ часто оказывается, что внутренній листокъ крайней плоти прочно сросенъ съ головкой почти до самаго воронкообразнаго отверстія мочеиспускательнаго канала. Въ другихъ случаяхъ крайняя плотъ удлинена въ видѣ хоботка и настолько закрываетъ головку, что отверстіе канала нельзя даже увидѣть. Такія анатомическія отношенія лежатъ въ предѣлахъ нормы и не должны вызывать ни малѣйшихъ разстройствъ; въ особенности сращеніе между головкой и крайней плотью представляетъ совершенно физиологическое явленіе, будучи результатомъ врожденнаго склеиванія эпителия, которое само собой исчезаетъ постепенно въ теченіе первыхъ лѣтъ жизни.

Даже при наличности очень небольшого отверстія въ крайней плоти обыкновенно не возникаетъ никакихъ затрудненій въ мочеиспусканіи, такъ какъ подъ вліяніемъ давленія мочи отверстіе это расширяется. Патологическимъ состояніемъ становится только въ томъ случаѣ, если возникаетъ разстройство функціи, если ребенокъ выдѣляетъ мочу съ крикомъ и натуживаніемъ, причемъ моча вытекаетъ не струей, а отдѣльными, пассивно падающими порціями, раздуваетъ свободную часть препуціальнаго мѣшка, а иногда просачиваясь вдоль полового члена. Въ такомъ случаѣ мы имѣемъ стенозъ препуціального канала или фимозъ.

При подобныхъ условіяхъ, встрѣчающихся, въ общемъ, рѣдко, находятъ иногда объективные признаки задержки мочи. Если анатомическое суженіе не достигаетъ столь сильной степени, то разстройства функціи могутъ возникнуть вслѣдствіе присоединенія воспалительныхъ явленій въ этой области. Такія явленія обуславливаются обыкновенно разложеніемъ скопившихся въ препуціальномъ мѣшкѣ смегмы и остатковъ мочи; вслѣдствіе раздраженія всѣ эти части, легко склонныя къ набуханію, становятся отечными и красными. Здѣсь дистальный конецъ члена можетъ распухнуть до опасной степени. Изъ щелевиднаго препуціальнаго отверстія выдавливается при этомъ гнойный секретъ (*balanitis, balanoposthitis*).

Насколько несомнѣненъ діагнозъ при наличности всѣхъ этихъ типическихъ измѣненій и обусловленныхъ ими разстройствъ функціи, настолько сомнительны обыкновенно относящіяся сюда рассказы и объясненія матерей. Въ широкихъ слояхъ населенія почему-то половымъ органамъ груднаго ребенка, удѣляютъ какое-то особенное, до

онаніи—манипуляціи пальцемъ или какимъ-либо постороннимъ предметомъ. Въ доказательство сказаннаго добавлю, что намъ много разъ приходится слышать отъ матерей не только объ отсутствіи протеста, но и полной готовности подвергнуться промыванію лишній разъ—всякій пойметъ, что это значитъ...

Прим. ред.

боязни заботливое вниманіе и, за исключеніемъ развѣ зубовъ, нѣтъ другого органа, относительно котораго такъ легко возникали бы опасенія и который такъ часто и рано заставлялъ бы обращаться къ врачебной помощи. Постоянное заявленіе родителей о плачѣ ребенка передъ мочеиспусканіемъ объясняется вѣроятнѣ всего тѣмъ, что грудныя дѣти по какому бы поводу они ни кричали, освобождаютъ отъ содержимаго свой мочевой пузырь. Однако мы не должны особенно удивляться подобнаго рода воззрѣніямъ матерей, ибо многіе врачи, находя у ребенка незначительное суженіе крайней плоти, склонны видѣть въ этомъ объясненіе для различныхъ тяжелыхъ болѣзненныхъ явленій нервного и иного характера.

Если врачъ полагаетъ, что всякая крайняя плоть, которая не можетъ быть оттянута до sulcus coronarius, представляетъ собой патологическое явленіе, то ему открывается богатое поприще для оперативной дѣятельности. Однако строго показаннымъ оперативное леченіе является лишь въ меньшинствѣ случаевъ фимоза, особенно же тамъ, гдѣ имѣется хроническое раздраженіе, гдѣ часто рецидивируетъ тяжелый баланопоститъ. Въ болѣе легкихъ случаяхъ можно ограничиться растяженіемъ крайней плоти пальцами или какимъ-либо тупымъ инструментомъ, устраненіемъ склейки между плотью и головкой съ помощью зонда, которымъ удаляются и крупныя смегмы, находящіяся въ препуциальномъ мѣшкѣ \*).

Воспалительныя явленія лечатъ холодными примочками изъ уксуснокислаго глинозема, обкладывая ими приподнятый вверхъ половой членъ; можно также съ осторожностью производить промыванія препуциальнаго мѣшка растворомъ уксуснокислаго глинозема, причѣмъ жидкость должна имѣть вполнѣ свободный оттокъ.

### Hydrocele (periorchitis serosa).

Скопленіе жидкости между паріетальнымъ и висцеральнымъ листкомъ влагалищной оболочки яичка представляетъ у дѣтей, особенно на первомъ году жизни, чрезвычайно частое явленіе. Обыкновенно приходится имѣть дѣло съ серознымъ эксудатомъ умѣреннаго объема, увеличивающимъ ту или другую половину мошонки до различныхъ размѣровъ. Кровянистый или гнойный эксудатъ наблюдается очень рѣдко; въ нѣкоторыхъ случаяхъ опухоль распространяется вверхъ вдоль сѣменнаго канатика или же ограничивается исключительно этимъ послѣднимъ. Эксудатъ можетъ быть врожденнымъ, но можетъ постепенно развиться послѣ рожденія. Образованіе и ростъ опухоли не связаны ни съ какими особенными разстройствами и не представляютъ никакой опасности. Сравнительно часто hydrocele возникаетъ у дѣтей съ разстроенымъ питаніемъ, у которыхъ имѣются поврежденія кожи въ области половыхъ органовъ. Нерѣдко оно исчезаетъ при индифферентномъ леченіи, даже безъ всякаго леченія, обыкновенно съ той же медленностью, съ какой оно возникаетъ. Необходимо забо-

\*) Не въ болѣе легкихъ случаяхъ, а въ огромномъ большинствѣ ихъ намъ удавалось и удается устранять, въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, столь обычное патологическое явленіе посредствомъ легкаго оттягиванія крайней плоти, но только не до sulcus coronarius, а лишь настолько, насколько необходимо для правильнаго мочеиспусканія. Обыкновенно такіе приемы мы производимъ 1—2 раза въ недѣлю, постепенно усиливая ихъ до небольшой реакціи со стороны ребенка—плача его.

тятся о содержаніи въ чистотѣ кожи въ области половыхъ органовъ и лечить опрѣлости, если таковыя имѣются. Съ оперативнымъ леченіемъ не нужно торопиться. Если опухоль очень велика, сильно напряжена и не исчезаетъ въ теченіе многихъ мѣсяцевъ, то можно прибѣгнуть къ какому либо хирургическому методу (пункціи, инъекціи Lugol'евского раствора)\*).

### Аномаліи въ положеніи яичекъ.

Эмбриональное перемѣщеніе яичка изъ мѣста его образованія въ брюшной полости въ мошонку въ нѣкоторыхъ случаяхъ не успѣваетъ закончиться въ теченіе утробной жизни и можетъ быть прервано въ любомъ пунктѣ названнаго пути. Если перемѣщеніе пріостанавливается въ то время, когда яичко находится еще въ брюшной полости, то возникаетъ криптоорхизмъ (или монорхизмъ). Но чаще всего задержка яичка (*retentio testis*) происходитъ въ области пахового канала или его устій. Въ такихъ случаяхъ мошонка оказывается съ одной или съ обѣихъ сторонъ пустой, а смѣщенное яичко можно нащупать въ окружности пахового канала. У новорожденныхъ такая задержка развитія составляетъ нерѣдкое явленіе. Но въ теченіе перваго года жизни даже въ позднѣйшемъ періодѣ процессъ перемѣщенія можетъ доходить до своего нормальнаго конца.

Патологическое значеніе описанной аномаліи состоитъ въ томъ, что при ней яички предрасположены къ самымъ различнымъ заболѣваніямъ. Яичко можетъ подвергнуться фиброзному или жировому перерожденію, сдѣлаться исходнымъ пунктомъ сильныхъ воспалительныхъ процессововъ; въ позднѣйшемъ возрастѣ въ немъ нерѣдко развиваются злокачественныя опухоли.

При воспаленіи яичка внутри пахового канала его можно смѣшать съ ущемленной грыжей. Впрочемъ *descensus incompletus* нерѣдко комбинируется съ паховой грыжей, создавая предрасположеніе къ ея образованію.

Леченіе. Если яичко доступно пальпаціи, то можно попробовать постепенно довести его до нормальнаго положенія путемъ оттягиванія рукой. Если же яичко не поддается ручному смѣщенію и не спускается самопроизвольно, то въ возрастѣ 10—12 лѣтъ можно подумать о хирургическомъ вмѣшательствѣ (орхидопексія или экстирпація).

### Ованизмъ.

Скрытыя сладострастныя ощущенія могутъ возникать въ области половыхъ органовъ задолго до достиженія половой зрѣлости. Въ видѣ разлитыхъ ощущеній, безъ специфической окраски ихъ можно наблюдать въ самомъ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ. Только значительно позже ощущенія эти, имѣющія периферическое происхожденіе, связываются съ центральными чувствами и представленіями въ одно цѣлое въ формѣ сознательнаго полового ощущенія. Интенсивность и темпъ развитія подвергаются большимъ индивидуальнымъ колебаніямъ.

Самыя раннія ощущенія сладострастнаго характера, исходящія изъ половыхъ органовъ, обнаруживаются у ребенка, такъ сказать, случайно.

\*) Вполнѣ удовлетворительные результаты нами получались отъ впрыскиваній физиологическаго (стерильнаго) раствора. Обыкновенно вводилось въ полость мошонки 1—2 грм. раствора, повторяя эту маленькую операцію 3—4 раза съ промежутками въ 5—7 дней.

Часто они являются результатом игры или любознательности ребенка, обращающего свое внимание на половые органы так же, как на руки, ноги, ухо, пупок и пр. Въ другихъ случаяхъ ребенокъ привыкаетъ держать руки около половыхъ органовъ вслѣдствіе какого-либо раздраженія, вызываемаго, напр., воспалительнымъ процессомъ, неправильно сидящимъ платьемъ. То же самое можетъ быть вызвано самопроизвольными эрекціями, которыя у мальчиковъ появляются въ очень раннемъ возрастѣ. Иногда дремлющее половое чувство можетъ быть возбуждено манипуляціями старшихъ товарищей или развратныхъ взрослыхъ. Если ощущеніе, вызванное первымъ раздраженіемъ, имѣло пріятный характеръ, то ребенокъ начинаетъ самъ повторять раздраженіе и такимъ образомъ возникаетъ дурная привычка, превращающаяся затѣмъ въ трудно побѣждаемый порокъ.

Относительно распространенія онанизма не легко составить себѣ точное представленіе. Если считать и легкіе случаи, то распространеніе его значительно шире, чѣмъ думаютъ. У дѣвочекъ онанизмъ въ общемъ встрѣчается рѣже, но у мальчиковъ въ извѣстномъ возрастѣ, при извѣстныхъ условіяхъ среды и воспитанія онъ составляетъ скорѣе правило, чѣмъ исключеніе. Представляетъ ли онанизмъ при всѣхъ обстоятельствахъ болѣзненное явленіе—вопросъ этотъ остается пока открытымъ; но что онъ, достигнувъ значительной силы, становится болѣзнью, это не подлежитъ никакому сомнѣнію.

Въ отношеніи интенсивности онанизма существуютъ большія различія. Между одиночными, случайными попытками и необузданнымъ злоупотребленіемъ, поглощающимъ всѣ мысли ребенка съ утра до ночи, существуетъ цѣлая лѣстница переходныхъ ступеней. Очень рѣзкія формы приходится иногда наблюдать у дѣвочекъ еще въ первомъ дѣтствѣ.

Несмотря на различныя формы, въ которыхъ проявляется онанизмъ, внимательный наблюдатель можетъ легко его замѣтить. Впрочемъ діагнозъ здѣсь основывается большею частью на разсказахъ окружающихъ, которымъ только и доступно не замѣчаемое ребенкомъ наблюденіе надъ нимъ и притомъ постоянное. Не всегда въ онанистическихъ манипуляціяхъ принимаютъ участіе руки. Въ особенности дѣвушки часто ограничиваются сжиманіемъ и треніемъ бедеръ другъ о друга. Иногда производится треніе половыхъ частей о различные предметы или ритмическое прижиманіе ихъ къ постели. У маленькихъ дѣтей при этомъ не наступаетъ ни ясно выраженнаго оргазма, ни асте въ собственномъ смыслѣ слова. Если у мальчиковъ, не достигшихъ половой зрѣлости, наблюдается иногда истеченіе сѣмени, то послѣднее состоитъ изъ секрета предстательной железы, уретральныхъ и бульбо-уретральныхъ железъ.

Заботливые родители обыкновенно больше всего интересуются вопросомъ, будетъ ли онанизмъ имѣть вредныя послѣдствія для здоровья ребенка и, если будетъ, то какія именно. Для врача первый вопросъ имѣетъ какъ разъ обратное значеніе. Рѣзко выраженный онанизмъ является не столько причиной, сколько симптомомъ психической ненормальности. Идіоты и дѣти съ тяжелой психопатіей онанируютъ почти всегда. Но и у дѣтей съ нормальнымъ, повидимому, развитіемъ злоупотребленіе возникаетъ въ большинствѣ случаевъ, вѣроятно, на почвѣ болѣзненнаго предрасположенія или нейропатическаго унаслѣдованія. Случайный онанизмъ здоровыхъ дѣтей, повидимому, не имѣетъ дурныхъ послѣдствій. Во всякомъ случаѣ не подлежитъ сомнѣнію, что послѣдствія порока въ большинствѣ случаевъ преувели-

чиваются \*)). При сильныхъ степеняхъ, когда удовлетвореніе достигается только интенсивными раздраженіями, съ крайнимъ напряженіемъ всего организма, могутъ возникнуть функциональныя разстройства нервной системы, равно какъ и сердца. Гораздо важнѣе, по моему мнѣнію, дѣйствіе онанизма на психику, могущее достигать, при слишкомъ усердномъ и недостаточно разумномъ леченіи, крайнихъ степеней. Сознвая несправедливость со стороны окружающихъ, постоянно боясь наказаній, смутно ожидая тяжелыхъ послѣдствій отъ своего порока, принужденный, подъ вліяніемъ страха и позора, искать одиночества, онанистъ испытываетъ постоянныя страданія, то отдаваясь минутному наслажденію, то предаваясь раскаянію; онъ совершенно теряетъ вѣру въ себя, убѣждаясь, что всѣ его попытки освободиться отъ порока каждый разъ терпятъ неудачи. Такая постоянная внутренняя борьба является главной причиной, накладывающей на онаниста особую психическую печать. Типъ столь слабого, усталого, ушедшаго въ себя и боязливого меланхолика не встрѣчается въ этомъ возрастѣ среди нормальныхъ дѣтей.

Болѣе легкія формы онанизма либо исчезаютъ съ теченіемъ времени, либо не мѣшаютъ здоровому развитію ребенка. Въ тяжелыхъ случаяхъ на прочное излеченіе надежды мало, такъ какъ леченіе даетъ здѣсь немного. Наказанія обыкновенно очень быстро перестаютъ дѣйствовать; въ особенности небезопасны при онанизмѣ наказанія тѣлесныя. Воспрепятствовать онанизму можно, въ сущности говоря, только непрерывнымъ и тщательнымъ надзоромъ. Различные аппараты и механическія приспособленія имѣютъ тотъ недостатокъ, что они постоянно сосредоточиваютъ вниманіе ребенка какъ разъ на томъ органѣ, отъ котораго необходимо отвлечь вниманіе (Heubner). Послѣднее достигается исключительно только рациональнымъ лечебно-педагогическимъ воздѣйствіемъ, лучше всего въ рукахъ постороннихъ, опытныхъ въ этомъ дѣлѣ лицъ. Ребенка необходимо развлечь и занять непрерывными физическими и умственными занятіями; работа, игры, спортъ должны доставлять ребенку здоровую усталость, обезпечивающую быстрое засыпаніе, глубокой сонъ, сильную волю, энергію. Вечеромъ, передъ отходомъ ко сну, утромъ, послѣ пробужденія ребенка, долженъ немедленно опорожнять мочевой пузырь \*\*).

\*) Мы здѣсь повторимъ то, что нами сказано было въ рецензій на книгу А. Моііа (Das Sexualeben des Kindes) въ прошломъ году, на страницахъ «Записокъ Императорскаго Харьковскаго Университета». Прежде всего, онанизмъ опасенъ въ томъ отношеніи, что онъ ведетъ къ полному или частичному нарушенію нормально совершаемаго акта на всю послѣдующую жизнь. Далѣе, страдающія такимъ порокомъ дѣти приобретаютъ неврастенію и склонность къ тѣмъ уродливымъ способамъ удовлетворенія своего libido, при констатированіи которыхъ мы, дѣтскіе врачи, попадаемъ всегда въ крайне непріятное положеніе. Совершенно правъ Fègè, признавая за онанизмомъ серьезную болѣзнь, влекущую за собою рѣзкое уменьшеніе памяти, вниманія, плохой сонъ и физическую слабость, быстро наступающее утомленіе. Прим. ред.

\*\*) Съ общественной точки зрѣнія устраненіе психическаго контакта составляетъ *conditio sine qua non*—дѣти занимающіяся мастурбаціей или производящія гомосексуальныя, гетеросексуальныя общенія съ другими, должны быть немедленно изолированы и подвергнуты строгому, неусыпному контролю близкихъ лицъ, умѣлыхъ, опытныхъ гувернеровъ или гувернантокъ, преданныхъ дѣлу учителей и учительницъ. Систематически проведенное, средство это, какъ мы въ этомъ убѣждаемся на каждомъ шагѣ, представляется самымъ надежнымъ, такъ какъ нѣтъ ничего ужаснѣе для такихъ дѣтей, какъ постоянное за ними наблюденіе и часто повторяемая, въ доступной ихъ пониманію формѣ, предупрежденія и объясненія могущихъ произойти несчастій. Врачи учебныхъ за-



### Новообразования.

Мочевые органы въ дѣтскомъ возрастѣ часто являются мѣстомъ развитія различнѣйшихъ новообразований. Чаще всего послѣднія развиваются въ раннемъ дѣтствѣ; здѣсь нерѣдко приходится наблюдать быстро растущія злокачественныя опухоли, берущія начало изъ почекъ или околопочечныхъ железъ. Сюда относятся: саркома, раки, смѣшанныя опухоли, эмбриональныя железистыя опухоли, гипернефромы. Подъ наблюденіе врача онѣ попадаютъ нерѣдко только тогда, когда уже достигли значительной величины и измѣнили форму живота. На основаніи подробнаго изслѣдованія положенія, исходнаго пункта, формы опухоли можно въ большинствѣ случаевъ поставить вѣрный діагнозъ, который облегчается еще наличностью извѣстныхъ измѣненій въ мочѣ (гематурия). Большія опухоли могутъ дать кистовидное перерожденіе почекъ, иногда врожденный гидронефрозъ. Рѣже встрѣчаются меньшихъ размѣровъ доброкачественныя опухоли почекъ.

Опухоли могутъ локализоваться также въ пузырьѣ и въ половыхъ органахъ обоихъ половъ; злокачественныя развиваются предпочтительно у мальчиковъ въ предстательной железѣ и яичкахъ, у дѣвочекъ во влагалищѣ и яичникахъ.

Леченіе хирургическое.

### Литература.

- L. Langstein, Erkrankungen des Urogenitalsystems. Handb. d. Kinderheilkunde von Pfaundler und Schlossmann, 2. Aufl., Bd. IV. Leipzig 1910.  
 Онъ же, Die Albuminurien älterer Kinder. Habilitationsschrift. Leipzig 1907.  
 O. Heubner, Lehrbuch der Kinderheilkunde Bd. II. Leipzig 1906.  
 Онъ же, Die chronischen Albuminurien im Kindesalter. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilkunde 1908. Bd. II, S. 567.  
 Senator, Nothnagels spez. Pathol. u. Therapie, Bd. XIX.  
 Jehle, Die lordotische Albuminurie. Leipzig u. Wien 1909.  
 Göppert, Die eitrigen Erkrankungen der Harnwege im Kindesalter. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilkunde 1908, Bd. II, S. 30.

веденій должны имѣть, въ теченіе недѣли, 1—2 обязательныхъ урока, на которыхъ въ строго академической, но доступной пониманію формѣ, излагались бы основныя правила гигиены и попутно всѣ тѣ дурныя послѣдствія, которыя часто возможны при естественныхъ половыхъ сношеніяхъ, въ видѣ опасныхъ для здоровья и даже жизни инфекцій, въ случаяхъ онанія всѣхъ видовъ—въ формѣ разнообразныхъ нарушеній въ области нервной системы и психики, не исключая и здѣсь вполнѣ возможнаго зараженія. Надо, впрочемъ, сказать, что поясненія изъ области нормальной половой дѣятельности и физиологическихъ способовъ ея выполнения должны входить въ программу чтенія дѣтямъ, уже вступившимъ въ періодъ полового созрѣванія, когда идея о сексуальныхъ отношеніяхъ подсказывается самой природой. Напрасно А. Моlл какъ бы пугаетъ насъ, говоря, что изображеніе въ яркихъ краскахъ дѣтскаго порока способно вызвать отчаяніе, мрачное настроеніе духа до «Selbstmord» включительно. Никогда мы такихъ ужасовъ не наблюдали, хотя должны сказать, что какому же врачу придетъ въ голову прибѣгать къ такимъ героическимъ убѣжденіямъ, отъ которыхъ душа уходитъ въ пятки. Мы всегда стараемся затронуть самыя чувствительныя струны учащихся и говоримъ, что въ результатѣ продолжительныхъ занятій онанизмомъ получается ослабленіе способности учиться и развиваться, хорошо держать себя въ обществѣ, по одеждѣ встрѣчающемся, а по уму провозжающемся. Не нужно угрожать idiotизмомъ и психическими разстройствами, достаточно подчеркнуть умственный, моральный, эстетическій неуспѣхъ въ будущемъ для того, чтобы подростокъ-дитя употребилъ всю силу воли къ ограниченію, а затѣмъ прекращенію овладѣвашаго имъ порока. Прим. ред.

## VII.

### Болѣзни нервной системы.

Ж. Ibrahim (Мюнхенъ).

#### Органическія заболѣванія нервной системы.

##### I. Болѣзни мозговыхъ оболочекъ.

##### 1. Pachymeningitis interna haemorrhagica.

Это заболѣваніе въ послѣднее время неоднократно наблюдалось у грудныхъ дѣтей, ослабленныхъ разстройствомъ питанія, сифилисомъ, рахитомъ или различными болѣзнями. Происходитъ выпотѣваніе на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, большею частью надъ выпуклой частью мозга и обыкновенно съ обѣихъ сторонъ. Твердая оболочка покрыта слоистыми перепончатыми пластинками, между которыми находится сывороточный или кровянистый выпотъ. Въ этихъ кистообразныхъ полостяхъ могутъ скопляться большія количества крови или жидкости, до  $\frac{1}{4}$  литра (*hygroma durae matris*). Въ застарѣлыхъ случаяхъ весь мозгъ покрытъ толстымъ соединительнотканнымъ рубцомъ.

Клиническія явленія сходны съ явленіями внутренней головной водянки. Медленно или остро, но всегда безъ лихорадки происходятъ: увеличеніе черепа, напряженіе и выпячиваніе родничка и всѣ побочныя явленія головной водянки, описанныя ниже. Смерть можетъ наступить въ видѣ апоплексіи. Поясничный проколъ обнаруживаетъ большею частью лишь прозрачную жидкость, находящуюся подъ довольно сильнымъ давленіемъ; но она можетъ также быть окрашенной ди ф ф у з но геморрагически или въ бурный цвѣтъ, если существуетъ сообщеніе (разрывъ тонкой мозговой оболочки) съ подпаутиннымъ пространствомъ. Эти данныя патогномичны для болѣзни. Случайная примѣсь крови вслѣдствіе самаго поясничнаго прокола, конечно, должна быть исключена (при соблюденіи такого условія удастся совершенно освободить жидкость отъ крови съ помощью осажденія или центрифугированія). Большое діагностическое значеніе имѣетъ офтальмоскопическое обнаруженіе кровоизліянія въ сѣтчатку (*Görregt*). Если не удастся получить поясничнымъ проколомъ большого количества жидкости и устранить явленія мозгового явленія, то къ распознаванію можетъ привести проколъ черепа; въ такихъ случаяхъ тотчасъ послѣ прокалыванія твердой мозговой оболочки выходитъ геморрагически окрашенный выпотъ въ видѣ струи. Впрочемъ пахименингитъ можетъ быть и одновременно съ внутренней головной водянкой.

**Леченіе.** Болѣзнь доступна леченію. Рекомендуются повторные поясничные проколы съ опороженіемъ большихъ количествъ жидкости (50—100—150 куб. стм. или больше). Лишь въ томъ случаѣ, если поясничный проколъ не уменьшаетъ давленія, допускается проколъ черепа, причемъ слѣдуетъ остерегаться послѣдовательныхъ кровотеченій. Хорошіе результаты даютъ одновременныя подкожныя впръскиванія обезпложенной желатины (20 куб. стм. Мерк'овскаго препарата). Леченіе сифилиса или другихъ общихъ явленій должно, конечно, быть выполнено въ каждомъ данномъ случаѣ, разъ къ тому имѣются показанія.

## 2. Туберкулезный (бугорчатковый) менингит<sup>1)</sup>.

Туберкулезный менингитъ представляетъ собою воспаленіе мягкихъ оболочекъ головного мозга, какъ слѣдствіе распространившагося на нихъ милиарнаго туберкулеза; онъ всегда — вторичное заболѣваніе.

**Этіологія и патогенезъ.** Болѣзнь поражаетъ преимущественно ранній дѣтскій возрастъ, обнаруживаясь чаще всего между 2-мъ и 7-мъ годомъ жизни; у грудныхъ дѣтей перваго полугодія болѣзнь бываетъ рѣдко.

Въ дѣтскомъ возрастѣ туберкулезный менингитъ есть почти всегда частичное явленіе общей просовидной бугорчатки. Нерѣдко приходится наблюдать, что дѣти, повидимому, обладающія цвѣтущимъ здоровьемъ, дѣлаются жертвою болѣзни. Исходный пунктъ заключается тогда въ какомъ-нибудь скрытомъ туберкулезномъ очагѣ, большею частью въ бронхіальныхъ сыровидно перерожденныхъ железахъ или шейныхъ железахъ. Бываетъ и такъ, что жертвою этой коварной болѣзни становятся нѣсколько дѣтей одной семьи. Исходной точкой можетъ быть также бугорчатка костей и суставовъ, гораздо рѣже — легочные очаги, тогда какъ у дѣтей грудного возраста всегда заболѣваютъ первыми железы бронховъ и средостѣнія.

Въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ о зараженіи мозговыхъ оболочекъ посредствомъ кровяного тока, благодаря прободенію туберкулезныхъ массъ въ вену, гораздо рѣже — черезъ посредство лимфатическихъ путей; иногда наблюдается непосредственное распространеніе воспалительнаго процесса съ сосѣднихъ органовъ (среднее ухо, черепныя кости, позвоночникъ, одиночные бугорки мозга).

Намъ извѣстенъ рядъ моментовъ, играющихъ роль вспомогательной причины возникновенія туберкулезнаго воспаленія мозговыхъ оболочекъ, вѣроятно, благодаря тому, что они вызываютъ распространеніе туберкулеза въ тѣлѣ и скрытаго очага, находившагося до этого времени въ покоѣ. На первомъ планѣ здѣсь слѣдуетъ назвать заболѣваніе корью и коклюшемъ. Дѣти переносятъ эти болѣзни, но не вполне оправляются; присоединяется хроническая хворость, постепенно переходящая въ менингитъ.

Далѣе, большое значеніе имѣютъ травматическія воздѣйствія, не столько тѣ, которыя поражаютъ черепъ или все тѣло, но и тѣ, которыя непосредственно вліяютъ на бугорчатковый очагъ, давая, такимъ образомъ, поводъ къ мобилизаціи палочекъ. Извѣстенъ тотъ фактъ, что милиарный туберкулезъ и туберкулезный менингитъ весьма нерѣдко развиваются послѣ оперативныхъ пріемовъ, напр., при туберкулезномъ воспаленіи тазобедреннаго сустава, удаленіи створоченныхъ шейныхъ железъ, вправленіи спондилитическаго горба.

Питаніе грудью не предохраняетъ отъ заболѣванія. Иногда наблюдалось учащеніе случаевъ въ весенніе мѣсяцы (съ марта по май).

**Патологическая анатомія.** Главное распространеніе болѣзненнаго процесса касается преимущественно основанія мозга. Студенисто-желатинозный выпоть сѣровато-бѣлаго, иногда слегка зеленоватаго цвѣта покрываетъ всѣ находящіяся здѣсь образованія, сосуды, нервныя стволы и т. д. При этомъ часто имѣется распространенный воспалительный отекъ, исчезающій по вынутіи мозга. Мозговья извилины уплощены, весь мозгъ на-ощупъ хлопаетъ, вслѣд-

<sup>1)</sup> Прежнія названія: meningitis basilaris, hydrocephalus acutus internus, воспалительная головная водянка.

стве скопления жидкости въ расширенныхъ желудочкахъ. Бугорки, небольшіе сѣрые, прозрачныя или мутныя узелки расположены большею частью на мѣстѣ дѣленія мелкихъ сосудовъ, главнымъ образомъ преимущественно въ области Sylvie'овой ямки. Во многихъ случаяхъ наблюдаютъ также очаги воспаленія и размягченія на корѣ мозга (менингоэнцефалитъ), иногда наряду съ милиарнымъ туберкулезомъ оболочекъ отдѣльные большіе очаги, въ видѣ желтоватыхъ творожистыхъ пластинокъ. Поражающіе одновременно поверхность мозга и оболочки, часто и одиночныя мозговые бугорки.

**Клиническая картина и теченіе.** Болѣзнъ начинается большею частью скрыто, проявляя себя сначала нехарактерными симптомами, потерей аппетита, нѣкоторой усталостью и неохотой къ занятіямъ; при этомъ нерѣдко замѣчается раннее исхуданіе, недостаточно объяснимое плохимъ аппетитомъ\*). Иногда можно установить легкія повышенія температуры; ребенокъ покашливаетъ, тщательно наблюдающая мать чувствуетъ вполне опредѣленно, что ребенокъ нездоровъ. Постепенно измѣненіе состоянія ребенка обнаруживается еще яснѣе, становясь несомнѣннымъ и для постороннихъ. Всегда веселый, ласковый, склонный къ шуткамъ ребенокъ становится тихимъ, печальнымъ, замкнутымъ въ себя, утрачиваетъ охоту къ игрѣ, сидитъ охотно въ темномъ углу комнаты, опираясь головой на спинку стула или на стѣну, чувствуетъ потребность спать днемъ, избѣгаетъ яркаго свѣта и громкаго шума, иногда становится весьма раздражительнымъ и капризнымъ. Еще больше бросается въ глаза спокойное состояніе и равнодушіе дѣтей, которыхъ врачъ обыкновенно привыкъ видѣть активно протестующими во время распросовъ и изслѣдованія. Въ типичныхъ случаяхъ обнаруживаются два признака, которые нерѣдко являются первымъ поводомъ къ приглашенію врача: болѣе или менѣе сильная, постоянная головная боль, особенно у старшихъ дѣтей, и рвота. Послѣдняя происходитъ или подобно желудочнымъ заболѣваніямъ, послѣ предшествующей тошноты, или безъ тошноты и позывовъ на нее, независимо отъ введенія пищи. Послѣдняя форма рвоты можетъ служить важнымъ указаніемъ на мозговой характеръ заболѣванія. Испражненія при этомъ иногда диспептическія, особенно у грудныхъ дѣтей, а также во всѣхъ случаяхъ, гдѣ одновременно имѣется кишечная бугорчатка. При типическомъ теченіи, однако, вскорѣ развивается запоръ, который можетъ упорно продолжаться до самой смерти.

Если даже эти явленія сопровождаются легкими лихорадочными движеніями, то отличіе отъ разстройствъ чисто желудочно-кишечнаго происхожденія въ этомъ стадіи еще весьма затруднительно и возможно только при тщательномъ наблюденіи общей картины, на основаніи наследственнаго предрасположенія, измѣненнаго настроенія, исхуданія, иногда безуспѣшности леченія.

Вскорѣ развиваются явленія раздраженія, которыя могутъ вызвать подозрѣніе о мозговомъ заболѣваніи даже и у малоопытныхъ людей.

\*) Для практическаго врача важно помнить, что описываемые здѣсь признаки являются уже началомъ конца, когда такая болѣзнъ врядъ ли можетъ уступить какимъ бы то ни было мѣропріятіямъ съ нашей стороны. Но еще важнѣе не забывать наблюденія такихъ авторитетовъ въ этой области, какъ Barthez, Rilliet и Cadet de Gassicourt. Оказывается, въ чемъ убѣждались и мы, что продромальный стадій, выражающійся измѣненіемъ характера, привычекъ, склонностей и проч., можетъ быть очень длиннымъ, въ теченіе ряда мѣсяцевъ, чтобы не сказать больше, когда систематически приведенные методы леченія и воспитанія могутъ предупредить появленіе болѣзни, устраняя удобную для нея почву.

Замѣчается гиперѣстезія кожи и органовъ чувствъ. Легкое прикосновеніе вызываетъ боль, чувствительность къ зрительнымъ и слуховымъ воздѣйствіямъ увеличивается, въ щекахъ обнаруживается лютучій румянецъ, на тѣлѣ скоропреходящая эритема, всюду можно установить выраженный дермографизмъ, а тамъ, гдѣ къ кожѣ прикасаются сильнѣе, на ней получаютъ красныя пятна.

Присоединяются легкія моторныя явленія раздраженія, которыя сами по себѣ ничего не доказываютъ, ибо они свойственны всѣмъ лихорадочнымъ заболѣваніямъ: скрежетаніе зубами, жевательныя и сосательныя движенія, стереотипно повторяемое движеніе рукъ по направленію головы, дерганіе губъ, одѣяла, половыхъ органовъ, миганіе глазами и глубокой вздохъ или зѣваніе отъ времени до времени имѣютъ большое значеніе въ діагностическомъ отношеніи.

Сознаніе уже слегка нарушено, дѣти дремлютъ, но даютъ еще разумные отвѣты. При тщательномъ изслѣдованіи удается уже установить легкую ригидность затылка, въ особенности при нагибаніи головы впередъ. Но надо быть вполне убѣжденнымъ въ томъ, что здѣсь нѣтъ активнаго сопротивленія, и сдѣлать, напр., изслѣдованіе во время сна.

У грудныхъ дѣтей при тщательномъ ощупываніи родничокъ оказывается напряженнымъ или выпяченнымъ.

Тщательное изслѣдованіе нервной системы часто даетъ еще мало опредѣленныхъ данныхъ; зрачки большею частью сужены, реагируютъ на свѣтъ, иногда быстро снова расширяются; рефлексъ часто повышены, иногда различны, что весьма важно для распознаванія. Кромѣ ригидности затылка, нерѣдко существуетъ и ригидность позвоночника, которая можетъ особенно бросаться въ глаза, если старшія дѣти въ это время еще ходятъ. Могутъ быть спастическія явленія и въ другихъ мышечныхъ областяхъ, причемъ повторное изслѣдованіе иногда обнаруживаетъ поразительную смѣну тонуса. Признакъ В. М. Кернига, невозможность въ сидячемъ положеніи вытянуть ногу въ колѣнномъ суставѣ, а въ лежачемъ—согнуть вытянутую ногу прямолинейно въ тазобедренномъ суставѣ, большею частью выражены, ясенъ и цѣненъ для распознаванія, равно какъ и затылочный признакъ Brudzinsk'aro—рефлекторное сгибаніе ноги при пассивномъ нагибаніи головы впередъ.

Рвота большею частью постепенно ослабѣваетъ. Ночью дѣти фантазируютъ; лихорадка держится въ умѣренныхъ предѣлахъ, а въ теченіе нѣсколькихъ дней можетъ даже отсутствовать.

Поясничныи проколъ съ діагностическою цѣлью въ этомъ стадіи вполне оправдывается, превращая подозрѣніе въ увѣренность.

Кожная туберкулиновая реакція по Pirquet въ одномъ случаѣ оказывается положительной, въ другомъ—отрицательной, какъ это бываетъ вообще при миліарномъ туберкулезѣ.

Постепенно являютъ признаки давленія на мозгъ, преимущественно обусловленные острой воспалительной головной водяной; немного позже развиваются явленія паралича, сначала обыкновенно въ области мозговыхъ нервовъ; впрочемъ они вызываются, главнымъ образомъ, выпотомъ на основаніи мозга.

Сознаніе всегда сильно нарушено. Дѣти смотрятъ въ пустоту большими неподвижными глазами, мало реагируютъ на зовъ, мысли ихъ, повидимому, находятся въ другомъ мѣстѣ. Иногда они испускаютъ пронзительный рѣзкій крикъ (*cri hydrencéphalique*). Я видѣлъ, однако,

достаточно случаевъ, въ которыхъ этотъ столь часто упоминаемый крикъ не раздавался ни разу. Конечности остаются неподвижными, онъ какъ бы парализованы, или въ теченіе цѣлыхъ часовъ совершаютъ повторныя автоматическія движенія, далеко не рѣдко одностороннія. Также часто можно найти ребенка въ необычномъ, неподвижномъ положеніи, напр., съ вытянутыми и крайне пронирированными



Рис. 83. Бугорчатковый менингитъ. Общiе тоническіе спазмы. Автоматическія движенія лѣвой половины тѣла. Ладьевидный животъ. Крайнее исхуданіе. (Собственное наблюденіе въ дѣтской больницѣ Gisela въ Мюнхенѣ).

руками, причеиъ пальцы стиснуты въ кулакъ, ладони сильно согнуты. Дрожаніе при движеніяхъ въ этомъ стадіи также является частымъ признакомъ.

Особеннаго вниманія заслуживаетъ пульсъ. Онъ обнаруживаетъ, при точномъ наблюденіи за болѣзнию, всегда особый періодъ поразительной неправильности и замедленія. Въмѣсто 140 или 160 ударовъ насчитываютъ въ отдѣльные дни только 100 и даже 60; при этомъ пульсъ неравноиѣренъ и съ частыми перебойми. Это явленіе раздраженія блуждающаго нерва вслѣдствіе повышенія мозгового давленія продолжается большею частью лишь нѣсколько дней, затѣиъ пульсъ снова становится частымъ, иногда даже необычно частымъ.

Параличи мозговыхъ нервовъ вначалѣ большею частью замѣчаются въ области глазъ. Разница въ зрачкахъ и косоглазіе (слѣдствіе паралича отводящаго и глазодвигательнаго нерва), а также нистагмъ замѣчаются сначала, а птозъ одного или обоихъ вѣкъ присоединяется впослѣдствіи. Можетъ участвовать и лицевой нервъ. Миганіе вѣкъ рѣдко, въ глазахъ скопляется много слизистыхъ выдѣленій.

Изслѣдованіе глазного дна обнаруживаетъ часто легкую гиперемію глазного соска, у старшихъ дѣтей съ закрытымъ родничкомъ—нерѣдко типическія явленія застойнаго соска. Бугорки сосудистой оболочки можно обнаружить рѣдко, даже при тщательномъ изслѣдованіи.

Дыханіе, которое уже раньше обнаруживало неправильности въ

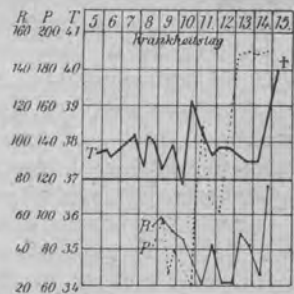


Рис. 84. Бугорчатковый менингитъ. 5-лѣтняя дѣвочка. Типическія измѣненія пульса. (Собственное наблюденіе въ дѣтской больницѣ Gisela въ Мюнхенѣ).

видѣ глубокихъ стонущихъ выханій, постепенно принимаетъ болѣе или менѣе ясно характеръ Cheyne-Stokes'овскаго феномена. Продолжительныя паузы смѣняются болѣе поверхностными и глубокими дыхательными движеніями, которыя въ типичныхъ случаяхъ послѣ дыхательной паузы постепенно и правильно увеличиваются въ частотѣ и глубинѣ, а затѣмъ также постепенно ослабѣваютъ.

Глотаніе часто затруднено, опасность аспираціи пищи весьма велика.

Животъ представляется по большей части глубоко запавшимъ (ладьевидный животъ), исхуданіе прогрессируетъ, лишь благодаря тщательному уходу удается предотвратить появленіе пролежней, особенно потому, что испраженія и моча выдѣляются произвольно.

Рефлексы, которые часто представляютъ поразительную смѣну, постепенно угасаютъ; ослабляется и ригидность затылка, которая у грудныхъ дѣтей въ особенности можетъ достигать весьма высокихъ степеней.

Въ такомъ положеніи ребенокъ ждетъ смерти, являющейся для большинства больныхъ настоящимъ избавленіемъ. Именно въ этомъ состояніи безнадежнаго страданія часто возникаетъ обманчивый лучъ надежды. Совершенно неожиданно наступаетъ, якобы, улучшеніе, къ ребенку сразу возвращается сознаніе, онъ начинаетъ узнавать мать, говорить, требуетъ пищи, почти ожидается благопріятный исходъ. Но такое состояніе продолжается лишь нѣсколько часовъ или дней, а затѣмъ снова возвращается прежнее состояніе.

Передъ смертью почти во всѣхъ случаяхъ бываютъ клоническія падучевидныя судороги, которыя можно наблюдать иногда и въ раннихъ стадіяхъ заболѣванія; пульсъ достигаетъ 180, 200 и больше ударовъ въ минуту; температура поднимается до очень высокихъ цифръ. Холодный потъ покрываетъ лобъ и щеки. Параличъ сердца прекращаетъ жизнь часто непосредственно послѣ приступа судорогъ.

Продолжительность болѣзни составляетъ въ общемъ 2—3 недѣли, но можетъ протянуться и дольше. Отдѣльные стадіи длятся различное время, вообще сказать—встрѣчаются самыя разнообразныя отклоненія отъ описаннаго выше типическаго теченія.

**Атипическія формы теченія.** Существуютъ случаи съ быстрымъ теченіемъ, ведущіе къ смерти не позже одной недѣли. Такое теченіе наблюдаютъ особенно въ оба первые года жизни и тамъ, гдѣ менингитъ является послѣдней фазой общаго туберкулеза. Почти безлихорадочное теченіе встрѣчается у грудныхъ дѣтей, а также въ позднѣйшемъ возрастѣ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ на трупѣ находятъ болѣе просовидную бугорчатку оболочекъ, чѣмъ бугорковое воспаленіе послѣднихъ.

Атипическое начало нерѣдко, напр., въ видѣ падучевидныхъ, иногда одностороннихъ судорогъ или быстро развивающейся комы, которая затѣмъ господствуетъ во всей дальнѣйшей картинѣ болѣзни, а также неоднократно описанныхъ рано развивающихся моноплегій, гемиплегій, даже перекрестныхъ гемиплегій и другихъ очаговыхъ симптомовъ, напр., афазія. Въ такихъ случаяхъ дѣло идетъ о менинго-энцефалитическихъ пластинкахъ или о болѣе сильно развитомъ воспалительномъ отека надъ зрительными областями, а также объ очагахъ энцефалита на выпуклой части или въ области капсулъ, напр., вслѣдъ за тромбомъ артерій.

Отсутствіе запора и ладьевидный животъ нерѣдки, осо-

бенно на первомъ году жизни; здѣсь также часто отсутствуетъ замедленіе пульса.

Спинально-мозговые симптомы, напр., стрѣляющія боли на высотѣ различныхъ сегментовъ, въ особенности задержаніе мочи представляютъ нерѣдкое явленіе.

Долго длящіяся ремиссіи въ теченіе цѣлыхъ недѣль и мѣсяцевъ описаны неоднократно; здѣсь можно говорить о временномъ излеченіи и новомъ заболѣваніи, но такіе случаи крайне рѣдки.

**Распознаваніе** вначалѣ можетъ встрѣтить весьма большія затрудненія.

Большое значеніе имѣетъ здѣсь, для отличія отъ простыхъ желудочно-кишечныхъ разстройствъ, умѣніе обратить вниманіе на измѣненія настроенія и характера, на чувствительную и чувствующую раздражительность, на наследственное предрасположеніе. Важны, особенно въ дальнѣйшемъ теченіи, затылочные явленія (см. стр. 428), признакъ В. М. Кернига (у старшихъ дѣтей) и стонущее дыханіе, далѣе, опредѣленіе разницы въ рефлексахъ, у грудныхъ дѣтей—выпячиваніе родничка. Апатія и сонливость, равно какъ неправильность пульса встрѣчаются и при тяжелыхъ пищеварительныхъ разстройствахъ. Отсутствіе дермографизма говоритъ противъ менингита.

Брюшной тифъ можетъ быть весьма сходенъ съ туберкулезнымъ менингитомъ. Поносы, сухой, красный языкъ, лейкопенія говорятъ за тифъ. Діазореакція встрѣчается часто и при менингитѣ.

Менингитъ можетъ быть вначалѣ легко принять за тифъ, если въ первое время имѣются сонливость и вздутіе кишекъ. Отсутствіе розеоль, незначительная высота температуры при тяжелыхъ общихъ явленіяхъ, лейкоцитозъ говорятъ за менингитъ, точно также присутствіе затылочнаго феномена.

Уремія можетъ быть подъ вопросомъ, если только менингитъ сопровождается олигурией и нефритомъ.

Тетанія даетъ картину, весьма сходную съ менингитомъ въ тяжелыхъ случаяхъ со спазмомъ затылочныхъ и другихъ мышечныхъ группъ, съ разницей въ величинѣ зрачковъ, эclamптическими судорогами, даже выпячиваніемъ родничка; съ другой стороны извѣстно, что въ теченіе туберкулезнаго менингита могутъ обнаруживаться признаки скрытой и явной тетаніи (лицевой феноменъ, карпопедальные спазмы). Здѣсь выяснитъ вопросъ можетъ только поясничный проколъ.

Мозговую опухоль можно имѣть въ виду тамъ, гдѣ менингитъ начинается очаговыми признаками. Быстрая смѣняемость признаковъ говоритъ противъ опухоли.

**Патогностическіе признаки.** Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ распознаваніе туберкулезнаго менингита можно серьезно принимать во вниманіе, надо примѣнять два способа изслѣдованія: офтальмоскопію для опредѣленія бугорковъ сосудистой оболочки, которые, однако, большею частью не удастся найти, и поясничный проколъ, дающій возможность не только ставить надежное распознаваніе менингита, но также и отличать отдѣльныя формы его.

Поясничный проколъ при туберкулезномъ менингитѣ даетъ вытекающую подъ повышеннымъ давленіемъ прозрачную или слегка мутную (пылевидное помутнѣніе, иногда опалесценція) жидкость съ повышеннымъ содержаніемъ бѣлка. При стояніи выдѣляется тонкій паутинообразный нитчатый свертокъ, который кладутъ на предметное стекло и окрашиваютъ обычнымъ способомъ. Онъ содержитъ клѣтки,



главнымъ образомъ, одноядерные лимфоциты; при достаточной тщательности изслѣдованія удается въ преобладающемъ числѣ случаевъ найти бугорчатковую палочку даже въ довольно раннихъ стадіяхъ заболѣванія, правда, лишь послѣ долгихъ поисковъ. Въ отцентрифугированной поясничной жидкости можно получить тѣ же данныя.

**Предсказаніе** почти абсолютно смертельно. Извѣстно крайне скудное число случаевъ выздоровленія. Упомянутыя выше, нерѣдко встрѣчающіяся самопроизвольно улучшения опытному человѣку не могутъ внушать слишкомъ радужныхъ надеждъ.

**Леченіе**, которое въ большинствѣ случаевъ оказывается безсильнымъ, можетъ, однако, сдѣлать весьма многое для облегченія тяжелыхъ страданій больного и его окружающихъ. Надо заботиться о самомъ тщательномъ уходѣ и о возможномъ полномъ покоѣ. Питаніе заслуживаетъ съ самаго [начала особаго вниманія; если діагнозъ установленъ, и болѣзнь неудержимо идетъ впередъ, то гораздо гуманнѣе не стремиться къ продленію жизни всякаго рода средствами; поэтому питательные клистиры и введеніе зонда надо примѣнять развѣ только въ началѣ заболѣванія. Правильно повторяемые поясничные проколы (ежедневно или черезъ день) часто даютъ симптоматическую пользу. Внутри можно давать вначалѣ каломель въ повторныхъ частыхъ приемахъ (0,03—0,05—0,1 черезъ 2 часа). Втираніе сѣрой мази въ затылокъ и (обритое) темя, внутреннее назначеніе іодистаго натра (1—2 грм. въ сутки) можно испытать особенно тамъ, гдѣ имѣется хотя бы отдаленный намекъ на вліяніе сифилиса. Точно также рекомендуется ежедневное смазываніе головы 15—20% іодоформнымъ коллодіемъ. Пузырь со льдомъ, повѣшенный надлежащимъ образомъ, чтобы онъ не обременялъ головы, можетъ облегчать головныя боли.

Если въ картинѣ болѣзни преобладаютъ двигательныя явленія раздраженія, то можно примѣнять хлоралгидратъ (по 1,0 грм. въ клизмѣ), а также подкожныя впрыскиванія морфія.

### 3. Гнойный (простой) менингитъ.

Гнойный менингитъ рѣдко бываетъ первичнымъ, большею же частью вторичнымъ или метастатическимъ гнойнымъ воспаленіемъ мозговыхъ оболочекъ и мозга, обусловленнымъ различными болѣзнетворными бактеріями.

Этіологія и патогенезъ. Не считая эпидемическаго менингита, вызываемаго менингококками и описаннаго въ слѣдующемъ отдѣлѣ, наиболѣе частымъ возбудителемъ является пневмококкъ (*Diplococcus lanceolatus*). Кромѣ



Рис. 85. Туберкулезный менингитъ. Паутинообразный свертокъ въ полученной поясничномъ проколѣ жидкости. (Собственное наблюденіе въ дѣтской больницѣ Gisela въ Мюнхенѣ).

того, болѣзнь можетъ быть вызвана стрептококками, рѣже стафилококками, палочками инфлуэнцы, тифа, кишечной палочкой или синегнойной. Возбудители, попадающіе или непосредственно въ мозговья оболочки, напр., при переломахъ черепа, при зараженіяхъ *spinae bifidae* и т. д., или черезъ посредство кровяного тока—метастатически, напр., въ случаяхъ, гдѣ менингитъ представляетъ частичное явленіе септицеміи, полисерозита, а также тамъ, гдѣ онъ присоединяется къ крупозной пневмоніи, но въ большинствѣ случаевъ онъ возникаетъ благодаря проведенію *per contiguitatem* или черезъ лимфатическіе пути. Самый частый путь зараженія здѣсь бываетъ несомнѣнно со стороны носа черезъ пластинку рѣшетчатой кости въ черепную полость. Гнойный насморкъ, особенно у трудныхъ дѣтей, предшествуетъ всегда менингиту. Затѣмъ частымъ первичнымъ очагомъ нагноенія является среднее ухо, особенно отиты послѣ кори или скарлатины. Также гнойное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ можетъ возникнуть благодаря гнойнымъ очагамъ въ орбитѣ, рожѣ головы, мозговымъ абсцессамъ, зараженной кефалгематомѣ и т. д. Оно особенно часто въ грудномъ возрастѣ, встрѣчаясь уже въ первые дни жизни.

Патологическая анатомія. Гнойный, сывороточно-гнойный или болѣе фибринозный выпотъ обыкновенно локализируется больше всего на выпуклости мозга (въ видѣ чепчика). При отогенномъ менингитѣ онъ иногда ограничивается основаніемъ; здѣсь можетъ существовать въ то же время гнойный тромбозъ пазухъ. Если и полости мозга наполнены гнойной жидкостью, то говорятъ о *puo serphalus*.

Клиническая картина и теченіе. Болѣзнь обыкновенно развивается бурно съ высокой лихорадкой и въ нѣсколько дней приводитъ къ смерти. У грудныхъ дѣтей во всей клинической картинѣ часто господствуютъ судороги; между отдѣльными приступами послѣднихъ ребенокъ лежитъ, первое время, съ болѣзненнымъ выраженіемъ лица и стонущимъ дыханіемъ, впослѣдствіи въ болѣе или менѣе выраженной спячкѣ; какъ и при туберкулезномъ менингитѣ, здѣсь могутъ присоединиться явленія паралича, а равно и такія, которыя исходятъ изъ основанія черепа (неравномѣрность зрачковъ, косоглазіе и т. д.). При поколачиваніи какого бы то ни было мѣста тѣла послѣднее весьма замѣтно съеживается. Родничокъ напряженъ, выпяченъ, сведеніе затылка во многихъ случаяхъ замѣчается лишь въ видѣ намека, во всякомъ случаѣ не занимаетъ перваго мѣста среди клиническихъ явленій.

Чѣмъ старше ребенокъ, тѣмъ болѣе картина приближается къ теченію болѣзни у взрослыхъ. Очень сильная головная боли являются главнымъ симптомомъ, наряду съ этимъ часто мучительная жажда. Здѣсь встрѣчаются и приступы судорогъ. Здѣсь въ быстромъ развитіи протекаетъ та картина воспаления мозговыхъ оболочекъ, съ которою мы познакомились въ предыдущемъ отдѣлѣ въ медленномъ теченіи.

Атипическіе виды теченія. Судороги могутъ совершенно отсутствовать и у грудныхъ дѣтей, сонливость и спячка наряду съ лихорадкой могутъ быть сначала единственными бросающимся въ глаза явленіемъ. Возможно совершенно скрытое теченіе болѣзни, именно можно не замѣтить ее тамъ, гдѣ она присоединяется къ другимъ тяжелымъ лихорадочнымъ заболѣваніямъ. Бываетъ и такъ, что сознаніе въ теченіе долгаго времени почти не нарушено. Довольно длительное теченіе, затягивающееся на нѣсколько недѣль, наблюдалось въ особенности при менингитѣ отъ инфлуэнцы.

Предсказаніе большею частью неблагоприятное. Нѣкоторые дѣти остаются въ живыхъ, но у многихъ остаются надолго серьезныя разстройства (глухота, слѣпоты, нарушеніе психики).

Діагнозъ. У грудныхъ дѣтей важно обращать вниманіе на родничокъ, который остается напряженнымъ и въ промежутки, свободные отъ судорогъ; полезны могутъ быть также признаки Кернига и затылочный—*B r u d z i n s k ' a r o*.

Иногда крупозная пневмонія, особенно верхней доли, симулируетъ въ первые дни менингитъ. Теченіе и точное изслѣдованіе могутъ выяснитъ рѣзъ распознаваніе. Отсутствие колѣнныхъ рефлексовъ говорить за пневмонію (*P f a u n d l e g*). Рѣшаютъ во всѣхъ случаяхъ вопросъ данныя поясничнаго прокола, которымъ обнаруживается содержащій много бѣлка, болѣе или менѣе мутный выпотъ, иногда имѣющій видъ гнойныхъ сливокъ, содержащій много лейкоцитовъ; въ немъ обычными способами окраски можно также непосредственно обнаружить самихъ возбудителей.

Леченіе. Покой и достаточное питаніе, иногда съ помощью зонда, у грудныхъ дѣтей вскармливаніе грудью весьма важны; у старшихъ дѣтей жидкая нераздражающая пища (молоко, супы, фруктовые соки, охлажденіе головы пузыряемъ со льдомъ или особыми трубками, наркотическія клизмы (изъ хлорала)

при сильныхъ двигательныхъ явленіяхъ раздраженія; втираніе сѣрной мази въ затылокъ и въ голову (по  $\frac{1}{2}$ —1 грм. ежедневно). Внутрь можно давать іодистый натръ; рекомендуется въ теченіе долгаго времени назначать уротропинъ по 2—3 грм. въ сутки, у грудныхъ дѣтей вдвое меньше. Горячія ванны 1—2 раза въ день примѣняются часто и могутъ быть такъ же полезны, какъ неоднократно повторяемые поясничные проколы. При пневмококковомъ менингитѣ можно затѣмъ испытать внутривенныя впрыскиванія R 6 метъовской пневмококковой сыворотки (5—10 куб. см.) (Grobeg).

При отогенномъ менингитѣ иногда даютъ успѣхъ большія операци.

#### 4. Менингококковый менингитъ.

(Meningitis cerebrospinalis epidemica; ригидность затылка).

Менингококковый менингитъ есть вызванное *Meningococcus intracellularis* гнойное воспаление оболочекъ мозга, которое даетъ себя знать малыми или большими эпидеміями иногда спорадически, преимущественно поражая ранній дѣтскій возрастъ.

**Этиологія и эпидемиологія.** Эпидемія появляется преимущественно въ холодное время года, достигаетъ максимума въ февралѣ—маѣ и угасаетъ обыкновенно лѣтомъ. Спорадическіе случаи, представляющіе, вѣроятно, лишь частичное явленіе весьма легкой эпидеміи или эндеміи, даютъ подобное же отношеніе. Продолжительность большихъ эпидемій составляетъ въ среднемъ 5—6 мѣсяцевъ. Распространеніе происходитъ, очевидно, не благодаря предметамъ или прикосновенію, а только посредствомъ такъ наз. носителей менингококковъ, подъ которыми подразумѣваютъ легко болѣвшихъ (напр., въ видѣ только фарингита) или совершенно здоровыхъ лицъ, скрывающихъ въ своемъ носоглоточномъ пространствѣ вирулентные зародыши. Какъ показываютъ многократныя наблюденія, необходимо болѣе тѣсное и продолжительное соприкосновеніе для пріобрѣтенія менингококковъ и для перенесенія ихъ на другихъ (горная работа, казармы, семейное перенесеніе родителями, содержащими менингококки на дѣтей, особенно при бѣдной жизненной обстановкѣ). Тѣснота и негигіеническія соціальныя условія играютъ при распространеніи болѣзни извѣстную роль, особенно благодаря тому, что во влажномъ воздухѣ бактеріи дольше остаются жизнеспособными, между тѣмъ какъ при нормальныхъ условіяхъ окружающей среды онѣ внѣ человѣческаго тѣла быстро погибаютъ\*).

Для заболѣванія индивидуальное предрасположеніе, по видимому, необходимо. Дѣти, особенно въ первые 3 года жизни, болѣютъ болѣе часто. Къ тому же здѣсь особенно благоприятныя условія, быть можетъ, создаетъ лимфатическая конституція.

**Патогенезъ.** Заболѣванія мозговыхъ оболочекъ, судя по всему, происходятъ слѣдующимъ образомъ: менингококки сначала селятся въ верхнихъ дыхательныхъ путяхъ и носоглоточномъ пространствѣ, вызывая тамъ фарингитъ или задненосовую ангину съ особеннымъ опуханіемъ глоточныхъ миндалинъ; они могутъ, но гораздо рѣже, щадить образованія зѣва и первично заражать болѣе глубокие дыхательные пути, вызывая ларингитъ, бронхитъ, даже пневмонію, а затѣмъ уже попадая въ оболочки.

\*) Не слѣдуетъ забывать также указанія Hill Smith'a на довольно тѣсную связь между заболѣваніемъ лошадей и развитіемъ цереброспинальнаго менингита, равно какъ возможность передачи болѣзни насѣкомыми, особенно, какъ это было установлено въ Америкѣ, клещами, *Dermacentor reticulatus* (М. Я. Брейтманъ, Эпидемическій цереброспинальный менингитъ. С.-Петербургъ. 1905 г., стр. 25—27). Прим. М. Б.

Многочисленные наблюдения последней большой эпидемии (в Силезии и Северной Америке) показали, что заражение мозговых оболочек едва ли может произойти благодаря непосредственному переходу бактерий, вероятно же всего через пластинку решетчатой кости, но что менингококки переходят в кровь и достигают мозговых оболочек через кровяной ток, так что мы вправе считать менингит самым частым и большую часть весьма рано обнаруживающимся метастазом менингококковой септицемии. Известны также случаи менингококковой септицемии, при которых мозговые оболочки поражены не были.

**Патологическая анатомия.** В случаях, молниеносно ведущих к смерти, находят только гиперемию мозговых оболочек.—Во всех других стадиях имется гнойный или гнойно-слизистый выпот, который располагается в самых разнообразных мѣстах поверхности головного или спинного мозга, не поражая типическим образом основания или выпуклости. Мягкая мозговая оболочка и в мѣстах, не покрытых гноем, мутна и отечна; мутный воспалительный выпот содержится также и в полостях мозга, обыкновенно расширенных. Всюду находятся при микроскопическом изслѣдованіи типическіе отрицательные к Гат'у диплококки. Весьма сильно поражены вещество головного и спинного мозга, корни нервов и зрительный нервъ. В случаях, гдѣ наступает излеченіе или выздоровленіе, гнойный выпотъ исчезаетъ, но остаются помутнѣніе и фиброзныя измѣненія мозговых оболочекъ.

**Клиническая картина.** Клиническая картина менингококкового менингита представляет столь много характерных чертъ, что во

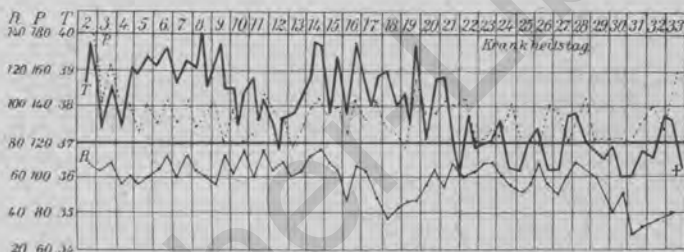


Рис. 86. Менингококковый менингитъ 6-мѣсячный мальчикъ. Длительное теченіе. Лихорадочные приступы въ видѣ толчковъ. Все время высокой пульсъ и ускоренное дыханіе. Смерть при картинѣ крайняго истощенія въ гидроцефалическомъ стадіи. (Собственное наблюденіе въ дѣтской больницѣ Gisela въ Мюнхенѣ).

многихъ случаяхъ удается поставить распознаваніе безъ поясничнаго прокола и отграничить ее отъ другихъ формъ.

Большую частью бурное, сильно лихорадочное начало, сопровождающееся нерѣдко рвотой, вскорѣ переходитъ въ менингитическій симптомокомплексъ, который отличается отъ другихъ формъ мозговых оболочекъ необычно сильными двигательными и чувствительными явлениями раздраженія (ригидностью затылка и спины, большой гиперестезіей кожи, конечностей, остистыхъ отростковъ, сильными болями въ головѣ и спинѣ) при болѣе или менѣе сохраненномъ сознаніи, несмотря на тяжесть общихъ явленій; далѣе, почти постоянными колебаніями и ремиссіями лихорадки, какъ и менингеальныхъ явленій; еще по истеченіи недѣли и мѣсяцевъ возможенъ исходъ въ смерть или въ выздоровленіе; типичнымъ для менингококкового менингита является пузырьчатый лишай (herpes labialis), который наблюдается въ  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$  случаевъ послѣ третьяго года жизни въ первые дни болѣзни, и необычныя, часто роковыя заболѣванія глаза и уха, сопровождающія менингитъ или слѣдующія за нимъ.

**Отдѣльные признаки.** Начало болѣзни большую частью бурное;

высокая лихорадка, сильныя головныя боли, рвота, иногда потрясающій ознобъ или судороги начинаютъ болѣзнь. Сознаніе въ первые дни большею частью нарушено, у старшихъ дѣтей встрѣчается довольно сильный бредъ. Лишь рѣдко, особенно у грудныхъ дѣтей, начало болѣе медленное, прогрессирующее.

Часто наблюдаемыя высыпанія пузырьчатого лишая въ первые дни болѣзни у старшихъ дѣтей уже были упомянуты.

Сознаніе у большинства дѣтей въ первыя недѣли еще совершенно ясно; долго длящаяся спячка всегда является неблагоприятнымъ признакомъ.

Лихорадка, составляющаяся изъ отдѣльных приступовъ, обнаруживаетъ вначалѣ характеръ *continua*, или же происходитъ литическое ея паденіе, къ которому затѣмъ присоединяются новые, болѣе или менѣе высокіе лихорадочные періоды, длящіеся нѣсколько дней и дольше, такъ что получается то довольно неправильная лихорадочная кривая, то интермиттирующая картина, причемъ между періодами съ повышенной  $t^0$  наблюдаются дни, совершенно свободные отъ лихорадки.

Пульсъ всегда учащенъ, даже во время выздоровленія онъ часто еще весьма неустойчивъ, равнымъ образомъ и дыханіе можетъ быть весьма ускорено, особенно у грудныхъ дѣтей.

Рвота по истеченіи первыхъ дней чаще наблюдается лишь у старшихъ дѣтей; аппетитъ же въ теченіе нѣсколькихъ недѣль обыкновенно сильно нарушенъ.

Поносы нерѣдко замѣчаются въ самомъ началѣ, могутъ сильно мѣшать достаточному питанію и въ значительной мѣрѣ способствовать смертельному исходу.

Крайнее истощеніе и ладьевидный животъ часты въ затянувшихся случаяхъ.

Селезенка обыкновенно не увеличена, альбуминурія часто встрѣчается на первой недѣлѣ, нефритъ—едва ли. Моча даже при высокой лихорадкѣ большею частью прозрачна и обильна.—Изслѣдованіе крови обнаруживаетъ часто значительный (нейтрофильный) лейкоцитозъ.

На кожѣ обнаруживаются, кромѣ упомянутаго пузырьчатого лишая, также и другія сыпи, типическія пятна розеоль (въ первые дни) и общія сыпи, напоминающія корь, рѣже скарлатину (на 2—3-й день болѣзни) \*).

### Спеціальныя симитомы со стороны нервной системы.

Хотя могутъ встрѣчаться всевозможныя судороги и явленія паралича, но большею частью отдѣльные симптомы настолько стоятъ на первомъ планѣ, что опытный человѣкъ сразу ставитъ діагнозъ.

Ригидность затылка въ большинствѣ случаевъ выражена чрезвычайно сильно; голова при этомъ *ad maximum* закинута кзади и вдавлена въ подушку. Всякая попытка перегнуть ее впередъ вызываетъ сильное сопротивленіе и боли; въ другихъ случаяхъ нагибаніе головы впередъ сопровождается тоническими или клоническими судорогами (дрожаніемъ) конечностей. Опистотонусъ можетъ распро-

\*) Въ Америкѣ при цереброспинальномъ менингитѣ часто наблюдаются петехіи и большіе геморрагическіе очаги, что даже подало поводъ къ названію петехіальной или пятнистой горячки (*petechial fever, spotted fever*) «Эпид. церебр. менинг.» (I. c., стр. 51).

страниться и на мышцы спины, такъ что получается настоящій Arc de cercle.—Важно указать, что ригидность затылка непостоянна; она подвергается такимъ же колебаніямъ, какъ другіе симптомы, и вообще не наблюдается во всѣхъ случаяхъ; особенно часто ея не бываетъ у дѣтей моложе 3 лѣтъ.

Гдѣ отсутствуетъ этотъ важный симптомъ, тамъ наибольшее значеніе имѣютъ другія явленія раздраженія, особенно повышенная чувствительность, выражающаяся въ боляхъ при легкихъ движеніяхъ не только головы: въ особенности ноги, повидимому, весьма чувствительны, такъ что дѣти при подыманіи и при переключиваніи сильно кричатъ. Пассивныя движенія нерѣдко сопровождаются рефлекторнымъ дрожаніемъ. У старшихъ дѣтей ясно выражена чрезмѣрная чувствительность къ свѣту и шуму. Дермографизмъ, какъ при всѣхъ менингитахъ, большею частью весьма ясенъ.

Рефлексы отнюдь не представляютъ закономѣрнаго отношенія; кожный рефлексъ въ первое время бываетъ часто повышенъ. Признакъ Кернига почти всегда имѣется налицо и у старшихъ дѣтей



Рис. 87. Meningitis cerebrospinalis epidemica (ригидность затылка). (Наблюденіе изъ дѣтской больницы Gisela въ Мюнхенѣ).

важенъ въ діагностическомъ отношеніи; то же нужно сказать о затылочномъ симптомѣ Brudzinsk'aro.

Судорожные приступы играютъ въ картинѣ болѣзни незначительную роль за исключеніемъ начальныхъ судорогъ; въ позднѣйшемъ теченіи общія судороги часто представляютъ роковой признакъ. Тоническая ригидность отдѣльныхъ частей мышцъ встрѣчается чаще, иногда наблюдаются подергиванія въ области лицевого нерва и глазныхъ мышцъ. Косоглазіе и разница зрачковъ встрѣчаются временами; параличи въ области глазныхъ мышцъ, въ противоположность, напр., туберкулезному менингиту, рѣдки; другіе параличи наблюдаются также лишь въ отдѣльныхъ случаяхъ (лицевого, подъязычнаго нерва, параллелія ногъ).

Въ заключеніе напомнимъ еще о томъ, что родничокъ представляетъ типическія явленія; онъ напряженъ и нерѣдко выпяченъ, у грудныхъ дѣтей съ мало выраженными симптомами это—крайне важный признакъ.

Жидкость при поясничномъ проколѣ всегда мутна, иногда густо гнойна или слизиста, такъ что даже не вытекаетъ. Тогда находятъ экссудатъ только въ полости иглы. Точное изслѣдованіе, всегда обнаруживаетъ повышенное содержаніе бѣлка, большею частью отрицательную Trommer'овскую пробу; при микроскопическомъ из-

слѣдованіи находятъ массы полиморфно-ядерныхъ лейкоцитовъ, иногда лишь отдѣльные, въ другихъ случаяхъ—въ большомъ количествѣ типичные булочнообразные, обезцвѣчивающіеся по Gram'у, диплококки, отчасти внѣклеточно, отчасти внутриклеточно (патогенно).—Въ случаяхъ, оканчивающихся выздоровленіемъ, жидкость прокола становится постепенно прозрачнѣе, но спустя нѣсколько мѣсяцевъ можно находить еще лейкоциты и повышенное содержаніе бѣлка, рѣже менингококки.

### Осложненія и послѣдовательныя болѣзни.

Доброкачественнымъ осложненіемъ являются ревматоиды, болѣзненные одно- или многосуставныя опуханія суставовъ; они обыкновенно сами собою исчезаютъ спустя нѣсколько дней, хотя наблюдается и образованіе нарывовъ.

Часты и весьма серьезны осложненія со стороны органовъ чувствъ, глазъ и ушей; атрофія зрительнаго нерва, кератитъ и средній отитъ могутъ быть скорѣе послѣдствіями менингита; напротивъ, существуютъ нѣкоторыя, особенно губельныя осложненія, которыя, вѣроятно, должны считаться за первичныя метастазы менингококковой септицеміи, вполне отъ нея зависящія. Они развиваются обыкновенно уже въ началѣ заболѣванія—мы говоримъ о паноптальміи, иритѣ и иридоциклитѣ, появляющихся большею частью съ одной стороны и часто ведущихъ за собой слѣпоту соотвѣтственнаго глаза.

Заболѣванія внутренняго уха (лабиринта) появляются большею частью уже въ первую недѣлю болѣзни; они встрѣчаются и при легкихъ менингеальныхъ заболѣваніяхъ, всегда двухсторонни и обуславливаютъ въ легкихъ случаяхъ субъективные шумы въ ушахъ и явленія головокруженія, а въ тяжелыхъ—полную глухоту (у маленькихъ дѣтей—даже глухонѣмоту).

Эмпіема плевры, эндокардитъ, перикардитъ представляютъ гораздо болѣе рѣдкія осложненія.

Напротивъ, хроническая головная водянка есть довольно частая и весьма важная послѣдовательная болѣзнь. Уже во время менингита можетъ обнаружиться острая головная водянка. Даже если менингитъ вполне окончился выздоровленіемъ, если жидкость при поясничномъ проколѣ прозрачна и почти свободна отъ бѣлка, черепъ можетъ продолжать расти, и въ концѣ-концовъ получается типическая картина головной водянки съ направленнымъ внизъ и внутрь взглядомъ, спастическимъ состояніемъ конечностей, умственной отсталостью, идиотизмомъ.

### Формы теченія и исходы.

Существуютъ крайне острыя формы (meningitis cerebrospondylitis), ведущія въ нѣсколько часовъ къ смерти; здѣсь дѣло идетъ, очевидно, о случаяхъ наиболее тяжелой менингококковой септицеміи.—Абортивные формы, которыя можно распознать только въ теченіе эпидемій, съ другой стороны, могутъ переходить въ выздоровленіе спустя нѣсколько дней.

Большею частью болѣзнь продолжается недѣли или мѣсяцы, обнаруживая упомянутыя колебанія и ремиссіи, причемъ часто бросается въ глаза то обстоятельство, что смѣна общаго состоянія, нервныхъ и психическихъ явленій не всегда соотвѣтствуетъ колебаніямъ темпе-

ратуры. Выздоровление может считаться обеспеченным лишь в томъ случаѣ, если не только в течение долгаго времени нѣтъ уже лихорадки, но если возстановилась и нормально развивается психическая сторона. Наклонность къ головнымъ болямъ, раздражительность, слабость памяти остаются впрочемъ на долгое время.

Смерть происходитъ въ тяжелыхъ случаяхъ во время бурныхъ первыхъ дней болѣзни, чаще на 2-й или 3-й недѣлѣ, при явленіяхъ спячки и судорогъ; но и спустя недѣли или даже мѣсяцы можетъ наступить смертельный исходъ, благодаря развивающейся головной водянкѣ при картинѣ давленія на мозгъ или вслѣдствіе крайняго исхуданія и истощенія.

Діагнозъ легокъ лишь въ томъ случаѣ, когда главные симптомы рано выражены; особенно заслуживаютъ вниманія ригидность затылка, чрезмѣрная чувствительность, пузырчатый лишай и нарушение сознания, у грудныхъ дѣтей—повышенное напряженіе родничковъ, иногда дрожаніе послѣ пассивныхъ движеній.—Если діагнозъ менингита обезпеченъ, то отличіе отъ другихъ формъ менингита большею частью легко поставить на основаніи леченія; все же рекомендуется, —не только съ діагностическою цѣлью, но и для выполненія сывороточнаго леченія, если только существуетъ подозрѣніе на эпидемическій менингитъ,—сдѣлать поясничный проколъ, вполне обезпечивающій правильность распознаванія.

Можетъ ввести въ заблужденіе въ первый или второй день крупозная пневмонія верхней доли, которая сопровождается признаками менингита, но здѣсь лишь теченіе можетъ выяснить положеніе дѣла. Тяжелые нервные симптомы, также пузырчатый лишай, сильныя головныя боли не позволяютъ смѣшать менингитъ съ неопасными для жизни желудочно-кишечными заболѣваніями; противъ тифа говоритъ незначительное увеличеніе селезенки и лейкоцитозъ, также (если это бываетъ) бурное начало и пузырчатый лишай; розеола не можетъ быть использована для дифференціальной діагностики. Инфлуэнца можетъ дать подобныя картины, но сознаніе въ большинствѣ случаевъ яснѣе, гиперѣстезія незначительнѣе.—Для отличія отъ полиомієлита можно пользоваться нарушеніемъ сознания въ первые дни и лейкоцитозомъ.—Противъ эклампсіи на тетаноидной почвѣ говорятъ: высокая лихорадка, во время промежутковъ между приступами явленія раздраженія, выпяченный родничокъ, ригидность затылка и т. д. Конечно вполне возможно, что признаки тетаніи (лицевой феноменъ, гальваническая перевозбудимость) могутъ оказаться и у ребенка съ цереброспинальнымъ менингитомъ.

При безвредности и легкой выполнимости поясничнаго прокола именно въ дѣтскомъ возрастѣ этого приѣма не слѣдуетъ пропускать ни въ одномъ сомнительномъ случаѣ.

Предсказаніе отчасти зависитъ отъ *genius epidemicus*; въ общемъ смертность составляетъ около 30—60%. Часть, оставшаяся въ живыхъ, страдаетъ тяжелыми разстройствомъ здоровья, глухотой, слѣпотой, головной водянкой и идиотіей.—Въ отдѣльныхъ случаяхъ ставить прогнозъ можно лишь съ большимъ трудомъ, такъ какъ спустя нѣсколько мѣсяцевъ можетъ наступить или смерть, или полное выздоровленіе, послѣднее — даже при сильно выраженной головной водянкѣ. Долго длящееся нарушеніе сознания, повторяющіеся по окончаніи пер-



выхъ недѣль приступы судорогъ, кровоизліяніе въ кожу считаются неблагоприятными въ прогностическомъ отношеніи.

**Профилактика.** Родители маленькихъ дѣтей должны остерегаться постоянного общенія съ носителями менингококковъ, въ особенности помѣщеній больныхъ менингитомъ и ухода за ними. При больничномъ уходѣ переносы не наблюдались.

**Леченіе.** Покой, тщательный уходъ, поддержаніе хорошаго состоянія питанія достаточной и подходящей пищей имѣютъ наибольшее значеніе. У грудныхъ дѣтей особенно важно вскармливаніе груднымъ молокомъ. Отсутствіе аппетита часто дѣлаетъ необходимыми назначеніе маленькихъ количествъ, ласковое упрашиваніе и т. д., въ нѣкоторыхъ случаяхъ кормленіе черезъ зондъ.—Уходъ долженъ имѣть въ виду также предупрежденіе вторичныхъ зараженій, кашля, пролежней и т. д.

Особыми способами леченія, которые, повидимому, благоприятно дѣйствуютъ, по крайней мѣрѣ въ спорадическихъ случаяхъ, являются горячія ванны и поясничный проколъ.—Ванны по окончаніи первыхъ дней дѣлаются ежедневно 1 или 2 раза (по 37—40° С. = 29,6—32° R. и 10 минутъ, съ послѣдующимъ потѣніемъ) и большею частью хорошо переносятся. Поясничный проколъ выполняется каждые 3—4 дня; смотря по давленію, даютъ вытекать 20—50 куб. см. жидкости. На общія явленія, а также на спеціальныя нервныя симптомы они оказываютъ часто весьма благоприятное вліяніе; въ особенности въ стадіи головной водянки правильно произведенные поясничныя проколы несомнѣнно приносятъ пользу.

Внутрь рекомендуютъ безвредное и, по всей вѣроятности, полезное средство—уротропинъ (ежедневно по 1—3 грм.); его можно давать даже въ теченіе нѣсколькихъ недѣль. При сильныхъ боляхъ могутъ облегчить припадки пирамидонъ, антипиринъ, фенацетинъ въ обычныхъ дозахъ, у старшихъ дѣтей морфій; въ случаѣ надобности—возбуждающія, камфора и т. д.—Пузырь со льдомъ, охлаждающія трубки и т. п. часто неприятны и вызываютъ боли, а потому лучше обходиться безъ нихъ.

**Сывороточное леченіе.** Специфическое леченіе менингококковой сывороткой, повидимому, было примѣняемо съ успѣхомъ въ послѣдніе годы. Flexner'овская сыворотка въ Сѣверной Америкѣ и Kolle-Wassermann'овская въ Германіи, изготовляемая Институтомъ для заразныхъ болѣзней въ Берлинѣ, дали особенно благотворныя результаты, хотя еще невозможно сдѣлать окончательнаго вывода. Сыворотка должна быть впрыскиваема внутривпояснично; подкожное примѣненіе бесполезно. Чѣмъ раньше начинается сывороточное леченіе, тѣмъ лучше, но и въ послѣднемъ стадіи можно достигнуть еще лечебныхъ результатовъ. Техника довольно проста. Сначала выпускаютъ возможно большее количество поясничной жидкости, затѣмъ шприцомъ медленно впрыскиваютъ 10—20—40 куб. см. сыворотки, послѣ чего на короткое время помѣщаютъ тазъ повыше.—Сыворотка должна быть не старше 3 мѣсяцевъ.—Впрыскиванія дѣлаются въ первые 4 дня ежедневно, затѣмъ съ перерывомъ въ нѣсколько дней; если существуютъ лихорадка и другія явленія, если они появляются впослѣдствіи, то такимъ же образомъ дѣлаютъ нѣсколько впрыскиваній; этотъ планъ леченія выполняется, пока всѣ симптомы не исчезнутъ, и пока жидкость не освободится отъ менингококковъ.

Я самъ, на основаніи изученія литературы и нѣкоторыхъ собствен-

ных случаев, решительно вынесъ то впечатлѣніе, что сывороточное леченіе даетъ хорошіе результаты и заслуживаетъ дальнѣйшаго при- мѣненія \*).

### 5. Сывороточный менингитъ. Meningitis serosa.

Сывороточный менингитъ есть остро или подостро протекающее воспаленіе мягкой мозговой оболочки, отличающееся образованіемъ прозрачнаго сывороточнаго выпота.

На трупѣ находятъ лишь отчетное пропитываніе оболочекъ и мозга жидкостью выпота, а также вторичныя послѣдствія увеличенія жидкости: уплощеніе извилинъ, расширеніе желудочковъ при такъ наз. внутреннихъ формахъ. Микроскопически находятъ также воспалительныя измѣненія въ оболочкахъ или въ plexus choroidei, resp. въ эпендимѣ.

Болезнь въ особенности нерѣдко встрѣчается и у грудныхъ (у которыхъ до сихъ поръ она не вполне изучена), и у старшихъ дѣтей. Большею частью она развивается, какъ вторичное заболѣваніе, вслѣдъ за пневмоніей, коклюшемъ, желудочно-кишечными расстройствами, корью, инфлуэнцой и др. заразными болезнями, въ особенности же исходной точкой считается гнойное воспаленіе средняго уха. По всей вѣроятности, сывороточный менингитъ происходитъ благодаря проникновенію весьма скудныхъ или мало вирулентныхъ бактерій въ менингеальное пространство, во многихъ случаяхъ—какъ слѣдствіе вреднаго дѣйствія однихъ токсиновъ.

Клиническія явленія въ грудномъ возрастѣ. У грудныхъ дѣтей возникаютъ картины болезни, при которыхъ преобладаютъ лихорадка и тяжелые эclamптическіе приступы, это—большею частью острые случаи; они могутъ при гиперпиретическихъ температурахъ быстро вести къ смерти (молниеносно протекающая форма, а *oplexia serosa*), или болезнь начинается менѣ бурно, на первомъ планѣ стоятъ больше признаки расстройства сознанія и мозгового давленія, и болезнь по своему теченію можетъ весьма напоминать туберкулезный менингитъ; послѣднія формы основаны главнымъ образомъ на воспаленіяхъ желудочковъ мозга и называются *hydrocephalus acutus*.

Между обѣими формами встрѣчаютъ самые разнообразныя переходы. Лихорадка не обязательна и при судорожныхъ формахъ. Параличи не играютъ большой роли; напротивъ, явленія со стороны зрачка, косоглазіе, особенно спазмъ въ затылкѣ и конечностяхъ (съ повышеніемъ рефлексовъ) часты. Судороги характеризуются большой продолжительностью (онѣ могутъ длиться безъ перерыва по цѣлымъ часамъ и днямъ), а также дикими и пронзительными криками, испускаемыми часто грудными дѣтьми. Большое значеніе имѣетъ состояніе родничка; онъ всегда напряженъ, если дѣло не идетъ о совершенно истощенныхъ грудныхъ дѣтяхъ.

Жидкость отъ поясничнаго прокола, изслѣдованіе которой только и даетъ надежный діагнозъ, большею частью находится подъ весьма значительнымъ давленіемъ; она прозрачна, содержаніе бѣлка

\*.) Подробности о мѣрахъ предупрежденія эпидемическаго менингита и о способахъ леченія противодифтерійной и противострептококковой сывороткой, колларголомъ, пилокарпиномъ, гваяколомъ, наркотическими средствами, горячими ваннами (о которыхъ имѣется рядъ наблюденій именно русскихъ врачей), отвлекающими средствами, йодоватокислымъ натромъ, спорыней, поясничнымъ проколомъ, впрыскиваніемъ обеззараживающихъ веществъ можно найти въ упомянутой монографіи (I. c., стр. 89—108).

Прим. М. Б.

ясно повышено и при стояніи осѣдаетъ, какъ и при туберкулезномъ менингитѣ, свертокъ фибрина. Микроскопически находятъ въ скудномъ количествѣ лимфоциты или лейкоциты, также весьма мало бактерій (инфлуэнцы, кишечныя палочки) или кокки (пневмо-стрепто-стафилококки). Разводка большею частью обнаруживаетъ тѣхъ же возбудителей или остается отрицательной. Палочки бугорчатки, конечно, должны быть исключены съ особенной тщательностью.

**Осложненія и исходы.** Важнѣйшее осложненіе—спазмофильный діатезъ (тетанія). Если у спазмофильнаго ребенка развивается сывороточный менингитъ (напр. вслѣдъ за коклюшемъ), то жизни угрожаетъ частота и сила судорогъ, а также опасность гиперпирексіи.—Изъ другихъ болѣзней излеченію особенно препятствуютъ хроническія разстройства питанія.

Смерть происходитъ въ цѣломъ рядѣ случаевъ въ первые дни, рѣже при подостромъ теченіи.

Выздоровленіе можетъ быть полнымъ, но наблюдаются также переходы въ хроническую готовную водянку, равно какъ болѣе или менѣе выраженныя разстройства интеллекта, замѣчаемая лишь въ школьномъ возрастѣ. Точно также по Quinke наклонность къ новымъ приступамъ остраго выпотѣванія (на ангионевротической почвѣ) можетъ остаться въ теченіе всей жизни; они присоединяются къ травмамъ, перенапряженіямъ, эксцессамъ, заразнымъ болѣзнямъ.

**Симптомы у старшихъ дѣтей** приближаются къ таковымъ у взрослыхъ. Дѣло идетъ о болѣе или менѣе ясно выраженной картинѣ болѣзни, въ которой играютъ роль рвота, головныя боли, явленія мозгового давленія, разстройства зрѣнія (застойный сосокъ, атрофія зрительнаго нерва); такимъ образомъ, можетъ развиваться картина нелокализованной опухоли мозга отъ которой она отличается лишь наклонностью къ выздоровленію послѣ поясничнаго прокола и частыми самопроизвольными улучшеніями. Въ новѣйшее время были описаны также признаки которые, вѣроятно, стоятъ въ связи съ поврежденіемъ шишковидной железы, тучность и недостаточное развитіе полового характера (Goldstein); въ острыхъ случаяхъ картина приближается опять-таки скорѣе къ туберкулезному менингиту, но отличается отъ него часто благоприятнымъ теченіемъ и отсутствіемъ палочекъ въ жидкости поясничнаго прокола.

**Леченіе.** Весьма важно леченіе основного заболѣванія, въ особенности имѣющагося иногда средняго отита (проколъ!). Далѣе, здѣсь, какъ и при другихъ формахъ менингита, примѣняются слѣдующіе способы леченія: втиранія сѣрой мази и горячія ванны даютъ хорошіе результаты, внутрь можно также давать уротропинъ. Важнѣйшимъ способомъ леченія является поясничный проколъ, который повторяютъ нѣсколько разъ. При долго длящейся спячкѣ, кромѣ того, надо испробовать холодныя обливанія въ теплой ваннѣ. При длительныхъ судорогахъ необходимъ хлораль (по 0,5—0,1 грм. на клизму). При подозрѣніи о наследственномъ сифилисѣ показано противосифилитическое леченіе.

Совершенно особаго вниманія заслуживаетъ наличность одновременно существующаго спазмофильнаго діатеза. Здѣсь потогонныя обертыванія всякаго рода противопоказаны въ виду опасности гиперпирексіи, и наряду съ упомянутой выше терапіей надо выполнять діететическое леченіе спазмофіліи по указаннымъ

ниже принципамъ.—При наличности гиперпирексии настоятельно необходимы энергичныя охлажденія водой въ разныхъ формахъ.

### Добавленіе: Менингизмъ. Гидроцефалондъ.

Подъ этимъ названіемъ подразумѣваютъ менингитоподобныя состоянія, не имѣющія однако въ основѣ никакихъ менингитическихъ измѣненій. Дѣло идетъ большею частью объ ограниченномъ симптомокомплексѣ такъ наз. интоксикаціи у дѣтей, страдающихъ болѣзною пищеваренія (см. это), во многихъ случаяхъ сопровождающейся высокой лихорадкой, также о задержкѣ тепла (при такъ наз. лѣтнихъ поносахъ), а у старшихъ дѣтей и о солнечномъ ударѣ. Родничокъ при этихъ состояніяхъ не напряженъ; онъ большею частью глубоко запавшій. Относительно всѣхъ подробностей и леченія мы должны указать на отдѣльн. о пищеварительныхъ разстройствахъ въ грудномъ возрастѣ.

### 6. Наслѣдственно-сифилитическій менингитъ.

Наслѣдственный сифилисъ обусловливаетъ часто лишь микроскопически обнаруживаемый лептоменингитъ, но онъ можетъ вызвать также острое и хроническое воспаленіе мозговыхъ оболочекъ, которое отчасти протекаетъ при картинѣ серознаго, отчасти туберкулезнаго менингита. При всякомъ, въ смыслѣ этиологии, не вполне ясномъ случаѣ въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ настоятельно рекомендуется поэтому леченіе ртутью или іодомъ, что въ особенности необходимо, если имѣются признаки наследственнаго сифилиса, или если Wassermann-реакція даетъ положительный результатъ. Выдѣленіе особенно плотнаго перепонкообразнаго свертка изъ жидкости поясничнаго прокола до нѣкоторой степени характерно для сифилитическаго менингита (Schlesinger).

### 7. Тромбозъ мозговой пазухи.

Тромбозъ мозговой пазухи большею частью на почвѣ общей септицеміи или мѣстнаго зараженія (со стороны уха) не отличается по своему теченію у старшихъ дѣтей отъ теченія его у взрослыхъ. У грудныхъ дѣтей септический флебитъ продольнаго синуса вызываетъ бурную картину съ высокой лихорадкой, спячкой, безпокойствомъ, тоническими судорогами, прерывающимися короткими подергиваніями, ускореніемъ дыханія. Родничокъ выпяченъ. Отеки и мѣстный застои вѣнь весьма рѣдки. Поясничный проколъ можетъ облегчить распознаваніе, если при проколѣ получается буроватая или зеленовато-красная жидкость, дающая при стояннн краснѣй осадокъ (состоящій изъ сморщенныхъ эритроцитовъ) между тѣмъ какъ сама жидкость остается окрашенной въ желтоватый или въ желтовато-бурый цвѣтъ (Finkelstein). Геморрагическій пахименингитъ обнаруживающій подобную же жидкость при проколѣ, представляетъ совершенно другую клиническую картину (см. выше), и протекаетъ, кромѣ того, безъ лихорадки. Исходъ всегда смертельный; лишь при ушныхъ флебитахъ можно иногда достигнуть излеченія оперативнымъ вмѣшательствомъ.

## II. Хроническая головная водянка. Hydrocephalus chronicus.

Подъ названіемъ хронической головной водянки мы понимаемъ всѣ состоянія, при которыхъ происходитъ скопленіе значительно увеличенной въ количествѣ не воспалительной жидкости въ полости черепа. Въ этиологическомъ отношеніи случаи этого страданія разнообразны; клиническія картины однако, настолько сходны, что этиологическій діагнозъ въ отдѣльныхъ случаяхъ зачастую совершенно невозможенъ. По этой причинѣ мы не будемъ отдѣльно разсматривать такъ наз. врожденные и приобретенные случаи.

### 1. Наружная головная водянка.

О наружной головной водянкѣ мы говоримъ, если жидкость собирается внѣ головного мозга, между твердой и

мягкой мозговой оболочкой; эти случаи крайне рѣдки—большую частью дѣло идетъ о послѣдовательныхъ состояніяхъ геморрагическаго пахи-менингита.

Hydrocephalus e vacuo встрѣчается при уклоненіяхъ въ развитіи и сморщиваніи мозговой ткани, благодаря несоотвѣтствію между черепной оболочкой и содержимымъ черепа.

## 2. Внутренняя хроническая головная водянка.

При хронической внутренней головной водянкѣ увеличенная въ количествѣ, невоспалительная жидкость скопляется въ расширенныхъ желудочкахъ мозга.

Этіологія и патогенезъ. О прибрѣтенныхъ случаяхъ мы знаемъ, что большая часть ихъ должна считаться послѣдовательными состояніями менингококковаго менингита, быть можетъ случайно и серознаго. Въ одной части причину можетъ быть препятствіе для оттока жидкости, напр., закупорка Sylvievaго



Рис. 88. Застойная головная водянка при мозговой опухоли. Собственное наблюденіе въ Гейдельбергской дѣтской клиникѣ. (Проф. O. Vierordt).

водопровода, foramina Magendii или Monroi. Въ силу подобныхъ механическихъ моментовъ возникаетъ несомнѣнно во многихъ случаяхъ нерѣдко наблюдаемая вторичная застойная головная водянка при мозговыхъ опухоляхъ у маленькихъ дѣтей. Здѣсь можетъ играть роль и сдавливаніе venae magnae Galeni. Во многихъ случаяхъ процессъ не находитъ, однако, для себя никакого механическаго объясненія; мы даже совершенно не знаемъ, идетъ ли дѣло о затрудненномъ всасываніи или объ увеличенномъ выдѣленіи жидкости, надо ли искать истинное мѣсто болѣзни въ сосудистой оболочкѣ или въ эпандимѣ желудочковъ.—Объ этихъ случаяхъ, поскольку они не менингитическаго происхожденія, мы знаемъ лишь одно, что часть ихъ обязана врожденному предрасположенію, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзнь вполне развита уже во время рожденія; вѣроятно, здѣсь играетъ роль алкоголизмъ родителей. Кровяное родство въ качествѣ причины не доказано. Значительное число прибрѣтенныхъ водяночекъ, а также многіе случаи врожденныхъ имѣютъ связь съ наслѣдственнымъ сифилисомъ. Отношеніе рахита къ легкимъ степенямъ хронической головной водянки весьма вѣроятно, хотя еще не вполне выяснено.

**Патологическая анатомія.** Желудочки большею частью симметрически расширены, сильнѣе всего боковые. Количество скопившейся тамъ жидкости можетъ составлять  $\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{2}$  литра, иногда гораздо больше (до 12 литровъ). Полушарія головного мозга сильнѣе всего измѣнены благодаря внутреннему давленію. При высокихъ степеняхъ все болѣе исчезаетъ нормальный видъ мозговой поверхности, полушарія мозга могутъ представляться въ видѣ двухъ хлюпающихъ пузырей съ весьма тонкими стѣнками. Центральные узлы и малый мозгъ страдаютъ отъ сдавливанія или смѣщенія, дно третьяго желудочка выпячивается въ видѣ пузыря и производитъ давленіе на перекрестъ зрительныхъ нервовъ. Пирамидальные пути часто повреждены (замедленное развитіе или вторичное перерожденіе). Оболочки, эпендима и сосудистыя сплетенія представляютъ воспалительныя измѣненія или остатки, но отнюдь не постоянно. Кости черепа большею частью значительно увеличены и болѣе или менѣе атрофированы. Другія уродства часто встрѣчаются при врожденной головной водянкѣ; важнѣе всего сочетание со *spina bifida*.

**Клиническая картина.** Сильныя степени хронической головной водянки на 1-мъ или 2-мъ году жизни представляютъ приблизительно слѣдующій симптомокомплексъ.

Огромная голова сразу обращаетъ на себя вниманіе. Ея окружность превосходитъ значительно окружность грудной клѣтки, достигая 60—70 см.; между тонкими, торчащими вверхъ волосами просвѣчиваютъ извивающіяся по направленію къ вискамъ и къ корню носа сильно расширенныя синія вены, которыя при крикѣ напрягаются въ видѣ рельефныхъ тяжей (рис. 88).

Поразительно несоотвѣтствіе между черепомъ и лицомъ; послѣднее мало и нѣжно, расширяется въ направленіи къ глазницамъ и приближается къ треугольной формѣ, которая благодаря огромному черепу съ его круглымъ сводомъ расширяется въ видѣ груши. Отъ границы волосъ до корня носа можно измѣрить столько же см., сколько отъ корня носа до подбородка. Самый корень носа широкъ, глазницы раздвинуты. Уши торчатъ почти на головѣ, наружный слуховой проходъ превращенъ въ горизонтально расположенную щель. Роднички расширены до максимума и выпячиваются въ видѣ подушки; вмѣсто швовъ наблюдають широкіе каналы; лобная кость зияетъ вплоть до *glabella*. Виски представляютъ полушаровидныя выпячиванія, благодаря появленію боковыхъ родничковъ вслѣдствіе раздвиганія черепныхъ костей.

Глаза конвергируютъ и отклонены книзу. Широкіе, плохо или мало реагирующіе зрачки отчасти покрыты нижнимъ вѣкомъ. Большая часть склеры видна между верхнимъ вѣкомъ и радужной оболочки и жутко просвѣчиваетъ бѣлымъ цвѣтомъ на безобразномъ лицѣ.—Ребенокъ ласково отзывается на дружеское обращеніе къ нему, весело встрѣчаетъ своихъ нянь, даже поворачиваетъ голову по направленію къ



Рис. 89. Хроническая внутренняя головная водянка, 10-мѣсячный ребенокъ. Начало заболѣванія въ первые мѣсяцы жизни. Грушевидная форма головы. Нистагмъ. Косое положеніе слухового хода. Застойные соски. Прозрачность черепа. Собственное наблюденіе въ Гейдельбергской дѣтской клиникѣ. (Проф. O. Vierordt).

нимъ; при этомъ замѣчается горизонтальный нистагмъ; головки онъ повернуть не можетъ; она лежитъ какъ неподвижная масса, къ которой приставлено маленькое тѣльце.

Если ребенокъ возбуждается, то онъ сильно кричитъ, лицо его сильно сморщивается, замѣтные во время покоя спазмы конечностей становятся особенно ясными во время плача, благодаря легкимъ атактическимъ и сопровождающимъ движеніямъ. Рефлексы, въ особенности на ногахъ, повышены.—Ребенокъ пьетъ изъ рожка хорошо и быстро, пищевареніе его также исправно, но почти ежедневно 1 или 2 раза въ день онъ срыгиваетъ часть пищи безъ значительнаго нарушенія общаго состоянія.

**Отдѣльные признаки и теченіе.** Начало болѣзни можетъ приходиться на любой возрастъ; въ громадномъ большинствѣ случаевъ страданіе это наблюдается въ первые два года жизни. Если ребенокъ рождается съ большой головой, то послѣдняя можетъ представить значительное препятствіе при родахъ; но часто дѣти даже тамъ, гдѣ несомнѣнно имѣется врожденная почва для заболѣванія, сначала, повидимому, здоровы. Лишь постепенно вслѣдъ за періодомъ плохо идущаго развитія наблюдается увеличеніе черепа, которое обыкновенно обнаруживается уже на первомъ году жизни.

Формы, слѣдующія за менингитомъ, развиваются постепенно изъ гидроцефалическаго стадія эпидемическаго воспаленія мозговыхъ оболочекъ. Повышенное содержаніе бѣлка въ жидкости мозга вначалѣ указываетъ на воспалительное происхожденіе заболѣванія.

Ростъ черепа, который, точно такъ же, какъ остановка въ ростѣ, можетъ быть опредѣленъ лишь правильными сравнительными измѣреніями окружности на уровнѣ висковъ и другихъ черепныхъ размѣровъ, развивается обыкновенно въ умѣренной степени, но замѣчается еженедѣльное увеличеніе окружности на уровнѣ висковъ на 1—1,5 см.; у дѣтей на 2—3 году жизни родничокъ не закрывается, и швы могутъ снова разойтись.

Форма черепа большею частью круглая, шарообразная; при высокихъ степеняхъ встрѣчаются боковыя выпячиванія въ теменной и височной областяхъ, возникаетъ грушевидная форма, а также сильное выпячиваніе лобныхъ костей, горизонтальное положеніе чешуи затылочной кости. Механическія вліянія при лежаніи въ постели могутъ дать черепу асимметрическую форму, вызвать уплощеніе затылочной кости и т. д. Кости черепа большею частью сильно увеличены, размягчены на краяхъ и легко сдавливаются на-подобіе пергамента.

Описанное выше положеніе глазъ встрѣчается весьма часто; оно очень типично и иногда представляетъ ранній симптомъ; причины его еще не вполне ясно установлены. Во многихъ случаяхъ, можетъ быть, играетъ роль уплощеніе костнаго покрова глазной впадины. Нистагмъ и косоглазіе часты; зрачки обыкновенно ненормально широки и лишь изрѣдка имѣютъ одинаковую величину. Невритъ зрительнаго нерва и атрофія его тѣмъ чаще, чѣмъ старше ребенокъ.

Ригидность затылка, опистотонусъ нерѣдки, особенно въ случаяхъ, развивающихся послѣ менингита.—Спастическія состоянія и повышеніе рефлексовъ на ногахъ являются почти правиломъ и могутъ быть раннимъ припадкомъ. Встрѣчаются также спазмы приводящихъ мышцъ, перекрещиваніе ногъ; параличи рѣдки.

На рукахъ часто замѣчаютъ атаксію и дрожаніе, иногда своеобраз-

ныя стереотипныя положенія (вертикальное подниманіе руки со сжатъмъ кулакомъ и т. д.).

Судорожныя припадки эclamптического характера всегда встрѣчаются у маленькихъ дѣтей, но они не особенно часты и могутъ отсутствовать даже въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ.

Психическія функціи въ легкихъ случаяхъ, съ пріостановившимся процессомъ, не всегда нарушены, иногда даже поразительно хорошо развиты; но большею частью имѣется слабоуміе или идиотизмъ отъ самыхъ легкихъ до самыхъ тяжелыхъ его степеней. Рѣчь и способность хожденія развиваются весьма поздно; походка большею частью спастическая, тяжеловѣсная.

Физическое развитіе грудныхъ дѣтей часто блестящее, но при искусственномъ вскармливаниі питаніе такихъ дѣтей встрѣчаетъ значительныя затрудненія. Рвота встрѣчается часто, иногда бываетъ періодической. Прорѣзываніе зубовъ большею частью замедлено.

Цереброспинальная жидкость, получаемая проколомъ поясничнаго канала или желудочковъ, прозрачна какъ вода, иногда слегка зеленовата или желтовата и совершенно прозрачна, содержитъ лишь немного бѣлка (меньше 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, весьма скудное количество форменныхъ элементовъ; давленіе при поясничномъ проколѣ значительно повышено (большею частью свыше 20,0 Hg), но лишь въ томъ случаѣ, если сохранено сообщеніе между желудочками и подпаутиннымъ пространствомъ; при противоположныхъ условіяхъ вытекаетъ небольшое количество жидкости, а напряженіе родничковъ не измѣняется. Жидкость часто поразительно быстро возобновляется, даже если удаляются сразу большія ея количества, 250 куб. см. и больше.

**Исходы:** остановка можетъ произойти въ любомъ стадіи заболѣванія; лишь рѣдко можно говорить о выздоровленіи; большею частью остаются упомянутыя соматическія и интеллектуальныя уклоненія. Естественное выздоровленіе, выхожденіе жидкости послѣ травмы черезъ носъ, глаза и ухо крайне рѣдки.

Смерть большею частью обусловливается присоединяющимися заболѣваніями (флегмоны вслѣдствіе пролежней и т. д.) или расстройствами питанія, она иногда наступаетъ благодаря оперативнымъ вмѣшательствамъ, которыя примѣняются для улучшенія отчаяннаго состоянія.

**Хроническая головная водянка старшихъ дѣтей.** Съ окончательнымъ закрытіемъ швовъ и родничковъ возникаетъ значительное препятствіе для нормальнаго роста черепа. Благодаря этому, клиническая картина головной водянки въ позднѣйшемъ дѣтскомъ возрастѣ получаетъ совершенно другой видъ. Явленія сдавливанія гораздо губительнѣе и выступаютъ на первый планъ; черепъ дѣликомъ растетъ большею частью несоразмѣрно быстро, такъ что измѣреніе окружности головы при опредѣленіи болѣзненнаго состоянія можетъ въ значительной степени способствовать распознаванію. Постепенные переходы близко ставятъ эти формы къ серознымъ менингитамъ старшихъ дѣтей.

Симптомы обыкновенно начинаются съ расстройствъ зрѣнія и ходьбы. Гораздо чаще, чѣмъ у грудныхъ дѣтей, происходитъ атрофія зрительнаго нерва, начинающаяся двухсторонней геміанопсіей и часто быстро ведущая къ слѣпотѣ; къ этому присоединяются еще легкіе или тяжелые спазмы въ ногахъ, повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ и рефлекса Ахиллова сухожилія. Можетъ возникнуть и типическая картина Little'вской болѣзни. Часто появляются крайне сильныя головныя боли, кото-



рья, продолжаясь нѣсколько дней въ видѣ припадковъ, могутъ снова исчезнуть; головокруженіе, рвота, шумъ въ ушахъ, параличи головныхъ нервовъ, въ рѣдкихъ случаяхъ дрожаніе и мозжечковая атаксія дополняютъ картину болѣзни. Наконецъ, развивается состояніе нарушенія сознанія и потеря его, однимъ словомъ, все теченіе можетъ въ высокой степени напоминать мозговую опухоль, отъ которой оно отличается только сильнымъ ростомъ черепа, а иногда—довольно длинными промежутками интермиссій.—Въ другихъ случаяхъ могутъ господствовать въ картинѣ болѣзни паучевидныя судороги съ возрастающимъ слабоуміемъ, такъ что скорѣе можно думать о настоящей паучей.

**Распознаваніе.** Вполнѣ выраженная головная водянка можетъ быть легко распознана, а начинающаяся часто съ трудомъ поддается діагнозу; слѣдуетъ остерегаться преждевременно пугать родителей распознаваніемъ, а также всегда не мѣшаетъ обращать вниманіе на форму черепа у родителей, чтобы не попасть въ заблужденіе и не признать за болѣзнь наслѣдственную большую голову. Ранніе симптомы: своеобразное направленіе взгляда и повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ. У недоношенныхъ дѣтей надо быть особенно осторожнымъ съ распознаваніемъ; здѣсь часто находятъ все симптомы при отсутствіи головной водянки; прогрессированіе въ ростѣ черепа всегда имѣетъ особенное значеніе, но важны также и абсолютныя цифры окружности на высотѣ висковъ. Они составляютъ у нормального ребенка 1 мѣсяца 35,5 см., въ возрастѣ 3 мѣсяцевъ 41 см., 6 мѣсяцевъ 43 см., на первомъ году 46 см., на второмъ году 48 см., на 7 году 51 см., на 11 году 52 см.

Для распознаванія врожденной головной водянки важно установить наличность другихъ разстройствъ.

Сифилитическая головная водянка большею частью остается въ умѣренныхъ границахъ и часто отличается скафоцефалической формой головы. Всегда необходимо сдѣлать Wassermann'овскую реакцію съ кровяной сывороткой ребенка.

Незначительное давленіе жидкости поясничнаго прокола и быстрое прекращеніе оттока при другихъ признакахъ головной водянки доказываютъ наличность первичной или вторичной закупорки желудочковъ.

**Отличительное распознаваніе.** Мозговая опухоль съ застойной водянкой часто не поддается распознаванію. Ранній невритъ зрительнаго нерва или атрофія зрительныхъ нервовъ при головной водянкѣ на первомъ году жизни говорятъ скорѣе за мозговую опухоль.

Рахитическій черепъ большею частью четырехугольный, часто представляетъ разрозненія надкостницы на черепныхъ костяхъ, роднички мало напряжены, абсолютная величина черепа большею частью лишь незначительно увеличена; остальная нервная явленія отсутствуютъ. Головная водянка часто сочетается съ рахитомъ, что не должно быть удивительно при частотѣ послѣдняго; повидимому, существуетъ даже настоящая рахитическая головная водянка, которая всегда остается въ незначительныхъ предѣлахъ и доброкачественна \*).

\*) Чисто рахитическая водянка головы несомнѣнно бываетъ, и возникаетъ она на почвѣ нарушеннаго кровообращенія въ черепной полости. Если англійская болѣзнь способна поражать не только отдѣльныя части скелета, но даже отдѣльные участки одной и той же кости, то почему отъ нея застрахованы костные каналы, посрединѣ которыхъ идутъ къ мозгу артеріальные и венозные сосуды? Въ результатѣ расширенія или суженія отверстій будетъ то арте-

Менингитъ отличается лихорадкой и высокимъ содержаніемъ бѣлка въ жидкости поясничнаго прокола, содержаніемъ фибрина, форменныхъ элементовъ и бактерій. О распознаваніи геморрагическаго пахименингита отъ головной водянки все необходимое сказано выше.

**Предсказаніе** въ общемъ довольно неблагоприятно. Излеченіе наблюдается большею частью при формахъ сифилитической и слѣдующей за менингитами. Съ помощью систематическихъ измѣреній черепа можно лучше всего опредѣлить, существуетъ ли склонность къ выздоровленію или нѣтъ.

**Леченіе.** Главнымъ образомъ показано противосифилитическое леченіе вездѣ, гдѣ удастся установить сифилитическую этиологію, или гдѣ есть на нее хотя бы отдаленный намекъ. Въ теченіе цѣлыхъ недѣль производятся втиранія ртути; кромѣ того, даютъ іодистый калий (по 0,25 въ день) на протяженіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Данныхъ къ примѣненію сальварзана пока еще нѣтъ. Кромѣ того, надо производить правильнымъ образомъ поясничные проколы согласно ниже приводимымъ указаніямъ.

Поясничные проколы въ большинствѣ случаевъ даютъ успѣхъ, особенно при слѣдующихъ за менингитами формахъ. Повторяютъ ихъ каждыя 3—6 недѣль, удаляя каждый разъ 20—50 куб. см. Въ случаѣ надобности приходится дѣлать проколъ 30—50 разъ и даже чаще въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ.

Проколъ желудочковъ легко выполнить черезъ открытые роднички; къ нему приходится прибѣгнуть въ томъ случаѣ, если при поясничномъ проколѣ не удастся достигнуть большого оттока жидкости.

Для продолжительнаго дренажа желудочковъ предложень рядъ хирургическихъ способовъ (дренажъ подъ *dalea*, скарификація твердой мозговой оболочки послѣ трепанациі затылочной кости и т. д.). Наиболѣе интересные опыты принадлежатъ Раугу и состоятъ въ свободной пересадкѣ кровяныхъ сосудовъ въ качествѣ дренажа желудочковъ по направленію къ пазухамъ или шейнымъ венамъ. Но до настоящаго времени результаты всѣхъ этихъ хирургическихъ вмѣшательствъ мало удовлетворяютъ; наиболѣе обезпечиваетъ успѣхъ сравнительно простой способъ прокола ствола мозга (Anton, Braun). Если болѣзнь далеко зашла впередъ, то гуманнѣе будетъ не предпринимать ничего такого, что могло бы служить къ продолженію жизни, ибо утерянныя мозговья функціи не возвращаются.

Питаніе (по возможности женское молоко у грудныхъ дѣтей) и уходъ должны быть весьма тщательными. Пролежни на черепѣ должны бы всегда обращать вниманіе на грозящую опасность. Въ случаяхъ излеченія стараются усилить подвижность конечностей массажемъ и горячими ваннами. Слабоуміе и идиотизмъ лечатъ врачебно-педагогическими способами.

### 3. Гидранцефалія.

Подъ этимъ названіемъ подразумѣваютъ отчасти уродства развитія мозга, сопровождающіяся *hydrocephalus e vasio*, отчасти особую форму врожденной головной водянки, которая обусловлена раннимъ зародышевымъ разстройствомъ развитія; полушарія большого мозга превращены въ тонкостѣнные мѣшки, но черепъ не увеличенъ или увеличенъ лишь незначительно, даже можетъ быть

риальная, то венозная гиперемія. И та, и другая могутъ обусловливать усиленныя скопленія жидкости и давать клиническія явленія, характерныя для *hydrocephalus*.

Прим. ред.

уменьшенъ (микрогидроцефалія). Эту форму головной водянки можно предполагать въ томъ случаѣ, если боковые рожнички зіяютъ; ее можно распознавать съ увѣренностью, если удастся доказать, что голова прозрачна, т. е., что она въ темной комнатѣ свѣтится краснымъ свѣтомъ при помѣщеніи свѣчки позади нея (Strasburger).

### III. Задержки развитія.

#### 1. Грубая уродства мозга.

Въ практическомъ отношеніи они имѣютъ мало значенія; наиболѣе частыми формами являются ацефалія, анэнцефалія, гемифацефалія, аринэнцефалія <sup>1)</sup>, циклопія, отсутствіе мозгового ствола. Аплазія мозжечка и порэнцефалія будутъ

упомянуты въ отдѣлѣ наследственной атаксіи и церебральнаго дѣтскаго паралича. Врожденная головная водянка и гидранэнцефалія были уже описаны. Идіотія будетъ изложена въ отдѣлѣ психозовъ.

#### 2. Микроцефалія.

Мы говоримъ о микроцефаліи, когда величина черепа и его содержимое въ значительной мѣрѣ отстаютъ сравнительно съ нормой. Она почти всегда основана на внутриутробныхъ разстройствахъ плода; дѣло идетъ о чистыхъ задержкахъ развитія (*microcephalia vera* — *Giacomini*).— Здѣсь часто находятъ ненормальный типъ извилинь, макрогирию и т. д., или же зародышевый мозгъ весь поврежденъ и сморщенъ, благодаря воспалительнымъ или сосудистымъ пораженіямъ (псевдомикроцефалія). Последняя группа микроцефаліи принадлежитъ къ категоріи предродовыхъ мозговыхъ параличей и будетъ упомянута въ отдѣлѣ мозговыхъ диплегій. Она представляетъ обыкновенное явленіе ригидности съ параличами или безъ



Рис. 90. Микроцефалическая идіотія. Наблюденіе проф. Pfaunder'a. (Мюнхенская дѣтская клиника).

нихъ, атетозъ и т. д. напротивъ, истинные микроцефалы всегда весьма подвижны и живы. Обѣимъ формамъ присуща большею частью весьма значительная степень идіотіи и своеобразная форма черепа. Маленькая голова съ покатымъ лбомъ въ соединеніи съ особенно сильно развитымъ подчасъ носомъ напоминаетъ птичье лицо. Черепъ можетъ при рожденіи представлять еще обычные размѣры, но затѣмъ род-

<sup>1)</sup> «Безносоголовіе».

нички быстро закрываются, швы выступают въ видѣ выдающихся валиковъ. Лечебнаго дѣйствія на микроцефалію оказать нельзя.

### 3. Spina bifida (Rachischisis) и Cephalocele.

*Spina bifida* или *rachischisis*—врожденное образование щели въ позвоночномъ каналѣ, сочетающееся часто съ грыжеобразнымъ выпячиваніемъ мозговыхъ оболочекъ или вещества спинного мозга.

Шарообразная или яйцевидная опухоль сидитъ на широкомъ основаніи или на ножкѣ большею частью какъ разъ по средней линіи спины, чаще всего въ поясничной или крестцовой области, но также нерѣдко въ шейной имѣетъ величину отъ волошскаго орѣха до дѣтской головы и всегда напряжена благодаря сильному наполненію цереброспинальной жидкостью. Мы говоримъ о *meningocele*, если участвуютъ въ образованіи грыжи только оболочки, о *meningocystocele*, если центральный каналъ на мѣстѣ щели позвоночника расщепляется въ видѣ выступа, такъ что грудная часть закрытаго спинного мозга



Рис. 91. Spina bifida, meningo myelocele. Area medullo-vasculosa, zona epitheloserosa и dermatica ясно отграничены. Параличъ ногъ, затѣмъ hydrocephalus internus. (Собственное наблюденіе въ дѣтской больницѣ Гизелы, въ Мюнхенѣ).

смѣщена въ мѣшокъ. При наиболѣе тяжелой формѣ страданія, *myelocele* и *meningo myelocele*, самый мозгъ участвуетъ въ образованіи щели, на верхушкѣ опухоли онъ представляется обнаженнымъ. Тогда можно видѣть три слоя; посрединѣ темно-красный, напоминающій грануляцію (*zona medullo-vasculosa*); онъ соотвѣтствуетъ спинному мозгу и отсюда въ глубину идутъ атрофированные нервы; въ периферіи отъ него находится пузыреобразная тонкая, сѣвратоблестящая перепонка (*zona epitheloserosa*), соотвѣтствующая мягкой оболочкѣ спинного мозга; затѣмъ *zona dermatica*, обтянутая нормальной кожей и покрывающая опухоль, начиная съ ея основанія на различномъ протяженіи.—*Cephalocele* есть такое же выпячиваніе содержимаго черепа черезъ строго ограниченные дефекты въ немъ; оно лежитъ на затылкѣ или у корня носа и содержитъ выпавшія мозговья массы; часто въ опухоль выпяченъ мозговой желудочекъ (*encephalocystocele*)—*Spina bifida anterior* называютъ весьма рѣдкое расщепленіе передней стѣнки позвоночнаго канала, ведущей къ образованію опухоли въ направленіи къ тазу.—Весьма часто кромѣ *rachischisis* находятъ и другія уродства аномаліи развитія мозжечка, продолговатаго мозга, косолапость, *pes varus*, *hydrocephalus internus* и т. д. Wieland обратилъ особенное вниманіе на частоту сочетанія съ врожденными отверстіями въ черепѣ, благоприятствующими развитію головной водянки благодаря податливости мягкаго черепа.

**Симптомы** различны, смотря по расположенію и содержимому опухоли. Часто находятъ параличи сфинктеровъ, выпячиваніе задне-проходной области, далѣе, болѣе или менѣе выраженные параличи, разстройства чувствительности, уродства въ области нижнихъ конеч-

ностей, также въ мышцахъ живота.—Если дѣти остаются живы, то опухоль можетъ покрыться кожей. Смерть происходитъ часто въ первые недѣли жизни отъ гнойнаго менингита, зараженія кожи, мочевыхъ путей и т. д.

**Распознаваніе** можетъ представлять затрудненія лишь въ томъ случаѣ, если опухоль совершенно покрыта кожей. Липомы, тератомы, туберкулезные абсцессы также встрѣчаются посрединѣ спины; въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣло рѣшается пробнымъ проколомъ; при *spina bifida* часто можно ясно прощупать щель въ позвоночникѣ, а также произвести частичное вправленіе опухоли легкимъ давленіемъ.

**Лечение** хирургическое; оно даетъ блестящіе результаты при чистыхъ *meningocoele*. Гдѣ имѣются тяжелые параличи, тамъ врачъ не оказываетъ ни родителямъ, ни самому ребенку услуги, если примѣняетъ всевозможныя средства для поддержанія жизни. Здѣсь нерѣдко по удаленіи опухоли развивается внутренняя головная водянка.

### *Spina bifida occulta.*

Такъ мы называемъ важныя въ діагностическомъ и терапевтическомъ отношеніи случаи безъ образованія опухоли; болѣзнь почти всегда располагается въ поясничной области; ея мѣсто можетъ давать о себѣ знать плоскимъ подушкообразнымъ выпячиваніемъ, особенно же часто ненормальнымъ покрытіемъ волосами, въ нѣкоторыхъ случаяхъ рубцами, свищеобразнымъ втягиваніемъ крест-



Рис. 92. *Spina bifida occulta*. Удвоеніе спинного мозга. *Pes varus*. (Собственное наблюденіе въ дѣтской больницѣ Гизелы въ Мюнхенѣ).



Рис. 93. Черепъ въ формѣ башни, атрофія зрительныхъ нервовъ и незначительный двусторонній птозъ. (Собственное наблюденіе въ дѣтской больницѣ Гизелы въ Мюнхенѣ).

цово-копчиковой области. Во многихъ случаяхъ наблюдаютъ также искривленія позвоночника.

Точнымъ ощупываніемъ, а въ случаяхъ сомнѣнія съ помощью *Röntgen*-'овской картины можно поставить діагнозъ. Даже тамъ, гдѣ нѣтъ прощупывае-

мышь отверстій въ костяхъ, могутъ быть уродства крестца и нижняго отдѣла спинного мозга (myelodysplasia по Fuchs'y).

Иногда одновременно наблюдаютъ pes vagus и другія уродства ногъ, синдактилію, pes valgus и т. д.

Симптомы болѣзни состоятъ въ боляхъ и легкихъ симметрическихъ параличахъ стопы (pes vagus и valgus) и въ особенности въ расстройствахъ со стороны сфинктеровъ, недержание мочи (enuresis incontinentia), капаніе мочи. Часто находятъ также на ногахъ или на стопѣ анестетическіе пояса, дающіе поводъ къ развитію язвъ (mal perforant). Отчасти имѣются также аномаліи кожи, сухожильныхъ рефлексовъ на брюшныхъ стѣнкахъ и на ногахъ. Расстройства часто развиваются лишь въ позднѣйшемъ дѣтскомъ возрастѣ, даже по окончаніи періода полового созрѣванія и легко распознаются. Такое позднее наступленіе развитія связано несомнѣнно съ растяженіемъ соединительныхъ тяжей между спиннымъ мозгомъ и кожей, вызываемымъ продвиганіемъ вверхъ конца спинного мозга въ позвоночный каналъ растущаго организма (Katzenstein).

Леченіе. Оперативное устраненіе тяжей и производящихъ давленіе фиброзныхъ пластинокъ.

#### 4. Гипертрофія мозга.

Врожденная ненормальная массивность и тяжесть головного мозга, рѣдко, далеко не однородное заболѣваніе, которое можетъ представлять картину, сходную съ хронической головной водянки; симптомами могутъ отсутствовать или проявляться лишь по закрытіи родничковъ (судороги, спячка и т. д.). Типически для головной водянки положенія глазъ не бываетъ. Обильное вытеканіе жидкости при поясничномъ проколѣ говоритъ противъ гипертрофіи мозга.

#### 5. Черепъ въ формѣ башни (Pyrgocephalus).

Подъ названіемъ pyrgocephalus или черепа въ формѣ башни подразумеваютъ своеобразное уродство, выражающееся крутымъ стояніемъ черепныхъ костей и затылочной кости при высокомъ, отклоненномъ къзади лбѣ. Весь черепъ выглядитъ такъ, какъ-будто бы росъ кверху (рис. 83).

Основаніе черепа при этомъ часто узко, швы, особенно стрѣловидный, прощупываются въ видѣ валикообразныхъ выступовъ, область большого родничка выступаетъ особенно рѣзко.

Окружность черепа и величина его въ общемъ могутъ быть нормальны, даже малы. Признаки рахита не обязательны. Это своеобразное и не рѣдкое образованіе черепа сочетается часто съ расстройствами зрѣнія и пучеглазіемъ. Часто одновременно существуютъ аденонидныя разрошенія носоглоточнаго пространства. Расстройства зрѣнія обуславливаются атрофіей зрительнаго нерва; кромѣ того, часто наблюдается нистагмъ, недостаточная реакція зрачковъ и своеобразныя двигательныя расстройства, а именно—некоординированныя глазныя движенія. Расстройства зрѣнія большею частью медленно прогрессируютъ. Они обыкновенно появляются лишь по окончаніи первыхъ лѣтъ жизни, но могутъ внезапно вести къ амаврозу. Мальчики гораздо чаще поражаются этой болѣзью, о значеніи которой еще нѣтъ ясныхъ данныхъ. Причину расстройства зрительнаго нерва предполагаютъ отчасти во внутречерепномъ повышеніи давленія, отчасти въ непосредственномъ сдавленіи благодаря ненормальной формѣ зрительнаго отверстия; для цѣлага ряда случаевъ, повидимому, имѣетъ значеніе хроническій менингитъ основанія.—Леченію болѣзни пока не поддается.

#### 6. Врожденные дефекты функцій двигательныхъ черепныхъ нервовъ.

(Врожденная аплазія ядеръ, недостатокъ ядеръ, дѣтское исчезаніе ядеръ).

Въ области иннервации черепныхъ нервовъ, особенно нервовъ, снабжающихъ наружныя мышцы глаза, а также лицевого, рѣже подъязычнаго, встрѣчаются въ самыхъ разнообразныхъ сочетаніяхъ врожденные параличи; чаще всего односторонній или двусторонній птозъ, параличъ лицевого и отводящаго нерва. Въ связи съ такими параличами описано отсутствіе слезоотдѣленія. Положеніе глазнаго яблока нормально, даже при одностороннихъ параличахъ

отводящаго нерва; не встрѣчается и двоеніе зрѣнія. При птозѣ часто наблюдаютъ, что вѣко приподымается при открываніи рта. Эти параличи почти всегда остаются стационарными; они часто наблюдаются у братьевъ и сестеръ или во многихъ поколѣніяхъ. Иногда съ другими уродствами на тѣлѣ.



Рис. 94. Врожденный птоз слѣва, высокое стояніе лѣвой брови. (Собственное наблюденіе въ дѣтской больницѣ Гизелы въ Мюнхенѣ).

Здѣсь дѣло отчасти идетъ объ аплазии отдѣльныхъ двигательныхъ ядеръ въ продолговатомъ мозгу (Möbius, Heubner). Часть случаевъ основана, несомнѣнно, и на другой почвѣ, на недостаточномъ развитіи периферическихъ нервовъ, особенно на врожденныхъ дефектахъ отдѣльныхъ мышцъ: это относится, главнымъ образомъ, къ глазнымъ мышцамъ.

Распознаваніе легко, но большей частью нельзя составить точнаго представленія о сущности заболѣванія, происходитъ ли оно вслѣдствіе недостатка ядеръ или благодаря мышечной аплазии. Не всегда также удается отличить отъ этой болѣзни параличи, приобретенные въ раннемъ дѣтствѣ, напр., лицевые параличи вслѣдствіе травмы при родахъ.

### 7. Врожденные дефекты мышцъ.

Врожденные дефекты нѣкоторыхъ мышцъ встрѣчаются не слишкомъ рѣдко. Чаще всего замѣчается дефектъ грудной мышцы, рѣже отсутствуютъ *m. scullaris, serratus, quadriceps*. Часть врожденныхъ дефектовъ функций въ области черепныхъ нервовъ (такъ назыв. отсутствіе ядеръ) также основана на мышечныхъ аплазіяхъ. Иногда у ребенка могутъ отсутствовать нѣсколько мышцъ; при этомъ характерно, что дефектъ можетъ не быть двустороннимъ, симметричнымъ. Одновременно наблюдаются другія уродства. При отсутствіи грудной мышцы часто находятъ на той же сторонѣ груди или на рукѣ пороки развитія (врожденное высокое стояніе плеча, малое развитіе грудной железы, дефекты реберъ, образование перепонки между пальцами рукъ и т. д.). Функциональныя разстройства въ общемъ незначительны.

### 8. Myotonia congenita.

Описанная впервые Орpenheim'омъ врожденная мышечная атонія отличается вялостью и слабостью, даже отсутствіемъ самопроизвольныхъ движеній ногъ, которые, какъ при вяломъ параличѣ, падаютъ на постель; суставы дряблы и могутъ разгибаться больше нормальнаго, руки большею частью поражены незначительно. затылокъ, мозговые нервы, грудобрюшная преграда въ общемъ совсѣмъ пощажены, интеллектъ иногда нѣсколько отсталый. Подколѣнные рефлексы весьма сильно ослаблены или отсутствуютъ, конечности не атрофичны; электрическая возбудимость количественно понижена почти до невозбудимости, но нѣтъ реакціи перерожденія. Болѣзнь поддается медленному улучшенію и проходить.

Вѣроятно, здѣсь дѣло идетъ о замедленномъ развитіи мышцъ при поврежденіи нервной системѣ.

Діагнозъ. Главнымъ образомъ должны быть принимаемы во вниманіе вялость конечностей и миопатія на рахитической почвѣ. Общее пораженіе всѣхъ мышцъ и отношеніе къ электрической возбудимости даетъ возможность исключить полиоміэлитъ и параличи при родахъ.

Леченіе. Тщательный массажъ, также леченіе электричествомъ наряду съ возможно лучшимъ укрѣпленіемъ общаго состоянія \*).

\*) Здѣсь имѣются прямыя показанія къ примѣненію вибраціоннаго массажа, который способствуетъ проложенію новыхъ путей и ускоренію развитія новыхъ иннерваций, какъ объ этомъ свидѣтельствуемъ цѣлый рядъ литературныхъ данныхъ и клиническихъ наблюденій.

#### IV. Мозговые расстройства кровообращения.

**Анемия и гиперемия мозга** въ дѣтскомъ возрастѣ не имѣютъ значенія самостоятельныхъ симптомовъ-комплексовъ. Гдѣ есть основаніе предполагать существованіе одного изъ этихъ состояній, тамъ леченіе совпадаетъ съ леченіемъ основной болѣзни и съ мѣрами, обычными у взрослыхъ. Вкратцѣ упомянемъ о частыхъ дѣтей приступахъ обморочныхъ, которые иногда наблюдаются на почвѣ невротической конституціи. Хронически-гиперемическія состоянія въ области мозговыхъ сосудовъ могутъ вызываться благодаря плохо сшитой одеждѣ, вслѣдствіе запора, употребленія алкоголя, работы при керосиновыхъ лампахъ съ сильнымъ лучеиспусканіемъ; всѣ они проходятъ по устраненіи причинъ.—**Кровоизліянія въ мозгъ у дѣтей** весьма рѣдки; менингеальныя кровоизліянія вскорѣ послѣ родовъ описаны въ отдѣлѣ заболѣваній новорожденныхъ. Помимо этого, встрѣчаются почти только травматическія кровоизліянія, представляющія такіе же симптомы, какъ у взрослыхъ; извѣстны, кромѣ того, случайныя кровоизліянія въ мозгъ при заразныхъ болѣзняхъ, среди которыхъ первое мѣсто занимаетъ коклюшъ, а также вслѣдствіе заболѣванія пурпурой. Если дѣти не погибаютъ во время приступовъ, то въ послѣдствіи развивается спастическая дѣтская гемиплегія.

**Эмболія мозговыхъ сосудовъ** встрѣчается нѣсколько чаще; здѣсь главной этиологіей будутъ токсическія заболѣванія сосудовъ послѣ заразныхъ болѣзней. Такъ, напр., болѣзнь встрѣчается чаще всего во время или послѣ дифтеріи, скарлатины, рѣже послѣ пневмонии, кори, суставного ревматизма. Симптомы сходныхъ съ картиной болѣзни у взрослыхъ: острое апоплектиформное начало съ судорогами (иногда односторонними) и спячкой; очаговые симптомы (афазія, гемиплегія, расстройство чувствительности). Смертельный исходъ рѣдокъ, большею частью остается типическій дѣтскій церебральный параличъ; возможно и полное выздоровленіе. Отличительная діагностика затруднительна или даже невозможна по отношенію къ энцефалитическимъ процессамъ. Леченіе, какъ при энцефалитѣ.

**Тромбозъ мозговыхъ сосудовъ** встрѣчается весьма рѣдко, но большею частью развивается на марантической почвѣ, подобно марантическому тромбозу пазухи. Заразный тромбозъ пазухъ описанъ на стр. 443.

#### V. Сотрясеніе мозга (Commotio cerebri).

Сравнительно со многими травмами, поражающими дѣтскій черепъ, сотрясеніе можетъ случиться крайне рѣдко, встрѣчаясь преимущественно по окончаніи перваго года жизни. Оно въ тяжелыхъ случаяхъ не отличается по своему теченію отъ теченія его у взрослыхъ и почти всегда даетъ хорошее предсказаніе. Потеря сознанія, рвота, замедленіе пульса, а затѣмъ потерю памяти по отношенію къ событіямъ, предшествывавшимъ паденію, являются главными симптомами; иногда имѣется временная афазія и задержка мочи. Леченіе состоитъ въ тѣлесномъ и душевномъ покоѣ, въ примѣненіи пузыря со льдомъ на голову, въ заботѣ о правильномъ мочеиспусканіи (если нужно—катетеризація), въ наблюденіи за дѣятельностью сердца. Существуютъ легкіе случаи, по отношенію къ которымъ травматическая этиологія вначалѣ не указывается и можетъ быть установлена лишь тщательнымъ изслѣдованіемъ, ибо обыкновенно имѣется и отсутствіе памяти, причемъ свидѣтели событія иногда ничего не говорятъ, чувствуя себя виноватыми. Здѣсь наблюдаются: головокруженіе, головная боль, апатія, рвота, дрожаніе и другіе церебральные признаки, а также повышеніе рефлексовъ. Покой въ такихъ случаяхъ является главнымъ средствомъ леченія. Физическаго, а также умственнаго перенапряженія слѣдуетъ избѣгать въ теченіе долгаго времени по исчезаніи симптомовъ.

#### Добавленіе: Meningocele spuria traumatica.

Эта болѣзнь встрѣчается исключительно у дѣтей и предполагаетъ травму черепа одновременно съ переломомъ или трещиной черепной кости и разрывомъ лежащей подъ нимъ твердой мозговой оболочки. Тогда, спустя обыкновенно нѣсколько дней, происходитъ вытеканіе цереброспинальной жидкости между обломками кости подъ кожу; постепенно развивается опухоль, которая покрыта неизмѣнными покровами, представляетъ ясное збыленіе и болѣе или менѣе плотно наполнена жидкостью, но не содержитъ оболочекъ или частей мозга (исключеніе изъ этого составляютъ травматическія encephalocele). Кост-



ная щель на основании опухоли расширяется въ небольшой просвѣтъ съ валикообразными краями, которые можно прощупать, если мѣшокъ дряблъ. Когда же, благодаря травмѣ черепа, произошло и поврежденіе мозгового вещества, черезъ эту просвѣтъ можетъ происходить сообщеніе съ желудочками мозга. Конечно, въ такихъ случаяхъ имѣются также параличи и другіе церебральные симптомы (падучая и т. п.). Постепенно можетъ произойти самопроизвольное обратное развитіе, но большею частью существуетъ тенденція къ прогрессирующему росту. Распознаваніе. Cephalocele врожденна и распознается лишь на конѣ носа или на затылкѣ. При пульсирующихъ или дыхательныхъ колебаніяхъ опухоли, при возможности уменьшить ея давленіемъ надо исключить цѣллематому, дермоиды, атеромы, абсцессы. Труднѣе исключить, если анамнезъ не извѣстенъ, пещеристыя ангиомы и мягкія саркомы твердой мозговой оболочки, проросшія черезъ мозговую крышку.—Результаты леченія не очень успѣшны. Проколъ не даетъ излеченія, иногда даже ведетъ къ ухудшенію. Рекомендуются ношеніе защитительнаго чепчика. Можно, пожалуй, испытать покрытіе дефекта пластическими костными операціями. Срв. руководства по хирургіи.

## VI. Острый (геморрагическій) энцефалитъ.

Острый энцефалитъ есть воспалительное заболѣваніе спинного мозга, поражающее преимущественно сѣрое вещество и предпочитающее ранній дѣтскій возрастъ.

**Этіологія.** 1. Вторичный энцефалитъ присоединяется къ различнымъ болѣзнямъ. Особенно частъ онъ при коклюшѣ, скарлатинѣ, инфлуэнцѣ, дифтеріи, рѣже при пневмоніи, тифѣ, цереброспинальномъ менингитѣ, рожѣ лица, септицеміи пупка и т. д.

Отчасти энцефалитъ является слѣдствіемъ непосредственнаго поврежденія данными возбудителями болѣзни, отчасти онъ возникаетъ лишь благодаря дѣйствію токсиновъ. Извѣстенъ также настоящій токсическій энцефалитъ, напр., при отравленіи свинцомъ.

2. Первичный полиоэнцефалитъ (Strümpell) встрѣчается несомнѣнно спорадически, иногда эпидемически въ сочетаніи съ эпидемическимъ полиоміэлитомъ, какъ частичное явленіе такъ наз. Heine-Medin'овской болѣзни (см. это).

**Патологическая анатомія.** Всѣ части головного мозга, а также продолговатый могутъ быть поражены въ видѣ маленькихъ опредѣленныхъ областей или чаще большихъ отдѣловъ въ диффузномъ распространеніи; излюбленнымъ мѣстомъ процесса являются основные ганглии и кора мозга; воспаление, однако, не ограничивается сѣрымъ веществомъ; измѣненію подвергаются преимущественно мелкіе кровеносные сосуды (клѣточковая инфильтрація стѣнокъ сосудовъ, периваскулярное скопленіе клѣтокъ, кровоизліянія, тромбозы) и гангліозныя клѣтки (дегенеративные процессы); при микроскопическомъ изслѣдованіи могутъ обнаруживаться признаки воспалительныхъ измѣненій въ мозговыхъ оболочкахъ. Макроскопически или не замѣчается ничего ненормальнаго, или можно видѣть множественные небольшіе желтоватые очаги, а также геморрагическія пятна (такъ наз. «энцефалитъ въ видѣ укусовъ блохи»). Въ остальныхъ случаяхъ находятъ большіе очаги размягченія, благодаря чему большія части мозга принимаютъ «сливкообразныя», «малиноподобныя» свойства. Но лишь рѣдкіе случаи энцефалита, ведущіе быстро къ смерти, представляютъ эти данныя. Впослѣдствіи, спустя много лѣтъ, находятъ послѣдовательныя состоянія, большею частью сморщиваніе и склерозъ соответственныхъ частей мозга, рубцы, кисты, желтые очаги размягченія, однимъ словомъ, мало характерныя конечныя стадіи, которые два-ли можно отличить отъ конечныхъ періодовъ чисто сосудистыхъ поражений (эмболій, тромбозовъ, апоплексій).

**Симптомы и теченіе.** Энцефалитъ начинается большею частью остро, высокой лихорадкой, судорогами и расстройствами сознанія; судороги могутъ принять форму экламптическихъ, а также тоническихъ сгибабельныхъ, въ большинствѣ случаевъ съ участіемъ голосовой щели; при этомъ можетъ быть и ригидность затылка. Большею частью вначалѣ имѣется глубокая спячка. Пульсъ ускоренъ, даханіе иногда

представляетъ Cheyne-Stokes'овскій типъ. Родничокъ у грудныхъ дѣтей въ чистыхъ случаяхъ не выпяченъ. Глаза часто представляютъ постоянное отклоненіе въ сторону и кверху („они смотрятъ на очагъ болѣзни“). Это тяжелое состояніе, которое большею частью считается менингитомъ, можетъ быстро привести къ смерти; но въ большинствѣ случаевъ больной остается въ живыхъ. Спустя нѣсколько дней или недѣль ребенокъ оправляется. Смотря по расположенію энцефалитическаго очага, остаются самыя разнообразныя разстройства, болѣе подробно описанныя въ главѣ „церебральнаго дѣтскаго паралича“.—Переходъ въ выздоровленіе происходитъ обыкновенно при довольно быстромъ паденіи лихорадки, затѣмъ обнаруживаются большею частью гемипарезы. Лихорадка, спячка и судороги могутъ, однако, длиться еще цѣлыя недѣли; лишь постепенно становятся замѣтными тѣ или другіе очаговые признаки, дрожаніе, атаксія, парезъ конечностей, лицевого нерва, часто афазія. Такъ какъ заболѣваніе можетъ располагаться и въ Varoli'евомъ мосту или въ продолговатомъ мозгу, то исходъ въ перекрестный параличъ (hemiplegia alternans) или въ бульбарный вполне возможенъ, хотя такіе случаи представляютъ большую рѣдкость.

Начало болѣзни не всегда должно происходить такъ бурно; лихорадка, рвота, головная боль могутъ быть незначительны, судороги съ послѣдующимъ параличемъ могутъ представлять главный симптомъ, даже встрѣчается совершенно незамѣтное развитіе болѣзни, клинически болѣе напоминающее теченіе мозговой опухоли, при которой, однако, остается впослѣдствіи постоянный спастическій гемипарезъ или геміатаксія. Послѣднія могутъ совершенно исчезать, неожиданно смѣняясь явлениями падучей болѣзни.—Возможны ухудшенія, скорѣе въ видѣ приступовъ, напр., сначала рвота, головная боль, косоглазіе, приступы обморока, парезы руки, а затѣмъ, послѣ перерыва въ нѣсколько дней или недѣль, бурное теченіе въ томъ видѣ, какъ оно описано выше.

**Распознаваніе.** Отличіе отъ мозговой эмболии въ большинствѣ случаевъ невозможно; болѣе высокая и продолжительная лихорадка говоритъ за энцефалитъ.—Менингитъ можно исключить при отсутствіи повышеннаго напряженія родничковъ и по обнаруженіи невоспалительно измѣненной жидкости поясничнаго прокола. Энцефалитъ вѣроятенъ, какъ только являются очаговые симптомы, особенно гемиплегическаго характера; равнымъ образомъ, имѣютъ діагностическое значеніе одностороннія судороги, если онѣ всегда поражаютъ одну и ту же сторону. При болѣе медленномъ теченіи надо думать о мозговой опухоли, въ особенности о сифилисѣ мозга; за первую болѣзнь говорятъ застойный сосокъ и прогрессирующее теченіе, за послѣднюю—отсутствіе реакціи зрачковъ, но главнымъ образомъ—успѣхъ противосифилитическаго леченія; сифилисъ менѣе вѣроятенъ при отрицательномъ результатѣ Wassermann'овской реакціи. Туберкулезный менингитъ, который также можетъ сопровождаться гемиплегіей или очаговыми симптомами, можетъ быть распознанъ по воспалительному характеру жидкости поясничнаго прокола и по нахожденію специфическихъ палочекъ.

**Предсказаніе** весьма серьезно, ибо, какъ правило, остаются легкія или тяжелыя соматическія, а также психическія разстройства (идіотія, эпилепсія).

**Леченіе.** Покой, пузырь со льдомъ, охлаждающія процедуры на

голову (Leiter'овскія холодильныя трубки, платки, погруженные въ ледяную воду и хорошо выжатые) и отвлеченіе на кишечникъ каломелемъ (по 0,03 — 0,05 — 0,1 каждые 2 часа) въ первые дни являются единственными средствами, которыя можно примѣнить; часто рекомендуется мѣстное или общее кровоизвлеченіе (1—2 пиявки на сосцевидномъ отросткѣ стороны, соотвѣтствующей предполагаемому очагу).— При высокой лихорадкѣ водолеченіе съ цѣлью понизить температуру, въ помощь ему аспиринъ, хининъ или антипиринъ\*), которые можно назначать и въ клизмѣ.— Противъ длительныхъ судорогъ и непрерывнаго безпокойства лучше всего рекомендовать хлоралгидратъ и бромъ.— Поясничныи проколь, повидимому, не вліяетъ благоприятно на симптомы, но можетъ быть примѣняемъ съ діагностическою цѣлью или, напр., при сильномъ напряженіи родничка. Важно питаніе, которое весьма затруднительно и можетъ состоять въ назначеніи небольшихъ количествъ концентрированной пищи или выполняется съ помощью желудочнаго зонда.— Слѣдуетъ особенно подчеркнуть то обстоятельство, что при сифилитической этиологіи не слѣдуетъ забывать объ энергическомъ леченіи втираніями и іодомъ.— По истеченіи остраго стадія леченіе такое же, какъ и при другихъ формахъ церебральнаго дѣтскаго паралича (см. стр. 471).

## VII. Гнойникъ мозга (Encephalitis purulenta).

Гнойникъ мозга у дѣтей представляетъ нервѣдкое заболѣваніе, встрѣчающееся даже у грудныхъ дѣтей. Дѣло идетъ о мѣстномъ гнойномъ размягченіи мозгового вещества на заразной почвѣ (стрепто-, стафило-, пневмо-, менингококки, синегнойная палочка и др.). Множественные гнойники образуются преимущественно въ случаяхъ ихъ метастатическаго возникновенія (напр., при септицидіи, бронхіэкстазіяхъ, легочной гангрени и т. д.). Важнѣйшей формой въ дѣтскомъ возрастѣ является отогенный мозговой абсцессъ; но встрѣчаются и травматическіе, располагающіеся преимущественно въ большомъ мозгу. Между травмой и появленіемъ абсцесса могутъ пройти мѣсяцы, даже годы. Знакомство съ этимъ скрытымъ состояніемъ важно для распознаванія также, какъ и тотъ фактъ, что лихорадка по большей части совершенно отсутствуетъ. Благодаря этому картина мозгового абсцесса часто настолько приближается къ картинѣ мозговой опухоли, что на правильный путь можетъ навести только этиологическій моментъ: травма черепа или хроническое нагноеніе средняго уха.

Мозговой гнойникъ ушнаго происхожденія развивается на почвѣ хроническихъ нагноеній уха, часто такихъ, которыя начинаются заболѣваніемъ сосцевиднаго отростка или образованіемъ холестеатомы; здѣсь также обыкновенно наблюдаются скрытое состояніе абсцесса въ теченіе нѣсколькихъ недѣль или мѣсяцевъ, во время котораго существуютъ крайне неопредѣленные симптомы нарушенія общаго состоянія. Затѣмъ довольно быстро наступаетъ стадія ясныхъ явленій, выражающійся сильными головными болями, рвотой и нарушеніемъ сознанія въ видѣ потери памяти, отсутствія способности сосредоточиваться вплоть до отупленія всѣхъ степеней и спячки. Невѣдко отмѣчается бредъ, который, подобно головной боли, можетъ быть чрезвычайно сильнымъ; часто постукиваніемъ черепа можно опредѣлять особенно болѣзненныя точки, что важно для опредѣленія мѣста страданія. Лихорадка отсутствуетъ и въ этой стадіи весьма рѣдко; въ большинствѣ случаевъ имѣется замедленіе пульса.

Къ этимъ общимъ явленіямъ присоединяются во многихъ случаяхъ еще очаговые симптомы, которые важны для точнаго діагноза и леченія. Мозговые абсцессы ушнаго происхожденія располагаются въ височной долѣ или въ мозжечкѣ. При абсцессахъ височной доли, особенно лѣвой, часто замѣчаются сенсорная афазія, глухота къ словамъ (слова слышны, но безъной смысла ихъ не понимаетъ), а, кромѣ того, какъ отдаленное дѣйствіе,

\*) При нарушеніи сознанія и затрудненіи глотанія вмѣсто нихъ можно подкожно вприскивать растворъ хинопирина по  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  шприца въ день. Прим. М. Б.

вслѣдствіе давленія на окружающія области—перекрестный парезъ лицевого нерва или конечностей, одновременный параличъ глазодвигательнаго нерва, двигательная афазія. Абсцессы мозжечка вызываютъ сильную боль въ затылкѣ, иногда опистотонусъ, рвоту, атактическія явленія при ходьбѣ, стояніи, сидѣніи, головокруженіе, какъ отдаленное дѣйствіе—также перекрестные параличи конечностей, самыя разнообразныя парезы вслѣдствіе давленія на нервныя ядра въ продолговатомъ мозгу или на выступающіе оттуда нервныя стволы.

Діагнозъ можетъ быть весьма затруднителенъ. Менингитъ исключается пояснымъ проколомъ. При отличительномъ распознаваніи отъ мозговой опухоли всегда важно опредѣлить этиологическій моментъ, напр., наличность отита, очаговыя явленія въ височной долѣ или мозжечкѣ; иногда Neisser'овскій проколъ мозга можетъ обезпечить діагнозъ. Въ сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ совѣтовать операцію, ибо она даетъ выздоровленіе въ значительномъ числѣ мозговыхъ нарывовъ.

### VIII. Tumor cerebri (опухоль мозга).

Клиническая картина опухоли мозга у дѣтей вполне сходна съ картиной у взрослыхъ. Поэтому мы здѣсь вкратцѣ укажемъ отдѣльные пункты, важные для дѣтскаго возраста.

Опухоли мозга у дѣтей довольно часты, даже на первомъ году жизни. Въ большинствѣ случаевъ это бугорки мозга, и любимое мѣстоположеніе ихъ—мозжечокъ; затѣмъ слѣдуютъ гліомы, опухоли, диффузно инфильтрирующія большую или меньшую части мозга, безъ рѣзкаго разграниченія отъ окружающей ткани; они располагаются часто въ мосту, но также въ большомъ мозгу и мозжечкѣ. Рѣже встрѣчаются саркомы, миксомы, ангиомы, цистицерки; послѣднія могутъ свободно плавать въ желудочкахъ. Важны сифилитическія мозговыя заболѣванія (гуммы).—Встрѣчаются опухоли мозговыхъ оболочекъ и черепныхъ костей.

Симптомы дѣлятся на двѣ группы: на группу повышеннаго мозгового давленія и на очаговыя симптомы въ тѣсномъ смыслѣ слова. Къ этому присоединяются еще въ цѣломъ рядѣ опухолей, особенно опухолей задней черепной ямки или мозжечка, явленія застойной водянки; въ грудномъ возрастѣ внутренняя головная водянка можетъ выступать во всей своей клинической картинѣ (см. рис. 88).

Явленія мозгового давленія, которыя обыкновенно предшествуютъ очаговымъ признакамъ въ теченіе короткаго или долгаго времени, выражаются большею частью въ сильныхъ головныхъ боляхъ, цереброспинальной рвотѣ, головокруженіи и психическихъ расстройствахъ, длительному нарушенію настроенія, неохотѣ къ игрѣ, умственной апатіи, сонливости, которая, въ концѣ-концовъ, переходитъ въ ясно выраженное нарушеніе сознанія.—Часто уже въ этихъ первыхъ стадіяхъ, которые сначала нерѣдко объясняются желудочно-кишечными расстройствами или принимаются за начало туберкулезнаго менингита, можно обнаружить застойный сосокъ, имѣющій величайшее значеніе для ранняго распознаванія мозговыхъ опухолей, но, къ сожалѣнію, часто отсутствующій (особенно при бугоркахъ, опухольяхъ Varoli'ева моста и т. д.).

Общая судороги могутъ присоединяться въ любомъ стадіи, но также часто отсутствуютъ.

Очаговыя явленія составляются изъ двухъ группъ симптомовъ: во-первыхъ, изъ явленій выпаденія, какъ слѣдствія непосредственнаго поврежденія или разрушенія мозгового вещества опухолью, во-вторыхъ, изъ отдаленныхъ дѣйствій, которыя возникаютъ

вслѣдствіе давленія опухоли на окружающія части. Если опухоль располагается въ такъ наз. нѣмыхъ областяхъ мозга, выпаденіе которыхъ не даетъ ясно замѣтныхъ разстройствъ функций, то всѣ очаговыя явленія могутъ отсутствовать.—Явленіямъ паралича часто предшествуютъ признаки раздраженія (дрожаніе, атетозъ, также подергиванія); локализованныя клоническія судороги являются поэтому важными очаговыми симптомами, даже если онѣ переходятъ въ общіе эпилептическіе приступы (Jackson'овская падучая).

Мы не можемъ вдаваться здѣсь въ строгую діагностику мѣстоположенія мозговыхъ опухолей и укажемъ на учебники внутренней медицины или неврологіи.

**Теченіе.** Излеченіе наблюдается при сифилисѣ, цистицеркѣ, при бугоркахъ, но, правда, крайне рѣдко. Смерть носителей мозговыхъ бугорковъ происходитъ большею частью отъ туберкулезнаго менингита или просовидной бугорчатки. Внезапные случаи смерти наблю-



Рис. 95. Опухоль моста (глиома въ правой сторонѣ моста). Попытка поднять обѣ руки и широко раскрыть ротъ. Перекрестный параличъ (лѣвая половина тѣла и лѣвый подъязычный нервъ, правый отводящій, лицевой, тройничный). (Собственное наблюденіе въ дѣтской больницѣ Gisela въ Мюнхенѣ).

даются при опухоли въ задней черепной ямкѣ, иногда непосредственно вслѣдъ за поясничнымъ проколомъ.

**Распознаваніе.** Помимо рѣшенія вопроса относительно локализации опуханія надо принимать во вниманіе слѣдующее: бугорки вѣроятны при наличности бугорчатки железъ или костей: реакція Pirquet важна для исключенія бугорковъ, часто бывающихъ многочисленными. — Вопросъ о сифилисѣ всегда надо принимать во вниманіе самымъ серьезнымъ образомъ и въ случаѣ надобности примѣнить Wassermann'овскую реакцію. — Рентгенографіей можно пользоваться при подозрѣніи на опухоли основанія черепа и шишковидной железы. — Поясничный проколъ надо всегда примѣнять съ осторожностью, если идетъ вопросъ о возможности мозговой опухоли, но онъ можетъ быть необходимъ для отличительнаго распознаванія отъ менингита; жидкость при мозговой опухоли находится при повышенномъ давленіи, а въ остальномъ вполнѣ нормальна. Относительно многихъ формъ энцефалита и внутренней хронической водянки вопросъ рѣшаетъ одно теченіе. Острое начало, стаціонарное или регрессивное теченіе говорятъ противъ мозговой опухоли. Распознаваніе мозгового нарыва слѣдуетъ принимать во вниманіе во всѣхъ случаяхъ, указы-

вающихъ на мозжечокъ или на височную долю, причемъ въ теченіе короткаго или долгаго времени имѣлся хроническій гнойный отитъ средняго уха.

**Леченіе** въ большинствѣ случаевъ симптоматическое: антипиринъ или морфинъ противъ болей, хлоралгидратъ или амиленгидратъ, поясничный проколъ противъ застойной водянки и ея явленій. Но онъ, конечно, только тогда полезенъ, если нѣтъ закрытія желудочковъ. Оперативное удаленіе опухоли у дѣтей возможно лишь въ видѣ исключенія. Доступны, въ общемъ, для него большой мозгъ, уголь между мозжечкомъ и мозгомъ, иногда щитовидная железа. Вмѣшательство всегда опасно для жизни.—Въ видѣ паллиативныхъ операцій, съ цѣлью уменьшить давленіе, можно примѣнять простую трепанцію и проколъ основанія мозга.

Леченіе іодистымъ калиемъ въ большихъ дозахъ слѣдуетъ всегда примѣнять даже тамъ, гдѣ нѣтъ никакихъ подозрѣній на сифилисъ, ибо оно благопріятно вліяетъ на другія мозговья опухоли, но при малѣйшемъ подозрѣніи на lues надо выполнить, разумѣется, самое энергичное противосифилитическое леченіе.

## IX. Головномозговой церебральный дѣтскій параличъ (Paralysis cerebrales infantum).

### Hemiplegia et diplegia spastica infantilis.

Церебральный дѣтскій параличъ есть понятіе клиническое. Мы подразумеваемъ подъ нимъ результатъ самыхъ разнообразныхъ непрогрессирующихъ разстройствъ, поражающихъ мозгъ въ первомъ дѣтскомъ возрастѣ или до рожденія ребенка. Для клинической картины отдѣльнаго случая имѣетъ большее значеніе локалізація, чѣмъ характеръ поврежденія. Вскрытіе также не можетъ дать точныхъ указаній о сущности первоначальнаго заболѣванія, происходившаго много лѣтъ тому назадъ. Хотя, такимъ образомъ, невозможно назвать, въ какомъ бы то ни было направленіи, опредѣленныхъ признаковъ болѣзни, тѣмъ не менѣе изъ хаоса случаевъ можно выдѣлить отдѣльные клиническіе типы. Особенно полезно отдѣльное разсмотрѣніе гемиплегическихъ и диплегическихъ формъ, потому что какъ этиологически, такъ, отчасти, прогностически оцѣнка ихъ должна быть различною. Но не слѣдуетъ никогда забывать, что отдѣльные типы связаны другъ съ другомъ цѣлымъ рядомъ непрерывныхъ переходовъ\*).

**Этиологія.** Мы знаемъ рядъ предрасполагающихъ моментовъ для возникновенія церебральнаго дѣтскаго паралича, которые наблюдаются часто тамъ, гдѣ непосредственная причина извѣстна,

\*) Нельзя не привѣтствовать этого указанія, такъ какъ до сихъ поръ въ сознаніи врачей еще не проникло убѣжденіе, что выдѣленіе нѣкоторыхъ формъ въ отдѣльныя группы чисто искусственно. Въ особенности относится это къ болѣзни Little'я, которая ни по своей этиологіи, ни по клиническому теченію, ни по предсказанію не представляетъ строго обособленнаго заболѣванія и изученіе которой общааетъ плодотворные результаты лишь въ связи съ другими формами гемиплегии (см. М. Я. Брейтманъ, «Къ клинической картинѣ головно-мозгового дѣтскаго паралича», стр. 131—4 и 157—162 и докладъ на XIV Международномъ съѣздѣ врачей въ Мадридѣ: «Можно ли считать такъ назыв. болѣзнь Little'я особой болѣзненной формой?» Врач. Газ. 1903, № 44).

т. е., гдѣ она обусловливаетъ нѣкоторую неустойчивость мозга противъ вредныхъ на него вліяній; такъ, напр., дѣти часто происходятъ изъ семьи, гдѣ нерѣдко встрѣчаются нервныя и душевныя болѣзни, или можно обнаружить, что дѣти страдаютъ туберкулезомъ, сифилисомъ, что отецъ алкоголикъ. Сравнительно часто поражаются дѣти-первенцы или же послѣдыши изъ цѣлаго ряда братьевъ и сестеръ.

Непосредственными причинами являются травматическія или заразныя вліянія.—Травма при родахъ служитъ причиной многихъ случаевъ, особенно диплегій\*). Тяжелые, особенно затяжные, также весьма быстро протекающіе роды, особенно, если они сопровождаются тяжелой асфиксией ребенка, играютъ большую, хотя часто и преувеличиваемую роль. Кровоизліянія въ мозговыхъ оболочкахъ, обыкновенно происходящія благодаря разрыву венъ передъ ихъ вступленіемъ въ пазуху, вѣроятно, являются главной, хотя и не исключительной причиной поврежденія мозга.

Преждевременные роды представляютъ слѣдующій важный въ этиологическомъ отношеніи факторъ, а именно многія дѣти съ паралегической ригидностью преждевременно являются на свѣтъ. Но всегда надо помнить, что ранніе годы и тяжелые роды нерѣдко въ анамнестическомъ отношеніи устанавливаются и въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ начало болѣзни относится къ отдаленному отъ родовъ періоду, такъ что можно легко впасть въ ошибку въ сужденіяхъ объ истинной причинѣ. Возникшіе до родовъ случаи могутъ отчасти обусловливаться травмой во время беременности (въ томъ числѣ и психическими травмами), что весьма вѣроятно; часть случаевъ слѣдуетъ несомнѣнно объяснить сифилисомъ (парасифилитическое заболѣваніе), которое, само собою, имѣетъ значеніе и по отношенію къ формамъ, возникшимъ послѣ родовъ.

Среди заразныхъ болѣзней слѣдуетъ назвать всѣ тѣ, послѣ которыхъ возникаютъ эмболія мозга и энцефалитъ; на первомъ мѣстѣ коклюшъ, затѣмъ дифтерія, скарлатина, корь, инфлуэнца, а при случаѣ и всякое другое заболѣваніе. Часть случаевъ представляетъ своеобразную болѣзнь, роііоенсепhalitis acuta Strümpell'я, о которой уже было подробно сказано при описаніи остраго энцефалита (см. стр. 456).

Въ общемъ можно считать правиломъ, что такъ назыв. Little'евская этиологія, т. е. тяжелые роды, асфиксія и преждевременные роды вызываютъ преимущественно диплегические церебральные параличи, между тѣмъ какъ большинство гемиплегическихъ параличей возникаетъ лишь послѣ родовъ на заразной почвѣ\*\*).

\*) Такъ назыв. Gowers'овскіе параличи.

Прим. М. Б.

\*\*\*) Это опредѣленіе опять-таки неправильно. Правда, Little, описывая клиническую картину, связывалъ ее съ опредѣленной этиологіей: тяжелыми или преждевременными родами (асфиксія новорожденныхъ). Но въ настоящее время точно выяснено, что тяжелые роды, какъ причина, отмѣчены лишь въ немногихъ случаяхъ диплегическихъ параличей, а въ другихъ случаяхъ, даже по нѣкоторымъ авторамъ во всѣхъ, Little'евская болѣзнь есть врожденное заболѣваніе, а тяжелые роды съ асфиксией (дистокія)—не причина, а слѣдствіе внутриутробнаго заболѣванія плода, главнымъ образомъ на почвѣ болѣзненныхъ процессовъ въ организмѣ матери, въ особенности сифилиса, алкоголизма и т. д. Наконецъ, не подлежитъ сомнѣнію, что развитіе Little'евскаго клиническаго симптомокомплекса внѣутробно, спустя долгое время послѣ родовъ, когда уже нѣтъ основанія предполагать врожденное заболѣваніе, такъ что нѣкоторые авторы, напр., Freud, больше всѣхъ работавшій надъ изуче-

**Патологическая анатомія.** Въ качествѣ начальныхъ поврежденій въ большинствѣ случаевъ имѣютъ значеніе сосудистыя (геморагія, эмболія, тромбозъ), а въ другой части—воспалительные процессы, описанные при энцефалитѣ; весьма рѣдко отмѣчаются чисто дегенеративные процессы мозговой коры.

Какъ уже сказано, мы видимъ случаи почти только въ позднихъ стадіяхъ, которые не даютъ возможности высказаться о характерѣ первоначальнаго пораженія. Мозгъ большею частью представляетъ болѣе или менѣе локализованныя разрушенія, очаги размягченія, рубцы, кисты; особенно часты дефекты мозговой коры, ямко- или воронкообразныя вдавленія, доходящія до желудочковъ, такъ назыв. порэнцефалія (Heschl). Иногда наблюдается особенное складываніе мозговой коры мелкими складками, такъ назыв. микрогирія. Наряду съ этими расположенными въ видѣ очаговъ процессами наблюдаютъ обыкновенно разлитое поврежденіе большихъ областей мозга въ видѣ склероза, уплотненія и сморщиванія его отдѣловъ (atrophia cerebri). Особую форму представляетъ бугристый склерозъ, при которомъ мозгъ пронизанъ отдѣльными клубневидными уплотненіями. Довольно обычны также случаи, которые макроскопически не обнаруживаютъ ненормальныхъ свойствъ центрального органа, между тѣмъ какъ микроскопическое изслѣдованіе указываетъ на разлитое разрастаніе гліозной ткани и разрушеніе нервныхъ клѣтокъ. На мозговыхъ оболочкахъ часто обнаруживаются остатки воспаления, помутненія, сращения, утолщенія; многіе случаи закончившагося менингита, а также головной водянки нельзя клинически отличить отъ картины мозговыхъ параличей въ тѣсномъ смыслѣ слова.

Нерѣдко замѣчаютъ измѣненія въ пирамидныхъ путяхъ (агенезія или перерожденіе).

### **Hemiplegia spastica infantilis (односторонній мозговой параличъ у дѣтей).**

Гемиплегическіе случаи отличаются отъ общихъ тѣмъ, что они возникаютъ преимущественно послѣ родовъ, что рука большею частью поражена сильнѣе ноги, и что они особенно часто ведутъ къ расстройствамъ роста и къ падучей.

Въ типическихъ случаяхъ болѣзнь протекаетъ такимъ образомъ, что вслѣдъ за острымъ стадіемъ, какъ онъ описанъ выше при энцефалитѣ, замѣчается гемиплегія, обыкновенно поражающая и лицо. Параличъ сначала вялый, но вскорѣ принимаетъ характеръ спастическаго; притомъ онъ часто, строго говоря, меньше выступаетъ на передній планъ среди расстройствъ движенія, чѣмъ спазмы мышцъ; нерѣдко наблюдающаяся въ началѣ болѣзни афазія исчезаетъ, параличъ съ теченіемъ времени отчасти тоже проходитъ, особенно въ ногахъ, между тѣмъ какъ на рукахъ развиваются контрактуры. По мѣрѣ улучшенія паралича часто обнаруживаются хореатическія и атетотическія самопроизвольныя движенія въ парализованной половинѣ тѣла, которая отстаётъ въ ростѣ. Умственные способности мало или сильно нарушены. По истеченіи недѣль, мѣсяцевъ или лѣтъ можетъ развиться типическая падучая, которая часто прогрессивно увеличивается, становясь все болѣе тяжелой.

**Отдѣльные признаки.** Распространеніе паралича совершается большею частью весьма однородно: параличъ лицевого нерва можно обнаружить въ послѣднихъ стадіяхъ лишь при точномъ изученіи, напр., въ началѣ смѣха или плача. Изъ мозговыхъ нервовъ нерѣдко участвуетъ также подъязычный, между тѣмъ какъ косоглазіе и расстройство со

нѣмъ вопроса о дѣтскихъ диплегіяхъ, признаетъ врожденность Little'евской формы лишь для меньшинства случаевъ. Какъ ни заманчиво шаблонное дѣленіе параличей по этиологіи, оно на практикѣ совершенно не оправдывается.

Прим. М. Б.



стороны (глазодвигательного нерва представляют довольно обычные явления \*). Рефлекторная неподвижность зрачков может быть важным признаком в случаях, где сифилис играет роль этиологического момента.

Из конечностей рука, особенно кисть поражаются большею частью сильнее, чем нога; есть не мало случаев, в которых нога вскорее настолько оправляется, что сначала получается впечатлительный моноплегический паралич руки, и лишь при более точном исследовании, когда находят повышение колѣнного рефлекса и незначительную разницу в росте сравнительно со здоровой стороной, можно сделать правильную оценку. Повышение глубоких рефлексов является самым постоянным и стойким симптомом. Конечно, очень часто даже и в непарализованной ноге колѣнный рефлекс повышен, но разница на обеих сторонах при этом еще яснее \*\*). Почти всегда находят также признак Babinsk'ago: разгибание большого пальца при поглаживании подошвы на парализованной стороне. Одновременно с повышением рефлексов развивается, в качестве наиболее характерного признака, ригидность; она сильнее всего выражена в отдельных мышечных группах, особенно в сгибателях, пронаторах руки и в сгибателях ноги, благодаря чему быстро развиваются контрактуры. Нога в течение долгого времени слегка согнута и повернута внутрь, стопа находится в положении конской ноги, между тем как рука согнута под прямым углом, пронирована в предплечии, кисть может быть фиксирована в различных положениях. Даже применяя значительную силу, не удается уже преодолеть контрактуру.—К этим длительным спазмам, которые во многих случаях еле заметны, присоединяются интенционные спазмы, обыкновенно весьма выраженные и значительно затрудняющие пользование конечностями; больные непрерывно работают для устранения внутреннего противодействия, их движения напряжены и замедлены. Спазмы в функциональном отношении часто больше мешают, чем паралич в тѣсном смысле слова, тем более, что при точном исследовании он большею частью совершенно отсутствует. Спазмы и параличи не зависят в своей интенсивности друг от друга. Паралич большею частью сильнее всего в области кисти, между тем как ригидность наиболее выражена на ногах и мышцах плеч.—Атаксия и интенционное дрожание нервно сопровождаются явления пареза \*\*\*).

\*) Замѣчательно здѣсь преимущественное поражение нижней части лицевого нерва в видѣ сглаживания носогубной складки и опущения угла рта, а при болѣе сильной степени паралича—постоянное вытекание слюны из парализованного угла рта или выливание жидкости через этот уголок обратно во время ѣды. Преимущественное поражение нижней (ротовой) части лицевого нерва объясняется (М. Я. Брейтманъ) или тѣмъ, что верхняя (лобная) часть лица получает, подобно мышцамъ туловища, двустороннюю иннервацию (изъ обоихъ полушарій), или тѣмъ, что проводниковые пути отъ центра мозга идутъ къ верхней и нижней части отдѣльно, и что болѣе отдаленную отъ верхушки полушарій частью является область центра въ верхней части лица, которая поэтому поражается рѣже при кровоизліяніяхъ. Прим. М. Б.

\*\*\*) Это повышение рефлекса объясняется тѣмъ, что у новорожденного для повышенной рефлекторной возбудимости спинного мозга еще нѣтъ задерживающихъ вліяній, а потому, чемъ моложе ребенокъ, тѣмъ легче развиваются у него тоническія состоянія. Его мышцы даже нормально находятъ какъ бы в физиологическомъ состояніи слабаго спастическаго пареза. Прим. М. Б.

\*\*\*\*) Сопровождающія движенія (синкинезіи) при дѣтской гемиплегіи наблю-

Походка, благодаря спастической фиксации ноги, часто весьма типична. Нога направляется вперед не непосредственно, но въ видѣ круговыхъ движеній въ бедрѣ (*circumductio*), она нѣсколько волочится; стопа представляетъ ясное стремленіе къ ходьбѣ на пальцахъ. Въ легкихъ случаяхъ неловкія движенія ноги проявляются лишь въ томъ случаѣ, когда ребенокъ старается стоять только на больной ногѣ, скакать или подняться на цыпочки.

При ходьбѣ обнаруживаются также особенно характерныя для церебральнаго дѣтскаго паралича сопровождающія движенія. Чѣмъ быстрее бѣгаетъ ребенокъ, тѣмъ выше подымается парализованная рука въ видѣ крыльевъ и производитъ въ воздухѣ движенія вверхъ и внизъ (срв. рис. 96), напоминающія греблю. Сопровождающія движенія могутъ также весьма точно подражать движеніямъ здоровой стороны, что, напр., можно наблюдать весьма ясно, когда ребенокъ скатываетъ хлѣбные мякиши. Далѣе, весьма сильно бросаются въ глаза и мѣшаютъ больному самопроизвольныя движенія въ пораженныхъ конечностяхъ, которыя приблизительно въ  $\frac{1}{3}$  случаевъ развиваются въ дальнѣйшихъ стадіяхъ болѣзни, особенно тамъ, гдѣ начало страданія приходится на болѣе поздній возрастъ.

Виттовой пляской (*chorea*) называютъ порывистыя движенія въ видѣ толчковъ, захватывающія большую часть всю конечность или плечевой поясъ, а также область лицевого нерва, между тѣмъ какъ подъ атетозомъ подразумѣваютъ болѣе медленныя ритмическія движенія — раздвиганія пальцевъ, сгибанія и разгибанія, выполняемыя пальцами руки; рѣже ноги; въ лицѣ подобный процессъ представляетъ часто картину гримасничанія. Виттова пляска и атетозъ до нѣкоторой степени пополняютъ явленія паралича; чѣмъ больше онъ и спазмы отступаютъ на задній планъ, тѣмъ рѣже могутъ стать самопроизвольныя движенія, иногда дѣлающія совершенно невозможнымъ пользованіе конечностями. — Въ видѣ промежуточнаго звена между спазмами и атетозомъ довольно часто находятъ атетодидныя раздвиганія пальцевъ руки благодаря повышенной иннервации. При этомъ часто замѣчаютъ также ненормальную пассивную подвижность, такъ что пальцы могутъ производить черезчуръ сильное разгибаніе \*).



Рис. 96. *Hemiplegia spastica infantilis dextra*. Спастической парезъ руки и ноги съ атрофіей мышцъ. Задержка въ ростѣ правой половины тѣла. Фиксированная конская стопа. Крылообразное подыманіе правой руки при ходьбѣ. (Собственное наблюденіе въ дѣтской больницѣ Gisela въ Мюнхенѣ).

даются въ 6 типахъ: типичныя, нетипичныя, несимметричныя, рефлекторныя, движенія при пассивныхъ движеніяхъ, замѣщающія. Прим. М. Б.

\*) Въ этомъ случаѣ хорія не представляется чѣмъ-то строго отличнымъ отъ атетоза. Это есть та же форма двигательнаго разстройства, причѣмъ въ мѣ-

Трофическія разстройства въ паретическихъ конечностяхъ весьма часты. Они проявляются большею частью въ отсталости роста конечностей въ длину и въ толщину (гипертрофія), иногда также крайней атрофіей мышцъ.

Важное значеніе для дальнѣйшей судьбы больныхъ имѣетъ осложненіе падучей и идиотизмомъ. Болѣе половины больныхъ становятся падучими. Обыкновенно за судорогами, сопровождающими начальную стадію болѣзни, слѣдуетъ свободный отъ приступовъ промежутокъ въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, мѣсяцевъ и даже лѣтъ, а затѣмъ развиваются падучные припадки, которые повторяются, учащаются и могутъ оставаться до конца жизни. Даже самые легкіе случаи, при которыхъ параличъ исчезъ, за исключеніемъ незначительныхъ его слѣдовъ, не обезпечены отъ этого тяжелаго осложненія.

Какъ падучая, такъ и разстройства умственной сферы представляютъ печальный исходъ многихъ дѣтскихъ гемиплегій. Совершенно невредимыми остаются душевныя способности въ незначительномъ числѣ случаевъ, но и здѣсь замѣчаются часто: измѣненіе характера, раздражительность, склонность къ злости и насильственнымъ дѣйствіямъ. Впрочемъ, наблюдаются всевозможные переходы отъ легкаго слабоумія до самаго тяжелаго идиотизма \*).

стахъ съ болѣе сильной иннервацией обыкновенно развиваются болѣе ритмическія и цѣлесообразныя движенія, которыя бываютъ медленны (атетозъ) въ томъ случаѣ, гдѣ существуетъ сведеніе; гдѣ послѣдняго нѣтъ, и гдѣ иннервация представляется менѣе сложной, менѣе, такъ сказать, филигранной, тамъ движенія болѣе рѣзки, отрывисты, беспорядочны, «атактичны» (хорея). Разница между этими двумя заболѣваніями объясняется слѣдующимъ основнымъ положеніемъ: чѣмъ больше функционируетъ какая-нибудь часть организма, чѣмъ чаще она иннервируется, чѣмъ съ большимъ количествомъ областей мозга она соединена сочетательными системами, и чѣмъ больше ассоціаціонныхъ слѣдовъ она оставила по себѣ за время своего функционирования, тѣмъ меньше безпорядка (атаксии) вызоветъ въ функціи этой части заболѣваніе соотвѣтствующей ей области мозга. Дѣйствительно, если сравнить между собой периферическую (дистальную) и центральную (проксимальную) часть конечности, то несомнѣнно, что первая (кисть, стопа, пальцы) получала въ данный періодъ жизни ребенка большее количество иннервационныхъ импульсовъ, чѣмъ вторая (предплечье и голень, а еще меньше импульсовъ—плечо и бедро) несомнѣнно также, что дистальной части при сложности ея движеній соотвѣтствуетъ въ мозгу большее количество ассоціаціонныхъ или сочетательныхъ путей съ оставшимися въ нихъ слѣдами бывшей дѣятельности, чѣмъ проксимальной части. Поэтому и при соотвѣтствующемъ заболѣваніи мозга въ разстройствѣ кисти или стопы будетъ больше порядка, закономерности, ритмичности (атетозъ), чѣмъ въ разстройствѣ проксимальныхъ частей конечностей (хорея). Къ тому же и движенія кисти, стопы, пальцевъ рукъ и ногъ сами по себѣ болѣе мелки, чѣмъ движенія остальной части конечностей, а при заболѣваніяхъ, въ силу незначительности задерживающаго вліянія мозга въ дѣтскомъ возрастѣ, разница становится болѣе рѣзкой, а именно: амплитуда пальцевъ можетъ быть весьма незначительна, между тѣмъ какъ движенія остальной части конечностей естественно могутъ достигнуть весьма обширныхъ размѣровъ, чѣмъ и объясняется большая рѣзкость вслѣдствіе крупности размаха и неожиданность движеній при хорей, чѣмъ при атетозѣ.

Прим. М. Б.

\*) Изученіе дѣтскаго головно-мозгового паралича именно въ томъ отношеніи и интересно, что безъ труда удается установить цѣлый рядъ соединительныхъ звеньевъ и переходныхъ формъ между слѣдующими категориями заболѣванія: 1) торпиднымъ пораженіемъ двигательнаго нейрона (параличами, спазмами), 2) ирритативнымъ пораженіемъ двигательнаго нейрона (хорей, атетозомъ) и 3) торпиднымъ (въ рѣдкихъ случаяхъ ирритативнымъ) пораженіемъ психо-сенсорной области (идиотизмомъ, пораженіемъ органовъ чувствъ). Отъ каждой изъ этихъ крайнихъ формъ, зависящихъ, вѣроятно, отъ особыхъ условій локализациі, существуетъ рядъ переходовъ къ дру-

Хореатическій парезъ. Этимъ именемъ мы обозначаемъ по Freud'y и Rie картины болѣзни, въ которыхъ гемихорезъ не предшествовалъ спастическій стадій паралича. Онъ какъ бы прошелъ незамѣтно. Хореатическій парезъ развивается обыкновенно постепенно у старшихъ дѣтей и большею частью не сопровождается падучей, разстройствами роста и значительными нарушеніями умственной сферы.

### Diplegia spastica infantilis (головномозговья диплегія дѣтей).

Важнѣйшія формы церебральныхъ диплегій представляютъ случаи, часто описываемые въ литературѣ подъ названіемъ Little'вской болѣзни, а по Freud'y называемые—общей ригидностью, если поражено все тѣло, и параплегической ригидностью если поражены только ноги. Эти случаи отличаются тѣмъ, что параличъ значительно отступаетъ на задній планъ сравнительно съ ригидностью конечностей, тѣмъ, что ноги поражены сильнѣе или исключительно, да-лѣе, выраженной регрессивной склонностью болѣзненныхъ явленій и для большинства случаевъ доказаннымъ пред-родовымъ возникновеніемъ или этиологіей, зависящей отъ родового поврежденія. Асфиксію и тяжелые роды находятъ особенно часто въ анамнезѣ общей ригидности, а преждевременные роды—преимущественно при параплегической ригидности (Freud, Feer).

Тяжелые случаи общей ригидности встрѣчаются уже въ раннемъ грудномъ возрастѣ; при купаніи дѣти оказываются ригидными и неподвижными, какъ кусокъ дерева; одѣваніе, перекладываніе ихъ затруднено; ребенка нельзя посадить. Но такая форма есть уже наибольшая степень заболѣванія, большею частью вызванная внутриматочнымъ поврежденіемъ.—Легкіе случаи обнаруживаются родителями и самимъ врачомъ лишь тогда, когда дѣти начинаютъ ходить, когда ригидность ногъ затрудняетъ или дѣлаетъ невозможными всѣ подобныя попытки. Многія дѣти или вообще не начинаютъ ходить, или только въ болѣе поздніе годы. Если поставить ихъ на ноги, то они пред-



Рис. 97. Церебральная диплегія (болѣзнь Little'я). Преждевременные роды на 7 мѣсяцѣ. Асфиксія. Тетраспазмъ. Перекрещиваніе ногъ при попыткѣ ходить, косоглазіе, дизартрія, пугливость. Умѣренное разстройство умственной сферы. (Собственное наблюденіе изъ дѣтской больницы Gisela въ Мюнхенѣ).

гой крайней формѣ. Съ тѣхъ поръ, какъ дѣтскіе головномозговые параличи стали обращать на себя большее вниманіе, рамки «гениунныхъ» заболѣваній значительно сѣзались. Нѣкоторые изъ нихъ относятся къ «дѣтскому церебральному параличу безъ паралича».

Прим. М. Б.

ставляютъ необыкновенно характерную картину: бедра нѣсколько повернуты внутрь, колѣни тѣсно прижаты другъ къ другу благодаря спазму приводящихъ мышцъ, стопа касается пола лишь самыми концами пальцевъ. При попыткѣ ходить одно колѣно продвигается мимо другого съ большимъ напряженіемъ, ноги перекрещиваются (см. рис. 97), ребенокъ до нѣкоторой степени поварачивается вокругъ своей оси при движеніи впередъ. Тамъ, гдѣ спазмы менѣе значительны или уменьшаются въ дальнѣйшемъ возрастѣ, дѣти выучиваются ходить, но они постоянно борются съ внутренними сопротивленіями. Своей замедленной и напряженной походкой они производятъ такое впечатлѣніе, какъ человекъ, двигающійся въ кашцеобразной средѣ, въ ботѣ, причемъ походка на пальцахъ сохраняется. Когда больной ложится или встаетъ, то ноги его обыкновенно движутся вмѣстѣ, какъ будто бы они склеились отъ пота. При сидѣніи, благодаря спазмамъ разгибающихъ мышцъ, онѣ торчатъ по направленію впередъ.

Менѣе выражена ригидность на рукахъ и часто совершенно не выражена на туловищѣ. Хореатическія самопроизвольныя движенія и типическій атетозъ бываютъ гораздо рѣже, чѣмъ при гемиплегіяхъ; часто находятъ при аффектѣ дѣтей атетоидное разгибательное положеніе пальцевъ рукъ и ногъ. Дрожаніе и атаксія нервѣдки.—Глубокіе рефлексы, въ особенности на ногахъ, всегда повышены, но ригидность можетъ сдѣлать совершенно невозможнымъ полученіе рефлексовъ, особенно колѣннаго.—Ригидность часто во время покоя менѣе ясно выражена и обнаруживается лишь при интенціонныхъ или рѣзкихъ пассивныхъ движеніяхъ; обыкновенно она выражается особенно рѣзко при попыткахъ поставить ребенка на ноги.

Относительно мозговыхъ нервовъ можно упомянуть, что косоглазіе наблюдается часто, въ особенности при параплегической ригидности. Также довольно обычны атрофія зрительнаго нерва и разница въ величинѣ зрачковъ. Встрѣчается и нистагмъ. Если въ ригидности участвуетъ лицо, то оно имѣетъ выраженіе маски, представляющее рѣзкій контрастъ съ форсированной мимикой, проявляющейся при выраженіяхъ аффекта, при плачѣ, испугѣ. Дизартрія и брадилалія встрѣчаются очень часто и производятъ вмѣстѣ съ малой подвижностью мимическихъ мышцъ впечатлѣніе крайняго слабоумія, даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ умственная сфера не нарушена въ значительной степени. Спазмы глотательныхъ мышцъ могутъ затруднять глотаніе.

Гипоплазія, разстройства роста конечностей не играютъ такой роли, какъ при гемиплегіи. Мышцы могутъ быть и атрофичны, и гипертрофичны. Слѣдуетъ упомянуть еще о постоянно наблюдаемомъ высокомъ стояніи надколѣнника (Schulthess), которое особенно ясно при сгибаніи колѣна подъ острымъ угломъ.

Судорожные припадки, въ видѣ рано наступающихъ судорогъ въ первое время послѣ родовъ, довольно часты при всѣхъ формахъ церебральной диплегіи; при позднихъ судорогахъ, т. е. при падуčnýchъ судорогахъ они несомнѣнно рѣже, чѣмъ при гемиплегическихъ параличахъ; при параплегической ригидности они представляютъ даже довольно необычное явленіе.

Разстройства умственной сферы и идиотизмъ весьма тяжелаго характера обычны при церебральныхъ диплегіяхъ, ибо большая часть ихъ основана на тяжелыхъ уродствахъ мозга; здѣсь часто находятъ также микроцефалическій черепъ (псевдомикроцефалію), ко-

торый бросается въ глаза уже во время родовъ. Впрочемъ, въ особенности при паралегической ригидности, умственная сфера можетъ быть иногда развита удовлетворительно или даже хорошо.

О теченіи Little'евской болѣзни было сказано выше, что оно представляетъ наклонность къ регрессированію. Отъ общей ригидности спустя нѣсколько лѣтъ можетъ остаться еще ригидность ногъ, а паралегическая ригидность можетъ въ теченіе времени совершенно исчезнуть \*).

### Особые типы болѣзни.

Параплегическимъ параличемъ мы называемъ картины болѣзни съ паралегической ригидностью, когда явленія паралича на ногахъ ясно выражены.

Двусторонней спастической гемиплегіей называютъ осложненныя крайней idiotіей и падушей тяжелые случаи, представляющіе по своимъ симптомамъ какъ бы двойной гемиплегическій параличъ, при которыхъ руки поражены сильнѣе и фиксированы въ положеніи контрактуры и т. д. Если при этомъ поражены и черепные нервы на обѣихъ сторонахъ, то развивается ясно выраженный

Псевдобульбарный параличъ (Oppenheim, Peritz). Подъ этомъ названіемъ подразумѣвается симптомокомплексъ, который вслѣдствіе двусторонняго расстройства въ области мимическихъ мышцъ, мышцъ рѣчи и глотанія пріобрѣтаетъ большое сходство съ картинами болѣзни, возникающими благодаря поврежденію сѣрыхъ ядеръ мозговыхъ нервовъ въ продолговатомъ мозгу. Псевдобульбарный параличъ можетъ наблюдаться и при врожденной общей ригидности. Мимика совершенно отсутствуетъ при спастическихъ формахъ, лицо ригидно, какъ бы вырѣзано изъ дерева, или же отсутствуетъ мѣра для движеній—вмѣсто улыбки обнаруживается искаженное выраженіе лица, *risus sardoniacus*. При болѣе паретическихъ формахъ дѣти не могутъ складывать губъ для свиста, надуть щекъ, высунуть впередъ языкъ, но сосаніе и глотаніе менѣе нарушены, мимическія движенія при плачѣ и смѣхѣ могутъ быть вполне сохранены. Иногда дѣтямъ приходится помогать себѣ пальцами, чтобы передвинуть кусокъ пищи въ область болѣе автоматически дѣйствующихъ частей ротовой полости, откуда дальнѣйшее глотаніе совершается уже правильно.

Общая хорей и двусторонній атетозъ. Такъ называются тяжелыя формы болѣзни, въ которыхъ хорейатическія самопроизвольныя движенія или сразу появляющіяся общія сопровождающія движенія господствуютъ въ клинической картинѣ и ведутъ къ постояннымъ извращеннымъ движеніямъ всего тѣла, непрерывному гримасничанію; рѣчь и способность къ произвольнымъ движеніямъ тяжело нарушены, тѣмъ болѣе, что при этомъ встрѣчаются и довольно сильныя парезы. Часто существуетъ вмѣсто гипертоніи мышцъ ненормальная ихъ вялость.

Мозжечковыя формы. Подъ этимъ названіемъ мы подразумѣваемъ типы болѣзни, въ которыхъ на первый планъ выступаютъ мозжечковыя расстройства координаціи, дающія себя знать неспособностью стоять, сидѣть, ненормальною мышечною вялостью. Съ ними можетъ стоять въ связи

Атонически-астатическій типъ дѣтскаго церебральнаго паралича. Превосходно описанный O. Förster'омъ типъ болѣзни выражается общей атоніей, отсутствіемъ какихъ бы то ни было произвольныхъ противонапряженій мышцъ при пассивномъ растяженіи, благодаря чему получается чрезмѣрное разгибаніе суставовъ и неспособность къ статической мышечной работѣ. Всѣ отдѣльныя мышцы могутъ нормально иннервироваться, но дѣти неспособны стоять и сидѣть; они просто сваливаются въ кучу, не могутъ держать головы, которая шатается во всѣ стороны. Какъ при всѣхъ цере-

\*) Частыя ошибки въ предсказаніи исхода Little'евской болѣзни объясняются тѣмъ, что она не представляетъ однороднаго заболѣванія, а, какъ было упомянуто выше, есть общее и неточное обозначеніе цѣлаго ряда заболѣваній, хотя и имѣющихъ нѣкоторыя общія черты, но значительно различающихся по этиологии, патогенезу, развитію и дальнѣйшему теченію, а, слѣдовательно, и по успѣшности примѣняемыхъ лечебныхъ способовъ (см. прим. на стр. 461).

бральныхъ диплегійхъ дѣтей, здѣсь также несомнѣнно, въ теченіе дальнѣйшей жизни, замѣчается наклонность къ улучшенію. Повидимому, этотъ типъ, встрѣчающійся въ рудиментарномъ развитіи и при обыкновенныхъ формахъ общей ригидности, связанъ съ заболѣваніемъ лобной доли мозга.

Дѣтскій спастическій спинномозговой параличъ, *tabes spasmodique*. Такъ обыкновенно называли раньше случаи чистаго спастическаго пареза ногъ или всѣхъ четырехъ конечностей, пока думали, что онъ представляетъ чисто спинномозговое заболѣваніе. Для случаевъ, сочетающихся съ косоглазіемъ, нарушеніемъ умственной сферы, расстройствами рѣчи и падушей, доказано головномозговое поражение. Въ настоящее время, въ общемъ, склонны считать ее доказанной для всѣхъ другихъ случаевъ, а такъ какъ они большею частью касаются недоношенныхъ дѣтей, то предполагаютъ, что они зависятъ отъ замедленія развитія корково-спинномозговыхъ путей (пирамидныхъ путей и др.). Ригидность безъ паралича, болѣе сильное поражение ногъ, постепенное, самопроизвольное улучшение въ теченіе дальнѣйшей жизни получаютъ, такимъ образомъ, весьма удовлетворительное объясненіе.



Рис. 98. Церебральная диплегія (болѣзнь Little'a), такъ назыв. *tabes spasmodique*. Тетраспазмъ, незначительный на рукахъ. Хорошія умственныя способности. Преждевременные роды на 7 мѣсяцѣ. (Собственное наблюденіе изъ дѣтской больницы Gisela въ Мюнхенѣ).

*adenoma sebaceum* кожи, врожденныя опухоли почекъ и сердца. На предродовое возникновеніе указываютъ сильныя степени микроцефалии.

Въ грудномъ возрастѣ легкіе случаи часто нельзя распознать съ увѣренностью, ибо гипертонія мышцъ и физиологически замѣчается у новорожденныхъ, а также при многихъ хроническихъ расстройствахъ питанія (см. выше, прим. на стр. 464). Ясное повышеніе рефлексовъ,

\* Надо помнить, что рѣчь идетъ не только о смѣшанныхъ формахъ параличей, но также о формахъ, смѣшанныхъ съ явленіями слабоумія или идиотизма. атаксическихъ расстройствъ движенія и пораженія органовъ чувствъ; ибо многіе «генуинные» случаи послѣднихъ заболѣваній въ сущности представляютъ лишь различныя грани одного и того же патолого-анатомическаго процесса, но только съ различной въ каждомъ данномъ случаѣ локализацией, интенсивностью и распространеніемъ.

Прим. М. Б.

особенно идіотія могутъ обезпечивать діагнозъ, чрезмѣрно раннее закрытіе родничковъ можетъ дать врачу первое указаніе.

Въ ясно выраженныхъ случаяхъ въ особенности важно отличать разбираемую болѣзнь отъ параличей периферическаго происхожденія (поліомієліта, родового паралича), которые могутъ представлять такія же картины, что тѣмъ болѣе возможно тамъ, гдѣ они повели уже къ ясно выраженнымъ контрактурамъ. Спастическій характеръ параличей, повышеніе рефлексовъ, менѣе выраженная атрофія, нарушенія умственной сферы, падачая, хорейатическія и атетотическія движенія характерны для головно-мозгового паралича. Гдѣ остается сомнѣніе, электрическое изслѣдованіе даетъ возможность поставить надежное распознаваніе, парализованныя мышцы обнаруживаютъ при церебральномъ параличѣ нормальную возбудимость на фарадическій и гальваническій токъ. Благодаря этому критерию можно отличать атонически-астатическія формы врожденной мышечной атоніи, обнаруживающія пониженную электрическую возбудимость и поражающія менѣе сильно туловище и затылокъ. Вопросъ о сифилисѣ мозга долженъ быть тщательно взвѣшенъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ; надо примѣнять по возможности и Wassermann'овскую реакцію. Разница въ величинѣ зрачковъ, а еще болѣе—рефлекторная неподвижность зрачковъ являются въ особенности цѣнными указаніями на специфическую этиологію—lues.

Мозговую опухоль можно распознавать отъ церебральнаго дѣтскаго паралича по прогрессивному теченію или по застойному соску; то же относится къ головной водянкѣ старшихъ дѣтей, которая можетъ имитировать спастическую диплегію.

Множественный склерозъ. Когда при параспастическихъ состояніяхъ существуютъ нистагмъ, интенціонное дрожаніе, брадилалія, то клиническая картина можетъ быть весьма сходной съ множественнымъ склерозомъ. Но мы должны помнить, что, съ одной стороны, эта болѣзнь едва ли встрѣчается у дѣтей, а съ другой—эти атипическіе случаи церебральной диплегии часто относятся къ семейнымъ формамъ, отличающимся большею частью прогрессивнымъ теченіемъ. Отъ Friedreich'евской атаксіи случаи эти отличаются спастическими симптомами и повышеніемъ рефлексовъ.

Амауротическій идіотизмъ и диффузный склерозъ могутъ быть приняты за церебральную диплегію только въ томъ случаѣ, если не обратитъ вниманія на прогрессирующее теченіе этихъ заболѣваній.

**Предсказаніе.** Многія гемиплегии и большинство случаевъ общей и паралегической ригидности представляютъ естественную склонность къ улучшенію; дѣти выучиваются иногда ходить только на 8-мъ, 10-мъ году. Предсказаніе большею частью зависитъ отъ состоянія умственныхъ способностей и отсутствія или наличности приступовъ падучей. Разовьются ли они или нѣтъ, нельзя предсказать даже при гемиплегии легкой степени.

**Леченіе** О леченіи менингеальныхъ кровоизліяній у новорожденныхъ и объ остромъ энцефалитѣ было указано въ соответственномъ мѣстѣ.—Гдѣ въ этиологіи имѣетъ значеніе сифились, тамъ показано энергичное противосифилитическое леченіе. Въ другихъ случаяхъ леченіе должно стремиться къ возстановленію возможно болѣе благоприятной двигательной функціи.

Здѣсь можетъ быть примѣняемо электричество, именно—въ



видѣ фарадизаціи паретическихъ мышцъ и въ примѣненіи анода гальваническаго тока къ спастически сокращеннымъ мышцамъ \*). Продолжительныя теплыя ванны дѣйствуютъ также расслабляющимъ образомъ на гипертоніи и должны примѣняться особенно правильно при диплегіяхъ, и притомъ въ теченіе цѣлыхъ недѣль.

Но важнѣе всего цѣлесообразное, выполняемое цѣлые мѣсяцы послѣдовательное активное леченіе упражненіями. Оно требуетъ извѣстнаго развитія и доброй воли со стороны больного. Можно пользоваться наклономъ къ сопровождающимъ движеніямъ, заставляя выполнять упражненія здоровой рукой (H. Curschmann). Леченіе упражненіями, массажемъ и пассивными движеніями, впрочемъ, полезно и возможно во многихъ случаяхъ лишь послѣ того, какъ контрактуры устранены тенотоміями и вправленіемъ. Поэтому леченіе такихъ дѣтей по справедливости становится все болѣе и болѣе областью ортопедіи, достигающей здѣсь большихъ успѣховъ.



Рис. 99. Церебральная диплегія (болѣзнь Little'я). Лицо въ видѣ маски. Гипсовая повязка въ раздвинутомъ положеніи ногъ послѣ предварительной тенотоміи Ахилловыхъ сухожилій, сгибателей голени, приводящихъ мышцъ и tensor fasciae latae. (Собственное наблюденіе изъ дѣтской больницы Gisela въ Мюнхенѣ).

При гемиплегіяхъ на ногѣ спастическая pes equinus можетъ быть устранена пластическимъ удлиненіемъ Ахиллова сухожилія. На рукѣ соотвѣтственной пересадкой сухожилій можно достигнуть ослабленія гипертоническихъ и укрѣпленія паретическихъ мышечныхъ группъ, перенося часть гипертоническихъ мышцъ на неспособныя къ функціи мышцы. Совершенно особенное значеніе имѣетъ наблюденіе, что хорія и атетозъ не могутъ развиваться въ

\*) Гораздо лучшіе результаты получаютъ здѣсь отъ вибраціоннаго массажа, какъ показываютъ единогласныя наблюденія Mortimer, Granville'я, Pilgrim'a, Kellgren'a, Сугіах'а, проф. А. Е. Щербака и мои; раздража вибраціями периферическіе нервные приборы, можно вызвать рефлекторное дѣйствіе, при помощи котораго повышается дѣятельность нервныхъ центровъ и происходитъ «пролаганіе» или «протореніе» путей спинного мозга, связывающихъ нейроны извѣстной территоріи (въ периферическіе приборы которой поступаютъ импульсы при вибраціи) съ другими нейронами центральной нервной системы. Благодаря проторенію тѣхъ же связей даннаго нейрона, которая и нормально функционируютъ чаще всего, или физиологической цѣпи ихъ, увеличивается притокъ къ нимъ нервной энергіи, и происходитъ извѣстное «заряженіе» энергіей даннаго прибора. При этомъ не надо думать, что механическая энергія превращается въ нервную, но въ нервной системѣ происходитъ лишь измѣненіе распредѣленія нервной энергіи функциональнаго характера.

конечности, подвергнутой пересадкѣ сухожилий. Это тѣмъ важнѣе, что вообще съ трудомъ удается воздѣйствовать на упомянутыя функціональныя самопроизвольныя движенія, вызывающія тяжелья разстройствя.

При диплегіяхъ можно получить весьма хорошіе результаты, если послѣ тенотоміи обоюдостороннихъ tensor fasciae latae, приводящихъ мышцъ, сгибателей въ подколѣнной ямкѣ и Ахиллова сухожилия фиксировать въ гипсѣ ноги на долгое время въ разведенномъ положеніи (срв. рис. 99). Тщательное, послѣдовательное лечение массажемъ, активными или пассивными движеніями даетъ возможность дѣтямъ по истеченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ самостоятельно ходить. Въ большинствѣ случаевъ труднѣе всего вліять на кривую спину. Все лечение, какъ уже упомянуто, имѣетъ смыслъ при сколько-нибудь сохранившихся умственныхъ способностяхъ.

Въ новѣйшее время получались неоднократно блестящіе успѣхи при Little'евской болѣзни отъ Förster'овской операціи. Принципъ этой операціи состоитъ въ томъ, чтобы устранить чувствительныя раздраженія, которыя проводятся къ спастическимъ отдѣламъ мышцъ и вызываютъ возникновеніе спазмовъ. Съ этой цѣлью отскаиваютъ и перерѣзываютъ нѣсколько заднихъ корешковъ спинно-мозговыхъ нервовъ въ позвоночномъ каналѣ. Операція должна имѣть большую будущность, хотя въ настоящее время она еще весьма опасна и трудна. Выборъ подлежащихъ перерѣзкѣ корешковъ, конечно, особенно важенъ. Я долженъ только указать здѣсь на оригинальныя работы Förster'a.

Лечение падучей такое же, какъ при генуинныхъ формахъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ были успѣшно измѣнены трепанация и вырѣзываніе первичнаго судорожнаго центра мозговой коры или устраненіе кисти или рубцовъ. Рѣчь и разстройствя умственной сферы требуютъ врачебно-педагогическаго леченія; при тяжеломъ идиотизмѣ необходимо помѣстить ребенка въ соотвѣтственное учрежденіе.

### **Добавленіе: Острая церебральная атаксія и острое церебральное дрожаніе.**

Острая церебральная атаксія—рѣдкая болѣзнь. Въ теченіе острыхъ заразныхъ болѣзней (тифа, скарлатины, кори), развивается послѣ коматознаго стадія общяя атаксія или параличъ; кромѣ того, имѣются разстройства умственной сферы (слабость памяти), однообразная силлабирующая рѣчь (иногда раньше бываетъ афазія), повышеніе кожныхъ и сухожильныхъ рефлексовъ. Чувствительность не нарушена, за исключеніемъ стереогностическаго чувства, иногда и мышечнаго. Наблюдаются въ иныхъ случаяхъ отдѣльныя двигательныя явленія раздраженія, подергиванія въ затылкѣ и т. п. Большинство случаевъ оканчивается выздоровленіемъ въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ. При отличительномъ распознаваніи надо имѣть въ виду главнымъ образомъ полиневритъ. Сущность заболѣванія, повидимому, энцефалитъ, въ случаяхъ съ бульбарными и спинномозговыми явленіями—энцефаломіэлитъ.

Острое церебральное дрожаніе (Zappert) болѣзнь, наблюдавшаяся преимущественно у дѣтей первыхъ лѣтъ жизни, главнымъ образомъ у мальчиковъ. Она характеризуется быстро появляющимся рѣзкимъ или умѣреннымъ дрожаніемъ конечностей и затылка, къ которому могутъ присоединяться легкіе спазмы съ повышеніемъ рефлексовъ въ пораженныхъ областяхъ; описаны и одностороннія формы; въ нѣкоторыхъ случаяхъ обнаруживались незначительныя парезы въ рукѣ и въ лицевомъ нервѣ. Дрожательныя движенія усиливаются ясно при возбужденіи и не всегда прекращаются во время сна. Важно точное знакомство съ болѣзнию, особенно въ виду благопріятнаго предсказанія. По истеченіи нѣсколькихъ недѣль всѣ описанныя до сихъ поръ случаи окончились полнымъ выздоровленіемъ; у нѣкоторыхъ дѣтей остались, впрочемъ, нарушенными умственные способности. Сущность болѣзни заключается, какъ предполагають, въ токсическихъ поврежденіяхъ мозга; нѣкоторые авторы считаютъ болѣзнь неврозомъ. Съ этиологической точки зрѣнія главную роль играютъ предшествовавшія заболѣванія пищеварительныхъ и дыхательныхъ путей. Распознаваніе обыкновенно легко; при односторонней формѣ сначала оно можетъ быть затруднительнымъ—надо исключить мозговую опухоль, особенно же энцефалитъ, тѣмъ болѣе, что болѣзнь, вѣроятно, представляетъ лишь особую форму этого послѣдняго.

## Х. Склерозы центральной нервной системы.

Очастичныхъ вторичныхъ склерозахъ отдѣльныхъ частей мозга и о бугристомъ мозговомъ склерозѣ была уже рѣчь (стр. 463).

Разлитой мозговой склерозъ представляетъ рѣдкое заболѣваніе, начинающееся медленно въ первые годы жизни и неудержимо ведущее въ теченіе мѣсяцевъ или лѣтъ къ смерти. Иногда появляются падучевидные или апоплектиформные приступы, при которыхъ наступаетъ ухудшеніе. Симптомы заключаются въ прогрессивно идущемъ спастическомъ параличѣ всѣхъ мышцъ, съ которымъ рука объ руку идетъ угасаніе рѣчи и умственныхъ способностей до полнаго идиотизма; зрительные нервы атрофируются. Наблюдается уплотнѣніе головного и спинного мозга, особенно бѣлаго вещества; въ основѣ процесса лежитъ преимущественно развитіе соединительной ткани, считаемое продуктомъ интерстиціального воспаленія.

Множественный очаговый склерозъ въ дѣтскомъ возрастѣ весьма рѣдокъ и встрѣчается, вѣроятно, лишь какъ исходъ множественнаго энцефаломіэлитита. Незачѣмъ вдаваться здѣсь въ подробности, тѣмъ болѣе, что теченіе и симптоматологія въ существенныхъ чертахъ совпадаютъ съ картиной болѣзни у взрослыхъ (спастическіе параличи ногъ, интенціонное дрожаніе, атрофія зрительныхъ нервовъ, нистагмъ, расстройство со стороны сфинктеровъ и чувствительности, брадикалія и т. д.). Преобладающее большинство дѣтей, представляющихъ сходный симптомокомплексъ, страдаетъ атипической формой церебральной диплегіи или наследственно-дегенеративными заболѣваніями (семейными диплегіями, наследственной атаксіей и т. д.). Прогрессивный параличъ, сифилисъ мозга, истерія могутъ также симулировать множественный склерозъ.

## XI. Острый полиоміэлитъ. Спинномозговой дѣтскій параличъ.

(Болѣзнь Heine-Medin'a острый эпидемическій дѣтскій параличъ).

Болѣзнь Heine-Medin'a представляетъ собою появляющееся большими эпидеміями или болѣе спорадически заразное заболѣваніе центральной нервной системы, поражающее преимущественно ранній дѣтскій возрастъ. Острымъ переднимъ полиоміэлитомъ мы называемъ самый важный въ клиническомъ отношеніи типъ болѣзни, въ основѣ котораго имѣется преимущественная локалізація процесса въ сѣрыхъ переднихъ рогахъ спинного мозга, и послѣдствіемъ котораго являются вялые параличи, остающіеся часто надолго въ отдѣльныхъ изъ пораженныхъ мышцъ.

**Этіологія и эпидемиологія.** Большія эпидеміи послѣднихъ лѣтъ въ Скандинавіи, Сѣверной Америкѣ, Германіи и Австріи значительно обогатили наши свѣдѣнія.

Повидимому, спорадическіе случаи, быть можетъ, должны считаться лишь выраженіемъ продолжающей существовать эндеміи, которая даетъ гораздо больше отдѣльныхъ случаевъ, чѣмъ можно предполагать; ибо abortивные случаи, проходящіе безъ паралича, могутъ быть правильно объяснены лишь во время эпидеміи, да и тутъ—лишь въ малой части своей.

Въ значительномъ большинствѣ къ заболѣванію предрасположены

первые 3 года жизни, но могутъ болѣть и взрослые. Однократное перенесеніе заболѣванія даетъ невосприимчивость. Максимумъ эпидемій приходится всегда на лѣтніе мѣсяцы (іюль, августъ, иногда октябрь).

Возбудитель зараженія еще не открытъ, но Landsteiner'у и Porrege'у удалось перенести болѣзнь на обезьянъ, а благодаря новѣйшимъ изслѣдованіямъ объ экспериментальномъ полиомиелитѣ у обезьянъ (Flexner, Römer и др.) мы знаемъ, что инкубационное время составляетъ 8—9 дней, что ядь, который до сихъ поръ не поддается окраскѣ, проходитъ черезъ Berkefeld'овскій фильтръ, что онъ достигаетъ центральной нервной системы по лимфатическимъ путямъ, встрѣчается и внѣ нервной системы, также въ слизи носа и зѣва, въ особенности—въ слюнѣ. При высокихъ температурахъ зараза быстро погибаетъ, но устойчива при дѣйствиіи холода и высушиванія.

Способъ распространенія. Оно, вѣроятно, происходитъ путемъ прикосновенія отъ человѣка къ человѣку, причемъ, какъ при эпидемическомъ менингитѣ, здоровья или слегка заболѣвшія третья лица играютъ главную роль (J. Wickman). Возможно, что ядь заносится землею (на обуви) (Eichelberg, E. Müller).—Часто заболѣваютъ братья и сестры, причемъ болѣзнь можетъ, повидимому, протекать въ различной степени напряженности, у нѣкоторыхъ—даже только abortивно.

Входными воротами, повидимому, являются пищеварительные, и дыхательные пути, особенно лимфатическое кольцо зѣва.—E. Müller показалъ, что въ отдѣльныхъ эпидеміяхъ Heine-Medin'овской болѣзни *genius epidemicus* играетъ большую роль.

**Патологическая анатомія.** У дѣтей, умершихъ въ остромъ стадіи, при макроскопическомъ изслѣдованіи большею частью находятъ геморрагическія измѣненія въ видѣ очаговъ въ переднихъ рогахъ, локализирующія преимущественно въ поясничномъ и шейномъ утолщеніи мозга; микроскопическое изслѣдование показываетъ, что воспалительный процессъ, который главнымъ образомъ распространяется впередъ по сосудистымъ влагалищамъ (Wickman), можетъ переходить на задніе рога, часто и на бѣлое вещество, что онъ всегда гораздо болѣе распространенъ, чѣмъ можно предполагать по клиническимъ явленіямъ выпаденія. Поражаются не только большія области спинного мозга, но находятъ очаги въ продолговатомъ мозгу и въ корѣ головного мозга. Мозговья оболочки представляются микроскопически всегда воспаленными (Harbitz и Scheel).—Послѣдствіемъ воспалительнаго процесса въ области сѣраго вещества являются тяжелыя поврежденія ганглиозныхъ клѣтокъ.

Въ закончившихся случаяхъ очаги оказываются склеротическими и атрофическими; ганглиозныя клѣтки исчезаютъ или перерождаются, стѣнки сосудовъ утолщены, невроглія разрослась. Вся половина спинного мозга можетъ представлять даже не вооруженному глазу сморщенной, передней рогъ сжуженъ, граница между переднимъ рогомъ и бѣлымъ веществомъ сглажена. Пораженныя мышцы болѣе или менѣе перерожжены и на-глазъ представляются измѣненными, цвѣта лососины, свѣтло-розовыми, сѣрыми, желтоватыми, иногда пятнистыми, на подобіе кожи тигра.

**Симптомы и теченіе.** Инкубационное время составляетъ 5—10 дней. За нимъ слѣдуетъ лихорадочный начальный стадій, переходящій въ стадій начальныхъ, а затѣмъ—постепенно къ стадій стойкихъ параличей и контрактуръ.

Начальный стадій характеризуется лихорадкой, часто превышающей 39—40°, а также значительнымъ нарушеніемъ общаго состоянія; пульсъ въ большинствѣ случаевъ весьма полный, сознаніе мало или почти не нарушено, но часто существуетъ значительная сонливость; сонъ безпокойный, нарушается сновидѣніями и фантазированіемъ.—Въ качествѣ мѣстныхъ заболѣваній въ это время обна-

руживаются въ однихъ случаяхъ ангины, въ другихъ—бронхиты, въ третьихъ—пищеварительныя разстройства (рвота, поносъ, также сильный запоръ). Головныя боли незначительны, общія типическія падучевидныя судороги рѣдки.—Лихорадка, большею частью, падаетъ въ первые дни до нормы, но въ атипическомъ видѣ иногда продолжается недѣлю или двѣ. Этотъ ранній стадій, въ діагностическомъ отношеніи съ трудомъ поддающийся оцѣнкѣ, отличается нѣкоторыми дальнѣйшими заслуживающими вниманія симптомами. Важнѣйшій, бросающійся, главнымъ образомъ, въ глаза родителямъ признакъ—крайняя чувствительность прикосновеніи къ кожѣ и болѣзненность при пассивныхъ движеніяхъ. Дѣти громко кричатъ, какъ только дѣлаютъ попытки посадить ихъ или взять на руки, даже если мать или врачъ только подходятъ къ постели. Дѣти не даютъ сажать себя и плачутъ, чтобы ихъ оставили въ покоѣ. Если ихъ сажаютъ, то они напрягаютъ позвоночникъ, который, самъ по себѣ, не представляетъ гипертоніи. Точно также они часто жалуются на самопроизвольныя боли въ спинѣ, конечностяхъ; интенсивная чувствительность къ давленію мышцъ и нервныхъ стволовъ можетъ оставаться еще долго по окончаніи ранняго стадія.—Вторымъ важнымъ признакомъ является большая склонность къ потѣнію; дѣти какъ бы вынуты изъ воды.—Къ этому присоединяется еще третій, особенно указанный Миллего́мъ фактъ ясной лейкопеніи (3—5000 лейкоцитовъ).—Поясничныя проколы обнаруживаютъ находящуюся подъ высокимъ давленіемъ жидкость, которая большею частью прозрачна, но можетъ обнаруживать и опалесценцію. Содержаніе бѣлка повышено. При стояніи можетъ образоваться свертокъ фибрина. Отцентрифугированная жидкость обнаруживаетъ лимфоцитозъ. По окончаніи начальнаго стадія эти патологическія явленія исчезаютъ.

Рѣдко это состояніе продолжается дольше 2—3 дней. Скоро развиваются начальныя параличи, которые распространяются, большею частью, на значительное протяженіе. Могутъ предшествовать судороги и подергиванія въ соотвѣтственныхъ областяхъ, параличи вялы, поражаютъ преимущественно ноги и туловище, рѣже—руки и область мозговыхъ нервовъ.

Параличъ достигаетъ полного распространенія въ нѣсколько дней, и съ этого времени идетъ обратное его развитіе. Дальнѣйшее пораженіе другихъ областей въ видѣ приступовъ принадлежитъ къ величайшимъ исключеніямъ. Часто параличъ вначалѣ не можетъ быть легко распознанъ; но тщательнымъ изслѣдованіемъ всегда открывается гипертонія, иногда—отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ. Весьма часто вначалѣ участвуютъ только мышцы туловища и брюшныхъ стѣнокъ. Затѣмъ бросается въ глаза, повидимому, сильное вздутіе живота газами, стоящее въ противорѣчьи съ вялостью брюшныхъ стѣнокъ; къ тому же дѣтей нельзя ни сажать, ни удерживать въ сидячемъ положеніи. Разстройства функцій мочевого пузыря и прямой кишки въ начальномъ стадіи часты, но всегда скоропреходящаго характера; задержка мочи, требующая катетеризаціи, наблюдается только при пораженіи поясничнаго сегмента, т. е. въ большинствѣ случаевъ, соединенныхъ съ паралегіей ногъ.

Мышечныя параличи вызываютъ наибольшій интересъ. Вначалѣ они широко распространены, но въ теченіе дальнѣйшихъ дней и недѣль постепенно уменьшаются. Цѣлыя конечности, бывшія парализованными, снова пріобрѣтаютъ полную способность къ движенію, даже

во многихъ случаяхъ можетъ наступить выздоровленіе безъ всякихъ слѣдовъ; но явленіе это принадлежитъ къ исключеніямъ. Часть первоначально парализованныхъ мышечныхъ областей остается таковыми надолго.

Дѣло идетъ о вялыхъ, периферическихъ, атрофическихъ параличахъ; если поднять конечности, то онѣ падаютъ, какъ мертвыя, на постель, глубокіе рефлексы угасли; при электрическомъ изслѣдованіи находятъ реакцію перерожденія, за которой въ самое короткое время слѣдуетъ атрофія мышцъ; вначалѣ послѣднія перевозбудимы чисто механически и фарадически, а затѣмъ нервы и мышцы быстро теряютъ способность реагировать на фарадическій токъ, отвѣчаютъ на гальванической вялыми червеобразными подергиваніями,

Рис. 90.

Рис. 91.



Рис. 100. *Poliomyelitis anterior acuta*. Паралитическая косолапость справа. Параличъ разгибателей пальцевъ и икръ. Сохранены *m. tibialis anticus* и сгибатели пальцевъ.—Атрофія мышцъ бедра и голени. (Собственное наблюденіе изъ дѣтской больницы Gisela въ Мюнхенѣ).

Рис. 101. Спинномозговой дѣтскій параличъ (2 лѣтняя дѣвочка). Паралитическій сколіозъ при лѣвостороннихъ параличахъ мышцъ спины. (Собственное наблюденіе изъ дѣтской больницы Gisela въ Мюнхенѣ).

причемъ преобладаетъ возбудимость на анодъ. Мышцы, въ которыхъ развилась полная реакція перерожденія, оправляются не вполнѣ или совершенно не оправляются.

Угасаніе глубокихъ рефлексовъ, въ особенности колѣннаго, является обычнымъ, но здѣсь бываютъ исключенія—въ сочетаніи съ параличемъ рукъ часто видѣли повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ, которое легко объяснить тамъ, гдѣ участіе бѣлаго вещества повело къ поврежденію пирамидныхъ путей. Рефлексъ Ахиллова сухожилія находили часто повышеннымъ (клонусъ стопы).—Кожные рефлексы не

нарушены или отсутствуют въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ поражены соотвѣтствующія мышцы; рефлексъ Babinski'аго можетъ быть положительнымъ.

Атрофія мышцы часто обуславливаетъ значительное исхуданіе конечностей; моделировка исчезаетъ, конечность представляется какъ бы состоящей только изъ кожи и костей; у очень маленькихъ дѣтей атрофія мышцъ иногда маскируется жировой тканью.

Отдѣльные типы параличей могутъ представлять всевозможныя комбинаціи, обнаруживать нѣкоторыя излюбленныя сочетанія. Чаще всего поражена только одна нога, рѣже—только рука или обѣ ноги; встрѣчаются иногда и параплегія рукъ, перекрестныя и даже гемиплегическія формы. Характерно для остраго полиоміелита то, что параличъ никогда не распространяется равномерно на всю конечность; дѣло идетъ большею частью объ отдѣльныхъ мышечныхъ группахъ, которыя поражены или пощажены; часто поражаются функционально сходныя между собою мышцы, даже если онѣ снабжаются совершенно различными нервами.

На ногахъ чаще всего поражаются *mm. peronei*. Находятъ также сочетаніе „*mm. quadriceps* и *tibialis anticus*“, между тѣмъ какъ *m. sartorius* не пораженъ. На рукъ обыкновенно поражена *m. deltoideus*, маленькія мышцы ладони большею частью всегда свободны.

Мышцы туловища и затылка вначалѣ участвуютъ весьма часто, а затѣмъ обыкновенно оправляются. Тяжелые сколіозы и лордозы обыкновенно остаются неизгладимыми послѣдствіями.—Параличи мышцъ брюшныхъ стѣнокъ могутъ оставлять локализованныя атрофическія области въ послѣднихъ; здѣсь при глубокихъ дыхательныхъ движеніяхъ или при напряженіи брюшного пресса могутъ происходить грывевидныя выпячиванія.

Параличи мозговыхъ нервовъ (бульбарныя или мостовыя формы), которые въ спорадическихъ случаяхъ наблюдаются весьма рѣдко, встрѣчаются нерѣдко въ теченіе эпидеміи. Чаще всего можетъ участвовать лицевой нервъ, рѣже—отводящій, подъязычный, глазодвигательный; если поражается ядро блуждающаго нерва, то могутъ наступать приступы одышки, ведущіе въ большинствѣ случаевъ къ смерти.

Параличи даютъ самое быстрое улучшеніе въ первыя недѣли; по истеченіи полугода и больше можетъ наблюдаться медленное улучшеніе, но не позже, чѣмъ спустя годъ послѣ начала заболѣванія. Общее состояніе послѣ окончанія начальныхъ явленій не оставляетъ желать ничего лучшаго; нѣкоторая психическая раздражительность, плаксивость, а также боли въ конечностяхъ могутъ оставаться, впрочемъ, на долгое время. Отсутствіе разстройствъ чувствительности особенно характерно для позднѣйшихъ стадій болѣзни и имѣетъ діагностическое значеніе.

Стадій длительнаго паралича характеризуется дальнѣйшими вторичными разстройствомъ, контрактурами и обезображиваніями—парализованный ребенокъ можетъ остаться калѣкой.

Если поражены всѣ или почти всѣ мышцы конечностей, то контрактуръ не бываетъ; конечность виситъ, какъ чуждый тѣлу придатокъ, на туловищѣ, какъ рука куклы.

Но если, какъ это обыкновенно бываетъ, поражаются только отдѣльныя мышечныя группы, то вскорѣ, благодаря дѣйствию антагонистовъ, уже спустя нѣсколько недѣль наступаетъ контрактура,

которая постепенно, путем сморщивания сухожилий и фиброзного перерождения мышц, остается в фиксированном патологическом положении. Давление одяла, тяжесть конечностей при сидении и т. д. могут в значительной степени способствовать возникновению этих обезображиваний. Далѣе, происходят тяжелыя функциональныя расстройства благодаря появлению болтающихся суставовъ, особенно неприятныхъ въ области плеча и бедра.

Расстройства роста также нерѣдки. Дѣло идетъ объ укороченіи конечностей. Кожа на пораженныхъ частяхъ блѣдна или синюшна и значительно холоднѣе на-ощупъ, чѣмъ на здоровой сторонѣ.

Тяжелые лордозы и сколиозы, являющіеся результатомъ паралича мышцъ туловища, были уже упомянуты.

Чаще всего и особенно сильно мѣшаютъ паралитическія контрактуры на ногахъ и на стопѣ. Смотря по характеру паралича, образуются плоская стопа, конская стопа, пяточная стопа. Эти явленія могутъ вести къ тому, что больному приходится наступать на тылъ стопы. Какъ послѣдствія полиомиелитическихъ параличей извѣстны также *genu incurvatum* и *recurvatum*.

При потерѣ четырехглавой мышцы или при сочетаніи съ тяжелыми параличами мышцъ спины дѣти часто въ состояніи только двигаться на четверенькахъ съ помощью рукъ (ползуны). (Рис. 102).

Съ особыми формами теченія мы познакомились благодаря блестящему изученію вопроса J. Wickman'омъ, которому принадлежитъ сопоставленіе различныхъ клиническихъ типовъ подъ общимъ названіемъ болѣзни Heine-Medin'a.

1. Abortивныя заболѣванія наблюдаются во время эпидемій, видимо, очень часто и потому нерѣдко ускользаютъ отъ надежнаго діагноза. Развиваются типическія, иногда даже сильно выраженные начальныя явленія, съ которыми могутъ сочетаться пищеварительныя расстройства, ангина, менингеальныя явленія; угнетенное состояніе, боли въ конечностяхъ, лихорадка дополняютъ впечатлѣніе, что дѣло идетъ объ инфлуэнцѣ. Лишь появленіе параличей у дѣтей, заболѣвшихъ совершенно одинаково, допускаетъ возможность правильнаго распознаванія. Выздоровленіе въ abortивныхъ случаяхъ происходитъ быстро и полно даже тамъ, гдѣ ослабленіе колѣнныхъ рефлексовъ и гипотонія отдѣльныхъ мышечныхъ областей не оставляютъ никакого сомнѣнія въ принадлежности заболѣванія къ типу Heine-Medin'a.

2. Смертельно протекающіе случаи. Смерть обуславливается, вообще говоря, рѣже тяжестью зараженія, чѣмъ локализацией процесса въ важныхъ для жизни центрахъ продолговатаго мозга. Эти центры обыкновенно не поражаются первично; болѣзненный процессъ



Рис. 102. Спинального детского паралича. (Ползуны). (Наблюденіе проф. Vulpius'a, Гейдельбергъ).



локализуется сначала, напр., въ ядрахъ мозговыхъ нервовъ моста и продолговатаго мозга, обусловливаетъ параличи глазныхъ мышцъ и лицевого нерва, достигаетъ, опускаясь внизъ, области *nervi vagi* и дыхательнаго центра. Еще чаще смертельные случаи протекаютъ въ видѣ картины восходящаго спинномозгового паралича, паралича Landry. Въ быстрой послѣдовательности болѣзнь переходитъ съ ногъ на туловище, руки, грудобрюшной нервъ и дыхательный центръ. Эта форма заболѣванія, которая, большею частью, не ведетъ къ печальному исходу и рѣдко длится до 2 недѣль, наблюдается въ особенности у старшихъ дѣтей; лихорадка при этомъ не особенно высока, въ послѣдніе дни даже можетъ совершенно отсутствовать; не всегда исходъ бываетъ смертельнымъ. Даже если пораженъ дыхательный центръ, болѣзненный процессъ можетъ остановиться.

3. Мостовыя и бульбарныя формы были уже неоднократно упомянуты. Параличи глазныхъ мышцъ, лицевой мышцы, мягкаго неба или подъязычныхъ нервовъ встрѣчаются не только, какъ начальныя сопровождающія явленія распространенныхъ параличей конечностей, но иногда также изолированно, давая картины, соответствующія верхнему и нижнему полиоэнцефалиту. Гдѣ подобныя, остро развивающіеся параличи, напр., периферическіе лицевого нерва, встрѣчаются спорадически, тамъ надо всегда имѣть въ виду связь съ болѣзью Heine-Medin'a.

4. Энцефалитическія (церебральныя) формы, которыя ведутъ къ спастическимъ гемиплегіямъ и церебральнымъ дѣтскимъ параличамъ, встрѣчаются, но довольно рѣдко бываютъ въ теченіе эпидемій. Укажемъ на сказанное въ главѣ объ энцефалитѣ стр. 456. Въ качествѣ другихъ рѣдкихъ клиническихъ типовъ Wickman упоминаетъ атактическія, менингитическія и полиневритическія формы.

**Распознаваніе** въ начальномъ стадіи затруднительно, но можетъ быть чаще поставлено, если принимать во вниманіе характерную чувствительность къ прикосновенію и движенію при свободномъ сознаніи (въ отличіе отъ эпидемическаго менингита), кроме того, сильный потъ и лейкопенію. Гдѣ существуетъ сомнѣніе относительно менингита, тамъ вопросъ рѣшается сосчитываніемъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, а также поясничнымъ проколомъ. Многіе случаи вначалѣ принимались за мышечный или суставной ревматизмъ, за инфлуэнцу, ишіасъ или даже полиневритъ.—Характерно и имѣетъ діагностическое значеніе для параличей полиомиэлита ихъ острое происхожденіе, такъ что въ нѣсколько дней достигается максимумъ распространенія, далѣе, вялый, атрофическій характеръ паралича, отсутствіе разстройствъ чувствительности и явленія со стороны пузыря и прямой кишки по окончаніи остраго стадія.

Отличительное распознаваніе. Множественный невритъ у маленькихъ дѣтей весьма рѣдокъ. Онъ развивается медленно при постояннаго типа длительной лихорадкѣ до степени полнаго паралича; при этомъ въ позднѣйшихъ стадіяхъ существуютъ разстройства чувствительности. Участіе мозговыхъ нервовъ или боль при давленіи на мышцы и нервы едва ли могутъ быть примѣняемы въ цѣляхъ распознаванія. Атаксія говоритъ больше за полиневритъ, но встрѣчается и при полиомиэлитѣ. Если пораженныя мышцы строго соответствуютъ периферической иннерваціи, то вѣроятенъ полиневритъ, точно также при латеральномъ симметрическомъ заболѣваніи и раннемъ появленіи отековъ.

Послѣдифтерійныя параличи обнаруживаютъ также постепенное распространеніе. Разстройство чувствительности и атаксія поражаютъ, далѣе,

особенно часто мягкое небо, страдающее при полиомиелитѣ лишь въ видѣ исключенія.

Головномозговой дѣтской параличъ. Отличительное распознаваніе законченнаго процесса можетъ иногда представлять затрудненія. Контрактуры при полиомиелитѣ способны, напр., симулировать спазмы. Реакція перерожденія доказательна для послѣдней болѣзни, равно какъ и отсутствіе или ослабленіе глубокихъ рефлексовъ; не слѣдуетъ забывать, однако, что повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ и Ахиллова сухожилія могутъ встрѣчаться также при полиомиелитѣ (особенно при параличахъ руки). Церебральный параличъ не подлежитъ сомнѣнію, если есть на-лицо атетозъ, Виттова пляска, идиотія, эпилепсія.

Родовые параличи одной или обѣихъ ручекъ не могутъ быть распознаны у старшихъ дѣтей безъ анамнеза отъ полиомиелитическаго паралича. Поворотъ руки внутрь вслѣдствіе паралича *m. infraspinatus* бываетъ часто при отдѣльныхъ параличахъ. *Myotonia congenita* можетъ быть распознана по диффузному симметрическому распространенію мышечной вялости и отсутствію реакціи перерожденія.

Прогрессивныя мышечныя дистрофіи. Лишь анамнезъ или теченіе могутъ рѣшить вопросъ въ затруднительныхъ для діагноза случаяхъ. Дистрофіи двусторонне симметричны и отличаются медленнымъ, стойкимъ прогрессированіемъ.

Параличи ноги при *spina bifida occulta* часто сочетаются съ параличами сфинктеровъ и разстройствомъ чувствительности, они обыкновенно симметричны.

Параличи отъ задержки въ развитіи (ложные параличи) у рахитиковъ, въ особенности при наслѣдственномъ сифилисѣ (руки) могутъ быть приняты за полиомиелитъ. Точныя наблюденія указываютъ, что здѣсь есть на-лицо лишь ложный параличъ; точно также электрическая реакція не измѣнена.

Равнымъ образомъ такъ наз. *paralysie douloureuse*, возникающей остро вслѣдствіе дерганія руки у маленькихъ дѣтей, представляетъ собою ложный параличъ и проходитъ въ нѣсколько дней.

Истерическія моноплегии, рѣдкія у дѣтей, могутъ сопровождаться ясной атрофіей, но даютъ нормальную электрическую реакцію.

Параличи брюшныхъ мышцъ вслѣдствіе остраго полиомиелита много разъ принимались за настоящія грыжи брюшныхъ стѣнокъ. Обнаруженіе другихъ остатковъ паралича, а также локалізація выпячивающейся опухоли предохраняють отъ ошибки.

**Предсказаніе.** Жизни угрожаетъ тѣмъ большая опасность, чѣмъ старше дѣти. По высотѣ лихорадки нельзя выводить прогностическихъ заключеній.

Полное возстановленіе не особенно часто. *Genius epidemicus* долженъ быть принимаемъ во вниманіе при всѣхъ этихъ вопросахъ. Могутъ исчезнуть даже и распространенные параличи, но обыкновенно остающееся разстройство функціи меньше, если съ самаго начала поражена параличемъ лишь незначительная область. Относительно отдѣльныхъ мышцъ электрическое изслѣдованіе можетъ постольку дать указанія, поскольку они, оставаясь возбудимыми къ фарадическому току или не представляя реакціи перерожденія, могутъ скорѣе оправиться, между тѣмъ какъ полная реакція перерожденія даетъ плохой прогнозъ въ смыслѣ полнаго возстановленія. Слѣдить за возстановленіемъ самопроизвольныхъ движеній въ парализованныхъ областяхъ особенно важно—оно задолго предшествуетъ возстановленію нормальной электрической возбудимости. Что касается до стойкихъ параличей, то надо сказать, что тяжелые параличи туловища и параличь ногъ, въ особенности, если участвуютъ мышцы бедра и четырехглавая, даютъ наихудшее предсказаніе. Если поражена только одна нога, то съ помощью современной ортопедіи почти всегда удается возстановить способность ходить.

**Леченіе.** Главнымъ условіемъ въ первые дни является покой въ самомъ широкомъ смыслѣ слова; всякіе усиленные приемы

здѣсь только вредны. Легкая діета, полное устраненіе алкогольныхъ и содержащихъ кофеинъ напитковъ, забота о правильномъ пищевареніи важнѣе всего; часто въ первые дни даютъ внутрь аспириновъ и салициловый натръ (то же въ клизмѣ). При угрожающихъ явленіяхъ, особенно при восходящихъ параличахъ, можно примѣнить однократное мѣстное кровоизвлеченіе въ спинной области на высотѣ предполагаемаго очага болѣзни, а также испытать поясничный проколъ съ лечебной цѣлью.

Покой въ постели долженъ быть строго соблюдаемъ даже въ самыхъ легкихъ случаяхъ въ теченіе 2—3 недѣль. По истеченіи первыхъ недѣль начинаютъ физическое леченіе мышцъ, которое затѣмъ должно быть непрерывно выполняемо, пока существуетъ еще надежда на улучшеніе функций. Выполняемое въ теченіе многихъ мѣсяцевъ леченіе массажемъ и электричествомъ требуетъ большого терпѣнія врача и пациента; но несомнѣнно, что возстановленіе и укрѣпленіе мышцъ при тщательномъ леченіи происходитъ быстрѣе и полнѣе, чѣмъ въ томъ случаѣ, когда пораженныя конечности предоставлены самимъ себѣ \*).

Правильно выполняемый массажъ стоитъ на первомъ планѣ физическихъ способовъ леченія. Онъ долженъ быть выполняемъ 2 раза въ день въ видѣ короткихъ сеансовъ и при распространенныхъ параличахъ у больныхъ, лежащихъ въ постели, долженъ производиться также на здоровыхъ, но недѣятельныхъ мышцахъ \*\*). Актив-

\*) Пользуясь данными собственныхъ наблюденій, скажемъ, что массажъ парезированныхъ мышцъ, тѣмъ болѣе парализованныхъ, слѣдуетъ примѣнять не раньше конца мѣсяца отъ начала заболѣванія, причемъ приемы физической терапіи должны, въ первое время, быть возможно нѣжными и продолжаться короткое время, такъ какъ усердныя разминанія и поколачиванія способны, путемъ рефлекса, подливать масла въ огонь, задерживая возстановленіе физиологическихъ условий въ частяхъ мозга, пораженныхъ болѣзненнымъ процессомъ. Еще рискованнѣе пользоваться, на первыхъ порахъ, такимъ могущественнымъ дѣятелемъ, какъ электричество, чрезчуръ слабыя токи котораго не болѣе полезны, чѣмъ гомотапія, болѣе же сильныя могутъ вызывать не только ухудшеніе въ центрѣ, но и на периферіи, въ области больныхъ мышцъ. Всегда слѣдуетъ держаться того основнаго правила, въ силу котораго всѣ виды систематически примѣняемаго массажа должны занимать, какъ терапевтическіе дѣятели *par excellence*, первое мѣсто, и лишь въ томъ случаѣ на помощь имъ приходится электричество, когда клиническая картина ясно говоритъ объ отсутствіи желаемыхъ результатовъ. Независимо отъ сказаннаго, въ дальнѣйшемъ леченіи сеансы массажа должны преобладать, уступая мѣсто электризаціи въ теченіе 1—2 недѣль. Строго надо слѣдить за тѣмъ, чтобы гальванизация или фарадизация не касалась вполнѣ здоровой мускулатуры, а лишь дѣйствовала на пораженныя процессомъ группы, даже отдѣльныя мышцы. При несоблюденіи такого условія можно изъ Сицилы попасть въ Харрибду—не помочь больной мышцѣ и повредить здоровой. Еще важнѣе никогда не забывать, что физическое леченіе должно продолжаться, съ перерывами, не мѣсяца, а цѣлыя годы, и если врачъ, испробовавъ эти методы и не получивъ скоро отъ нихъ видимой пользы, слагаетъ оружіе, оставляя ребенка на произволъ судьбы, то онъ творитъ великій грѣхъ, обрекая маленькаго пациента на калѣчество, съ которымъ онъ пойдетъ въ жизнь. У меня были случаи, гдѣ терпѣливое и продолжительное примѣненіе физическихъ способовъ приводило, даже въ тяжелыхъ формахъ, къ тому ободряющему результату, когда нѣтъ больше рѣчи объ уродствѣ и калѣчествѣ, а лишь только о неловкости, неизящности, отсутствіи гармоніи и красоты въ медицинскомъ смыслѣ этого слова.

Прим. ред.

\*\*) Блестящіе результаты даетъ въ этихъ случаяхъ вибраціонный массажъ, достигающій цѣли гораздо скорѣе ручного, благодаря его большей силѣ и равномерности; что важнѣе всего, онъ оказываетъ благоприятное вліяніе и на центральную нервную систему.

Прим. М. Б.

ными и пассивными движеніями и можно, въ то же время, вполне цѣлесообразно противодѣйствовать возникновенію стойкихъ контрактуръ. На это обстоятельство надо обращать вниманіе при помѣщеніи больныхъ въ постель съ самаго начала болѣзни. Они не должны лежать съ притянутыми ногами, скорчившись. При параличахъ ногъ надо предохранять ихъ отъ давленія одѣяла проволочными подставками.

Наряду съ массажемъ по окончаніи первыхъ недѣль полезны теплыя ванны (35—38° С); къ нимъ можно прибавлять ароматическія вещества или разсолы (2—3 фунта поваренной соли на ванну \*).

Менѣе надежно при полиомиелитѣ лечебное дѣйствіе электричества. Примѣняютъ токи, сила и качество которыхъ соотвѣтствуютъ данному стадію паралича и вызываютъ только сокращенія; большею частью поглаживаютъ анодомъ, усиливая и ослабляя токъ надъ парализованными мышцами; фарадизація имѣетъ смыслъ лишь при легкихъ параличахъ или при выздоравливающихъ мышцахъ. Особенно надо имѣть въ виду не повредить электризаціей! А это у маленькихъ дѣтей можетъ весьма легко произойти косвенно, если примѣненіе влажныхъ электродовъ вызываетъ смачиваніе или охлажденіе большихъ поверхностей тѣла. Электрическіе сеансы по 5—10 минутъ дѣлаютъ сначала ежедневно, затѣмъ черезъ день, а спустя 4—8 недѣль дѣлаютъ перерывъ на  $\frac{1}{2}$  мѣсяца. Изъ лекарствъ можно давать стрихнинъ или іодъ въ обычныхъ дозахъ; былъ предложенъ также іохимбинъ.

Особенное значеніе имѣетъ въ послѣдствіи, главнымъ образомъ при распространенныхъ параличахъ, цѣлесообразное улучшеніе общаго состоянія соотвѣтственнымъ питаніемъ, пребываніемъ въ деревнѣ или въ горахъ.

Если конечность оправилась функционально лишь отчасти, то съ помощью упражненія и движеній съ сопротивленіемъ надо тщательно предохранять способныя къ движенію мышцы отъ недѣятельности.

Остающіяся обезображиванія могутъ блестяще излечиваться съ помощью ортопедіи. Даже „ползуны“ могутъ быть поставлены на ноги при долгомъ леченіи. Оперативное вмѣшательство умѣстно, однако, лишь тамъ, гдѣ самопроизвольное возстановленіе закончилось, т. е. въ общемъ лишь спустя  $\frac{3}{4}$ —1 годъ отъ начала заболѣванія, въ противномъ случаѣ могутъ страдать результаты операціи.

Правильный выборъ имѣющихся въ распоряженіи способовъ долженъ быть сдѣланъ во всякомъ случаѣ индивидуально, при точномъ наблюденіи всего того, что погубило, и того, что съ функциональной точки зрѣнія особенно важно, и безъ чего можно скорѣе всего обойтись. Это—искусство въ полномъ смыслѣ слова, которое, само собой разумѣется, требуетъ полнаго владѣнія техникой.

Портативные шинно-гильзовые аппараты отнюдь не являются лечебными средствами, а только палліативами, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ они неизбѣжны для фиксированія болтающихся суставовъ, для урегулированія движеній лишь отчасти пораженныхъ суставовъ, для исправленія неправильныхъ положеній суставовъ. Артродезъ, оперативный анкилозъ суставовъ можетъ быть съ пользой выполненъ въ плечевомъ, колѣнномъ и голеностопномъ суставахъ, если погибли всѣ или большая часть мышцъ, двигающихъ суставъ. Такъ, напр., парализованная конечность, которая съ своими вполне хорошо сохраненными мышцами предплечья и кисти болтается у туловища, какъ непригодный придатокъ, можетъ стать снова работоспособной при соотвѣтственномъ артродезѣ въ плечевомъ суставѣ.

\* ) Хорошіе результаты въ этихъ случаяхъ можно получать также отъ углекислыхъ и кислородныхъ ваннъ.

Третьимъ способомъ является предложенная Nicoladoni пересадка сухожилий. Здоровыми мышцами или частями ихъ пользуются для замѣны погибшихъ функций, а именно, соединяютъ ихъ съ периферическими сухожилиями перерожденныхъ мышцъ или съ помощью искусственныхъ сухожилий изъ шелка (Lange) выполняется передача мышечнаго натяженія на болѣе цѣлесообразнаго мѣста прикрѣпленія на кости. Эта гениальная идея разработана въ самыхъ широкихъ размѣрахъ и вполне пригодна для многихъ случаевъ.

Слѣдующимъ способомъ является прививаніе нервовъ, но при спинномозговомъ дѣтскомъ параличѣ подходящіе случаи для такого способа можно найти не особенно часто.

Относительно всѣхъ подробностей укажемъ на ортопедическіе учебники, въ особенности на исчерпывающую монографію Vulpius'a.

## XII. Заболѣванія спинного мозга.

### 1. Міэлитъ.

Важнѣйшая форма, острый поліоміэлитъ, была выше описана, какъ частичное явленіе болѣзни Heine-Medin'a. Другія формы, особенно поперечный міэлитъ, очень рѣдки у дѣтей. Какъ и у взрослыхъ, они выражаются, кромѣ паралегическихъ параличей, также расстройствами чувствительности, болями, расстройствами функции мочевого пузыря и прямой кишки.—Всегда слѣдуетъ имѣть въ виду, что эти расстройства могутъ развиваться также на сифилитической почвѣ, общаго сравнительно хорошаго надежды на излеченіе.—Чаще у дѣтей бываетъ компрессионный міэлитъ, параличъ отъ сдавливанія спинного мозга, болѣею частью въ зависимости отъ туберкулезнаго заболѣванія позвоночника. Онъ обуславливаетъ въ болѣе легкихъ случаяхъ боли въ туловищѣ, спинѣ и слабость въ ногахъ при повышеніи колѣнныхъ рефлексовъ; въ тяжелыхъ случаяхъ многіе сфинктеры парализованы, существуютъ расстройства чувствительности и склонность къ пролежнямъ Тамъ, гдѣ наличность горба указываетъ на спондилитъ, болѣзнь легко объясняется: нервная явленія, въ особенности боли, могутъ быть также первыми признаками болѣзни, и тогда полезно въ особенности тщательное изслѣдованіе позвоночника, причемъ слѣдуетъ принимать во вниманіе ригидное положеніе головы и спины, мѣстную чувствительность къ давленію и т. д., въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится прибѣгнуть и къ Röntgen'овскому способу; иногда положеніе дѣла можетъ выяснитъ развивающійся ретрофарингеальный абсцессъ. Лечение слѣдуетъ выполнять согласно съ хирургическими указаніями—параличъ Landry, поскольку онъ основанъ на заболѣваніи спинного мозга, представляютъ собою острый восходящій поліоміэлитъ, какъ объ этомъ уже было упомянуто на стр. 480.

### 2. Спинная сухотка.

Спинная сухотка, типическое перерожденіе сѣрыхъ заднихъ столбовъ, нерѣдко начинается уже въ позднемъ дѣтскомъ возрастѣ, почти всегда на почвѣ наследственнаго сифилиса. Начало и теченіе медленное, въ общемъ сходное съ теченіемъ у взрослыхъ, но атаксія и расстройство походки выражены менѣе, колѣнные рефлексы не всегда угасаютъ. Отсутствіе реакціи на свѣтъ зрачковъ является главнымъ симптомомъ; стрѣляющія боли, атрофія зрительнаго нерва, недержаніе мочевого пузыря (недержаніе мочи), головная боль также присоединяется къ этой картинѣ, но послѣдняя часто является начальнымъ симптомомъ. Гастрическіе кризисы, артриты и т. д. также иногда наблюдаются. Дѣвочки заболѣваютъ столь же часто, какъ и мальчики. Сочетаніе съ прогрессивнымъ параличемъ довольно рѣдко. Болѣзнь болѣею частью заканчивается въ дѣтскаго возраста.

### 3. Опухоли спинного мозга.

У дѣтей встрѣчаются бугорки и гліомы; важнѣе саркомы оболочекъ спинного мозга, ибо они иногда доступны оперативному и притомъ успѣшному лечению. Боли, иногда односторонній параличъ Brown-Séquard'овскаго типа часто являются начальными симптомами. Въ смыслѣ отличительнаго распознаванія слѣдуетъ всегда имѣть въ виду спондилитъ и сифилисъ спинного мозга.

## ХІІІ. Эндогенныя (унаслѣдованно-семейныя) заболѣванія нервной системы и мышцъ.

Унаслѣдованно-семейныя или унаслѣдованно-дегенеративныя заболѣванія нервной системы, въ тѣсномъ смыслѣ слова, отличаются тѣмъ, что они большею частью поражаютъ нѣсколькихъ членовъ одного и того же поколѣнія, часто передаются въ теченіе нѣсколькихъ поколѣній, начинаются безъ всякой внѣшней причины (эндогенная основа), и развитіе ихъ нельзя предотвратить. Въ семьѣ повторяется большею частью та же картина болѣзни до мельчайшихъ подробностей, даже возрастъ, въ которомъ обнаруживаются первыя явленія болѣзни у членовъ одного и того же поколѣнія, почти всегда одинаковъ; внѣшнія вредныя вліянія (напр., заразныя болѣзни) иногда могутъ вызывать болѣе раннее начало. Въ каждомъ слѣдующемъ поколѣніи начало болѣзни приходится большею частью на болѣе молодой возрастъ жизни. Не всѣ члены семьи должны быть непременно поражены болѣзью, но она можетъ быть передаваема здоровыми членами на ихъ потомство. Наряду съ выраженными семейными случаями всѣ разсматриваемыя здѣсь болѣзни встрѣчаются также иногда и въ видѣ отдѣльныхъ заболѣваній (такъ наз. эрратическіе случаи), причемъ всегда надо имѣть въ виду подобную возможность, разъ только картина болѣзни представляетъ отклоненія отъ симптомокомплекса, характеризующаго унаслѣдованныя заболѣванія.

Первоначальная *этіологія* болѣзни покрыта мракомъ. Быть можетъ, играютъ роль алкоголизмъ, зачатіе въ пьяномъ состояніи, большая разница въ возрастѣ родителей, кровное родство, пожилой возрастъ ихъ. Если болѣзнь появилась уже въ семьѣ, то, очевидно, передается по наслѣдству измѣненіе зачатка, дѣти являются на свѣтъ съ нервной системой, у которой съ самаго начала отдѣльные пути и части плохо развиты, а съ окончаніемъ опредѣленнаго періода жизни они постепенно гибнутъ, подвергаясь преждевременному старѣнію (Jendrassik) или расходуясь при функціональномъ пользованіи, безъ того, чтобы утраченное вещество могло быть замѣнено другимъ (Edinger), какъ это бываетъ въ здоровыхъ органахъ.

Въ патолого-анатомическомъ отношеніи при этихъ формахъ болѣзни не находятъ воспалительныхъ процессовъ, а только аплазію или атрофію перерожденія, поражающія преимущественно опредѣленные системы и пути.

*Клиническія картины* представляютъ чуть не безконечное разнообразіе; въ нижеслѣдующемъ будутъ описаны нѣкоторыя изъ главныхъ типовъ, отъ которыхъ, однако, возможно такъ много отклоненій, что исключенія почти чаще, чѣмъ самое правило; но при этомъ, какъ уже было упомянуто, въ предѣлахъ одной семьи большею частью удерживается одинъ и тотъ же типъ болѣзни.

**Предсказаніе** довольно точно извѣстно лишь для каждаго отдѣльнаго случая, благодаря семейной хроникѣ. Остановки и улучшенія представляютъ крайнюю рѣдкость. Нельзя предсказать заранѣе, будетъ ли какой-либо членъ семьи пощаженъ болѣзною, или не будетъ. Если онъ счастливо пережилъ критическій возрастъ, въ которомъ болѣли его братья или сестры, то надежда еще есть.

Въ смыслѣ **предупрежденія** надо имѣть въ виду, что дѣтей должна кормить не мать, а здоровая кормилица, разъ только мать происходитъ изъ больной семьи \*). Далѣе, необходимо оберегать функциональную дѣятельность нервной системы, устраняя форсированныя мышечныя напряженія въ смыслѣ предупрежденія, что при развитой уже болѣзни, пожалуй, полезнѣе, чѣмъ сильное утомленіе гимнастикой, плаваніемъ, спортомъ, и т. д.

**Леченіе** является одной изъ самыхъ печальныхъ главъ медицины. Надо стараться оказать симптоматическую пользу и на первое мѣсто поставить психическое воздѣйствіе на родителей и дѣтей. Посѣщеніе школы и общеніе съ другими дѣтьми, въ силу сказаннаго, вполне рекомендуются. Впрочемъ, можно соотвѣтственнымъ образомъ пользоваться физическими способами терапіи, массажемъ, водолеченіемъ, бальнеотерапіей, электричествомъ и т. д.

### 1. Семейная амауротическая идиотія (идиотія Tay-Sachs'a).

Эта интересная болѣзнь поражаетъ почти преимущественно дѣтей еврейскаго происхожденія. Начало болѣзни приходится большею частью на второй годъ жизни. Ребенокъ, который до того былъ здоровъ, веселъ и хорошо развитъ, становится тихимъ, сонливымъ, внимательные родители замѣчаютъ уменьшеніе остроты зрѣнія: онъ уже не слѣдитъ глазами за блестящими предметами. Осмотръ глазного дна даетъ данныя, патогностическія для болѣзни: область желтаго пятна представляетъ ограниченное сѣровато-бѣлое измѣненіе, болѣе значительное, чѣмъ цвѣтъ соска; въ серединѣ находятъ на мѣстѣ центральной ямки пятно вишнево-краснаго цвѣта. Зрительный нервъ болѣе или менѣе атрофиченъ или во всякомъ случаѣ атрофируется при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни. Ко всему этому могутъ присоединяться нистагмъ, разница въ величинѣ зрачковъ, косоглазіе.

Наряду съ прогрессирующей слѣпотой, къ которой большею частью присоединяется и глухота, обнаруживается уменьшеніе всѣхъ умственныхъ способностей, ведущее къ полному идиотизму; рука объ руку съ этимъ развивается прогрессивное ослабленіе мышцъ. Голова безъ поддержки падаетъ на грудь, конечности становятся болѣе неспособными къ движенію, въ концѣ-концовъ представляютъ картину полнаго двусторонняго паралича, большею частью вялы, но могутъ стать и спастическими. Рефлексы не измѣнены типически, но часто повышены. Къ концу 2-го или 3-го года жизни дѣти умираютъ.

\*) Пора бы перестать увлекаться подобными иллюзіями, разчитывая на весьма проблематичную пользу чужого молока. Кто въ настоящее время повѣритъ тому, что посредствомъ молока могутъ передаваться высшія качества нейроновъ, лучшія свойства души? Съ другой стороны, зачѣмъ лишать ребенка возможности питаться грудью родной матери только для того, чтобы производить эксперименты, положительный результатъ которыхъ находится подъ большимъ сомнѣніемъ? Мы по этому поводу болѣе подробно говорили въ нашей книжкѣ «Гигіена дѣтскаго возраста», куда и отсылаемъ интересующихся этимъ важнымъ вопросомъ.

Патологическая анатомія. Макроскопически нѣтъ особенно замѣтныхъ аномалій, микроскопически находятъ картину, типичную для болѣзни (Schaffer, Vogt). Все стѣрое вещество центральной нервной системы переорождено, гангліозныя клѣтки вздуты и представляютъ характерныя, въ смыслѣ окраски, измѣненія въ строеніи, въ подробности которыхъ мы, здѣсь не можемъ вдаваться. Сходныя измѣненія представляютъ клѣтки зернистаго слоя сѣтчатки.

Распознаваніе. Данныя со стороны пятна глазного дна патогностичны, но въ иныхъ случаяхъ отсутствуютъ.

**Юношеская форма семейной амауротической идиотіи.** Въ болѣе позднемъ возрастѣ встрѣчаются семейныя заболѣванія, которыя обнаруживаютъ столь значительную аналогію съ только что описанными болѣзнями, что, подобно Vogt'у, ихъ можно считать и юношескими формами той же болѣзни, тѣмъ болѣе, что патолого-анатомическія данныя со стороны центральной нервной системы обнаруживаютъ тоже диффузный дегенеративный процессъ въ гангліозныхъ клѣткахъ, представляющій большое сходство съ Tay-Sachs'овскими случаями. Начало болѣзни приходится на болѣе поздніе возрасты (4—10—16 лѣтъ), теченіе болѣе длительное, но также ведетъ къ слѣпотѣ, диплегическому параличу, прогрессивному нарушенію умственныхъ способностей и къ смерти. Главная клиническая разница заключается въ отсутствіи данныхъ въ желтомъ пятнѣ; обнаруживается только простая атрофія зрительнаго нерва, иногда уже нормальный сосокъ; слѣпота, повидимому, болѣе центрального происхожденія, что, впрочемъ, возможно при дѣтскихъ формахъ амауротическаго паралича. Еврейская раса даетъ извѣстный для этой болѣзни опредѣленный %, но далеко не участвуетъ въ преобладающемъ количествѣ, какъ ранняго дѣтства.

## 2. Семейныя церебральныя диплегіи и цереброспинальныя формы заболѣванія).

Семейныя цереброспинальныя диплегіи представляютъ картины болѣзни, сильно напоминающія описанныя выше простыя церебральныя диплегіи, Little'евскую болѣзнь. Здѣсь дѣло также идетъ большею частью о спастическихъ симптомокомплексахъ, иногда съ участіемъ мозговыхъ нервовъ и съ нарушеніемъ интеллекта. Затѣмъ присоединяются, въ самыхъ разнообразныхъ сочетаніяхъ, симптомы, отсутствующіе при простыхъ церебральныхъ диплегіяхъ или рѣдкіе тамъ: нистагмъ, дрожаніе, атактические явленія, атрофія зрительнаго нерва, бульбарныя признаки, брадилалія, насильственный смѣхъ, разстройтва со стороны сфинктеровъ, мышечныя атрофіи или псевдогипертрофіи. Благодаря сочетанію съ такими явленіями, въ особенности благодаря постепенному и позднему началу болѣзни, которое приходится на первое мѣсто, иногда на болѣе поздній возрастъ, даже на періодъ, слѣдующій за половымъ созрѣваніемъ, благодаря, далѣе, постоянному, хотя и медленному ухудшенію, наклонности къ прогрессируванію, эти формы болѣзни, если даже дѣло идетъ объ изолированныхъ случаяхъ, большею частью могутъ быть легко распознаны отъ врожденныхъ или рано приобрѣтенныхъ экзогенныхъ церебральныхъ диплегій. Семейный характеръ самъ по себѣ недостаточенъ для распознаванія, ибо неоднократно были описаны истинныя Little'евскія диплегіи и другія обусловленныя травмой при родахъ у цѣлаго рода братьевъ или сестеръ \*).

Теченіе семейныхъ диплегій, дающее при всемъ разнообразіи отдѣльныхъ семейныхъ типовъ, въ отдѣльныхъ семьяхъ весьма сходныя картины, обыкновенно тянется цѣлые годы и десятилѣтія.

## 3. Наслѣдственная атаксія (болѣзнь Friedreich'a).

Классическій (спинномозговой) типъ атаксіи Friedreich'a характеризуется статикой и локомоторной атаксіей, отсутствіемъ клѣбныхъ рефлексовъ, нистагмомъ и нѣкоторыми своеобразными видами косолапости съ ретракціей большого пальца ноги. Къ этому присоединяется искривленіе позвоночника (кифосколиозы) и разстройство умственной сферы. Болѣзнь начинается большею частью между 4 и 7 годами жизни, обнаруживаетъ постепенное прогрессируваніе и продолжается многія десятилѣтія.

\*) Точнѣе: Gowers'овскіе параличи.



Другой типъ наследственной атаксии представляетъ *Hérédoataxie cérébelleuse*, мозжечковая атаксия Marie. Здѣсь разстройство координаціи выражаетъ больше всего характеръ мозжечковой атаксии; походка не столько топчущая и бросающая, сколько скорѣе шатающаяся, туловище представляетъ разстройство равновѣсія, колѣнные рефлексы сохранены или даже повышены, конечности иногда легко спастичны, нистагмъ рѣже. Напротивъ, часто находятъ другія разстройства со стороны глазныхъ мышцъ: косоглазіе, птозъ, атрофію зрительнаго нерва. Косолапость отсутствуетъ. Болѣзнь развивается лишь въ позднѣйшіе годы, часто только по окончаніи періода полового созрѣванія.

Между этими обоими типами наблюдаются всевозможные постепенные переходы, такъ что строгое разграниченіе невозможно. Въ отдѣльныхъ случаяхъ могутъ присоединиться признаки другихъ наследственно-дегенеративныхъ и нервныхъ болѣзней, напр., разстройства зрѣнія, насильственный смѣхъ, мышечныя атрофіи.

Статическая атаксія является нерѣдко постояннымъ двигательнымъ безпокойствомъ, непрерывнымъ балансированіемъ и шатаніемъ головы, конечностей, напоминающимъ дрожаніе, Виттову пляску и атетозъ; также при ходьбѣ подобныя произвольныя движенія могутъ сильно мѣшать больному. Рѣчь большею частью замедлена, скандирующая, неясная, реакція зрачковъ обыкновенно сохранена.

Патолого-анатомической основой болѣзни является аплазія или перерожденіе заднихъ столбовъ спинного мозга или мозжечка въ различныхъ сочетаніяхъ, къ чему присоединяется также атрофія боковыхъ путей мозжечка Clarke'овскихъ столбовъ и Gowers'овскихъ пучковъ.

Распознаваніе. Вначалѣ и въ отдѣльныхъ случаяхъ, которые при этой болѣзни встрѣчаются часто, можетъ быть рѣчь объ огличіи отъ опухоли мозжечка, отъ сифилиса мозга, а также отъ дѣтской спинной сухотки. Сохраненная реакція зрачковъ, при выраженной атаксии, сильно говоритъ противъ спинной сухотки.

Леченіе. Леченіе упражненіемъ по Frenkel'ю, предложенное имъ при спинной сухоткѣ, можетъ оказать хорошую пользу и здѣсь, при долгомъ теченіи болѣзни оно, во всякомъ случаѣ, не безцѣльно.

#### 4. Мышечныя атрофіи.

Ранняя дѣтская спинномозговая прогрессивная мышечная атрофія (Werdnig-Hoffmann'a). Эта болѣзнь начинается на первомъ году жизни слабостью ногъ; затѣмъ слѣдуетъ пораженіе спины, затылка, мышцъ плеча и предплечія, такъ что въ концѣ-концовъ почти все парализовано вплоть до лица; переходъ на мышцы дыханія ведетъ къ смерти по истеченіи многихъ лѣтъ. Парализованныя мышечныя области атрофичны и могутъ обнаруживать фибриллярныя подергиванія. Обильно развитая жировая подкладка можетъ маскировать атрофію. Глубокіе рефлексы постепенно исчезаютъ, электрическая возбудимость понижена и въ позднѣйшихъ стадіяхъ представляетъ реакцію перерожденія. Рѣчь, сознание и сфинктеры не поражены.

Въ основѣ болѣзни лежитъ перерожденіе сѣрыхъ клѣтокъ переднихъ роговъ, а какъ послѣдовательное заболѣваніе — двигательныхъ корешковъ и нервовъ, равно какъ парализованныхъ мышцъ.

Распознаваніе. Отличіе отъ *myotonia congenita* можетъ быть весьма труднымъ; прогрессирующее теченіе, наличность реакціи перерожденія и фибриллярныя подергиванія характерны для мышечной атрофіи. Отъ раннихъ случаевъ остраго поліоміелита болѣзнь отличается только постепеннымъ теченіемъ, прогрессивнымъ развитіемъ и чисто семейнымъ характеромъ.

Прогрессивная невротическая мышечная атрофія перонеальнаго типа (Hoffmann). При этой болѣзни, начало которой относится къ болѣе позднему дѣтскому возрасту, сначала симметрически поражаются атрофіей перонеальныя мышцы, и другія

мышечные группы голени; походка, благодаря этому, своеобразно нарушается, нога сильно поднимается, носок опускается и раньше, чем слѣдуетъ, касается земли (такъ наз. „стегальная походка“). Къ двигательнымъ расстройствамъ присоединяются часто чувствительныя и сосудодвигательныя. Электрическая реакція можетъ быть понижена или измѣнена; глубокіе рефлексы исчезаютъ постепенно, фибриллярныя подергиванія въ атрофическихъ областяхъ часты. Совершенно аналогично мышцамъ ногъ и стопы могутъ поражаться также руки и кисти, что ведетъ къ возникновенію формы руки въ видѣ лапы съ когтями. Теченіе затягивается съ остановками или безъ нихъ на многіе годы. Анатомической основой будетъ перерожденіе периферическихъ нервовъ въ пораженныхъ областяхъ; въ спинномъ мозгу также находятъ измѣненія (Gol'евскихъ пучковъ).

*Dystrophia musculorum progressiva*. Здѣсь дѣло идетъ о чисто мышечномъ заболѣваніи, а именно: атрофируются и перерождаются цѣлые ряды мышцъ, при отдѣльныхъ типахъ болѣзни въ характерной, до нѣкоторой степени, группировкѣ и послѣдовательности. Атрофіи можетъ предшествовать мнимая гипертрофія мышцъ, слишкомъ объемистыя мышцы мало работоспособны, на-ощупъ вялы, увеличеніе объема оказывается послѣдствіемъ разрощенія жировой и соединительной ткани (псевдогипертрофія, липоматозная псевдогипертрофія). Электрическое изслѣдованіе не даетъ реакціи перерожденія; также обыкновенно отсутствуютъ фибриллярныя подергиванія; рефлексы въ крайнемъ случаѣ только понижены. Расстройства чувствительности и сфинктеровъ не встрѣчаются. Иногда образуются обезображиванія стопы. Слабость пораженныхъ во многихъ случаяхъ мышцъ ягодицъ, поясницы и спины обуславливаетъ часто весьма характерныя клиническія явленія: своеобразную, шатающуюся походку, болѣе или менѣе значительный лордозъ и особенное затрудненіе при переходѣ изъ лежачаго или согнутаго положенія въ стоячее. Дѣтямъ удается дѣлать это лишь съ помощью рукъ, которыя помогаютъ имъ подниматься вверхъ.



Рис. 103. *Dystrophia musculorum progressiva*. 11-лѣтній мальчикъ.—Ложная гипертрофія ягодичныхъ и икрныхъ мышцъ. Затрудненіе вставанія до вертикальнаго положенія благодаря слабости спинныхъ мышцъ. (Наблюденіе проф. Pfaunder'a, дѣтская клиника въ Мюнхенѣ).

Большинство случаевъ мышечной дистрофіи начинается въ дѣтскомъ возрастѣ, нерѣдко уже въ первые годы, и длится много лѣтъ. Смерть происходитъ часто отъ туберкулеза.

Болѣе точное описаніе отдѣльныхъ типовъ можно найти въ учебникахъ внутренней медицины или неврологіи, такъ что его здѣсь можно и не приводить.

Для распознаванія важно обнаружить гипертрофіи, отсутствіе фибриллярныхъ подергиваній, реакціи перерожденія, расстройствъ чувствительности, при полной нормѣ мышцъ кисти предплечья и коленныхъ рефлексовъ. Благодаря этимъ признакамъ болѣею частью безъ труда можно провести отличительное распознаваніе отъ остраго

поліомієліта и отъ спинномозговой невротической мышечной атрофіи, отъ міотоніи.—Слѣдуетъ упомянуть о возможности смѣшенія съ врожденнымъ вывихомъ тазобедреннаго сустава и „крестьянской ногой“ (соха vara), которая можетъ обусловливать сходныя разстройства (Röntgen'овская картина).—Мышечная гипертрофія Thomsen'овской болѣзни можетъ быть исключена при точномъ изслѣдованіи функціональныхъ разстройствъ мышцъ, путемъ обнаруженія міотонической реакціи; описаны и сочетанія обѣихъ болѣзней.

### 5. Рѣдкія формы болѣзни.

Кромѣ кратко описанныхъ болѣзней у дѣтей встрѣчаются иногда другія наслѣдственно-семейныя страданія, изъ которыхъ заслуживаютъ упоминанія: наслѣдственный спастическій спинномозговой параличъ, аміотрофическій боковой склерозъ, прогрессивный бульбарный параличъ, прогрессивная офтальмоплегія, Huntington'овская Виттова пляска (chorea chronica progressiva), эссенціальное наслѣдственное дрожаніе, наслѣдственная атрофія зрительнаго нерва, общій неврофиброматозъ (болѣзнь Recklinghausen'a). Myotonia congenita (болѣзнь Thomsen'a) также можетъ обнаруживать свои клиническія явленія уже въ дѣтскомъ и даже въ грудномъ возрастѣ.

## XIV. Заболѣванія периферической нервной системы.

### 1. Параличи.

Периферическіе нервные параличи обнаруживаютъ, въ общемъ, тѣ же свойства и требуютъ того же леченія, какъ у взрослыхъ. По моему мнѣнію, здѣсь вполне достаточно краткихъ указаній на особыя ихъ отличающія черты.



Рис. 104. Периферическій, правосторонній параличъ лицевого нерва при бугорчаткѣ правой скалистой кости. 6-мѣсячный ребенокъ. (Собственное наблюденіе изъ дѣтской больницы Gisela въ Мюнхенѣ).

Параличъ лицевого нерва у дѣтей, въ особенности въ первые годы жизни, довольно частъ. Онъ можетъ быть врожденнымъ въ силу врожденнаго недостатка ядеръ (см. выше, но онъ возникаетъ и травматически, благодаря давленію щипцовъ или таза во время родовъ; чаще всего онъ является слѣдствіемъ пораженія ушей, а именно бугорчатковой костоѣды скалистой кости (см. рис. 104). Онъ можетъ быть также выраженіемъ локалізаціи въ мосту остраго поліомієліта, о чемъ надо всегда думать при такъ наз. «ревматическихъ» формахъ. Онъ встрѣчается также въ качествѣ послѣдифтеріаннаго паралича.

Параличи *m. serrati, radialis, mediani, peronei* и т. д. всегда наблюдаются какъ слѣдствіе травмъ, заразныхъ болѣзней и отравленій.

Параличи при родахъ описаны въ другомъ мѣстѣ.

Названіемъ *paralysie douloureuse* (Chassaignac) или болѣзеннаго паралича руки маленькихъ дѣтей обозначаютъ довольно частое заболѣваніе, встрѣчающееся только у дѣтей приблизительно до 5-лѣтняго возраста. Послѣ дерганія руки (подни-

манія за руку, удерживанія рукой при паденіи и т. д.) рука опускается съ сильной болью, какъ парализованная, въ пронаціонномъ положеніи. Больной избѣгаетъ всякихъ движеній, хотя точное наблюденіе не обнаруживаетъ паралича. Всѣ пассивныя движенія возможны, но ребенокъ защищается и плачетъ, въ особенности при пронаціи, и супинаціи предплечья; самое точное ощупываніе и электрическое изслѣдованіе не обнаруживаютъ никакихъ патологическихъ данныхъ и симптомы исчезаютъ безъ всякаго леченія въ теченіе нѣсколькихъ дней. Основой болѣзни считаютъ легкія поврежденія суставовъ (дисторсію эпифизовъ, частичный вывихъ) или чисто психическіе стимулы изъ-за боязни передъ болью, а также легкія пораженія сплетенія при растяженіи ихъ.

Леченіе. Фиксація въ петлѣ или повязка на 1—2 дня весьма полезны.

## 2. Невралгій.

У дѣтей въ школьномъ возрастѣ встрѣчаются почти только невралгій тройничнаго и затылочнаго нервовъ, чаще всего въ области надглазничнаго. Большею частью здѣсь дѣло идетъ о невропатическихъ дѣтяхъ. Нервныя точки, болѣзненныя къ давленію, могутъ быть весьма ясными. Среди причинъ отмѣчены насморкъ и инфлуэнца, въ рѣдкихъ случаяхъ маларія, иногда аномалія рефракціи глазъ.

Въ смыслѣ леченія можно сдѣлать очень много урегулированіемъ образа жизни, устраненіемъ ночныхъ работъ при керосиновой лампѣ, движеніемъ на чистомъ воздухѣ, заботой о правильномъ испраженіи, ношеніемъ очковъ, удаленіемъ аденоидовъ, леченіемъ хроническихъ болѣзней носа. Внутрь полезно назначеніе мышьяка \*), въ отдѣльныхъ случаяхъ хинина, пирамидона, антипирина и т. п. средствъ, которыми, однако, не слѣдуетъ злоупотреблять; стойкій успѣхъ можетъ оказать также ежедневная электризація анодомъ, слабыми токами въ теченіе 2—3 недѣль.

## 3. Полиневритъ.

Самая частая форма, послѣ дифтерійнаго параличъ, описана въ отдѣлѣ дифтеріи. Помимо этого, полиневритъ у дѣтей представляетъ рѣдкое заболѣваніе. Онъ можетъ развиваться вслѣдъ за самыми разнообразными заразными болѣзнями или какъ слѣдствіе отравленій, а именно: свинцомъ, мышьякомъ (послѣ лечебнаго примѣненія) и алкоголемъ. Теченіе, предсказаніе и леченіе совершенно такія же, какъ у взрослыхъ. Отличительное распознаваніе отъ остраго полиоміелита кратцѣ описано выше.

## XV. Заболѣванія мышцъ.

Врожденные мышечные дефекты, врожденная мышечная атонія, мышечныя дистрофіи были описаны уже выше. Другія мышечныя заболѣванія настолько рѣдки, что можно ограничиться простымъ упоминаніемъ о томъ, что и они встрѣчаются въ дѣтскомъ возрастѣ. Таковы, напр., *myoplegia periodica*, *myasthenia pseudoparalytica*, *polymyositis*, которые могутъ наблюдаться какъ первичное, генуинное заболѣваніе, вслѣдствіе попаданія трихинъ, наконецъ, *myositis ossificans progressiva*—рѣдкая болѣзнь, однако, почти всегда начинающаяся въ дѣтскомъ возрастѣ.

\*) При условіи правильнаго пищеваренія, ибо въ противномъ случаѣ мышьякъ еще больше нарушаетъ его.

## Функціональні заболѣванія нервной системы.

### I. Судорожныя болѣзни.

#### 1. Спазмофилія или спазмофильный діатезъ (ларингоспазмъ, тетанія и эклампсія).

Спазмофилія встрѣчается преимущественно въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ, какъ выраженіе повышенной раздражительности нервной системы, отличающейся гальванической и механической перевозбудимостью периферическихъ нервовъ и склонностью къ тоническимъ и клоническимъ судорогамъ.

Спазмофилія—чрезвычайно частое заболѣваніе ранняго дѣтства. Она охватываетъ не только большую часть дѣтскихъ судорогъ и ларингоспазма, но наблюдается въ большомъ числѣ, повидимому, у здоровыхъ дѣтей въ теченіе цѣлыхъ недѣль и мѣсяцевъ, не обращая, угрожающими явленіями, вниманія родителей или врача. Въ нѣкоторыя времена года въ значительномъ процентномъ количествѣ грудныхъ дѣтей (30% и больше) можно обнаружить признаки спазмофильнаго діатеза. Исслѣдованіе этого скрытаго состоянія имѣетъ, однако, большую важность, ибо во многихъ случаяхъ возможно лечебное воздѣйствіе съ предупрежденіемъ пароксизмальныхъ угрожающихъ жизни проявленій болѣзни.

Разсмотримъ сначала признаки спазмофильнаго состоянія, которое часто называютъ также тетаноиднымъ состояніемъ или скрытой тетаніей.

Наиболѣе надежнымъ патогностическимъ, наиболѣе постояннымъ признакомъ является гальваническая перевозбудимость (такъ наз. феноменъ Erb'a). Она была главнымъ образомъ изучена Мапп'омъ и Thiemich'омъ. Главнымъ результатомъ этихъ важныхъ изслѣдованій было доказательство того, что при спазмофиліи сокращеніе отъ размыканія катода, которое обыкновенно получается лишь при силѣ тока свыше 5 М. А., у этихъ дѣтей получается уже при болѣе слабой силѣ его (4, 3 и даже 1 М. А. и меньше).

Для цѣлей практики достаточно установить только этотъ одинъ фактъ, это удастся почти всегда легко безъ наркоза, даже у самыхъ маленькихъ дѣтей; иногда возникаютъ затрудненія лишь во время судорожнаго припадка или у дѣтей до 3 мѣсяцевъ, а также въ случаяхъ, когда кулакъ сжать настолько плотно, что нельзя видѣть подергиваній. Исслѣдованіе производится такъ: безразличный электродъ ставятъ на грудь, а дифферентный (нормальный Stinzing'овскій электродъ въ 3 кв. см.) на мѣсто раздраженія *p. medianus* въ локтевомъ изгибѣ; можно также опредѣлять возбудимость *p. ulnaris* или *p. peronei*. При установленіи минимальнаго сокращенія сначала начинаютъ со слабыхъ токовъ, ибо болѣе сильные. при имѣющейся перевозбудимости, часто вызываютъ уже столбнякъ при замыканіи катода, дѣлающій невозможнымъ опредѣленіе подергиванія при размыканіи. При нѣкоторомъ опытѣ можно легко отличать произвольныя движенія ребенка отъ дѣйствія вводимаго и выводимаго тока.

Каждое, установленное такимъ образомъ сокращеніе мышцъ при размыканіи катода при токѣ слабѣе 5 М. А. доказываетъ спазмофилію.

Проще, хотя и менѣе надежно, установленіе механической перевозбудимости. Она проявляется въ томъ, что при поколачиваніи периферическихъ нервныхъ стволовъ перкуSSIONнымъ молоточкомъ

получается молніеобразное подергиваніе, какъ будто бы нервъ подвергнуть электрическому раздраженію. Легче всего это удастся на лицевомъ нервѣ. Поколачиваніе щеки согнутымъ пальцемъ вызываетъ молніеобразное сокращеніе всѣхъ мышцъ лица (лицевой феноменъ или признакъ *Chvostek'a*); когда ребенокъ смѣется или плачетъ, однимъ словомъ, иннервируетъ свое лицо, этого явленія нельзя вызвать. Непосредственныя идиомускулярныя подергиванія могутъ симулировать его, особенно у очень маленькихъ грудныхъ дѣтей. Доказательно лишь сокращеніе, передаваемое посредствомъ нерва, т. е., напр., подергиваніе угла глаза при поколачиваніи жевательной мышцы. У грудныхъ дѣтей лицевой феноменъ имѣетъ большое діагностическое значеніе и можетъ иногда замѣнить электрическое изслѣдованіе. У старшихъ дѣтей онъ отнюдь не доказываетъ спазмофильнаго діатеза. Но лицевой феноменъ можетъ отсутствовать или быть ненадежнымъ. Я въ этихъ случаяхъ нерѣдко вызывалъ ясный феноменъ лучевого нерва или *n. radialis* при поколачиваніи соотвѣтственныхъ мѣстъ и раздраженіи на предплечьи или у головки малоберцовой кости и рекомендую это изслѣдованіе въ сомнительныхъ случаяхъ; оно особенно удастся у истощенныхъ грудныхъ дѣтей, конечно, и здѣсь лишь въ тѣ моменты, когда произвольная иннервация отсутствуетъ.

Важнымъ патогностическимъ признакомъ является далѣе феноменъ *Trousseau*, котораго часто можетъ не быть, а иногда онъ болѣзненъ и опредѣленіе его у ребенка, страдающаго судорогами голосовой щели, можетъ быть опасно въ виду вызываемаго возбужденія.

Способъ состоитъ въ искусственномъ вызваніи тетанической судороги руки сдавливаніемъ пучка сосудовъ и нервовъ въ биципитальной бороздѣ; лучше всего этого достигнуть круговымъ наложеніемъ (эластическаго) бинта (рис. 105), оставляемого на 2—3 минуты. У грудныхъ дѣтей не всегда получается классическое положеніе пальцевъ въ видѣ руки акушера. Поэтому проба положительна лишь въ томъ случаѣ, если кисть руки крѣпко фиксируется въ положеніи, подобномъ судорожному, и если пассивно можно измѣнить его лишь съ трудомъ.

**Этіологія и патогенезъ.** Мы знаемъ много этиологическихъ фактовъ, играющихъ роль при возникновеніи спазмофильнаго діатеза; на первомъ мѣстѣ слѣдуетъ назвать наследственность; судорога голосовой щели и общія судороги часто являются семейнымъ заболѣваніемъ, которое проявляется также у родителей, братьевъ и сестеръ заболѣвшихъ дѣтей. У матери такихъ дѣтей часто можно вызвать лицевой феноменъ. Тотъ взглядъ, что спазмофілія развивается на почвѣ невропатической конституціи, имѣетъ значеніе для многихъ случаевъ; далѣе, существуетъ ясно замѣтная зависимость отъ времени года; число явныхъ, а также скрытыхъ случаевъ увеличивается зимою и весною, больше всего отъ апрѣля до мая; въ данномъ случаѣ предполагаютъ дыхательную вредность, возникающую во время долгаго пребыванія въ плохо вентилируемыхъ комнатахъ, какъ и при рахитѣ, обнаруживающемъ сходныя явленія (*Kassowitz* \*). Третій, весьма замѣчательный факторъ—зависимость отъ способовъ питанія. Грудныя дѣти рѣдко поражаются болѣзью; у дѣтей, вскармливаемыхъ коровьимъ молокомъ, болѣзнь излечивается назначеніемъ грудного вскармливанія; прекращеніе назначенія коровьяго молока часто быстро устраняетъ гальваническую пере-

\* ) Это такъ наз. „азротоксемія“, вообще играющая большую роль въ происхожденіи многихъ болѣзней пищеваренія и питанія въ дѣтскомъ возрастѣ.  
Прим. М. Б.

возбудимость, которая тотчас же снова увеличивается при назначении коровьяго молока; правда, и помимо этого удаётся установить колебания возбудимости, но коровье молоко нерѣдко имѣетъ особенно значительное вліяніе, причемъ для многихъ случаевъ можно доказать, что дѣйствуютъ вредно не казеинъ и жиръ, а сыворотка коровьяго молока (Finkelstein).—Возрастъ играетъ роль постольку, по-



Рис. 105. Тетанія при позднемъ рахитѣ (7 лѣтній мальчикъ). Признакъ Trousseau (слѣва остался и послѣ снятія бинта). Быстрое улучшение отъ фосфора съ рыбимъ жиромъ. (Собственное наблюденіе изъ дѣтской больницы Gisela въ Мюнхенѣ).

скольку спазмофилія никогда не наблюдается раньше 4 мѣсяцевъ жизни ребенка; чаще всего она замѣчается въ періодѣ 6 — 14 мѣсяцевъ, гораздо рѣже послѣ 2 лѣтъ. Всевозможныя заразныя болѣзни не только могутъ періодически ухудшать симптомы спазмофилии, но способны снова вызывать, повидимому, раньше излеченную перевозбудимость. Извѣстно, что провокаторную роль могутъ играть также расстройства пищеваренія и питанія; дѣйствительно, эта болѣзнь разсматривалась раньше, какъ желудочно-кишечная аутоинтоксикація. Доказано несомнѣнно, что спазмофилія въ большинствѣ случаевъ встрѣчается вмѣстѣ съ рахитомъ; тѣмъ не менѣе нельзя считать ее частичнымъ его явленіемъ, ибо признаки англійской болѣзни могутъ совершенно отсутствовать; съ другой стороны, самый тяжелый рахитъ можетъ протекать безъ спазмофилии. Во всякомъ случаѣ, благодаря сходству расстройствъ обмѣна веществъ при обоихъ заболѣваніяхъ, все же нельзя не указать на связь между ними; быть можетъ, они иной разъ представляютъ сочетанныя заболѣванія. Замѣчательно, что тетанія можетъ встрѣчаться въ сочетаніи и съ довольно рѣдкой формой поздняго рахита (срв. рис. 105).

Патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ при спазмофилии или тетаніи до сихъ поръ не удалось обнаружить въ нервной системѣ характерныхъ измѣненій. Были сдѣланы попытки, путемъ изслѣдованія обмѣна

веществъ, глубже проникнуть въ сущность заболѣванія; предполагали и искали наличность яда, но его еще не нашли; напротивъ, новыя изслѣдованія обнаружили аномалии въ известковомъ обмѣнѣ веществъ. Quest показалъ, что мозгъ больныхъ спазмофиліей дѣтей бѣднѣе известью, чѣмъ мозгъ нормальныхъ грудныхъ, при обмѣнѣ веществъ спазмофильныя дѣти обнаруживаютъ отрицательный балансъ извести (Cybulsky, И. А. Шабадъ). Составляютъ ли эти аномалии обмѣна извести сущность тетаніи, еще отнюдь не установлено, а по

новѣйшимъ изслѣдованіямъ Реха они даже невѣроятны. Весьма интересна защищаемая главнымъ образомъ Escherich'омъ теорія эпителиальныхъ тѣлецъ. Онъ ставитъ все заболѣваніе въ связь съ анатомическими (кровотеченія) или функциональными поврежденіями лежащихъ по близости щитовидной железы эпителиальныхъ тѣлецъ, вылушеніе которыхъ можетъ вызывать истинную тетанію и также вліять на обмѣнъ извести такимъ образомъ, какъ мы это наблюдаемъ при тетаніи дѣтей; впрочемъ, многочисленныя изслѣдованія эпителиальныхъ тѣлецъ въ новѣйшее время не могли подтвердить этой теоріи.

**Клиническія явленія.** На почвѣ спазмофильнаго состоянія развиваются 3 главныхъ типа судорогъ: 1) судороги голосовой щели или дыхательныя судороги, 2) экламптическія судороги или конвульсіи и 3) тоническія судорожныя состоянія явной тетаніи. Мы не знаемъ, почему одинъ ребенокъ заболѣваетъ одной, а другой ребенокъ—другой формой болѣзни; мы не можемъ также считать одно состояніе усиленіемъ другого; многія грудныя дѣти страдаютъ только судорогами голосовой щели, у другихъ—онѣ сочетаются съ эклампсіей, у третьихъ—бываютъ только судорожные припадки или же одно состояніе смѣняется другимъ. Явная, въ особенности стойкая тетанія во всякомъ случаѣ является наиболѣе рѣдкимъ типомъ болѣзни въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ.

Тяжелымъ явленіямъ спазмофильнаго состоянія часто предшествуютъ психическія измѣненія, которыя сразу бросаются въ глаза внимательному наблюдателю. Дѣти становятся плаксивыми, пугливыми, капризными, допускаютъ къ себѣ только опредѣленныхъ людей, обнаруживаютъ странное безпокойство и слѣдятъ большими, полными страха глазами и съ напряженнымъ выраженіемъ лица за тѣмъ, что происходитъ вокругъ нихъ.

Судороги голосовой щели (ларингоспазмъ, Spasmus glottidis). Легкія судороги голосовой щели выражаются только звучнымъ или стонущимъ дыханіемъ, замѣчающимся при всякомъ возбужденіи ребенка, при смѣхѣ, при плачѣ, но безъ другихъ послѣдствій. Опытному врачу всякіе подобные звуки подозрительны и даютъ ему поводъ къ изслѣдованію признаковъ спазмофильнаго діатеза. Такіе легкіе припадки и судороги голосовой щели, если на нихъ не обращаютъ вниманія, могутъ совершенно неожиданно смѣниться тяжелыми, даже смертельными припадками; эти тяжелые припадки представляютъ самую серьезную картину. Совершенно внезапно ребенокъ блѣднѣетъ, головка его запрокидывается кзади, дыханіе останавливается, онъ старается нѣсколько разъ изо всѣхъ силъ сдѣлать вдоханіе, но безъ успѣха; глаза выпячиваются, губы окрашиваются въ лиловый цвѣтъ, кожа лица покрывается холоднымъ потомъ и постепенно принимаетъ свинцово-сѣрый оттѣнокъ; сознаніе нарушается; нѣсколько подергиваній угловъ рта и глазъ показываютъ, что ребенокъ еще живъ, но конечности лица свисаютъ вяло, моча и калъ отходятъ произвольно, смерть кажется неустрашимой; затѣмъ вдругъ судорога прекращается, нѣсколько рѣзкихъ звуковъ свидѣтельствуютъ о прониканіи воздуха черезъ тѣсно сжатую голосовую щель, происходятъ болѣе глубокія дыхательныя движенія, наконецъ дыханіе возобновляется и ребенокъ, которому угрожало столь тяжелый исходъ, спустя нѣсколько минутъ сидитъ въ своей кроваткѣ, еще испуганный и истощенный, но уже чувствуетъ себя хорошо. Но не всегда болѣзнь имѣетъ столь



хорошій исходъ—жизнь можетъ закончиться среди приступа. Ребенокъ погибаетъ, однако, не отъ удушенія, а отъ остановки сердца, ибо искусственное дыханіе его не можетъ спасти; или же судорога голосовой щели переходитъ непосредственно въ приступъ общихъ судорогъ; въ тяжелыхъ случаяхъ одна судорога голосовой щели смѣняетъ другую. Число такихъ припадковъ можетъ достигать 20 и болѣе въ сутки, причемъ могутъ смѣняться болѣе легкіе съ болѣе тяжелыми припадками, равно какъ возможны всѣ степени перехода между абортивными и опасными судорогами голосовой щели. Ночью приступы появляются большею частью нѣсколько рѣже. Вызывающими причинами надо считать въ особенности душевное возбужденіе ребенка, испугъ, плачь, крикъ, пробужденіе со сна и т. д., далѣе быстрое наполненіе желудка слишкомъ обильной ѣдой. Очень опасную форму дыхательной судороги представляетъ такъ наз. выдыхательная одышка, судорожная остановка дыханія въ выдыхательномъ положеніи, которая можетъ быстро и неизбѣжно повести къ смерти, но часто проходитъ совершенно незамѣченной, ибо отсутствуетъ громкое вдыханіе, обыкновенно обращающее на себя вниманіе окружающихъ; нерѣдко при тяжелыхъ судорогахъ голосовой щели наблюдаютъ ригидность дыхательныхъ мышцъ съ участіемъ грудобрюшной преграды и даже ригидность всего тѣла въ началѣ припадка.

Судороги голосовой щели и дыхательныя судороги, какъ частичное явленіе спазмофиліи, встрѣчаются почти только у рахитическихъ грудныхъ дѣтей; послѣ 2-го года жизни почти не наблюдаются въ противоположность судорогамъ (конвульсіямъ), тоническимъ тетаноиднымъ судорогамъ.

Конвульсіи (эклампсія), называемыя въ народѣ „родимчикомъ“, „причинкой“, „дѣтскимъ“ и т. д., представляютъ припадки болѣе локализованныхъ или общихъ мышечныхъ подергиваній съ потерей сознанія, сходныхъ съ истинными падучими припадками. Легкія эклампсіи выражаются только ригидностью и поблѣднѣніемъ лица, а также подергиваніемъ въ глазахъ и вѣкахъ (такъ наз. тихій родимчикъ); большею частью участвуютъ значительныя области мышцъ, все лицо, часто всѣ конечности, причемъ нерѣдко начало болѣзни наблюдается съ одной стороны. Сознаніе съ самаго начала нарушено, зрачки не реагируютъ; кожное раздраженіе не ощущается ребенкомъ и лишь рѣдко предшествуетъ тонической стадіи судорогъ, который тогда сочетается съ судорогами голосовой щели. Если приступы сильны, то картина рѣзко мѣняется: лицо то неподвижно, какъ маска, то искажается сильными подергиваніями (срв. рис. 107), глаза быстро мигаютъ или вращаются, часто совершенно повернуты кверху, такъ что видна только бѣлая склера, языкъ двигается назадъ и впередъ, иногда показывается пѣна изо рта, которая у старшихъ дѣтей, имѣющихъ уже зубы, можетъ быть окрашена кровью; все тѣло ребенка сотрясается ритмическими толчками, нерѣдко онъ издаетъ совершенно аналогичные выдыхательнымъ толчкамъ кряхтящія или короткіе отрывистые звуки. Родничокъ во время приступа большею частью сильно напряженъ, пульсъ ускоренъ и неправиленъ; во время приступа или непосредственно послѣ него можно часто видѣть отхождение газовъ, испражненій и мочи. Постепенно двигательныя явленія раздраженія ослабѣваютъ, ребенокъ засыпаетъ и просыпается, спустя нѣкоторое время, болѣе или менѣе истощеннымъ. Продолжительность такихъ экламптическихъ приступовъ обыкновенно не слишкомъ велика,

$\frac{1}{2}$ —2 минуты и лишь рѣдко дольше 3—5 минутъ, но иногда одна судорога можетъ смѣняться другой, такъ что получается настоящій status eclampticus. Въ такихъ случаяхъ можно наблюдать часто лихорадочныя температуры, иногда даже весьма высокія ( $41^{\circ}$  и выше), вѣроятно, какъ слѣдствіе раздраженія теплого центра; лихорадка, помимо этого, сама по себѣ не характерна ни для какой формы спазмофилии.

Судороги могутъ появиться лишь одинъ разъ и больше не повторяться; но это наблюдается не особенно часто; большею частью замѣчается, по крайней мѣрѣ, небольшой рядъ приступовъ. Онѣ могутъ повторяться совершенно неправильнымъ образомъ, ежедневно 1—2 раза, но также и часто, 20—30 разъ въ день. Сами по себѣ онѣ также мало опасны, какъ судороги голосовой щели. Въ грудномъ возрастѣ онѣ встрѣчаются особенно часто въ теченіе острыхъ или под-



Рис. 106. Tetania persistens (9-мѣсячный ребенокъ). Ладони и стопы въ типическомъ «положеніи лапки». (Собственное наблюденіе изъ дѣтской больницы Gisela въ Мюнхенѣ).

острыхъ разстройствъ пищеваренія, нерѣдко вслѣдствіе сильнаго вздутія газами живота или въ началѣ лихорадочныхъ заболѣваній, у старшихъ дѣтей особенно въ видѣ такъ наз. случайныхъ судорогъ въ началѣ заразныхъ болѣзней, кори, вѣтряной оспы и т. д., также при „засореніи желудка“; но экламптическія судороги, какъ и всѣ явленія спазмофилии, по окончаніи 2 или 3 лѣтъ жизни не часты, у старшихъ дѣтей даже рѣдки. Вѣроятно, хотя и не точно установлено, что большинство такъ наз. рефлекторныхъ судорогъ старшихъ дѣтей, будто бы обусловленныхъ аскаридами, запорами, инородными тѣлами и т. д., относится къ той же категоріи, къ какой относятся и всѣ такъ наз. „зубныя судороги“, игравшія раньше столь большую роль; многіе случаи, которые принимались за эпилепсію и оканчивались излеченіемъ по окончаніи дѣтскаго возраста, оказывались при болѣе точномъ изслѣдованіи ребенка и при точномъ установленіи анамнеза—поздней эклампсіей (Thiemich).

Тетаническія судороги (капропедальные спазмы, arth-

rodgryposis) ведутъ къ такъ наз. „положенію руки акушера“ (вытянутыя фаланги, согнутыя въ срединѣ ладони подъ угломъ, при крайней оппозиціи большого пальца), какъ видно на обоихъ рисункахъ 105 и 106; если въ то же время предплечіе согнуто и прижато къ туловищу, то говорятъ „о положеніи лапки; точно также и стопы представляютъ довольно часто сходное судорожное положеніе, какъ видно изъ рис. 106.

Эти тоническія контрактуры продолжаются большею частью часами и во многихъ случаяхъ, очевидно, болѣзненны. Повода къ каждому отдѣльному приступу до сихъ поръ не удалось установить. При болѣе длительномъ теченіи приступа часто наблюдаютъ на тылѣ кисти и стопы подушкообразные отеки, которые могутъ переходить также за область лугезапястного и голеностопнаго суставовъ.

У грудныхъ дѣтей тетаническое положеніе кисти рукъ часто не столь типично развито, а именно: пальцы часто согнуты, иногда нѣсколько раздвинуты, большіе пальцы всегда вогнуты внутрь, иногда просовываются между другими пальцами; отличить это положеніе отъ простаго сжиманія кулака съ подогнутымъ внутрь большимъ пальцемъ всегда возможно, если обратить вниманіе на независящую отъ произвольной иннервациі судорожность положенія кисти. Тетанія стопы не можетъ быть смѣшана ни съ чѣмъ другимъ.

Въ тоническихъ и судорожныхъ состояніяхъ, замѣчающихся въ картинѣ болѣзни, могутъ участвовать и другія мышечныя области, на первомъ мѣстѣ—лицо; благодаря напряженію мимическихъ мышцъ, оно пріобрѣтаетъ озбоченное, задумчивое, также „хитрое“, „лукавое“ выраженіе („тетаническое лицо“ Uffenheimer'a); въ тяжелыхъ случаяхъ, особенно у старшихъ дѣтей, губы выдвинуты впередъ и слегка сжаты (ротъ какъ па). Нерѣдко замѣчается спастическое косоглазіе. Если, кромѣ того, присоединяется еще судорога затылочныхъ мышцъ, вслѣдствіе которой развивается фиксированный опистотонусъ головы, то болѣзнь можетъ до мелочей напоминать менингитъ, въ особенности въ виду того, что къ этому можетъ присоединиться разница въ величинѣ зрачковъ и вялость реакціи ихъ, благодаря участію гладкихъ мышцъ радужной оболочки.—Также въ области мышцъ туловища, руки и ноги замѣчаются тоническія судороги, большею частью симметрическія; нерѣдко мочеотдѣленіе задержано вслѣдствіе судороги мышцъ мочевого пузыря во время наибольшаго развитія болѣзни; наступаетъ ischuria paradoxa, т. е. опорожненіе небольшихъ количествъ мочи при одновременной задержкѣ ея, вслѣдствіе чего пузырь можетъ расширяться до пупка.

Въ то время, какъ такіе приступы явной тетаніи въ теченіи цѣлыхъ часовъ и дней могутъ присоединяться къ каждому случаю судороги голосовой щели и эклампсіи, существуютъ и длительныя формы, такъ наз. стойкія тетаніи, длящіяся цѣлые дни и недѣли; чаще всего подобныя формы наблюдаются у исхудавшихъ дѣтей, страдающихъ хроническими разстройствами пищеваренія. Стойкія контрактуры при этомъ обыкновенно утрачиваютъ свою болѣзненность, большею частью не наблюдаютъ и отеки. Существуетъ склонность связывать стойкую тетанію съ потерей воды или съ молекулярными измѣненіями тканей, особенно же съ тяжелыми поврежденіями эпителиальныхъ тѣлецъ.

Смерть отъ паралича сердца. При всѣхъ формахъ спазмофилии нерѣдки внезапные случаи смерти вслѣдствіе остановки сердца; чаще

этого они наблюдаются у дѣтей, страдающихъ судорогами голосовой щели или экспираторной одышкой во время приступа, рѣже въ экламптическомъ приступѣ, но иногда смерть наблюдается и безъ такого пароксизмальнаго ухудшенія—ребенокъ, который еще нѣсколько минутъ тому назадъ пилъ свою порцію пищи, оказывается въ постелькѣ мертвымъ.

Повидимому, здѣсь вызывающей причиной является обильная ѣда. Дѣтямъ со status lymphaticus, въ особенности со status thymicolymphaticus, особенно грозитъ этотъ видъ смерти. Въ послѣднее время было высказано мнѣніе, что въ подобныхъ случаяхъ дѣло идетъ о сердечной тетаніи, т. е. о распространяющейся по пути сердечныхъ нервовъ (блуждающаго или симпатическаго) формѣ судороги на почвѣ спазмофильнаго діатеза (Ibrahim).

**Течение, продолжительность, осложнения, исходъ.** Спазмофильный діатезъ никогда не оканчивается быстрымъ выздоровленіемъ, но отдѣльные симптомы можно устранить довольно быстро или, по крайней мѣрѣ, ограничить ихъ распространеніе; даже электрическая перевозбудимость иногда можетъ быть устранена въ теченіе нѣсколькихъ дней или недѣль. Такой исходъ отнюдь не равносильнъ выздоровленію, и о послѣднемъ можно говорить лишь въ томъ случаѣ, если вредныя вліянія провокаторнаго характера, упомянутыя выше, не вызываютъ перевозбудимости и ясныхъ симптомовъ; оказывается, что возвращеніе къ обычному вскармливанію коровьимъ молокомъ снова вызываетъ весь симптомокомплексъ; еще чаще можно наблюдать, что болѣзнь, которая въ теченіе лѣта казалась совершенно излеченной безъ врачебнаго вмѣшательства, снова обнаруживается зимою. Случается, что новая заразная болѣзнь вызываетъ экламптическія судороги или спазмъ голосовой щели.

Теченіе отдѣльнаго случая болѣею частью вполне индивидуально; нерѣдко во всемъ теченіи господствуютъ признаки судорогъ голосовой щели и экламптическихъ приступовъ; тамъ, гдѣ болѣзнь тянется въ теченіе долгаго времени, особенно при ненадлежащемъ питаніи, часто наблюдаютъ, что на первый планъ выступаетъ то одно, то другое проявленіе тетаніи, иногда капропедальные спазмы встрѣчаются, при тщательномъ наблюденіи, чаще, чѣмъ обыкновенно думаютъ.

Объ осложненіяхъ спазмофилии едва ли можно говорить, но спазмофилия сама по себѣ часто является осложненіемъ другихъ болѣзней и требуетъ тогда особаго вниманія.—Важнѣе всего здѣсь то наблюденіе, согласно которому она часто вызываетъ гиперпиретическія температуры (Finkelstein), напр., при инфлуэнцѣ, коклюшѣ, серозномъ менингитѣ и т. д., и что по этой причинѣ у этихъ дѣтей слѣдуетъ примѣнять потогонныя обертыванія лишь съ особенной осторожностью.

Существуютъ нѣкоторыя состоянія, которыя ставятъ въ связь со спазмофиліей и которыя будто бы обнаруживаетъ такую же аномалію обмѣна веществъ или же обязаны своимъ возникновеніемъ судорожнымъ приступамъ; мы говоримъ о помутнѣннн хрусталика (слоистая катаракта) и симметрическихъ гипоплазіяхъ эмали (эрозіи) на постоянныхъ зубахъ. Вопросъ этотъ, однако, еще не выясненъ окончательно.

Весьма важно, для правильной прогностической оцѣнки заболѣванія, систематическое изслѣдованіе послѣдующей судьбы экламп-

тических дѣтей (Thiemich и Birk, Potpeschnigg). Оказывается, что большая часть этихъ дѣтей впоследствии представляла признаки невропатіи или дефектовъ умственной сферы и лишь  $\frac{1}{3}$  развивалась дальше совершенно нормально. Переходъ истинной спазмофилии въ истинную падучую, повидимому, встрѣчается затѣмъ лишь въ видѣ исключенія.

**Распознаваніе.** Важнѣйшія данныя были уже подробно изложены. Упомянемъ еще, что выраженная электрическая и механическая перевозбужденность (послѣдняя лишь въ первомъ дѣтскомъ возрастѣ), явленіе Troussseau и тетаническія судороги патогномичны, судороги же голосовой щели, напротивъ, могутъ встрѣчаться симптоматически и при другихъ болѣзняхъ (менингитѣ, мозговыхъ склерозахъ и т. д.); что у дѣтей, пережившихъ грудной возрастъ, извѣстны состоянія, весьма сходно протекающія съ судорогой голосовой щели, такъ наз. респираторныя аффективныя судороги („Wegbleiben“), которыя не имѣютъ прямого отношенія къ спазмофилии (см. ниже). Иногда, хотя и рѣдко, встрѣчаются случаи, несомнѣнно относящіеся къ спазмофилии, но при которыхъ сокращеніе въ моментъ размыканія катода не происходитъ при силѣ тока ниже 5 М.-А; въ сомнительныхъ случаяхъ рекомендуется многократное изслѣдованіе. Объ отличительномъ распознаваніи отъ другихъ экламптическихъ приступовъ указано на стр. 503—4.

**Леченіе.** Женское молоко, солнце, свѣтъ и воздухъ являются самыми надежными предупреждающими, а также самыми надежными лечебными средствами спазмофильнаго состоянія, и вездѣ, гдѣ только возможно, слѣдуетъ ихъ примѣнять во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда у грудныхъ дѣтей обнаруживается лицевой феноменъ или другіе признаки скрытой тетаніи. Если приходится прибѣгать къ искусственному вскармливанію, то главное правило—соблюдать скудную діету, именно—по возможности ограничить до минимума коровье молоко, давая его въ количествахъ  $\frac{1}{3}$  и не болѣе  $\frac{1}{2}$  литра въ сутки, замѣняя его углеводами (слизистыми и мучными супами, супами изъ каши) или же выполняя все вскармливаніе съ помощью солодового супа; у старшихъ грудныхъ дѣтей пораньше переходятъ къ смѣшанной пищѣ (овощамъ, яблочному муссу). Большихъ порцій ѣды слѣдуетъ избѣгать, если только имѣются на-лицо пароксизмальныя явленія, въ виду упомянутого выше вліянія на возникновеніе тяжелыхъ судорогъ голосовой щели и случаевъ паралича сердца. При этомъ показано всегда давать внутрь рыбій жиръ съ фосфоромъ (Phosphor. 0,01, Ol. јес. asell. 100,0, ежедневно 1—2 раза по 5 грм.) или фосрахитъ (1—2 раза ежедневно по 5 грм.) въ теченіе многихъ недѣль. При наличности диспептическихъ явленій или расстройствъ питанія ихъ надо лечить, не забывая, что слѣдуетъ по возможности избѣгать большихъ количествъ коровьяго молока. Тамъ, гдѣ рыбій жиръ съ фосфоромъ не переносится, можно сдѣлать попытку назначенія внутрь солей извести, напр., calcium aceticum или calcium lacticum 3 раза въ день ежедневно по 0,5—1,0 грм. въ 50 грм. воды\*).

Упомянутыхъ точекъ зрѣнія слѣдуетъ держаться и въ періодѣ выздоровленія отъ ясныхъ признаковъ тетаніи; надо только прибавить,

\* Эту попытку можно сдѣлать и въ другихъ случаяхъ, и не давая рыбьяго жира, если жиры вообще плохо переносятся; кромѣ упомянутыхъ двухъ солей можно съ большимъ успѣхомъ давать глицерино-фосфорнокислую известь въ тѣхъ же дозахъ, или, еще лучше, сочетаніе глицерино-фосфорнокислой извести и глицерино-фосфорнокислаго желѣза въ отношеніи 4:1.

что иногда назначеніе сырого молока, конечно, при соблюденіи всѣхъ предосторожностей, даетъ лучшіе результаты, чѣмъ стерилизованное.

Судорога голосовой щели и эклампсіа требуютъ уже съ самаго начала гораздо болѣе энергичныхъ мѣръ. Правильно можно считать, что дѣтямъ, представляющимъ эти угрожающіе симптомы, даютъ сначала слабительное (Ol. ricini 5 грм., повторяемое нѣсколько разъ), въ особенности при метеоризмѣ, промываютъ кишечникъ, что полезно даже повторить черезъ 2 часа. Въ то же время отмѣняютъ молоко и даютъ въ теченіе сутокъ только подслащенный сахариномъ чай или отварную воду. Солевыхъ растворовъ слѣдуетъ избѣгать. Если есть въ распоряженіи женское молоко, то большею частью дѣло выиграно. Въ противномъ случаѣ цѣлесообразнѣе всего перейти сначала на слизистые супы (изъ рисовой или овсяной муки), прибавляя къ нимъ 30—40 грм Soxhlet'овскаго питательнаго сахара въ сутки. На этой діетѣ остаются нѣсколько (4—6) дней и тутъ же даютъ внутрь рыбій жиръ съ фосфоромъ. Затѣмъ осторожно начинаютъ вводить коровье молоко (сначала только по 50 грм. въ сутки) и постепенно увеличиваютъ дозу, если не повторяются тяжелыя судороги голосовой щели или общія судороги. При этомъ часто рекомендуется переходъ къ солодовому супу цѣльному или разведенному. Отъ полученія вѣсого нарастанія приходится иногда отказываться на цѣлыя недѣли.

У атрофическихъ грудныхъ дѣтей, въ особенности, если въ основѣ атрофіи лежить перекармливаніе углеводами (мукою), этотъ способъ опасенъ и не всегда вліяетъ на приступы спазмофилии. Если нельзя достать кормилицы, надо ограничиться назначеніемъ рыбьяго жира съ фосфоромъ и діететическимъ леченіемъ разстройствъ питанія по обычнымъ правиламъ; во всякомъ случаѣ стойкія формы тетаніи обыкновенно поддаются діететическимъ мѣрамъ не быстро. Finkelstein рекомендуетъ въ этихъ случаяхъ обильное введеніе жидкости съ помощью небольшихъ длительныхъ клизмъ и успокаивающія нервную систему, влажныя, общія обертыванія.

Тяжелые экламптические приступы, особенно, если они часто повторяются, требуютъ спеціальнаго леченія. Теплая ванна, промываніе кишечника, холодныя компрессы на лобъ, охлаждающія обертыванія при высокой лихорадкѣ являются мѣрами, которыя могутъ быть рекомендуемы всегда даже и въ отсутствіе врача. Если же судороги продолжаются и очень сильны, то показано назначеніе хлоралгидрата, лучше всего въ клизмѣ; даже груднымъ дѣтямъ можно вводить 0,5 грм. на приемъ въ клизмѣ, повторяя, въ случаѣ надобности, ту же дозу; внутри доза должна быть меньше \*). То же леченіе слѣдуетъ примѣнять тамъ, гдѣ тяжелыя судороги голосовой щели угрожаютъ жизни. На вдыханія хлороформа для купированія status

\*) Съ употребленіемъ столь героическихъ дозъ хлораль-гидрата согласиться ни въ коемъ случаѣ нельзя. J. Comby въ хорошей книгѣ своей „Les médicaments chez les enfants» рекомендуетъ въ качествѣ средней дозы 0,1—0,2 grо діе дѣтямъ конца грудного возраста. Онъ прибавляетъ, что медикаментъ этотъ оказывается наиболѣе важнымъ hypnoticum, если его даютъ въ умѣренныхъ количествахъ, но онъ легко становится affaiblissant à doses fortes. Мы дозируемъ это средство въ комбинаціи съ тройными количествами бромистаго натра еще осторожнѣе и даемъ дѣтямъ первой половины грудного періода по 0,02—0,03 grо dosi per os и не больше 0,05—0,06 въ клизмѣ. Указанная въ справочникѣ П. Эминета доза велика только потому, что доза взрослому, изъ которой дѣлалась разверстка по возрастамъ, нѣсколько высока (0,8).

eclampticus можно рѣшаться лишь въ крайнемъ случаѣ \*); иногда можно прекратить частые судорожные приступы поясничнымъ проколомъ; особенно успѣшные результаты отъ такихъ проколовъ наблюдались при судорогахъ вслѣдствіе коклюша (Eskert).

Гдѣ продолжаетъ существовать склонность къ отдѣльнымъ судорогамъ, въ особенности къ судорогамъ голосовой щели, тамъ можно еще въ теченіе нѣсколькихъ дней давать внутрь бромъ (Natr. brom. 3,0 Aq. dest. ad 100,0 3 раза въ день по 5—10 грм.).

Въ заключеніе еще нѣсколько совѣтовъ о леченіи тяжелыхъ судорогъ голосовой щели! У такихъ дѣтей особенно тщательно надо избѣгать всего, что можетъ ихъ испугать или возбуждать



Рис. 107. Односторонній судорожный приступъ у 4-дневнаго ребенка съ порэнцефаліей. (Наблюденіе проф. Нескѣга въ Мюнхенѣ).

(осмотръ горла, изслѣдованіе признака Troussseau, присутствіе излишнихъ лицъ въ комнатѣ и т. д.), голова должна лежать не на пуховой подушкѣ, а на подушкѣ изъ конскихъ волосъ или на головномъ кольцѣ, наполненномъ просяной мякиной. Чашечка съ холодной водой, шприцъ съ камфорой должны постоянно находиться около кровати; во время наиболѣе тяжелаго положенія ребенка необходимъ непрерывный надзоръ днемъ и ночью. Если наступаетъ тяжелый приступъ, то сначала надо спокойно выжидать; когда ребенку не хватаетъ воздуха, то его обрызгиваютъ небольшимъ количествомъ холодной воды; если приступъ продолжается, пальцемъ отдавливаютъ основаніе языка, дѣлаютъ впрыскиваніе камфоры и стараются помочь ему искусственнымъ дыханіемъ. Но пріемъ этотъ часто встрѣчаетъ непреодолимая затрудненія, ибо судорожно сжатая голосовая щель не про-

\*) Назначеніе хлороформа такимъ дѣтямъ должно быть выполняемо разумно, т. е. въ видѣ накапыванія 1—2 капель на платокъ, подносимый къ носу ребенка. Упоминаю объ этомъ потому, что мнѣ лично пришлось наблюдать случай, въ которомъ больному ребенку поднесли къ носу банку, содержащую нѣсколько фунтовъ хлороформа и держали въ теченіе 2—3 часовъ.

Прим. М. Б.

пускаетъ воздуха ни въ легкія, ни изъ легкихъ. Съ того момента, какъ ребенокъ дѣлаетъ самъ вдыханіе, т. е. издаетъ извѣстный каркающій звукъ, лучше всего прекратить всякое вмѣшательство, чтобы не вызвать новаго приступа судорогъ; лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда выдыханіе не возобновляется въ болѣе или менѣе правильной формѣ, слѣдуетъ продолжать искусственное вдыханіе. Интубація или трахеотомія всегда запаздываютъ, ибо причиной смерти является остановка сердца, а не удушеніе; но мысль о длительной интубаціи дѣтей, которымъ угрожаетъ въ теченіе ряда дней большая опасность, заслуживаетъ вниманія.

Въ заключеніе, пожалуй, будетъ не лишнимъ замѣтить, что сравнительно съ частотой судорогъ голосовой щели случаи смерти довольно рѣдки, и что болѣею частью удается справиться и съ этой формой спазмофилии.

## 2. Эклампсіи на спазмофильной почвѣ.

Не всѣ экламптические приступы у грудныхъ и старшихъ дѣтей возникаютъ на почвѣ спазмофильнаго діатеза. Часть ихъ обусловливается органическими заболѣваніями мозга (уродствами его развитія, порэнцефаліями, мозговыми кровоизліяніями, склерозомъ мозга, сифилисомъ мозга, головной водянкой), а часть—менингитомъ. Изъ не обусловливаемыхъ органическими причинами такъ наз. идиопатическихъ судорогъ дѣтскаго возраста большая часть принадлежитъ къ спазмофилии; но не малое число ихъ (7—20% всѣхъ эклампсій) представляетъ истинную паучую дѣтскаго возраста, которая въ дальнѣйшей жизни можетъ развиться въ настоящую регулярную эклампсію. Мы знаемъ далѣе, что нѣкоторые яды могутъ вызывать иногда конвульсіи у дѣтей (алкоголь, опій, сантонинъ, грибные, растительные яды и т. д.). Упомянемъ для полноты, что судорожные приступы могутъ быть выраженіемъ уремїи. Дальнѣйшія указанія даютъ изслѣдованіе мочи, наличность отековъ и т. д. Остается небольшая часть еще не вполне выясненныхъ судорогъ, объясняемыхъ отчасти рефлекторными причинами, отчасти слѣдствіемъ кишечнаго самоотравленія. Быть можетъ, многіе тяжелые экламптические приступы основаны на мало извѣстномъ пока сывороточномъ менингитѣ. Повидимому, у дѣтей по окончаніи грудного возраста судорожные приступы иногда могутъ возникнуть исключительно на почвѣ невропатической конституціи, благодаря нѣкоторымъ внѣшнимъ причинамъ, напр. заразнымъ болѣзнямъ, пищеварительнымъ расстройствамъ, а въ особенности сильнымъ душевнымъ волненіямъ (психастеническія судороги Oppenheim'a, нервныя судороги Bendix'a, аффектэпилептическія судороги Bratz'a).

Судороги, нерѣдко наблюдаемая у очень истощенныхъ грудныхъ дѣтей послѣ быстрыхъ потерь вѣса, воды или при хроническихъ расстройствахъ питанія, при суженіи привратника и т. д. въ послѣдніе дни и часы жизни (такъ наз. предсмертныя судороги Thiemich'a) не имѣютъ ничего общаго съ спазмофилией; онѣ, быть можетъ, отчасти являются слѣдствіемъ дѣйствія бактерійныхъ ядовъ или ядовъ межуточнаго обмѣна веществъ ребенка, отчасти вызываются, напр., обднѣніемъ водою и другими молекулярными измѣненіями нервной системы (Thiemich)

Отличительное распознаваніе всѣхъ этихъ формъ судорогъ часто весьма затруднительно; приступы могутъ быть совершенно сходны



другъ съ другомъ. Обнаруженіе механической или электрической перевозбудимости доказываетъ въ большинствѣ случаевъ, что эклампсія тетаноиднаго происхожденія, но всегда надо идѣть въ виду, что спазмофильный ребенокъ можетъ, конечно, заболѣть и менингитомъ, и энцефалитомъ и т. д. Надо помнить, что эклампсія на спазмофильной почвѣ почти не встрѣчается до третьяго мѣсяца жизни, что при ней отдѣльные приступы продолжаются большею частью короткое время, не болѣе 5 минутъ, почти никогда не сопровождаясь дикимъ крикомъ. Для распознаванія менингита, кромѣ гиперэстезіи и т. д., особенно важно напряженіе родничковъ. Идіопатическія эклампсіи обуславливаютъ выпячиваніе родничковъ лишь во время приступа, или если приступы слѣдуютъ другъ за другомъ, почти безъ перерыва. Поясничной проколъ настоятельно рекомендуется во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ. Въ первые 3 мѣсяца, особенно въ первые недѣли жизни, въ основѣ судорогъ лежатъ большею частью органическія заболѣванія мозга, напр., менингеальныя кровоизліянія вслѣдствіе тяжелыхъ родовъ; хотя я самъ видѣлъ случаи, которые, по всей вѣроятности, были въ связи съ пищеварительными расстройствами; во всякомъ случаѣ, они быстро исчезали при урегулированіи кормленія. Всякій остающійся послѣ приступа парезъ или параличъ, хотя бы онъ былъ и скоропреходящаго характера, говоритъ за органическую основу судорогъ. Одностороннее развитіе судорогъ, напротивъ, можетъ часто наблюдаться и при чисто функциональныхъ эклампсіяхъ. Въ смыслѣ па дучей весьма подозрительны тѣ случаи, въ которыхъ падачая имѣлась въ анамнезѣ у родителей, далѣе, такіе, при которыхъ безъ вызывающихъ причинъ, напр., на грудномъ вскармливаніи, безъ связи съ лихорадочными заболѣваніями, пищеварительными расстройствами и т. д., развиваются съ болѣе или менѣе короткими промежутками отдѣльные приступы или группы припадковъ, между тѣмъ какъ гальваническое изслѣдованіе обнаруживаетъ нормальную степень возбудимости периферическихъ нервовъ. При этомъ не слѣдуетъ забывать, что часто между этими первыми судорогами грудного возраста и позднѣйшими падачными явленіями можетъ пройти промежутокъ въ нѣсколько лѣтъ. У старшихъ дѣтей, если приступъ судорогъ сопровождается высокой лихорадкой, слѣдуетъ всегда имѣть въ виду начало острой заразной болѣзни.

**Леченіе.** Симптоматическое леченіе экламптического приступа, описанное выше (стр. 500), можетъ быть съ пользой примѣняемо въ большинствѣ неспазмофильныхъ судорогъ. Почти всегда показано основательное опорожненіе кишечника, при высокой лихорадкѣ—водолечебные способы пониженія температуры. При предсмертныхъ судорогахъ дѣтей, страдающихъ расстройствами пищеваренія и питанія, не слѣдуетъ примѣнять ни слабительныхъ средствъ, ни хлоралгидрата; здѣсь умѣстнѣе скорѣе подкожное вливаніе поваренной соли, непрерывное орошеніе кишечника и т. п. Впрочемъ, надо стремиться къ возможно болѣе точному діагнозу ибо, конечно, менингитъ, сифилисъ мозга, начинающаяся головная водянка, экзогенное отравленіе, уремія и т. д., имѣютъ свои собственныя лечебныя показанія. Отъ надрѣзовъ десенъ и т. п. случайныхъ пріемовъ слѣдуетъ совершенно отказаться.

**Добавленіе: Общія мышечныя гипертропіи безъ спазмофиліи.**

Упомянемъ вкратцѣ здѣсь о томъ, что въ грудномъ возрастѣ часто замѣчаются продолжительныя спазмы мышцъ конечностей, особенно ногъ, которые не имѣютъ ничего общаго ни со спазмофиліей, ни съ органическими болѣзнями нервовъ, но находятся въ связи съ

острыми или хроническими разстройствами питанія (особенно вреднымъ вліяніемъ кормленія мукой) и могутъ оставаться въ теченіе недѣль и мѣсяцевъ съ небольшими колебаніями, затѣмъ постепенно исчезаютъ при улучшеніи общаго состоянія питанія. Нерѣдко такія гипертоніи поражаютъ также мышцы спины и затылка, такъ что почти непрерывно замѣчается опистотонусъ, который вмѣстѣ съ другими спазмами можетъ симулировать картину церебральнаго заболѣванія. При этомъ рефлексы не повышены.—Въ первые мѣсяцы жизни подобныя спазмы (миотонія по Hochsinger'у) встрѣчаются особенно часто въ теченіе тяжелыхъ общихъ заболѣваній, септицеміи, наследственнаго сифилиса, при ожогахъ и т. д.

### **Spasmus nutans и spasmus rotatorius, кивательный и вращательный спазмъ.**

Эта не слишкомъ часто наблюдаемая болѣзнь состоитъ во вращательныхъ и шатательныхъ, рѣже кивательныхъ движеніяхъ головы, которыя выполняются дѣтьми большею частью въ лежачемъ положеніи при полномъ сознаніи, но, повидимому, произвольно. Болѣзнь встрѣчается не раньше 4-го мѣсяца и не наблюдается уже по истеченіи третьяго года жизни; она продолжается въ большинствѣ случаевъ недѣли, мѣсяцы и дольше, можетъ обнаруживать колебанія и возвраты. При тщательномъ наблюденіи оказывается, что своеобразныя и небольшія движенія головы, выполняемая съ умѣренной скоростью, часто усиливаются при фиксированіи предметовъ, а затѣмъ наступаетъ ясно выраженный нистагмъ и дрожаніе глазъ; этотъ нистагмъ замѣчается и въ другихъ случаяхъ, особенно, если голова находится въ покоѣ; онъ можетъ быть единственнымъ симптомомъ болѣзни; всѣ явленія прекращаются во время сна. Spasmus nutans встрѣчается преимущественно у рахитиковъ; невропатическое предрасположеніе можетъ также играть нѣкоторую роль; истинную причину возникновенія большинства случаевъ слѣдуетъ искать въ темнотѣ или въ неблагоприятныхъ условіяхъ освѣщенія квартиры (Raudnitz), заставляющихъ дѣтей въ поискахъ болѣе яркаго освѣщенія поворачивать глаза въ одну сторону или кверху.

**Діагнозъ.** Надо исключить нистагмъ, обусловленный амблиопіей (пятнами роговицы и т. д.). Движенія затылка рахитиковъ при потливости, экземѣ и т. д. легко распознаются, какъ произвольныя движенія. Сходный со spasmus nutans комплексъ движеній встрѣчается нерѣдко и при идиотіи. Къ смѣшенію могутъ подать поводъ такъ назыв. стереотипіи.

**Леченіе.** Пребываніе въ свѣтлыхъ помѣщеніяхъ, улучшеніе общаго состоянія, леченіе рахита всегда ведутъ къ излеченію кивательнаго спазма.

### **4. Ложный столбнякъ.**

Ложный столбнякъ—рѣдкая болѣзнь, неоднократно наблюдававшаяся у старшихъ дѣтей (4—6 лѣтъ), а равно у грудныхъ. Картина болѣзни, которая



Рис. 108. Ложный столбнякъ. (Наблюденія проф. Pfaunder'a. Дѣтская клиника въ Грацѣ).

обыкновенно развивается безъ лихорадки и быстро достигаетъ полнаго развитія, сходна до мельчайшихъ подробностей съ истиннымъ травматическимъ

столбнякомъ, но нельзя найти ни раненія, ни палочекъ столбняка. Начиная съ ногъ, развивается тетаническая ригидность всѣхъ мышцъ туловища, спины, затылка, ногъ, лица, тризмъ и судорожное сжатіе челюстей (срв. рис. 108); только руки и кисти ихъ, а также глазныя мышцы остаются свободными. Какъ и при настоящемъ столбнякѣ, возбужденіе, шумъ и т. д. вызываютъ пароксизмы судорогъ. Во время сна ригидность уменьшается, но не исчезаетъ. Признаки спазмофильнаго діатеза отсутствуютъ.

Въ теченіе нѣсколькихъ недѣль болѣзнь оканчивается полнымъ выздоровленіемъ. Сущность не выяснена; быть можетъ, здѣсь имѣется нѣкоторая связь съ истиннымъ столбнякомъ (Pfaundler).

Терапія симптоматическая. Смотря по надобности, даютъ хлоралгидратъ и бромъ, иногда морфій, кормятъ желудочнымъ зондомъ. Гдѣ есть малѣйшее подозрѣніе на истинный столбнякъ, надо примѣнить специфическое леченіе сывороткой.

### 5. Падучая болѣзнь (Epilepsia).

Падучая болѣзнь—весьма частое заболѣваніе дѣтскаго возраста, но мы изложимъ ее здѣсь лишь вкратцѣ, такъ какъ, въ общемъ, болѣзнь представляетъ тѣ же формы выраженія, что и у взрослыхъ.



Рис. 109. Падучный приступъ. Начало клонического стадія. (Собственное наблюденіе изъ дѣтской больницы Gisela въ Мюнхенѣ).

Различаютъ симптоматическую и генуинную формы. Первая связана съ органическими пораженіями мозга (воспалительными и дегенеративными процессами, рубцами, кистами и т. д.), можетъ возникать благодаря травматическимъ insultамъ и у дѣтей почти всегда является частичнымъ признакомъ или послѣдовательнымъ состояніемъ церебральнаго дѣтскаго паралича, въ виду чего мы и сошлемся на этотъ отдѣлъ (стр. 466). Въ послѣдующемъ мы нѣсколько подробнѣе разсмотримъ только генуинную форму.

Генуинная падучая, въ этиологіи которой главную роль играютъ наслѣдственные моменты (падучая, алкоголизмъ, невропатіи, нервныя болѣзни, наслѣдственный сифилисъ), какъ извѣстно, представ-

яетъ различныя проявленія, которыя мы вкратцѣ прежде всего и опишемъ: большой эпилептической приступъ, малые приступы (*petit mal*) и психическіе эквиваленты.

Большой эпилептической приступъ протекаетъ у дѣтей обычнымъ образомъ: вслѣдъ за обязательной аурой наступаетъ поблѣднѣніе, ребенокъ падаетъ безъ сознанія, развиваются тоническія судорожныя состоянія всего тѣла, часто съ синюхой, затѣмъ наступаетъ клоническій стадій, въ которомъ нерѣдки укусы языка и другія раненія, изо рта выходитъ пѣна, замѣчается неподвижность зрачковъ, часто опорожняется моча и испражненіе и т. д., наконецъ, наступаетъ сонъ съ послѣдующей забывчивостью (срв. рис. 109 и 110). Начальный крикъ часто отсутствуетъ у дѣтей, какъ и аура. Малые или зачаточные приступы (*petit mal*) у дѣтей чаще, чѣмъ у взрослыхъ. Они выражаются или внезапнымъ часто кратковременнымъ обморокомъ съ приступами головокруженія, или въ видѣ такъ назыв. *absence*. На короткій моментъ ребенокъ становится



Рис. 110. Падучій припадокъ. Послѣдній стадій. Пѣна изо рта. Сонъ. (Собственное наблюденіе изъ дѣтской больницы Gisela въ Мюнхенѣ).

блѣднымъ, выраженіе глазъ неподвижное, „не отъ міра сего“, онъ останавливается на какой-нибудь фразѣ или на какомъ-нибудь занятіи, роняетъ предметъ, который держитъ въ рукахъ, затѣмъ все проходитъ, и онъ продолжаетъ прерванное занятіе, какъ будто ничего не было, или засыпаетъ. Въ другихъ случаяхъ замѣчаются рудиментарныя двигательныя явленія раздраженія, нѣсколько молніеобразныхъ подергиваній (*secousses*), повторяющихся иногда неизмѣнно въ одной и той же мышечной области. Другія наблюдаемыя у дѣтей формы падучей: Салаамовы судороги (*epilepsia putans*), напоминающія привѣтствующія, быстро повторяющіяся нѣсколько разъ подъ-рядъ кивательныя движенія головы и всего тѣла, причемъ сознаніе не всегда нарушено, но можетъ остаться амнезія и *epilepsia prokursiva*, внезапный бѣгъ впередъ, оканчивающійся тѣмъ, что ребенокъ наталкивается на какое-нибудь препятствіе, теряетъ сознаніе или же подвергается приступу судорогъ.

Психическіе эквиваленты падучаго приступа не играютъ у

дѣтей такой большой роли, какъ у взрослыхъ, ибо они лишь въ видѣ исключенія ведутъ къ преступнымъ поступкамъ, но они встрѣчаются нерѣдко и выражаются въ состояніяхъ немотивированнаго измѣненія настроенія или возбужденія, за которымъ слѣдуетъ затѣмъ непослушаніе, неохота къ игрѣ, неразумныя претензіи къ окружающимъ, взрывы гнѣва и бѣшенства. Наблюдалась также настоящая, напоминающая сонъ, спутанность понятій, съ обдуманнми, повидимому, поступками, стремленіемъ къ бродяжничеству, прониканію въ чужіе дома и т. д. Послѣдующая амнезія не является обязательнымъ условіемъ.

Число, частота, періодичность и т. д. припадковъ во всякомъ случаѣ неодинаковы. Status epilepticus, длительные, угрожающіе жизни припадки не представляютъ ничего необычнаго и у дѣтей.

Начальныя проявленія дѣтской падучей точно изучены Вірк'омъ. Можно различать 3 способа теченія: 1. Падучая, протекающая съ промежутками. Вслѣдъ за однимъ или нѣсколькими судорожными приступами въ грудномъ возрастѣ, которые большею частью неправильно оцѣниваются, слѣдуетъ лишенный приступовъ промежутокъ въ нѣсколько лѣтъ, затѣмъ развивается падучая съ описанными выше большими или малыми приступами. Начало посѣщенія школы и возрастъ полового созрѣванія представляютъ періоды, когда чаще всего наблюдается возобновленіе болѣзни; въ свободное отъ судорогъ время дѣти могутъ обнаруживать признаки неустойчивости нервной системы: колебанія настроенія, раздражительность, ночной испугъ, приступы бѣшенства и т. д., часто также ослабленіе умственныхъ способностей. 2. Падучая, непрерывно существующая уже съ ранняго дѣтства. Эти формы бывають чаще, но падучая, послѣ первыхъ судорожныхъ приступовъ въ грудномъ возрастѣ, обыкновенно протекаетъ въ теченіе долгаго времени болѣе легко, чѣмъ даетъ поводъ къ ошибкамъ въ распознаваніи, причемъ случаи такого рода правильно объясняются лишь тогда, когда снова развиваются большіе приступы. 3. Случаи, начинающіеся въ болѣе позднемъ дѣтскомъ возрастѣ. Здѣсь главными періодами для развитія болѣзни являются начало посѣщенія школы и возрастъ полового созрѣванія.

**Теченіе и исходы.** Лишь немногія эпилепсіи остаются въ теченіе долгаго времени безъ вліянія на психику. Обыкновенно мало-помалу развивается измѣненіе характера и упадокъ умственной дѣятельности, могущей довести отъ незначительныхъ формъ слабоумія до полного идіотизма. Вспыльчивыя и раздражительныя, нерѣдко склонныя къ насильственнымъ дѣйствіямъ, отличающіяся грубымъ характеромъ дѣти и при хорошо сохранныхъ умственныхъ способностяхъ представляютъ трудную задачу для воспитанія, для пріученія ихъ къ образу жизни въ семьѣ и въ обществѣ. Обыкновенно психическія измѣненія тѣмъ быстрѣе развиваются, чѣмъ большее число приступовъ поражаетъ ребенка; поэтому болѣе частые, но слабые приступы, въ этомъ отношеніи, надо считать весьма серьезнымъ явленіемъ. Излеченіе или улучшеніе, граничащее съ излеченіемъ, встрѣчаются, хотя и рѣдко. Предказаніе тѣмъ благоприятнѣе, чѣмъ раньше дѣти подвергаются соотвѣтствующему леченію и чѣмъ позже развивается падучая.

**Распознаваніе.** Большой падучный приступъ можетъ быть смѣшанъ съ судорогами другого характера; объ отличіи отъ экламп-

сіи у грудныхъ дѣтей было сказано уже выше (стр. 504). Поздняя эклампсія можетъ быть отграничена, если принять во вниманіе ананезъ и обнаружить признаки спазмофиліи, что весьма важно въ смыслѣ благоприятнаго предсказанія при поздней эклампсіи. Быть можетъ, здѣсь нѣкоторое значеніе приобрѣтутъ симметрически расположенные дефекты эмали зубовъ, какъ симптомъ тетаноиднаго расстройства обмѣна веществъ въ первомъ дѣтскомъ возрастѣ. Такъ наз. лихорадочныя, рефлекторныя или случайныя судороги поздняго дѣтскаго возраста относятся отчасти къ поздней эклампсіи, отчасти къ истинной эпилепсіи, но скорѣе ихъ надо отнести въ область эпилепсіи отъ обмѣна веществъ, о которой будетъ еще рѣчь.—*Spasmus nutans, maladie des tics*, простые обмороки можно исключить при точномъ наблюденіи приступовъ. Весьма трудно отличить ихъ отъ истеріи, какъ въ смыслѣ большихъ, такъ и малыхъ приступовъ, тѣмъ болѣе, что истерія можетъ протекать совмѣстно съ эпилепсіей. Тяжелыя раненія, рубцы, укусы языка (особенно кончика языка), отсутствіе рефлекса со стороны зрачковъ, пѣна у рта—служатъ признаками падучаго приступа; легкая возбудимость, сохраненіе сознанія, непосредственное воздѣйствіе на приступъ психическихъ вліяній, холодной воды и т. д. говорятъ за истерію. На основаніи амнезій или отсутствіи ея нельзя сдѣлать діагностическихъ заключеній. Отсутствіе или уменьшеніе приступовъ подъ вліяніемъ среды не говорить въ пользу истеріи; оно довольно часто наблюдается и при падучей. Рядъ психическихъ или соматическихъ признаковъ иногда облегчаетъ распознаваніе даже тамъ, гдѣ врачъ самъ не присутствуетъ при приступѣ.

**Леченіе.** Сначала укажемъ, что многіе случаи, повидимому, не только тѣ, которые относятся къ симптоматической эпилепсіи, излечиваются или улучшаются подъ вліяніемъ оперативнаго вмѣшательства. Подробности объ этомъ можно найти въ учебникахъ по нервнымъ болѣзнямъ.

Исправленіе аномаліи рефракціи глаза всегда обязательно, ибо оно можетъ оказывать благотворное вліяніе на самое число приступовъ.

Далѣе, нѣкоторые случаи, называемые эпилепсіей обмѣна веществъ, обнаруживаютъ извѣстную зависимость отъ разстройствъ этого послѣдняго преимущественно въ области пищеварительныхъ процессовъ. Точное изученіе случая, тщательное индивидуальное леченіе могутъ, въ значительной мѣрѣ, уменьшать приступы. Сюда относится не только устраненіе пищи, богатой поваренной солью и пуринами, т. е. назначеніе нераздражающей, преимущественно растительной и бѣдной солью пищи, но также и леченіе желудочныхъ разстройствъ (чрезмѣрной кислотности), устраненіе грубыхъ діетическихъ ошибокъ, въ особенности предупрежденіе или устраненіе запора.—Строгое воздержаніе отъ алкоголя является основнымъ правиломъ.

Изъ лекарствъ бромъ является наилучшимъ средствомъ, преимущественно въ видѣ бромистаго натра или въ сочетаніи съ такимъ же аммоніемъ. Его даютъ въ такомъ количествѣ, чтобы приступы были устранены по возможности на долгое время; суточный приемъ въ первомъ дѣтскомъ возрастѣ составляетъ до 6 грм., а у старшихъ дѣтей до 8 грм. Можно большею частью по истеченіи нѣкотораго времени, уменьшить дозу безъ нарушенія успѣха, но назначеніе брома должно

продолжаться въ достаточномъ количествѣ не только цѣлыя недѣли, но, въ случаѣ нужды, даже годъ, причѣмъ въ послѣдствіи можно значительно уменьшить его дозу. Меньшими дозами брома также можно обойтись, назначая пациентамъ по Toulouse-Richet бѣдную солью пишу, но въ теченіе долгаго времени дѣлать это трудно, даже опасно, такое леченіе можно рекомендовать лишь періодически для достиженія болѣе быстрого и сильного дѣйствія. Сочетаніе брома съ опиѣмъ по Flechsig'у у дѣтей въ нѣсколькихъ случаяхъ было примѣняемо съ успѣхомъ (Birk), тамъ, гдѣ одинъ бромъ отказывался помогать \*).— Многія цѣнныя діететическія указанія можно найти въ превосходной книгѣ Vogt'a, которую можемъ рекомендовать желающимъ ближе ознакомиться съ вопросомъ.

При леченіи отдѣльныхъ приступовъ ограничиваются по возможности защитой больного отъ поврежденій. Сну послѣ приступа не слѣдуетъ мѣшать. Status epilepticus можетъ быть купирuemъ клизмой изъ хлоралгидрата (0,5—2,0) или амиленгидрата (3,0—4,0:100 въ слегка подогрѣтомъ растворѣ крахмала), иногда съ прибавленіемъ 5—8 капель Tct. strophanthi или Tct. opii. Также рекомендуется (Vogt) немедленно или по окончаніи наиболѣе тяжелыхъ явленій сдѣлать высокое вливаніе.

Въ легкихъ случаяхъ посѣщеніе школы или подготовительныхъ классовъ возможно, даже рекомендуется, въ послѣдствіи необходимо помѣщать дѣтей въ семейный патронатъ или въ учрежденіе для падучихъ; при выборѣ профессіи, болѣею частью, допустимы лишь легкія домашнія занятія, работы въ саду и проч.

## II. Choreæ minor. Виттова пляска.

Виттова пляска—подостро протекающій, по всей вѣроятности, заразный неврозъ, который поражаетъ преимущественно дѣтскій возрастъ и характеризуется хореатическими разстройствоми движенія, а также сопровождающими ихъ психическими нарушеніями.

Сущность хореатическихъ разстройствъ движеній основана на сочетаніи произвольныхъ молніеобразныхъ подергиваній отдѣльныхъ мышцъ съ своеобразнымъ разстройствомъ координаціи (Förster); послѣднее можно узнать по тому, что болевья движенія часто происходятъ здѣсь съ запозданіемъ, сопровождаясь другими, что прочныя положенія частей тѣла не могутъ сохраняться, и что отсутствуетъ необходимая для координированныхъ комплексовъ движенія синергія вспомогательныхъ мышцъ и группъ антагонистовъ. Самопроизвольныя движенія даютъ широко раскидистыя подергиванія въ самыхъ разнообразныхъ мышцахъ, мѣшающія всякой дѣятельности больного и вызывающія постоянное безпокойное состояніе всего тѣла.

Вотъ почему вполне выраженныхъ картинъ болѣзни нельзя не распознать. Дѣти находятся въ постоянномъ движеніи: то подергивается

\*) Продолжительное введеніе даже малыхъ количествъ опиѣ способно давать хроническое отравленіе съ рѣзкими явленіями общаго истощенія и послѣдующимъ осабленіемъ интеллекта. Личнымъ опытомъ мы убѣдились въ очень дурномъ вліяніи систематическихъ назначеній бромистаго натра, оказывающаго не только тормозящее дѣйствіе на развитіе памяти, но обладающаго крайне неприятымъ свойствомъ сводить способность эту почти на нѣтъ.

плечо, то рука поворачивается самымъ страннымъ образомъ, то голова откидывается въ сторону; лицо представляетъ постоянно мѣняющуюся игру минъ, выраженіе самыхъ разнообразныхъ аффектовъ мѣняется въ пестромъ безпорядкѣ: смѣющаяся радость, возмущеніе, безпокойство, испугъ, лукавое выраженіе, ясно обнаруживающееся въ чертахъ лица. Лицо, плечи и кисти рукъ поражаются особенно сильно. Во многихъ случаяхъ въ мышечномъ безпокойствѣ участвуютъ также туловище и ноги. Тогда походка сильно нарушена. Также стояніе и сидѣніе невозможны; дѣти постоянно падаютъ, если отъ нихъ требуютъ выполненія этихъ функцій.—Въ тяжелыхъ случаяхъ исключается всякая самопроизвольная дѣятельность: дѣти не въ состояніи ни раздѣваться, ни одѣваться, ни самостоятельно ѣсть. Рѣчь находится подъ влияніемъ того же расстройства и часто становится совсѣмъ невозможной; несмотря на большое напряженіе, дѣти съ сильными гримасами произносятъ шопотомъ лишь отдѣльныя слова. Столь полная картина развивается въ большинствѣ случаевъ лишь постепенно. Вначалѣ расстройства движеній незначительны, часто принимаются за шалости, наказываются въ школѣ, если письмо дѣтей затруднено слишкомъ обширными движеніями, если они дѣлаютъ частыя чернильныя кляксы, а дома, если они роняютъ на полъ тарелки и другіе предметы. Другіе школьники замѣчаютъ подергиванія и гримасы и смѣются надъ маленькими товарищами, подражаютъ имъ, благодаря чему болѣзнь часто идетъ на быстрое ухудшеніе. Въ большинствѣ случаевъ произвольныя движенія особенно сильны, если вниманіе окружающихъ направлено на нихъ, если ребенокъ старается ихъ подавить.

Во снѣ двигательное безпокойство прекращается, за исключеніемъ рѣдкихъ случаевъ, которые ночью даже выражены сильнѣе (chorea nocturna).

Психическія измѣненія при Виттовой пляскѣ проявляются обыкновенно съ самаго начала болѣзни и выражаются раздражительностью, измѣненіемъ настроенія, пугливостью и неспособностью сосредоточить мысли. Тяжелые психозы едва ли встрѣчаются у дѣтей.

Кромѣ названныхъ признаковъ, въ ясно выраженныхъ случаяхъ всегда замѣчается вялость конечностей, гипотонія (Vonhöffer), которая, напр., является въ извѣстномъ симптомѣ „дряблыхъ плечъ“ при подыманіи; рефлексы обыкновенно не понижены. Gordon указалъ на совершенно своеобразное состояніе колѣннаго рефлекса, которое и я могъ неоднократно наблюдать: подбрасываемая, благодаря



Рис. 111. Виттова пляска. 7½-лѣтняя дѣвочка, которую просили спокойно сидѣть. — Непроизвольныя движенія мышцъ лица и затылка, правой руки и правой ноги. (Собственныя наблюденія изъ дѣтской больницы Gisela въ Мюнхенѣ).



рефлексу, голень остается на моментъ въ этомъ положеніи, а затѣмъ лишь медленно возвращается къ состоянію покоя. Физическая сила дѣтей нарушена лишь въ видѣ исключенія, чувствительность всегда сохранена.

Иногда встрѣчаются различнаго рода явленія со стороны зрачковъ (разница въ величинѣ, ненормальная ширина, hippus).

Лихорадка не относится къ картинѣ болѣзни, но можетъ обуславливаться ревматическими осложненіями.

Явленія со стороны сердца находятъ почти во всѣхъ случаяхъ; то лишь неправильность пульса и аритміи, то зачастую также дыхательные или дуошіе шумы, прекращающіеся съ окончаніемъ Виттовой пляски, но довольно часто остающіеся надолго. Ихъ надо считать признаками бородавчатаго эндокардита, который можетъ подать поводъ къ стойкимъ порокамъ сердца, при которыхъ по Kasso-witz'u предсказаніе въ общемъ благопріятно. Гораздо рѣже наблюдаются перикардиты.

**Продолжительность, теченіе, исходы.** Виттова пляска обыкновенно обнаруживаетъ довольно быстрое усиленіе явленій болѣзни до полной высоты, затѣмъ послѣ долгой продолжительности наступаетъ постепенное ея исчезаніе, такъ что обыкновенно она заканчивается въ 3—4 мѣсяца, но можетъ длиться  $\frac{1}{2}$  года и годъ. Особенно обостреніе и возвраты ея представляютъ довольно нерѣдкое явленіе. Излеченіе является обычнымъ правиломъ, хотя смертельный исходъ наблюдался все-таки въ 2—3% случаевъ. Дѣло здѣсь идетъ большею частью о послѣдствіяхъ септического эндокардита или о состояніяхъ, неожиданно протекающихъ съ повышенной температурой, спячкой, обусловленныхъ, быть можетъ, осложняющимъ основнымъ страданіемъ серознымъ менингитомъ.

**Рѣдкіе виды теченія:** гемихорея довольно обычна; симптомы ограничиваются одной половиной тѣла.

*Chorea mollis* или *paralytica* сопровождается параличами и мышечной слабостью; двигательныя явленія при этомъ могутъ отступать на задній планъ, въ результатѣ получается вялая моно- или параплегія съ угасаніемъ рефлексовъ, которая можетъ быть правильно объяснена лишь при наблюденіи хореатическихъ разстройствъ движенія до наступленія паралича или при возвращеніи способности къ движенію. Предсказаніе при параличахъ благопріятно \*).

**Этіологія.** Возрастъ и полъ играютъ нѣкоторую роль. До четвертаго года жизни болѣзнь встрѣчается очень рѣдко, чаще всего она бываетъ между 7 и 12 годами. Дѣвочки особенно предрасположены.—Невропатическія травмы, испугъ и т. д. могутъ вызывать Виттову пляску.

Отношенія къ суставному ревматизму въ его различныхъ формахъ проявленія могутъ обнаруживаться у больныхъ Виттовой пляской настолько часто, что многіе авторы склонны считать болѣзнь ревматической формой заболѣванія съ помощью въ связи съ суставными явленіями и эндокардитомъ. Въ этомъ смыслѣ говорятъ, несмотря на безлихорадочное теченіе, о заразной пляскѣ св. Витта.

Дѣйствительно, не только можно зачастую наблюдать возникновеніе, какъ уже было сказано, эндокардита въ теченіе Виттовой пляски,

\*) Подобныя явленія представляютъ иногда лишь одинъ изъ признаковъ церебральнаго или спинномозгового дѣтскаго паралича (стр. 466). Прим. М. Б.

но бываетъ, что болѣзнь сердца существуетъ уже до наступленія хореи вслѣдствіе ревматическаго приступа, или же суставной ревматизмъ развивается впослѣдствіи, иногда чередуясь съ ея возвратами. Можно даже наблюдать острое появленіе Виттовой пляски во время заканчивающагося суставнаго ревматизма; иногда, въ сочетаніи съ Виттовой пляской, наблюдаются и болѣе рѣдкія осложненія суставнаго ревматизма, напр. erythema nodosum или multiforme \*).

**Патогенезъ.** Определенный возбудитель зараженія до сихъ поръ не установленъ вполне точно. Предполагаютъ заразно-токсическія поврежденія большихъ отдѣловъ мозга, какъ основу заболѣванія, и, согласно Bonhöffer'y, обыкновенно считаютъ причиною хорейныхъ расстройствъ движенія заболѣваніе соединительныхъ вѣтвей мозжечка и его самого \*\*).

**Распознаваніе.** Простыя движенія, зависящія отъ смущенія ребенка и встрѣчающіяся у него часто, могутъ давать картины, весьма сходныя съ начинающейся Виттовой пляской, діагнозъ которой подтверждается присутствіемъ вялости конечностей и прогрессирующимъ теченіемъ. Важно знать, что при многихъ заболѣваніяхъ мозга (особенно при церебральномъ дѣтскомъ параличѣ) существуетъ симптоматическая Виттова пляска. Вотъ почему при гемихорей надо всегда точнымъ изслѣдованіемъ рефлексовъ и т. д. исключить органическое заболѣваніе мозга. Врожденная и возникшая въ первые годы Виттова пляска всегда относится къ этой группѣ. Я видѣлъ также начало туберкулезнаго менингита съ картиной гемихореи.

Chorea electrica будетъ описана ниже; chorea hysterica, болѣею частью появляющаяся въ видѣ раздражительной болѣзни, напр. распространяющаяся въ школахъ, благодаря истинному случаю Виттовой пляски, въ видѣ эпидеміи, представляетъ, при поверхностномъ разсмотрѣніи, сходную картину. Точное же изслѣдованіе и обращеніе вниманія на сопровождающія обстоятельства приводятъ къ правильному распознаванію. Въ такихъ случаяхъ, быть можетъ, для распознаванія Виттовой пляски будетъ полезно описанное выше состояніе колѣнныхъ рефлексовъ.

**Леченіе.** Главнымъ условіемъ является покой, удаленіе изъ школы, забота о надлежащей обстановкѣ (братья, сестры, а также родители часто не могутъ создать ее); лучше всего помѣстить ребенка въ чужую среду. Иногда уже одно помѣщеніе въ больницу дѣйствуетъ весьма благоприятно. Строгий покой въ постели тщательно рекомендуется до исчезанія наиболѣе рѣзкихъ явленій; забота о достаточномъ питаніи весьма важна, особенно въ тяжелыхъ случаяхъ, значительно нарушающихъ общее состояніе, но оно иногда не легко выполнимо въ виду расстройствъ глотанія и необходимости кормить ребенка.—Всѣ способы леченія холодной водой вредны; напротивъ, продолжительныя теплыя ванны, особенно продолжительныя влажныя обертыванія всего тѣла (иногда на всю ночь) часто оказываютъ благоприятное дѣйствіе даже въ тяжелыхъ случаяхъ.

Что касается лекарствъ, то отъ противоревматическихъ средствъ (салициловые препараты, аспиринъ и т. д.) нельзя ничего ожидать; на-

\* ) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ Виттова пляска наблюдается послѣ ангина ревматическаго происхожденія. Прим. М. Б.

\*\* ) Правильнѣе предполагать расстройство сочетательныхъ путей не только мозжечка, но и большого мозга, какъ было указано уже выше (стр. 465—6). Прим. М. Б.

противъ, можно, повидимому, сократить болѣзнь назначеніемъ мышьяка; дозы, повышаемая обычнымъ образомъ, должны быть не слишкомъ малы, если желаютъ достигнуть дѣйствія (въ день до 3 разъ по 6—8 капель sol. Fowleri) \*).

Въ тяжелыхъ случаяхъ для достиженія необходимаго сна даютъ хлоралгидратъ или—при участіи сердца—амиленгидратъ (3 грм. въ клизмѣ), а также бромъ. Thiemich рекомендуетъ испытать подкожное впрыскиваніе Scopolamin, hydrobromic. 0,0005—0,001 въ сутки.

#### Добавленіе: Chorea electrica, paramyoclonus multiplex.

Paramyoclonus характеризуется молніеобразными подергиваніями отдѣльных симметричныхъ мышечныхъ группъ, главнымъ образомъ въ области плечевого пояса, рукъ и лица эти подергиванія могутъ стать очень частыми, и на нихъ очень мало можно дѣйствовать въ лечебномъ смыслѣ; въ возникновеніи ихъ играютъ роль психическія травмы и наследственная невропатія.—Chorea electrica есть собирательное имя для различныхъ судорожныхъ болѣзней, не

\*) При леченіи хорей большими дозами мышьяка Н. Э. Филатовъ и мн. русскіе врачи слѣдуютъ способу Comby. Этотъ врачъ назначаетъ мышьякъ въ столь громадныхъ приемахъ (отъ 0,01 до 0,04 въ сутки, тогда какъ по русской фармакопѣ высшая доза для взрослога—0,02 въ сутки), что съ перваго взгляда подобныя дозы кажутся совсѣмъ невѣроятными, а между тѣмъ оказывается, что въ большинствѣ случаевъ дѣти выносятъ такое леченіе довольно хорошо. Въѣсто Kalii arsenicosi, входящаго въ составъ Fowler'sкихъ капель, Comby предлагаетъ Acidum arsenicosum, какъ легче переносимую желудкомъ, прописывая ее въ растворѣ 1:1000 (Rp. Ac. arsenicosi 0,1, Aq. destil. 1000,0. Двѣ чайныя ложки на 6 столовыхъ ложекъ воды). Для перваго дня леченія онъ беретъ 10 грм. этого раствора (т. е. двѣ чайныхъ ложки), разбавляетъ его 6-ю столовыми ложками воды и даетъ черезъ 2 часа по столовой ложкѣ, запивая каждый приемъ лекарства небольшимъ количествомъ молока; на 2-й день онъ беретъ на 6 столовыхъ ложекъ 15 грм. раствора (3 чайныхъ ложки), на 3-й—20, потомъ 25, 30, 35 и на 7-й день—40 грм. Съ 8-го дня онъ начинаетъ въ той же прогрессіи уменьшать приемъ, и такимъ образомъ все леченіе продолжается ровно двѣ недѣли, въ теченіе которыхъ больной успѣетъ принять 350 млгрм. Acidii arsenicosi (0,350)!!.

Въ клиникѣ Н. Э. Филатова методъ Comby примѣнялся въ нѣсколько измѣненномъ видѣ. Маленькимъ дѣтямъ (4—6 лѣтъ) онъ давалъ на первый день только 1/2 чайной ложки, дѣтямъ старшаго возраста (10—12 л.) чайную ложку и на такія же количества увеличивалъ дозу ежедневно до 7-го дня, а потомъ съ такой же постепенностью спускались. Доза Н. Э. Филатова для маленькихъ дѣтей только 3 1/2 чайныхъ ложки (14 грм.), а для дѣтей старшаго возраста—7 чайныхъ ложекъ (или 28 грм.). Въ случаѣ появленія тошноты, рвоты или жидкаго стула Филатовъ приостанавливалъ леченіе на день или на два и потомъ опять возвращался къ мышьяку, но давалъ его въ нѣсколько меньшемъ количествѣ, чѣмъ то, при которомъ появились припадки раздраженія желудка \*\*).

Прим. М. Б.

\*\*) Audiatur et altera pars... Въ послѣднемъ изданіи книги извѣстнаго нью-йоркскаго педиатра Н. Корликъ читаемъ слѣдующее. На ревматической почвѣ хорей развивается въ 18%—21% всѣхъ случаевъ (Osler, Townsend, Stagg, Н. Корлик), даже въ 54% (Grandall). Согласно наблюденіямъ G. Sée въ большинствѣ случаевъ ревматизмъ предшествуетъ хорей. Что касается леченія пляски св. Вита, то назначаемый всюду растворъ Fowler'a признается рутиной и по даннымъ Н. Корликъ лечебное дѣйствіе его весьма сомнительно. Давать этотъ медикаментъ можно только въ маленькихъ дозахъ, никогда не слѣдуетъ рисковать введеніемъ большихъ количествъ, могущихъ произвести безусловно вредное вліяніе на данный организмъ. Перенесшіе раньше ревматизмъ съ ясно выраженными припадками или страдавшіе только неопредѣленнаго характера болями въ суставахъ должны подвергаться, при заболѣваніи ихъ хорей, противоревматической терапіи съ Natrum salicylicum во главѣ. Мы всегда начинаемъ леченіе хорей у дѣтей смѣсью салициловокислаго натра съ антипириномъ и только при безуспѣшности этого метода, что бываетъ сравнительно рѣдко, переходимъ къ осторожному примѣненію умѣренныхъ дозъ мышьяка.

Прим. ред.

находящихся въ связи съ Виттовой пляской; часть случаевъ относится несомнѣнно къ параміоклонусу, а другая, вѣроятно, къ *maladie des ties*, къ падучей или истеріи; послѣдніе случаи могутъ уступать соответствующему лечению внушеніемъ. Страданія, наблюдавшіяся *Dubini* въ верхней Италіи въ видѣ эпидемій и обнаруживавшія большую смертность, какъ и названныя *chorea electrica*, очевидно, представляли органическія заболѣванія нервной системы или мозговыхъ оболочекъ.

### III. Невропатическая и психопатическая конституція.

#### (Наслѣдственная невропатія).

Невропатическая или психопатическая конституція играетъ въ дѣтскомъ возрастѣ большую роль, значеніе которой правильно оцѣнено лишь въ самое новѣйшее время. Мы подразумѣваемъ подъ этимъ именемъ большею частью ненормальное наслѣдственное предрасположеніе нервной системы, на почвѣ котораго можетъ, но не обязательно долженъ развиваться рядъ нервныхъ или психическихъ разстройствъ; въ сущности это ненормальное предрасположеніе проявляется въ томъ, что физически-чувствительныя и психически-эмоціональныя раздраженія, поражающія нервную систему, вызываютъ реакцію, которая своей силой, длительностью и воздѣйствіемъ на всю душевную жизнь отличается отъ реакціи дѣтей, обладающихъ здоровыми нервами. Такихъ дѣтей, однако, нельзя считать отсталыми въ обычномъ смыслѣ слова; большая воспримчивость ихъ нервной системы нерѣдко даетъ имъ возможность выполнять необычныя интеллектуальныя, художественныя, этическія проявленія. Мы имѣемъ здѣсь дѣло съ пограничными состояніями, правильное распознаваніе которыхъ, а равно педагогическое воздѣйствіе на нихъ имѣетъ большое значеніе для развитія характера *in toto*.

Причины слѣдуетъ искать преимущественно въ двухъ моментахъ, которые довольно часто сочетаются другъ съ другомъ, въ наслѣдственномъ предрасположеніи, объясняемомъ самыми разнообразными нервными и душевными болѣзнями въ семьѣ одного или даже обоихъ родителей (здѣсь имѣютъ существенное значеніе также неврастенія и истерія родителей) и губительномъ вліяніи нездоровой среды, въ которой растутъ дѣти, изъ которой они собираютъ свои первыя впечатлѣнія и жизненныя наблюденія о собственномъ, о своемъ отношеніи къ окружающему міру. Вредныя вліянія выступаютъ въ особенно рѣзкой степени, если дѣло идетъ объ единственномъ ребенкѣ въ семьѣ. Внешнее воздѣйствіе, которому затѣмъ подвергается ребенокъ, школьное бремя, пробуждающаяся чувствительность, травмы, заразныя болѣзни и т. д. играютъ скорѣе вторичную роль; онѣ обыкновенно не отражаются на нормальномъ ребенкѣ, но у нервнаго или психически ненормальнаго вызываютъ самыя разнообразныя страданія, о которыхъ рѣчь впереди. Изъ тяжелыхъ экзогенныхъ вредоносныхъ началъ для дѣтской нервной системы упомянемъ еще о регулярномъ потребленіи алкоголя; укажемъ далѣе, что эксудативный діатезъ часто сочетается съ симптомами невропатіи.

Припадки. Картины, которыми выражается невропатическая конституція, такъ же разнообразны, какъ сама жизнь. Въ перломъ грудномъ возрастѣ дѣти большею частью отличаются ненормальной пугливостью и недостаточно глубокимъ сномъ, при пробужденіи

психическихъ способностей эти свойства проявляются, смотря по предрасположенію, а въ особенности—по воздѣйствію окружающей среды, самыми разнообразными способами, главнымъ образомъ въ аффективной или инстинктивной жизни. Обыкновенно уже въ позднемъ грудномъ возрастѣ является сильная возбудимость, приступы крика и гнѣва, не имѣющіе связи съ физическими страданіями. Вскорѣ эти дѣти становятся тиранами всей семьи и не легко выпускаютъ бразды правленія изъ своихъ рученокъ. Они заставляютъ мать сидѣть рядомъ съ кроваткой, пока они не уснутъ, или половину ночи качать ихъ на рукахъ; они ѣдятъ лишь любимыя, опредѣленные блюда и изъ вполне опредѣленныхъ сосудовъ; обыкновенныя обязанности обыденной жизни они ставятъ въ зависимость отъ своихъ опредѣленныхъ желаній; они наказываютъ своихъ родителей и воспитателей за каждое недостаточное вниманіе къ ихъ мелкой эгоистической личности тѣмъ, что цѣлые часы дуются, злятся, отказываются отъ пищи, иногда прямо-таки набрасываются на родителей, проявляютъ приступы бѣшенства, во время которыхъ валяются на полу и производятъ жесты, какіе бываютъ у душевно-больныхъ.

Въ другихъ случаяхъ въ характерѣ ребенка господствуетъ чрезвычайная пугливость, онъ боится оставаться одинъ, боится темноты, дрожитъ передъ самыми безвредными животными. Иногда на первомъ планѣ замѣчается неустойчивость настроенія: каждая мелочь выводитъ ребенка изъ равновѣсія, превращаетъ радость въ печаль, причемъ, въ отличіе отъ здороваго ребенка, эта печаль не кратковременна, она не устраняется быстро утѣшеніемъ, а самое настроеніе остается на цѣлые часы, даже дни; ребенокъ сознательно уклоняется отъ болѣе радостныхъ впечатлѣній. Нѣкоторыя дѣти чувствительны къ страданіямъ, ихъ умъ занятъ спеціально гипохондрическими мыслями, они полны болѣзненной сентиментальности; наконецъ, нѣкоторыя слишкомъ рано становятся резонерами, утратившими всякую дѣтскую наивность и непосредственность; короче говоря, не трудно въ такихъ характерахъ, легко поддающихся вѣншему вліянію, найти отраженіе ихъ среды или продуктъ взаимодѣйствія между предрасположеніемъ и окружающей обстановкой.

Наблюдаются уклоненія въ области фантазіи, которыя можно назвать патологической мечтательностью. Живая фантазія дѣтей не только вполне переноситъ ихъ въ тѣ роли, какія они создаютъ себѣ во время игры, но имъ трудно отграничить воображеніе и дѣйствительность другъ отъ друга; въ виду этого они могутъ создавать длинныя исторіи, якобы пережитыя ими и оказывающіяся потомъ сплошной выдумкой (*pseudologia phantastica*), нерѣдко имѣющія цѣлью нарушить или отклонить какое-нибудь подозрѣніе. Ложныя обвиненія взрослыхъ такими дѣтьми очень часты, нерѣдко созданы изъ ничего, въ особенности, если дѣло идетъ объ обвиненіи въ половыхъ злоупотребленіяхъ.

Изъ физическихъ признаковъ мы находимъ во многихъ случаяхъ необычную живость и подвижность, которую можно обнаружить уже на первомъ году жизни, далѣе сильную неустойчивость сосудодвигательной системы, частую смѣну цвѣта лица, колебаніе числа пульсовыхъ ударовъ, дермографизмъ. Глубокіе рефлексы часто повышены; напротивъ, рефлексы соединительной оболочки и зѣва нерѣдко понижены или отсутствуютъ; нерѣдко въ школьномъ возрастѣ находятъ также изолированный лицевой феноменъ безъ

другихъ признаковъ спазмофильнаго діатеза. Наклонность къ чесанію, кашлевые толчки (першитъ въ горлѣ) сопровождають интеркуррентныя заболѣванія кожи или дыхательныхъ путей (Czegny).

Относительно такъ наз. признаковъ вырожденія (асимметріи черепа, неправильности въ развитіи ушей и половыхъ органовъ, крипторхизмъ, страбизмъ, разница въ иннерваціи лицевыхъ нервовъ, лѣвша и т. д.) можно сказать то же, что и относительно взрослыхъ; эти явленія имѣють значеніе, если встрѣчается одновременно въ количествѣ нѣсколькихъ признаковъ, но они не обладаютъ патогностическимъ значеніемъ.

Часто можно найти своеобразныя привычки, сосаніе большого пальца, сосаніе соски, грызеніе ногтей, шипаніе пальцевъ, ковырнаніе въ носу, выдергиваніе волосъ, покачиваніе головой и т. д. Такія непрерывно повторяющіяся движенія, которыя иногда выполняются различнымъ образомъ и во время сна (*jactatio capitis nocturna*, движенія туловища, напоминающія Салаамову судорогу и т. д.) называются стереотипіями.

Большинство изъ указанныхъ здѣсь легкихъ разстройствъ физическаго и душевнаго равновѣсія можно удержатъ въ предѣлахъ соотвѣтственнымъ воспитаніемъ и психическимъ воздѣйствіемъ здоровой среды или быстро улучшить и устранить. Для этого необходимы, главнымъ образомъ, покой и строгая послѣдовательность—два свойства, которыхъ дѣти большею частью лишены въ домѣ родителей. Подчиненіе воли взрослыхъ, правдивость, неприязнительность, обузданіе аффектовъ—всѣ эти желательныя свойства лучше всего изучать на примѣрѣ воспитателей; нервный ребенокъ никогда имъ не научится, если примѣръ обладаетъ противоположными качествами. Надо стремиться къ общенію съ другими здоровыми и въ нервномъ отношеніи дѣтьми, что часто является прямо-таки лечебнымъ средствомъ для дѣтей, боящихся людей или слишкомъ эгоистическихъ. Школа является хорошей подготовкой для жизни, въ особенности по отношенію къ такимъ дѣтямъ имѣетъ значительныя преимущества передъ домашнимъ обученіемъ въ одиночку. Гдѣ особенно выражена склонность къ фантастической жизни, мечтанію, тамъ надо направить мысли на реальныя цѣнности практической работой въ домѣ и въ саду, моделировкой, ручными работами, собираніемъ коллекцій, наблюденіемъ природы. Нужно пробуждать радость сознанія собственнаго творчества, которая скрыта почти въ каждомъ ребенкѣ. Разсказываніе сказокъ, пуганіе привидѣніями, неподходящее чтеніе могутъ быть вредны именно этимъ дѣтямъ. Немаловажно слѣдить за тѣмъ, чтобы дѣти всегда безпрекословно ложились въ постель въ надлежащее время. Надо также наблюдать за половыми впечатлѣніями. Сонъ вмѣстѣ со взрослыми, привычка многихъ родителей обнажать тѣло передъ взорами дѣтей, подслушиваніе таинствъ родительскаго ложа—все это вещи, которыя могутъ подать поводъ къ тяжелымъ нарушеніямъ психическаго равновѣсія. Всѣ указанныя точки зрѣнія, отмѣченныя здѣсь лишь въ бѣглыхъ чертахъ, важнѣе, чѣмъ строгія наказанія, которыми обыкновенно достигаютъ мало, если воспитаніе направлено по ложному пути, но они гораздо важнѣе, чѣмъ назначеніе водолечебныхъ пріемовъ или „укрѣпляющихъ нервы“ питательныхъ веществъ, которыми такимъ дѣтямъ нельзя принести никакой пользы, можно лишь развитъ въ нихъ гипохондрическія склонности.

Къ описаннымъ до сихъ поръ легкимъ разстройствамъ могутъ при-

соединиться симптомы, носящіе въ выраженной степени характеръ болѣзни и въ этомъ случаѣ періодически вполнѣ господствующіе надъ поступками и мыслями ребенка. Нѣкоторые симптомокомплексы соединяютъ въ рубрику неврастеніи, другіе—въ группу истеріи; при этомъ существуетъ еще рядъ стоящихъ болѣе изолированно болѣзненныхъ формъ, мигрень, болѣзнь тика, насильственные представленія, дѣйствія и т. д., а также истинные психозы, которые у дѣтей не часты. Равнымъ образомъ сюда можно отнести и настоящую падачую и большую часть случаевъ недержанія мочи и разстройствъ рѣчи. Психопатическая конституція, насколько она основана на врожденныхъ предрасположеніяхъ, часто соединяется съ болѣе легкими или болѣе тяжелыми степенями слабумія, благодаря чему, конечно, предсказаніе въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ значительно ухудшается.

### 1. Мигрень (Hemicrania)

есть эксквизитно наслѣдственная болѣзнь и встрѣчается также у дѣтей, но выражается обыкновенно менѣе бурно, чѣмъ въ болѣе поздніе возрасты, жизни. Періодическіе приступы сильной головной боли, которые могутъ сочетаться съ желчной рвотой, въ общемъ сходны вполнѣ съ приступами у взрослыхъ, такъ что специальное изложеніе здѣсь излишне.

### 2. *Maladie des tics convulsifs.*

Подъ этимъ именемъ подразумѣваютъ судорожныя движенія въ лицѣ (морганіе, сморщиваніе дба, скрежетаніе зубами и т. д.) или въ области мышцъ тѣла, напр., шатаніе головы, подергиваніе плечомъ, глотательныя движенія, также танцеобразныя, въ видѣ прыжковъ и т. п., являющіяся всегда въ одномя и томъ же видѣ, но отличающіяся отъ стереотипіи своимъ судорожнымъ характеромъ. Они обыкновенно значительно усиливаются, если больные думаютъ, что за ними наблюдаютъ или если дѣти возбуждены, причемъ движенія эти отчасти могутъ быть подавлены волей. Многія дѣти издають кашлевой звукъ, лающій, щелкающій, иногда произносятъ неприличныя слова.

Многіе случаи, импонирующіе въ видѣ тика, въ сущности представляютъ проявленіе истеріи (напр. рефлекторная судорога въ видѣ скачковъ и т. п. комплексы движенія) и потому легко доступны излеченію; другіе возникаютъ отчасти вслѣдъ за волевыми, вначалѣ цѣлесообразными движеніями и по своему способу происхожденія вполнѣ сходны съ упомянутыми выше стереотипіями; но они зачастую неизлечимы. Наилучшіе результаты даетъ соотвѣтственное индивидуальности леченіе упражненіями, которое отчасти стремится къ полной неподвижности пораженныхъ мышечныхъ областей съ помощью самоконтроля передъ зеркаломъ, отчасти старается устранить ненормальныя иннерваціи медленными активными движеніями соотвѣтственныхъ мышцъ. Конечно, за этими упражненіями надо тщательно слѣдить, а также врачъ долженъ ихъ контролировать.

### 3. Респираторныя судороги аффекта («Бѣшенство» у дѣтей).

Подъ этимъ названіемъ подразумѣваютъ приступы остановки дыханія во время аффекта, въ особенности вслѣдъ за гнѣвнымъ возбужденіемъ. Поэтому они также называются судорогами отъ бѣшенства. Приступы могутъ быть поразительно сходны съ истинными судорогами голосовой щели и дыхательными судорогами при спазмофильномъ діатезѣ; но здѣсь дѣло идетъ не о судорогѣ голосовой щели; дыханіе обыкновенно останавливается у дѣтей среди крика вслѣдъ за глубокимъ и безпрепятственно выполненнымъ дыхательнымъ движеніемъ. Внезапно ребенокъ закрываетъ глаза, становится ригиднымъ, синюшнымъ, бьетъ вокругъ себя руками или падаетъ безъ сознанія, затѣмъ онъ, большею частью черезъ нѣсколько секундъ, приходитъ въ себя и начинаетъ ревать; отсут-

ствують характерныя для судороги голосовой щели каркающія дыха- нія. Нельзя также обнаружить другихъ признаковъ спазмофильнаго діатеза (гальванической перевозбудимости, признака Trousseau и т. д.).

Эти судороги наблюдаются, главнымъ образомъ, въ возрастѣ отъ 2 до 5 лѣтъ, но онѣ встрѣчались мнѣ и въ грудномъ періодѣ. Такія дѣти во многихъ случаяхъ несомнѣнно участвуютъ, до нѣкоторой сте- пени, сами въ происхожденіи приступовъ, являющихся для нихъ сред- ствомъ для того, чтобы заставить родителей подчиниться своей волѣ, но, лишь только механизмъ этихъ движеній пошелъ въ ходъ, они уже не въ силахъ справиться съ нимъ: приступъ можетъ являться авто- матически при какомъ-нибудь страхѣ и другомъ какомъ-либо психиче- скомъ возбужденіи. Иногда въ грудномъ возрастѣ предшествуютъ истинныя спазмофильныя судороги голосовой щели, такъ что рѣчь идетъ какъ бы о воспроизведеніи прежнихъ приступовъ, о „координаторныхъ судорогахъ воспоминанія“.

**Предсказаніе** считается абсолютно благоприятнымъ, но я видѣлъ такіе тяжелые приступы, что не могу присоединиться безусловно къ этому взгляду, хотя и не знаю ни одного случая смерти.

**Лечение** должно быть въ сущности профилактическимъ, но не въ томъ смыслѣ, какъ оно обыкновенно выполняется окружающими, а именно: ребенку смотреть въ глаза и исполняютъ всякое его жела- ніе; напротивъ, ребенокъ долженъ знать, что онъ подвергнется немед- ленно чувствительному наказанію, если онъ задержитъ дыханіе, и часто удается угрозой или ударомъ оборвать начинающійся приступъ \*). Чѣмъ боязливѣе и безпокойнѣе окружающіе, тѣмъ легче являются приступы, а потому въ тяжелыхъ случаяхъ и при всѣхъ разстрой- ствахъ, возникающихъ на почвѣ невропатіи, необходимы перемѣна среды и хотя бы кратковременное пребываніе въ больницѣ; вообще наряду съ психотерапіей рекомендуется продолжительное лечение бро- момъ. Во время самаго приступа, если дыханіе не возобновляется сразу, надо поступать, какъ при судорогѣ голосовой щели, а именно: брызнуть въ лицо холодной водой или выполнить искусственное дыханіе.

#### 4. Ночной испугъ. Pavor nocturnus.

Это довольно частое заболѣваніе выражается внезап- нымъ испугомъ среди сна, происходящимъ ночью лишь одинъ разъ, но повторяющимся часто съ неправильными промежутками. Большею частью дѣло касается дѣтей въ возрастѣ 2—8 лѣтъ. При- ступъ происходитъ въ первые часы послѣ засыпанія; ребенокъ вска- киваетъ съ выраженіемъ сильнаго страха или испуга, кричитъ, отго- няетъ отъ себя какіе-то образы, обнимаетъ мать и успокаивается лишь спустя нѣсколько минутъ, благодаря увѣщаніямъ и освѣщенію комнаты; но можетъ пройти цѣлыхъ полчаса, покуда онъ снова уснетъ. Несвязныя рѣчи въ это время указываютъ на содержаніе страшныхъ сновъ, вызвавшихъ его испугъ, привидѣнія, собаки, разбойники, рыбы и т. д., часто получается впечатлѣніе, что ребенокъ не проснулся отъ своего сна до полного сознанія. Остатокъ ночи проходитъ покойно и на слѣдующее утро дитя ничего не помнитъ ни о снѣ, ни о томъ, что ночью у его постели находился врачъ.

\*) Рекомендація ударовъ, какъ лечебнаго средства, врачемъ въ ХХ вѣкѣ звучитъ довольно странно. Несомнѣнно, можно обойтись другими средствами внушенія.



Эти приступы отчасти сходны съ кошмаромъ и зависятъ отъ соматическихъ причинъ, напр., узкаго платья, переполненнаго желудка или пузыря, иногда отъ кишечныхъ паразитовъ, чаще всего отъ разстройствъ дыханія, хроническаго насморка, въ особенности отъ увеличенія миндалинъ и аденоидныхъ разращеній. А потому лечение должно быть направлено всегда на эти пункты и нерѣдко даетъ быстрый успѣхъ. Впрочемъ, надо слѣдить за слишкомъ быстро развивающейся фантастической жизнью этихъ дѣтей, устранять все, что даетъ ей пищу, именно: рассказываніе сказокъ, фантастическое чтеніе, зрѣлища, потребленіе алкоголя, половья впечатлѣнія. На послѣднія слѣдуетъ обращать вниманіе, какъ и при всѣхъ неврозахъ страха у дѣтей. Если ребенокъ перестаетъ спать съ родителями или съ няней въ одной комнатѣ, то иногда ночной страхъ исчезаетъ сразу. Для отличительнаго распознаванія слѣдуетъ указать, что иногда подъ ночнымъ страхомъ скрывается истинная палучая; особенно слѣдуетъ обращать вниманіе, въ смыслѣ связи съ этой болѣзью, на неправильно происходящее недержаніе мочи.

### 5. Неврастенія.

Быстрая истощаемость, патологическая слабость при повышенной раздражительности характеризуетъ сущность неврастеніи. Экзогенно возникшая неврастенія, нервный упадокъ силъ подъ влияніемъ излишка требованій, предъявляемыхъ къ душѣ и тѣлу, „острое нервное истощеніе“ встрѣчаются у дѣтей рѣдко, развѣ лишь у дѣтей, которыя наряду со школой должны, въ значительной мѣрѣ, работать для добыванія средствъ къ жизни, и даже работаютъ по ночамъ; напротивъ, неврастеническія явленія на основаніи невропатическаго предрасположенія весьма часты и разнообразны. Нервная система, особенно не подготовленная извращеннымъ воспитаніемъ къ непріятностямъ и напряженіямъ обыденной жизни, не можетъ справиться съ требованіями средней школы, преимущественно тамъ, гдѣ легко утомляемый духъ подзадоривается собственнымъ или родительскимъ честолюбіемъ, которое въ невропатической средѣ можетъ быть безграничнымъ, и гдѣ въ школьные годы примѣняются всѣ средства для уничтоженія работоспособности нервной системы. Дѣйствительно, неоднократныя тяжелыя разочарованія послѣ усиленной борьбы ведутъ къ величайшему вреду психическаго свойства, которому подвергаются такія дѣти. Сходными причинами обуславливается также часть дѣтскихъ самоубійствъ. Она низмъ значительной степени, наблюдаемый нерѣдко, является не причиной неврастеніи, а слѣдствіемъ психопатическаго предрасположенія. Она, однако, можетъ въ достаточной мѣрѣ способствовать усиленію неврастеническихъ явленій.

Объективные симптомы неврастеніи тождественны съ признаками невропатической конституціи. Я еще разъ перечислю ихъ вкратцѣ: повышеніе глубокихъ рефлексовъ, пониженіе рефлекса соединительной оболочки и зѣва, поблѣднѣніе и покраснѣніе, колебаніе числа пульсовыхъ ударовъ, дермографизмъ, лицевой феноменъ; кромѣ того, повышенія кровяного давленія, разница въ иннерваціи лица, зрачковъ, качающаяся походка, подергиваніе или дрожаніе вѣкъ при замыканіи (феноменъ Rosenbach'a), чрезмѣрная потливость, заиканіе и т. д. Обыкновенно наблюдаются часто мѣняющіяся сочетанія различныхъ симптомовъ; часто существуетъ легкое малокровіе (школь-

ное малокровіе), часто несправедливо считаемое за истинную причину разстройствъ.

Въ физической области неврастенія можетъ вести къ многочисленнымъ разстройствамъ, которыя мы укажемъ здѣсь лишь вкратцѣ. Головная боль и тяжесть въ головѣ стоятъ на первомъ мѣстѣ; онѣ поражаютъ преимущественно дѣтей школьнаго возраста, вначалѣ зависятъ, быть можетъ, отъ малокровія и вредныхъ вліяній школы (плохо вентилируемыя классныя комнаты и т. д.), часто усиливаются во время занятій, но не прекращаются по цѣлымъ днямъ, выражаясь особенно мучительно утромъ при пробужденіи ребенка отъ сна. Потеря аппетита, давленіе подъ ложечкой, запоръ и рвота, послѣдняя, напр., по дорогѣ въ школу или ежедневно утромъ послѣ сѣдаемаго съ отвращеніемъ завтрака, нерѣдки. Но эти явленія отсутствуютъ, напр., въ воскресенье, когда дѣти могутъ выспаться вволю. Нервная астенопія (Wilbrand и Sänder) заслуживаетъ особаго упоминанія. Она проявляется въ мельканіи передъ глазами, слюнотеченіи, головной боли, боли въ глазахъ при чтеніи, безъ того, чтобы была какая-либо органическая основа. Многія болѣзни протекаютъ у нервныхъ дѣтей гораздо тяжелѣе, чѣмъ у другихъ, напр., коклюшъ (Czegegy), также бронхитическія заболѣванія, часто принимающіе астматическій характеръ. Уже было упомянуто, что этихъ дѣтей часто мучитъ зудъ или кашлевое раздраженіе. Нерѣдки также разстройства сна. Уже у грудныхъ дѣтей иногда можно констатировать, что они половину ночи лежатъ съ открытыми глазами, не засыпая; появленіе сна большею частью затруднено и запаздываетъ; утромъ пробужденіе всегда непріятно, ребенку кажется, что его будятъ слишкомъ рано, онъ встаетъ съ постели мало освѣженнымъ и отдохнувшимъ. Неопредѣленные сны, ночной страхъ, даже настоящій сомнамбулизмъ могутъ еще больше нарушать сонъ.

Въ психической области заслуживаютъ особеннаго вниманія аффекты страха и склонность къ гипохондрическому самонаблюденію; послѣдняя большею частью усиливается благодаря окружающей средѣ и заслуживаетъ вниманія постольку, поскольку она часто и значительно ухудшается вслѣдствіе врачебнаго многодѣланія.

Большую роль у старшихъ школьниковъ играетъ умственная утомляемость, слабость памяти, невниманіе, неспособность сосредоточиться; ребенокъ утрачиваетъ всякую охоту къ ученію; чрезмерный страхъ передъ всѣми, столь частыми въ школѣ, случаями, гдѣ приходится выполнять задачи, съ которыми онъ не можетъ справиться, обусловливаетъ плохіе результаты работы, и такимъ образомъ постепенно развивается опредѣленное безразличіе, вялость, которыя парализуютъ всякое прилежаніе. Родители стараются бороться со зломъ такимъ образомъ, что переутомленнаго ребенка обременяютъ еще домашнимъ обученіемъ, но, понятно, желаемое улучшеніе въ школьныхъ занятіяхъ отсутствуетъ, и ребенку приносятъ еще больше вреда.

Иногда дѣти въ такихъ стадіяхъ переутомленія совершаютъ и плохіе въ моральномъ отношеніи поступки, совершенно не свойственные ихъ характеру, бьютъ своихъ родителей, лгутъ, крадутъ. Особаго вниманія заслуживаютъ, въ смыслѣ отличительнаго распознаванія этихъ неврастеническихъ состояній истощенія, гебефренія

(*dementia praecox*), первый стадій которой можетъ протекать совершенно сходно съ неврастеніей.

Къ неврастеніи нерѣдко присоединяются другія разстройства, въ особенности насильственные представленія, насильственные дѣйствіе, заиканіе, недержание мочи, явленія истеріи.

Леченіе дѣтской неврастеніи должно совмѣщать въ себѣ надлежащимъ образомъ поставленныя психическія и соматическія воздѣйствія. Водолечебныя приемы, обиліе свѣжаго воздуха, умѣренный спортъ являются наилучшими физическими лечебными факторами наряду съ устраненіемъ имѣющагося малокровія. При этомъ слѣдуетъ особенно имѣть въ виду, что насильственное закалываніе холодной водой у нервныхъ дѣтей часто причиняетъ лишь вредъ и усиливаетъ неврастеническія явленія (Hesker); въ тяжелыхъ случаяхъ необходимы периоды полного покоя; въ особенности можетъ стать неизбежнымъ прекращеніе посѣщенія школы на нѣсколько недѣль. Точное знакомство съ домашней средой и психическими вліяніями, дѣйствующими на ребенка, безусловно необходимо для успѣшнаго леченія. Такъ какъ среду можно вполне переработать лишь въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ, то необходимъ индивидуализирующій планъ леченія, принимающій во вниманіе всѣ имѣющіеся на-лицо факторы, но, къ сожалѣнію, мы вынуждены часто довольствоваться компромиссами, въ нѣкоторыхъ случаяхъ рекомендуя помѣщеніе въ учрежденіе, климатическое леченіе, морскіе курорты, которые, по крайней мѣрѣ, временно переводятъ ребенка въ другую среду. Леченіе внушеніемъ мало полезно при неврастеническихъ явленіяхъ, но личность врача можетъ оказать большое вліяніе на ребенка, въ особенности, если удастся устранить наиболѣе грубыя ошибки воспитанія. Такимъ образомъ, во многихъ случаяхъ удается, по крайности, достигнуть того, чтобы болѣзнь ребенка не составляла постоянной темы разговоровъ родителей, чтобы вообще не присутствіи ребенка о немъ не говорили, чтобы не увеличивали его чрезмѣрной боязливости неправильными наказаніями, чтобы ввели правильность въ весь образъ жизни, соблюдали опредѣленное время для сна и ѣды, умѣряли свое патологическое честолюбіе и т. д.

Особенное вниманіе слѣдуетъ обратить на питаніе. Преимущественно Czerny и Siegert указывали на то, что діета, состоящая преимущественно изъ молока, мяса и яицъ, часто въ значительной мѣрѣ усиливаетъ нервность. Бѣдная бѣлкомъ, но большею частью состоящая изъ растительныхъ веществъ и плодовъ діета, въ которой совершенно отсутствуютъ яйца, а молоко ограничено весьма незначительнымъ ежедневнымъ количествомъ, здѣсь наиболѣе умѣстна. Злоупотребленіе алкоголемъ, у старшихъ учениковъ также табакомъ слѣдуетъ имѣть въ виду и устранить его, также по возможности нужно устранять или ограничивать онанистическія привычки, но безъ строгихъ мѣръ. Органическія (?М. Б.) страданія, усиливающія нервность, напр., острицы, должны быть, конечно, изгнаны вполне.

Бромъ во многихъ случаяхъ необходимъ, по крайней мѣрѣ, на короткое время, также для устраненія бессонницы и полового возбужденія, но надо обращаться съ нимъ по возможности экономнѣе, ибо во многихъ случаяхъ такія же услуги оказываютъ влажныя обертыванія. Отсутствіе аппетита, запоръ, головныя боли, психическая раздражительность и т. д. никогда не могутъ быть устранены лекарствами, если не удастся дать ребенку побольше воздуха, свѣта, здороваго движенія, а душѣ его—покой, довѣріе къ самому себѣ. Надо

избавить ребенка отъ чрезмѣрныхъ требованій, наполнивъ душу его свѣтомъ и радостью.

#### 6. Фобіи, состоянія страха, навязчивыя представленія и поступки.

Фобіи, состоянія страха, страхъ при прохожденіи площадей, страхъ передъ одѣваніемъ и т. п. встрѣчаются у дѣтей вообще рѣдко. Я имѣлъ возможность наблюдать маленькаго ребенка, у котораго въ теченіе цѣлыхъ лѣтъ замѣчался ясно выраженный страхъ передъ часами, въ особенности стѣнными\*). Гораздо чаще встрѣчаются навязчивыя представленія и въ связи съ ними—навязчивыя дѣйствія, которыя часто не легко разгадать, если ребенокъ держитъ побуждающіе его мотивы въ тайнѣ. Приведу нѣсколько примѣровъ изъ превосходной книги Strohmeуга. Одинъ ребенокъ непрерывно думалъ о гробѣ, другого мучила мысль, что къ его пальцамъ прилипъ мѣдный купоросъ, что онъ долженъ заколоть мать, что онъ согрѣшилъ, или онъ старался провѣрить, правильно ли выполнены имъ самыя обыденныя поступки (мнительность). Также чрезмѣрная педантичность, задумчивость, навязчивый счетъ и т. п. наблюдаются какъ и при навязчивыхъ неврозахъ у взрослыхъ. Въ одномъ моемъ случаѣ всякій случайный толчокъ или прикосновеніе къ тѣлу подавали поводъ къ тому, чтобы подвергнуть такому же толчку симметрично расположенное мѣсто другой половины тѣла; если не удавалось распределить удары съ одинаковой силой на обѣ половины тѣла, то слѣдствіемъ была многократная компенсация въ ту и въ другую сторону.

Не всегда эти фобіи и насильственные представленія имѣютъ плохое прогностическое значеніе, хотя они иногда находятся на самой границѣ психоза или должны быть считаемы таковыми. Повидимому, соответственное врачебно-педагогическое леченіе или у старшихъ дѣтей сознательное самовоспитаніе могутъ дать излеченіе. При состояніяхъ страха надо всегда думать о возможности половыхъ причинъ.

#### 7. Разстройство инстинктивной жизни (бродяжничество, онанія).

Бродяжничество (поріоманія) заставляетъ дѣтей, большею частью мальчиковъ, убѣгать изъ дому или изъ школы бродить безцѣльно и безъ всякаго плана. Ихъ находятъ затѣмъ вдали отъ родительскаго дома голодными, истощенными. Иногда причиной является страхъ передъ наказаніемъ или же не объяснимое внѣшними воздѣйствіями глубокое угнетеніе, непреодолимое стремленіе на свободу; часто дѣло идетъ о слабоумныхъ дѣтяхъ; важно здѣсь всегда рѣшить, не лежитъ ли въ основѣ эпилептическое или истерическое угнетенное состояніе.

Онанія. Этотъ порокъ наблюдается у большинства слабоумныхъ и невропатическихъ дѣтей, иногда въ чрезмѣрной степени. Онъ никогда не является причиной эгзихъ болѣзней, но всегда слѣдствіемъ ихъ, потому, быть можетъ, что слабость воли или чрезмѣрная преждевременная раздражительность половой сферы ведутъ къ чрезмѣрному развитію порока. Подробности см. въ отдѣлѣ «Болѣзни мочеполовой сферы».

#### 8. Истерія.

По своей сущности и формѣ проявленія дѣтская истерія не отличается отъ истеріи взрослыхъ. Поэтому я ограничусь лишь нѣкоторыми указаніями на особенности, представляемыя дѣтскимъ возрастомъ.

Истерическія явленія у дѣтей мы наблюдаемъ очень часто, тѣмъ чаще, чѣмъ мы больше стараемся обращать вниманіе не только на болѣзненные проявленія, но имѣемъ въ виду всего больнаго ребенка. При чувствительности дѣтскаго ума къ суггестивнымъ впечатлѣніямъ явленіе это вполне понятно. Возрастъ, въ которомъ истерія начинаетъ играть роль, совпадаетъ приблизительно съ тѣмъ періодомъ, когда ребенокъ противопоставляетъ окружающему міру свою

\*) Мнѣ приходилось наблюдать у ребенка, выросшаго на берегу моря, въ скалистой мѣстности, панической страхъ передъ всякими насѣкомыми.

собственную душевную жизнь, т. е. со 2—3-го года жизни; чаще эти случаи обнаруживаются лишь въ школьномъ возрастѣ и все болѣе приближаются по своему теченію у старшихъ дѣтей къ истеріи взрослыхъ; дѣвочки въ этомъ старшемъ возрастѣ поражаются сильнѣе, чѣмъ мальчики. Изъ причинъ мы находимъ очень часто ясно выраженную наследственную неврастению, но наблюдается не мало случаевъ, гдѣ вліяетъ исключительно окружающая среда. Вызывающія причины могутъ быть, повидимому, соматическаго характера, напр., толчокъ, паденіе и т. д.; но истинной причиной всегда является связанная съ нимъ психическая травма; очень часто истерическія явленія присоединяются къ чистымъ психическимъ травмамъ: испугу, страху, печальнымъ семейнымъ событіямъ и т. д.; часто здѣсь исходной точкой является настоящее органическое заболѣваніе; такъ, напр., абазія развивается вслѣдъ за ангиной, требовавшей лежанія въ кровати, истерическая афонія остается послѣ ларингита, параличъ и контрактура—послѣ незначительнаго ушиба, судорога вѣкъ—послѣ конъюнктивита и т. д. Именно эти формы выраженія дѣтской истеріи легко остаются нераспознанными врачомъ, который видѣлъ и лечилъ основную болѣзнь. Происходящая въ подсознательной сферѣ фиксація болѣзненныхъ симптомовъ понятна вполне тамъ, гдѣ болѣзнь создаетъ ребенку большія преимущества сравнительно со здоровымъ состояніемъ въ виду большей озабоченности и баловства со стороны окружающихъ: есть истерическія матери, которымъ ребенокъ со всѣми его рѣдкими формами болѣзни и съ общимъ интересомъ, возбуждаемымъ болѣзнию, милъ больше, чѣмъ въ здоровомъ состояніи, ибо онѣ въ буквальномъ смыслѣ грѣются въ лучахъ мнимаго сіянія, падающаго на нихъ со стороны ребенка—маленькаго мученика, службѣ которому они себя вполне посвятили.

Маленькій 5-лѣтній истерикъ, напр., былъ помѣщенъ въ больницу съ истеріей, развившейся послѣ лихорадочной ангины и съ своеобразными тоническими судорожными состояніями, напоминавшими во многомъ ложный столбнякъ, такой діагнозъ и былъ поставленъ компетентнымъ врачомъ. Но манера обращенія родителей вызвала мысль объ истеріи. Уже на слѣдующій день удалось послѣ короткой фарлазизаціи и внушенія доказать, что онъ можетъ ходить въ тактъ, какъ солдаты, его можно было поставить на ноги; на слѣдующій день его научили ходить по лѣстницамъ, затѣмъ ходить свободно, кувыраться. Тогда мать взяла его изъ больницы, причѣмъ она относилась къ извѣстію о быстромъ излеченіи съ возрастающимъ недоувѣріемъ, и когда ребенокъ пошелъ ей навстрѣчу, то она со слезами на глазахъ заключила его въ объятія: «теперь ты останешься у меня, мой мальчикъ, но что они съ тобой сдѣлали? это невозможно, чтобы ты могъ ходить» и т. д. Ребенокъ былъ умнѣе матери и остался здоровымъ.

Въ виду того, что характеръ истерическаго ребенка всегда склоненъ къ обману и лжи, понятно, что иногда въ возникновеніи картины болѣзни играетъ роль сознательная симуляція. Самоповрежденія также наблюдались у дѣтей.

Истерикъ, въ возрастѣ около 12 лѣтъ, весьма возбужденный, выдѣлялъ съ рвотой аскариды. Съ тѣхъ поръ онъ постоянно, время отъ времени, выдѣлялъ червей, которые ясно выползали изъ носа и рта. Родители ѣздили съ ребенкомъ по ближайшимъ и далекимъ окрестностямъ отъ врача къ врачу и распространяли его славу всюду, съ разочарованіемъ отворачиваясь отъ всякаго, кто сомнѣвался въ этомъ фактѣ; при помощи аптекаря они достали среднеувѣковья сочиненія, въ которыхъ придаютъ вѣру подобнымъ случаямъ. Мальчикъ былъ принятъ въ клинику, за нимъ строго слѣдили; въ теченіе нѣсколькихъ дней не произошло ничего, пока его не выпустили играть въ садъ; на слѣдующій день онъ вернулся съ триумфомъ и принесъ червяка, который будто бы снова выползъ у него изъ носа—это былъ обыкновенный дождевой червь.

Часто истерическія явленія вызываються подражаніемъ. Такъ возникаютъ извѣстныя школьныя эпидеміи хореи, дрожанія и подобныя же комплексы движеній иногда вслѣдъ за истиннымъ случаемъ этой болѣзни. Происходитъ и самоподражаніе. Возвраты истинной Виттовой пляски могутъ быть чисто истерическаго характера.

Распознаваніе истеріи у дѣтей часто затрудняется моносимптоматическимъ появленіемъ болѣзни.

Извѣстные признаки истеріи, чувствительныя къ давленію и болевой точки, анестетическіе пояса, сѣуженіе поля зрѣнія у дѣтей часто отсутствуютъ, такъ что діагнозъ можно поставить предположительно или точно установить, больше на основаніи общаго впечатлѣнія, въ особенности, если принять во вниманіе окружающую ребенка среду и контрастъ между объективными данными и субъективными симптомами. Нѣкоторые типы параличей, напр., астазію и абазію при сохраненіи подвижности всѣхъ членовъ и мышцъ, манжетобразное ограниченіе анестетическихъ или аналгетическихъ частей тѣла, которое, впрочемъ, у дѣтей встрѣчается рѣдко, не совмѣстимы съ органической основой и тотчасъ наводятъ мысль на истерическое происхожденіе. Въ другихъ случаяхъ истерическій кохситъ, контрактура локтевого сустава и тогда могутъ импонировать въ видѣ вполне органическаго страданія.

Упомянемъ вкратцѣ отдѣльныя, болѣе частыя формы проявленія. Истерическая рвота можетъ уже у очень маленькихъ дѣтей затруднить введеніе пищи и заставлять родителей выполнять вскармливаніе въ совершенномъ согласіи съ волей маленькаго тирана. Въ такихъ случаяхъ даже въ болѣе позднемъ грудномъ возрастѣ достаточно одинъ разъ энергично прикрикнуть на ребенка и ввести желудочный зондъ; отсутствіе аппетита и рвота на истерической почвѣ у старшихъ дѣтей могутъ въ значительной мѣрѣ нарушать состояніе питанія; не всегда легко исключить здѣсь органическую болѣзнь и вопросъ часто рѣшается лишь блестящимъ успѣхомъ умѣлаго леченія внушеніемъ или авторитетомъ.

Приступы боли въ животѣ, вздутіе, ложныя опухоли, учащеніе дыханія, рѣдкіе типы дыханія, заиканіе, приступы астмы, икота, приступы чиханія, частое мочеиспусканіе, дневное и ночное недержаніе мочи и кала—все это можетъ возникать на истерической почвѣ; мутизмъ и полная нѣмота, при которой вообще ребенокъ не дѣлаетъ никакой попытки говорить, утрата громкой рѣчи вслѣдствіе испуга не представляетъ рѣдкаго явленія. Истерическая головная боль можетъ быть очень упорной и ее трудно отличать, отъ неврастенической. Быстрое дѣйствіе противистерическихъ мѣръ, исчезаніе, при отвлеченіи вниманія пріятными впечатлѣніями, въ нѣкоторыхъ случаяхъ даетъ возможность поставить діагнозъ.

Большіе истерическіе судорожныя приступы съ ихъ извѣстными фазами клоунизма и ясно выраженными *attitudes passionées* можно наблюдать у 10-лѣтнихъ и даже у меньшихъ дѣтей; но, въ общемъ говоря, они рѣдки. Появившись разъ, они повторяются часто, напр., въ пріемные часы или въ больничной палатѣ во время обхода; иногда можно вызвать ихъ внушеніемъ. Въ большинствѣ случаевъ, но не всегда, ихъ легко отличить отъ падучихъ; укажу на сказанное въ отдѣлѣ о падучей. Въ другихъ случаяхъ дѣло идетъ о приступахъ обморока или каталепсіи. Я видѣлъ также примѣръ *chorea magna* у дѣво-

чекъ, не достигшихъ еще школьнаго возраста. При этомъ дѣти въ театральномъ возбужденіи проводятъ цѣлыя сцены, бѣгаютъ взадъ и впередъ по комнатѣ, произносятъ безсвязныя рѣчи, а затѣмъ сами не знаютъ, что они дѣлали.

Далѣе, упомянемъ еще объ истерической безсонницѣ, о приступахъ страха, которые, напр., отсутствуютъ лишь въ томъ случаѣ, когда горитъ огонь, когда мать или няня сидятъ въ комнатѣ, о сомнамбулизмѣ, дневномъ мечтаніи (*automatismus diurnus*), наконецъ, о вполне развитыхъ сумеречныхъ состояніяхъ. *Pseudologia phantastica* (срв. стр. 516) часто сильно развивается у истерическихъ дѣвочекъ и нерѣдко ведетъ къ ложнымъ обвиненіямъ, которыхъ долженъ остерегаться и врачъ.

Умственная сфера истерическихъ дѣтей обыкновенно хорошая, часто они производятъ впечатлѣніе слишкомъ рано развитыхъ, рѣчь ихъ вращается въ кругу мыслей взрослыхъ, за которыми они умѣютъ наблюдать очень точно. Ихъ интересъ направленъ исключительно на собственную личность—на первомъ планѣ стоитъ потребность обращать на себя вниманіе и вызывать удивленіе окружающихъ. Умная истерическая дѣвочка въ Гейдельбергской клиникѣ, когда ей казалось, что на нее слишкомъ мало обращаютъ вниманія, старалась своими движеніями обратить на себя взгляды, и на вопросъ, что она дѣлаетъ, отвѣтила весьма характерно: „приманиваю людей“. Это стремленіе является также могущественнымъ дѣйствующимъ подсознательно стимуломъ, который не только вызываетъ многія изъ остальныхъ явленій, но ведетъ и къ поступкамъ, повидимому, проистекающимъ изъ необдуманнаго, злого, даже этически низко стоящаго характера, который, впрочемъ, не обязательно долженъ быть связанъ съ дѣтской истеріей.

**Распознаваніе.** Не вдаваясь еще разъ въ подробности, укажу только, что распознаваніе истеріи „со всего размаху“ весьма полезно для леченія. Если врачъ долго возится съ ребенкомъ безъ примѣненія своего авторитета для излеченія симптомовъ, то результаты терапіи весьма сомнительны, устраненіе болѣзни удастся лишь слѣдующему консультанту, шарлатану, или поѣздкѣ на богомолье и т. д. Въ этомъ случаѣ необходимо тщательное изслѣдованіе, ибо истерическій ребенокъ можетъ пріобрѣсти органическое заболѣваніе; ошибка въ этомъ направленіи никогда не прощается; вообще лучше не ставить діагноза истеріи, обозначая ее этимъ именемъ, ибо съ публикой, особенно съ невропатами, на этомъ терминѣ не сговоришься.

**Леченіе.** Леченіе истеріи—чисто психическое и обѣщаетъ хорошіе результаты. Тяжелыя формы не легко излечиваются въ обстановкѣ родительскаго дома и часто рецидивируютъ, когда дѣти возвращаются домой. Такъ наз. чудесное излеченіе скорѣе всего удастся въ пріемные часы, когда ребенокъ беспомощенъ и одинокъ по отношенію къ врачу—родители по возможности не должны быть свидѣтелями первыхъ попытокъ леченія; еще лучше помѣстить его въ учрежденіе, что вполне достаточно для устраненія истерическихъ расстройствъ, даже страхъ передъ отправкой въ больницу можетъ имѣть уже такое дѣйствіе. Но и въ учрежденіи излеченіе удастся лишь въ томъ случаѣ, если сюда никто не сопровождаетъ ребенка изъ родительскаго дома, чего, кстати сказать, очень трудно достигнуть, и кто въ этомъ отношеніи уступчивъ, тотъ подвергаетъ риску самый успѣхъ. Психическое леченіе въ тѣсномъ смыслѣ слова пользуется двумя принци-

пiально различными способами; одинъ изъ нихъ—сознательное не-обращеніе вниманія на болѣзненные явленія. Стараются только о томъ, чтобы ребенокъ не могъ ранить себя, и не выражаютъ никакого интереса къ обнаруживаемымъ имъ приступамъ. Въ томъ же смыслѣ слѣдуетъ дать инструкціи всему врачебному и больничному персоналу. Какъ только ребенокъ перестаетъ находить зрителей, то явленія исчезаютъ, въ большинствѣ случаевъ, сами собой въ короткое время.

Другимъ способомъ леченія является такъ наз. способъ заставанія врасплохъ (Bruns). Прежде, чѣмъ психика имѣетъ возможность ориентироваться въ новой обстановкѣ и принять опредѣленное положеніе по отношенію къ неизвѣстнымъ личностямъ, съ которыми приходится встрѣчаться, успѣхъ долженъ быть уже достигнуть. При этомъ способѣ леченія все ставятъ на карту, ибо если не удастся покорить ребенка или подвергнуть его власти внушенія, то онъ знаетъ, что не нашель здѣсь своего господина—виды на излеченіе значительно уменьшаются. Надо, конечно, считаться съ индивидуальной психологіей того или другого ребенка. Иногда достаточно рѣзкаго приказанія, строгаго слова, такъ, напр., поднимаютъ парализованную руку вверхъ и, опуская ее, громко приказываютъ ребенку: „теперь рука останется вверху“; но лучше въ это время примѣнить леченіе внушеніемъ съ помощью болѣе или менѣе болѣзненного или мистически импонирующаго ребенку способа леченія. Фарадизація въ этомъ случаѣ даетъ часто наилучшіе результаты; если она была уже испытана у ребенка безъ успѣха, то лучше обратиться къ другому способу, напр. Bier'овскому застою, къ потогонному способу леченія, горькому лекарству, подкожному впрыскиванію, при ложно-хирургическихъ заболѣваніяхъ—къ наркозу и т. д. При этомъ не важно, что дѣлаютъ, а важно, какъ дѣлаютъ. Связанное съ этимъ внушеніемъ словами должно быть направлено такимъ образомъ, чтобы ребенокъ нисколько не сомнѣвался въ немъ; иногда полезно даже объяснить дѣйствіе средства, обращаясь не къ ребенку, а къ окружающимъ, чтобы ребенокъ поддался внушенію, не замѣчая его цѣли. Если удастся внушить ребенку интересъ къ леченію психическимъ воздѣйствіемъ (напр., радостью, которую будетъ испытывать мать, скорымъ возвращеніемъ домой и т. д.), то почва еще благопріятнѣе. Можно также достигнуть излеченія суггестивнымъ леченіемъ отдѣльными приемами, напр., какъ указано было выше, по отношенію къ абазіи; при афоніи, напр., сначала нужно достигнуть произнесенія отдѣльныхъ гласныхъ, а затѣмъ остальныхъ. Со многими формами болѣзни можно справиться лишь медленными, вызывающими ежедневное улучшеніе способами внушенія. Тамъ, гдѣ приступовъ нельзя устранить простымъ игнорированіемъ, иногда полезно примѣнить вслѣдъ за каждымъ приступомъ холодную ванну, фарадическій сеансъ или другую непріятную для ребенка процедуру; всѣ эти мѣры не должны быть указываемы ребенку, какъ наказаніе, а только какъ лечебное средство; иначе онъ утрачиваютъ всякое терапевтическое дѣйствіе. Можно также съ осторожностью пользоваться временной изоляціей, завѣшиваніемъ кровати и другими мѣрами. Примѣненіе гипноза допустимо въ крайнемъ случаѣ для дѣтей, совершенно не поддающихся леченію, ибо возможность ухудшенія отъ этого способа имѣетъ мѣсто именно при истеріи.

Какъ только устранены отдѣльные приступы, надо оказать благопріятное вліяніе на самую болѣзнь. Здѣсь *cum grano salis* имѣетъ значеніе все сказанное выше о леченіи невропатіи и неврастеніи.



#### IV. Психозы.

##### 1. Врожденные и рано приобретенные дефекты психики. Слабоуміе (идіотія, imbecillitas, debilitas).

Врожденное или рано приобретенное слабоуміе отличается отсутствием или трудностью приобретать психическія способности. Разстройства интеллекта обыкновенно преобладаютъ, но часто сочетаются съ этическими дефектами, которые при легкихъ формахъ слабоумія могутъ занимать первое мѣсто.

**Этіологія.** Самыя разнообразныя органическія заболѣванія мозга могутъ вызывать слабоуміе. Укажемъ на церебральный дѣтскій параличъ, менингитъ, головную водянку. Мы часто находимъ остатки этихъ болѣзней въ болѣе или менѣе сильно выраженной степени, иногда лишь въ формѣ повышенія рефлексовъ, гипертоній или гипотоній, ненормального образованія черепа и т. д.— Другая группа вызывается кретинизмомъ и слизистымъ отекомъ. Они, какъ и монголоидная идиотія, описаны въ другомъ мѣстѣ этой книги.— Кромѣ этихъ, болѣе ясныхъ типовъ существуютъ еще многіе случаи, въ которыхъ слабоуміе, повидимому, не связано съ опредѣленнымъ соматическимъ страданіемъ; болѣе точныя гистологическія изслѣдованія обнаруживаютъ часто обратное развитіе или разстройство развитія мозговой коры; кромѣ того, въ тяжелыхъ случаяхъ мозгъ значительно уступаетъ нормѣ по вѣсу.

Изъ причинъ врожденного слабоумія на первомъ мѣстѣ стоятъ алкоголизмъ, сифилисъ и поврежденія, испытываемыя ребенкомъ во время зародышеваго развитія, истощенія матери въ періодѣ беременности и т. д. Относительно психопатической конституціи слѣдуетъ замѣтить, что слабоуміе въ легкой или тяжелой формѣ нерѣдко сочетается съ послѣдней и потому можетъ наблюдаться въ связи съ описанными выше формами ея проявленія.

**Симптомы.** Такъ наз. признаки вырожденія (см. стр. 517) наблюдаются часто. Черепъ микроцефаличенъ, лобъ—косо отлогій назадъ (типъ ацтековъ), въ другихъ случаяхъ гидроцефаличенъ и вообще имѣетъ своеобразную форму. Рѣчь совершенно нарушена, ребенокъ выражается нечленораздѣльными звуками или чрезмерно сильнымъ крикомъ, въ другихъ случаяхъ рѣчь сохранена, но неясна, замѣняется шепотомъ, вообще ненормальна. Падучныя судороги часты. Въ общемъ клинически можно различать два типа: торпидныхъ и діотовъ, которые, независимо отъ смѣны явленій внѣшняго міра, цѣлыми часами тупо смотрятъ въ пространство, лежа въ кровати, глубоко засовывая кулакъ въ ротъ, подвижныхъ идиотовъ, которые подъ вліяніемъ непрерывнаго стремленія къ движеніямъ безъ отдыха бросаются въ кровати, качаются въ молитвенной позѣ или неутомимо скачутъ по комнатѣ, не останавливаясь на одномъ какомъ-либо впечатлѣніи дольше нѣсколькихъ секундъ. Отсутствие вниманія характерно для первой группы; легкая остановка на полученномъ извнѣ впечатлѣніи—для второй.

Реакція на болевыя раздраженія сильно притуплена—ребенокъ даже не обращаетъ вниманія на уколы булавкой, что, какъ указываетъ Thiemich, является хорошимъ объективнымъ признакомъ для распознаванія идиотіи въ дѣтскомъ возрастѣ. Часто наблюдается слюнотеченіе.— Даже тамъ, гдѣ нѣтъ параличей, ребенокъ поздно или

недостаточно выучивается производить статическія функціи, держать голову, сидѣть, стоять. Многихъ идіотовъ приходится кормить всю жизнь, приучать ихъ къ соблюденію чистоты, что сопряжено обыкновенно съ величайшими трудностями. Чрезмѣрный онанизмъ представляетъ обычное явленіе у идіотовъ.

Слабоумными называютъ дѣтей, страдающихъ слабой степенью идіотизма. Они выучиваются ѣсть, ходить, говорить и могутъ иногда выполнять въ жизни какія-либо обязанности. Легкія степени слабоумія не распознаются въ теченіе долгаго времени. Родители стараются обманывать себя и не сознавать истиннаго положенія дѣла; они не обращаютъ вниманія на недостаточную способность сужденія, въ особенности если есть хорошая память, которая даетъ возможность схематическаго воспроизведенія учебнаго матеріала. Память можетъ быть односторонне, даже особенно развита (напр., для чисель, музыки и т. д.), такъ что эти дѣти иногда въ теченіе нѣкотораго времени считаются даже гордостью семьи, какъ „вундеркинды“. Главный критерій для умственной сферы заключается, однако, въ томъ, умѣетъ ли ребенокъ связывать со словами понятія, комбинировать понятія, оперировать ими и т. д. На дѣлѣ оказывается, что самыя простыя понятія о числахъ, пространствахъ, времени, родствѣ, причинности отсутствуютъ, не говоря уже о болѣе высокыхъ абстрактныхъ, какъ благодарность, ложь, зависть и т. д.

Болѣе точныя изслѣдованія интеллекта по правиламъ, выработаннымъ главнымъ образомъ Ziehen'омъ, должны принимать во вниманіе всѣ эти данныя. Съ помощью цвѣтовъ, альбомовъ съ картинами, игрушекъ, небольшихъ рассказовъ и другихъ вспомогательныхъ средствъ удастся сдѣлать это безъ труда, правда, послѣ того лишь, какъ ребенокъ перестанетъ бояться, а у легко утомляющихся дѣтей этого нельзя сдѣлать въ теченіе однократнаго изслѣдованія. Въ подробности мы здѣсь вдаваться не можемъ.

Debilitas представляетъ болѣе легкую степень слабоумія. Страдающія этой формой дѣти могутъ даже проходить курсъ школы, иногда пробираются даже въ высшіе классы гимназій, гдѣ они, послѣ многихъ жертвъ, окончательно застрѣваютъ, если не терпятъ кораблекрушенія раньше. Нерѣдко у слабоумныхъ дѣтей больше бросаются въ глаза этические дефекты, чѣмъ интеллектуальные; сюда же относится болѣею частью понятіе о психопатической отсталости. Первичный недостатокъ этическаго ощущенія и нравственныхъ понятій, если онъ представляетъ частичное явленіе слабоумія, опредѣляется названіемъ: нравственное слабоуміе, moral insanity.

Нравственные дефекты лишь въ тѣхъ случаяхъ могутъ быть объясняемы умственной отсталостью, когда обнаруживаются физическіе или умственные дефекты (особенно недостаточная способность сужденія), соблазнъ, отсутствіе присмотра и другія т. п. причины, если наказанія и награды не производятъ никакого дѣйствія (Ziehen).

**Распознаваніе.** У грудного ребенка пробуждающаяся психика выражается обращеніемъ взгляда въ сторону блестящихъ предметовъ, къ матери, затѣмъ хватаніемъ предметовъ и т. д. Если эти функціи не развиваются, то эта основная причина подаетъ поводъ къ тому, чтобы подвергнуть психику сомнѣніямъ, предполагая нормальное развитіе органовъ чувствъ. Къ этому присоединяется еще недостаточная реакція на болевыя раздраженія. Запозданіе въ развитіи рѣчи даже до 3 года жизни отнюдь нельзя отождествлять со слабоуміемъ, въ особенности,

если дѣло идетъ о первыхъ дѣтяхъ, и если ребенокъ понимаетъ сказанныя слова. Глухонѣмые часто ошибочно принимаются за идиотовъ, а къ ихъ умственному развитію относятся съ пренебреженіемъ, которому нельзя найти никакого оправданія.—Укажемъ особенно, что миксэдематозные признаки требуютъ спеціального вниманія въ виду возможности леченія самой причины.

**Леченіе.** Лишь при миксэдемѣ и кретинизмѣ, также при наследственномъ сифилисѣ возможно причинное леченіе. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ дѣтямъ можетъ принести пользу только строго индивидуализирующая врачебная педагогика, которая по своимъ средствамъ и цѣлямъ отличается отъ идеаловъ обычной школы. Успѣхи, достигаемые въ соотвѣтственныхъ воспитательныхъ учрежденіяхъ, отчасти весьма удовлетворительны, хотя часто приходится очень разочароваться въ высоко парящихъ планахъ. Чѣмъ раньше ребенокъ попадаетъ въ соотвѣтственное учрежденіе (на 3 или 4 году), въ особенности, если домашняя среда не особенно благоприятна, тѣмъ лучше, въ общемъ, для ребенка. Конечно, помѣщеніе въ эти учрежденія малоспособныхъ и съ трудомъ воспитываемыхъ дѣтей связано съ большими расходами. Превосходные результаты даютъ устраиваемыя въ послѣднее время все въ большемъ и большемъ числѣ вспомогательныя школы. Всегда удается большую часть слабоумныхъ сдѣлать способными къ какому-нибудь труду.—Списокъ соотвѣтственныхъ учреждений въ Германіи, Австріи и въ Швейцаріи помѣщенъ у Thiernich'a и въ руководствѣ по дѣтскимъ болѣзнямъ Pfaunder-Schlossmann'a.

## 2. Приобрѣтенные дѣтскіе психозы.

Здѣсь слѣдуетъ упомянуть семейную амауротическую идиотію (стр. 470 и 486), разлитой мозговой склерозъ (стр. 474), многіе случаи сифилиса мозга и въ особенности падучую. Далѣе важны двѣ особенныя формы душевныхъ болѣзней.

Прогрессивный параличъ. Онъ довольно часто былъ описанъ въ дѣтскомъ возрастѣ, какъ результатъ наследственнаго сифилиса. Начало приходится на второе десятилѣтіе жизни. Соматическія явленія состоятъ сначала въ растройствахъ рѣчи (спотыканіе на слогахъ, брадилалія и т. д.), въ неподвижности зрачка, въ потерѣ игры минъ, въ дрожаніи губъ; затѣмъ въ неспособности къ ходьбѣ, интенціонномъ дрожаніи, исхуданіи. Колѣнные рефлексы часто хорошо сохранены, даже повышены. Признаки спинной сухотки (атрофія зрительныхъ нервовъ, стѣбляющія боли и т. д.) рѣдко наблюдаются одновременно съ указанными явленіями. Въ психической области бросается въ глаза прогрессивное ослабленіе умственныхъ способностей, которое ведетъ къ полному слабоумію и въ большинствѣ случаевъ играетъ роль въ картинѣ болѣзни съ самаго начала. Лишь въ видѣ исключенія наблюдаются манія величія и галлюцинаціи. Напротивъ, часты такъ наз. паралитическіе приступы (головокруженіе, потеря сознанія, падучевидныя судороги или головныя боли). Продолжительность болѣзни составляетъ въ среднемъ 3—4 года.

Гебефренія, кататонія (*dementia praecox*). Начало этого психоза обыкновенно относится къ годамъ полового созрѣванія, но болѣзнь можетъ развиваться до 10 года жизни. Начало болѣзни въ первое время принимается за неврастенію или истерію. Впрочемъ, здѣсь мы сошлемся на учебники по психіатріи.

**О психозахъ безъ нарушенія интеллекта** упомянемъ здѣсь только, что у дѣтей встрѣчаются меланхолія и манія, также острое галлюцинаторное помѣшательство (*amentia*), между тѣмъ какъ хроническая параноя наблюдается крайне рѣдко. Всѣ эти заболѣванія по своимъ формамъ проявленія и способу теченія напоминаютъ тѣ же болѣзни у взрослыхъ.

## Литература.

- Zappert und Thiemich, Erkrankungen des Nervensystems in Pfaundler-Schlossmanns Handb. d. Kinderkrankh., 2. Aufl., 1910.  
 Heubner, Lehrbuch der Kinderkrankh., 3 Aufl., 1911 и русск. перев.  
 Oppenheim, Lehrbuch d. Nervenkrankh., 5. Aufl.  
 Curschmann, Lehrbuch der Nervenkrankh.  
 Eichhorst, Handbuch d. spez. Path. u. Ther., 5. Aufl., Bd. III.  
 Finkelstein, Lehrbuch der Säuglingskrankheiten.

## Важнѣйшія монографическія сочиненія:

- Nothnagels Handbuch: Freud, Die infantile Cerebrallähmung; Schultze, Krankheiten der Hirnhäute und Hydrocephalie; Leyden-Goldscheider, Krankheiten d. Rückenmarks; Escherich, Die Tetanie der Kinder, 1909.  
 Ergebnisse d. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. III: Birk, Ueber die Anfänge der kindlichen Epilepsie.—Bd. IV: Göppert, Ueber Genickstarre u. Bing, Entwickl. u. gegenw. Stand d. Auschauungen über heredo-familiäre Nervenkrankheiten.—Bd. V: Zappert, Über infantilen Kernschwund.  
 Peritz, Pseudobulbär- u. Bulbärparalysen im Kindesalter. Berlin 1902.  
 Netter A. et R. Debré, La méningite cérébrospinale, Paris 1911.  
 Wickman, J., Die akute Poliomyelitis bzw. Heine Medinsche Krankheit. Berlin 1911.  
 Müller, E., Die spinale Kinderlähmung. Berlin 1910.  
 Römer, P. H., Die epidemische Kinderlähmung. Berlin 1911.  
 Zappert, Wiesner u. Leiner, Studien über die Heine-Medinsche Krankheit. Leipzig u. Wien 1911.  
 Vulpius, O., Die Behandl. d. spinalen Kinderlähmung. Leipzig. 1910.  
 Vogt, K. Über familiäre amaurot. Idiotie usw. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 1905, Bd. XVIII u. Arch. f. Kinderheilk. 1909, Bd. LI.  
 Онъ-же, Die Epilepsie im Kindesalter, Berlin 1910.  
 Thiemich und Birk, Ueber d. Entwickl. eklamptischer Säuglinge in d. späteren Kindheit. Jahrb. f. Kinderheilk. 1907, Bd. LXV.  
 Bruns, Die Hysterie im Kindesalter. Halle 1897.  
 Strohmayer, Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters. Tübingen 1910.  
 Hermann, Grundlagen f. d. Verständn. krankh. Seelenzustände beim Kinde. Beitr. z. Kinderforsch. u. Heilerzieh. 1910.

## VIII.

### Острыя инфекціонныя болѣзни.

E. Feer (Цюрихъ).

#### Общія замѣчанія.

Въ общей смертности и заболѣваемости населенія выдающуюся роль играютъ болѣзни, вызываемыя микроорганизмами, сопровождающіяся часто общими явленіями и прямо или косвенно передающіяся отъ человѣка къ человѣку. Роль отдѣльныхъ, наиболѣе важныхъ изъ этихъ болѣзней выясняется изъ слѣдующаго сопоставленія:

Въ Пруссіи умирало ежегодно (по Rathmann'y):

	1891—1901	1901—1908
Отъ дифтеріи . . . . .	30.400.	12.700
» коклюша . . . . .	14.000.	11.900
» кори . . . . .	8.400.	8.400
» скарлатины . . . . .	8.000.	9.700

Само собою разумѣется, что эти данныя не отличаются постоянствомъ; за предыдущее десятилѣтіе, напр., сильно упала смертность отъ дифтеріи, но въ послѣдніе годы она въ Германіи, повидимому, опять стала увеличиваться.

Только что названныя болѣзни наряду съ нѣкоторыми другими (вътряной оспой, свинкой и пр.) обнаруживаютъ настолько рѣзкое преобладаніе въ дѣтскомъ возрастѣ, что ихъ просто называютъ **дѣтскими болѣзнями**. Надежной статистики, касающейся заболѣваемости этими болѣзнями въ цѣлыхъ странахъ, мы не имѣемъ, но зато въ нашемъ распоряженіи имѣются очень цѣнныя данныя относительно смертности, которая, въ общемъ, до извѣстной степени пропорціональна заболѣваемости. Такъ, въ Баваріи въ періодъ времени отъ 1893 до 1902 г. на каждыя 100.000 жителей мужского пола умирало (по Prinzing'y):

	Въ возрастѣ: 0—1 1—2 2—5 5—10 10—20 20—30 лѣтъ						
Отъ скарлатины . . . . .	27	52	45	19	5,9	0,6	»
» кори . . . . .	319	435	73	13	1,8	0,2	»
дифтеріи и крупа . . . . .	138	401	277	77	15,8	0,7	»
» коклюша . . . . .	674	295	38	3,9	0,2	0,0	»

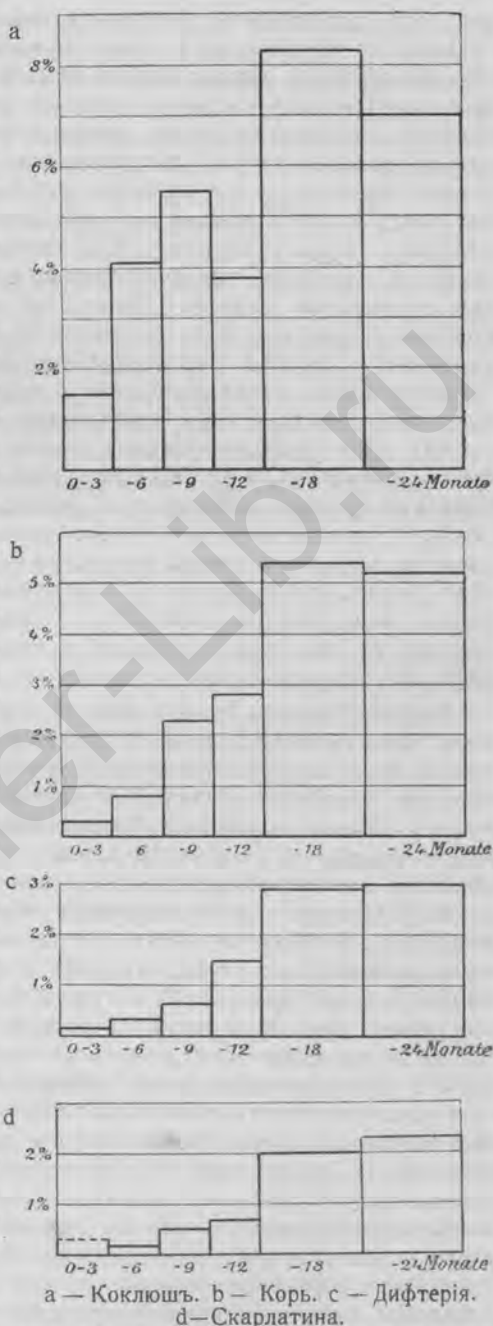
Изъ этихъ данныхъ видно, что коклюшь и корь послѣ 5 лѣтъ имѣютъ лишь ничтожное значеніе и что скарлатина и дифтерія теряютъ свое значеніе только послѣ 10 лѣтъ.

Въ частности эти четыре важнѣйшія инфекціонныя болѣзни обнаруживаютъ замѣчательное распредѣленіе по возрастамъ, какъ это ясно видно на приведенныхъ діаграммахъ (рис. 112). Діаграммы эти показываютъ относительное распредѣленіе названныхъ болѣзней въ раннемъ возрастѣ и основаны на образцовой Базельской

статистикъ (подробности относительно каждой болѣзни см. на диаграммахъ).

**Патогенезъ.** Хотя ученіе объ иммунитетѣ имѣетъ очень большое значеніе для дѣтскихъ инфекціонныхъ болѣзней, особенно для дифтеріи и серотерапіи, но въ виду того, что основные законы иммунитета здѣсь таковы же, какъ и при болѣзняхъ взрослыхъ, мы не останавливаемся на нихъ, считая ихъ извѣстными читателю. Напомнимъ только, что, согласно современнымъ воззрѣніямъ, въ теченіе инкубационнаго періода въ организмѣ вырабатываются специфическія противотѣла для соотвѣтствующей болѣзни или ея токсиновъ, что начало болѣзни, — какъ это съ вѣроятностью вытекаетъ изъ работъ v. Pirquet и Schick'a — совпадаетъ съ моментомъ образованія этихъ противотѣлъ, и что, наконецъ, болѣзнь представляетъ собой реакцію взаимодействія между противотѣлами и болѣзнетворнымъ ядомъ. Появленіе сыпи, напр., v. Pirquet считаетъ возможнымъ объяснить слѣдующимъ образомъ: между специфическими противотѣлами, образующимися въ организмѣ, имѣются также агглютинины; подъ вліяніемъ послѣднихъ возбудители болѣзни склеиваются въ кучки, которыя остаются въ капиллярахъ слизистой оболочки и кожи, гдѣ онѣ и дѣйствуютъ какъ токсическіе раздражители, вызывая характерную сыпь.

**Распространеніе острыхъ инфекціонныхъ болѣзней** происходитъ въ большинствѣ случаевъ путемъ зараженія: заразное вещество, возникшее въ организмѣ одного больного, попадаетъ въ организмъ другого и вызываетъ заболѣваніе



a — Коклюшъ. b — Корь. c — Дифтерія. d — Скарлатина.

Рис. 112. Распределеніе по возрастамъ различныхъ инфекціонныхъ болѣзней въ первые 2 года жизни. (На диаграммахъ изображено процентное отношеніе случаевъ каждой болѣзни въ теченіе первыхъ 2 лѣтъ къ общей заболѣваемости данной болѣзнию. По многолѣтнему статистическому матеріалу г. Вазеля).

его. При нѣкоторыхъ болѣзняхъ зараженіе происходитъ преимущественно летучимъ путемъ, черезъ воздухъ, главнымъ образомъ путемъ **передачи заразы черезъ брызги** (такъ наз. Tröpfcheninfektion); при этомъ мелкія частички слизи съ приставшими къ нимъ специфическими микроорганизмами разбрызгиваются во время чиханія или кашля, попадая въ ротъ окружающимъ либо прямо, либо черезъ вдыхаемый воздухъ, что и служитъ источникомъ заболѣванія. Очевидно, что этотъ способъ зараженія чаще всего имѣетъ мѣсто при тѣхъ болѣзняхъ, которыя локализуются преимущественно въ дыхательныхъ органахъ—въ носу, гортани, бронхахъ, гдѣ и скопляются специфическіе патогенные микробы. Этимъ путемъ распространяются, главнымъ образомъ, корь, коклюшъ и гриппозныя болѣзни. Громадное значеніе указанного способа распространенія не вызывало сомнѣній уже въ прежнее время, когда возбудители перечисленныхъ болѣзней не были еще извѣстны (для кори возбудитель не извѣстенъ и въ настоящее время). Эти болѣзни имѣютъ между собой еще то общее, что инфекция черезъ аспирацію происходитъ при нихъ почти исключительно прямымъ путемъ, т. е. непосредственно отъ человѣка къ человѣку. Зараженіе черезъ инфицированные предметы или черезъ посредство здоровыхъ людей принадлежитъ къ величайшимъ рѣдкостямъ, тѣмъ болѣе, что возбудители этихъ болѣзней внѣ человѣческаго организма очень быстро погибаютъ. Отсюда становится понятнымъ тотъ фактъ, что при кори, коклюшѣ, а также при гриппозныхъ болѣзняхъ почти всегда можно найти источникъ зараженія.

Инфекція черезъ брызги можетъ случайно имѣть мѣсто и при многихъ другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Само собой разумѣется, что такого рода способъ зараженія возможенъ лишь тогда, когда болѣзнетворные зародыши имѣются во рту или въ верхнихъ дыхательныхъ путяхъ. Такая возможность существуетъ прежде всего при двухъ самыхъ важныхъ дѣтскихъ болѣзняхъ—скарлатинѣ и дифтеріи; но, въ общемъ, она встрѣчается здѣсь все-таки рѣдко. Главную роль при этихъ болѣзняхъ играетъ **зараженіе черезъ соприкосновеніе** (контактная инфекция). Возбудители этихъ болѣзней выделяются изъ больного организма вмѣстѣ съ секретомъ носа и рта, затѣмъ при прикосновеніи, поцѣлуѣ и пр. проникаютъ въ организмъ другого человѣка; при этомъ они чаще всего попадаютъ въ ротъ, рѣже въ носъ. Но кромѣ такой прямой контактной инфекции при скарлатинѣ и дифтеріи, равно какъ и при многихъ другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, играетъ важную роль еще косвенная контактная инфекция. Соответствующіе микроорганизмы поселяются въ организмѣ здоровыхъ людей, на различныхъ предметахъ, на пищевыхъ продуктахъ, на полу и т. д. и отсюда могутъ вызвать зараженіе у предрасположенныхъ къ заболѣванію индивидуумовъ, хотя бы эти послѣдніе и не приходили ни въ какое соприкосновеніе съ больными. Этотъ способъ зараженія можетъ приобрести серьезное значеніе только въ томъ случаѣ, если соответствующіе микроорганизмы могутъ въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени сохранять жизнеспособность внѣ человѣческаго организма. Такой способностью безусловно обладаютъ микроорганизмы скарлатины, дифтеріи, тифа, вѣтряной оспы, краснухи, свинки и пр. Этимъ легко объясняется тотъ фактъ, что при только что названныхъ болѣзняхъ путь зараженія, источникъ заболѣванія остаются часто совершенно скрытыми; въ особенности это относится къ тѣмъ болѣз-

нямъ, возбудители которыхъ проявляютъ очень большую стойкость внѣ человѣческаго организма; такова, напр., скарлатина.

Индивидуальное предрасположеніе, играющее важную роль въ каждомъ случаѣ заболѣванія, остается до сихъ поръ факторомъ во многихъ отношеніяхъ темнымъ и неизслѣдованнымъ, ибо мы не знаемъ еще многихъ относящихся сюда моментовъ, какъ напр. вирулентности специфическихъ возбудителей, степени риска зараженія и пр.

Упомянутое уже выше **возрастное предрасположеніе** зависитъ отчасти отъ перенесенія соотвѣтствующихъ болѣзней въ раннемъ возрастѣ. Яснѣе всего это замѣтно по отношенію къ кори. Однократное перенесеніе этой болѣзни создаетъ на всю жизнь почти абсолютную невосприимчивость къ кори, такъ что повторное заболѣваніе корью составляетъ величайшую рѣдкость. Такъ какъ къ концу 1-го года жизни уже почти всѣ дѣти восприимчивы къ кори, такъ какъ въ большинствѣ населенныхъ мѣстъ современныхъ культурныхъ странъ дѣти имѣютъ возможность заразиться корью уже въ первые годы жизни, то корь и принимаетъ обыкновенно характеръ дѣтской болѣзни, хотя взрослые обладаютъ совершенно такой же восприимчивостью къ ней, какъ и дѣти.

Точно также и многія другія инфекціонныя болѣзни оставляютъ послѣ однократнаго заболѣванія извѣстную невосприимчивость на послѣдующее время. Однако, наши свѣдѣнія въ этомъ отношеніи еще очень ненадежны; помимо кори, такой пріобрѣтенный иммунитетъ играетъ важную роль при оспѣ, хотя здѣсь онъ отнюдь не имѣетъ абсолютнаго значенія. Что касается нѣкоторыхъ другихъ инфекціонныхъ болѣзней (коклюша, скарлатины), то иммунитетъ при нихъ хотя и признается многими авторами, но несомнѣнно ему часто придается невѣрное толкованіе и преувеличенная оцѣнка, какъ на это правильно указала Gottstein. При дифтеріи пріобрѣтенный иммунитетъ сохраняется безусловно только очень короткое время. Но если даже допустить, что однократное перенесеніе инфекціонной болѣзни создаетъ въ общемъ продолжительную невосприимчивость, то все-таки необходимо признать особое предрасположеніе дѣтскаго возраста къ извѣстнымъ инфекціоннымъ болѣзнямъ, такъ какъ неоднократно приходится наблюдать, что старшія дѣти и взрослые, никогда не болѣвшіе данной инфекціонной болѣзью, остаются здоровыми, несмотря на возможность зараженія, между тѣмъ какъ дѣти младшаго возраста при тѣхъ же условіяхъ заболѣваютъ (напр. при вѣтряной оспѣ). Корь рано или поздно продѣлываетъ большинство людей, коклюшъ—очень многіе, но отъ скарлатины остается свободнымъ большее число лицъ, а отъ дифтеріи—еще большее. Gottstein сдѣлалъ попытку выразить въ цифрахъ восприимчивость къ отдѣльнымъ болѣзнямъ при опредѣленныхъ условіяхъ; для этого онъ опредѣлялъ такъ наз. коэффициентъ заразительности (kontagionsindex). Для кори этотъ коэффициентъ оказался равнымъ 95%, для скарлатины—40%, для дифтеріи 10—15%. Эти цифры, конечно, не имѣютъ абсолютнаго значенія, но все-таки онѣ иллюстрируютъ различіе въ восприимчивости къ тремъ названнымъ болѣзнямъ—различіе, которое объясняетъ намъ, почему эпидеміи кори протекаютъ очень быстро, эпидеміи скарлатины значительно медленнѣе, а эпидеміи дифтеріи, въ общемъ, еще болѣе медленно и болѣе вяло.

Относительно причины повышенной восприимчивости дѣтскаго возраста къ извѣстнымъ инфекціоннымъ болѣзнямъ мы



можемъ въ настоящее время только высказывать различныя предположенія. Отчасти она несомнѣнно зависитъ отъ меньшей стойкости и большей проницаемости слизистыхъ оболочекъ у дѣтей, что создаетъ благоприятныя условія для проникновенія микробовъ. Здѣсь, по всей вѣроятности, играютъ роль, какъ механическіе, такъ и морфологическіе моменты, объясняющіе, почему болѣе плотныя и покрытыя болѣе прочнымъ эпителиемъ слизистыя оболочки взрослыхъ (рѣчь идетъ, главнымъ образомъ, о полости носа, миндалинахъ и глоткѣ) представляютъ большее препятствіе противъ внѣдренія микроорганизмовъ. Кромѣ того у ребенка меньше защитительныхъ приспособленій, меньше бактерицидной силы и другихъ врожденныхъ и приобретенныхъ защитительныхъ тѣлъ. Во многихъ случаяхъ инфекция облегчается поврежденіями поверхности слизистыхъ оболочекъ или катарромъ и воспаленіемъ ихъ. Этимъ объясняется склонность къ дифтеріи и крупу въ холодное время года, когда слизистая оболочка глотки и дыхательныхъ путей особенно часто поражается катаррами; такъ же объясняется предрасположеніе коревыхъ больныхъ къ вторичной инфекціи крупомъ. Точно также склонность дѣтей съ лимфатическимъ сложеніемъ къ дифтеріи и скарлатинѣ, по крайней мѣрѣ, отчасти объясняется наличностью у нихъ аденоидныхъ разрошенной и хроническаго катарра глотки, облегчающихъ фиксацію на слизистой оболочкѣ болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ. Существуютъ, однако, инфекціонныя болѣзни, предрасположеніе къ которымъ настолько велико, что люди заболѣваютъ ими независимо отъ того, здоровы или больны воспринимающія слизистыя оболочки (такъ корь, инфлюэнца). Съ другой стороны, тѣ поврежденія слизистыхъ оболочекъ, которыя вызываються самими инфекціонными болѣзнями, въ высокой степени облегчаютъ вторичную инфекцію, обусловливаемую преимущественно гноеродными бактеріями (стрепто-, стафило- и пнеймококками). Отъ этихъ - то вторичныхъ инфекцій и зависитъ теченіе большинства инфекціонныхъ болѣзней, а также и большая часть смертельныхъ исходовъ (напр., при кори и коклюшѣ, а также при скарлатинѣ). Въ то время какъ грудной возрастъ, по сравненію съ позднѣйшими возрастами, обнаруживаетъ меньшую воспримчивость къ типическимъ острымъ инфекціямъ, онъ, напротивъ, какъ ни одинъ другой возрастъ, чрезвычайно склоненъ къ мѣстнымъ и общимъ инфекціямъ гноеродными бактеріями и другими возбудителями воспаленія; въ особенности это относится къ первымъ мѣсяцамъ жизни и еще больше къ новорожденнымъ. Нѣжное строеніе и ранимость кожи и слизистыхъ оболочекъ, ослабленный иммунитетъ вслѣдствіе многочисленныхъ разстройствъ питанія (у искусственно вскармливаемыхъ дѣтей), нерѣдко встрѣчающійся экссудативный диатезъ—всѣ эти моменты, часто наблюдаемые одновременно, легко объясняютъ повышенную воспримчивость и пониженную сопротивляемость маленькихъ дѣтей по отношенію къ различнымъ инфекціямъ. (Подробности см. въ главѣ о болѣзняхъ новорожденныхъ и объ общемъ сепсисѣ).

Не вполне разъясненъ до сихъ поръ вопросъ о происхожденіи эпидемій. Только при кори дѣло обстоитъ довольно просто. Здѣсь мы видимъ періодическія вспышки эпидеміи черезъ каждые 2 года, когда подрастаетъ новая масса воспримчивыхъ индивидуумовъ. При другихъ болѣзняхъ возникновеніе эпидемій почти не поддается объясненію. Во многихъ случаяхъ можно видѣть причину въ повышеніи вирулентности возбудителя. Такъ, напр., въ серединѣ прошлаго вѣка скарла-

тина въ Англіи приняла такіе размѣры, что одно время даже говорили объ особомъ предрасположеніи англо-саксонской расы къ этой болѣзни; однако рѣзкое паденіе заболѣваемости скарлатиной въ Англіи за послѣднія 20 лѣтъ показало неосновательность такого предположенія. При дифтеріи мы имѣемъ возможность опредѣлить вирулентность микробовъ опытами на морскихъ свинкахъ. Часто при особенно злокачественныхъ эпидеміяхъ или въ отдѣльныхъ, особенно злокачественныхъ случаяхъ вирулентность дифтерійныхъ палочекъ оказывается, дѣйствительно, рѣзко повышенной; однако никакой законѣрности въ этомъ отношеніи установить не удается. Общепринятымъ считается тотъ фактъ, что во время эпидемій и при существованіи очень злокачественныхъ случаевъ взрослые заболѣвають въ гораздо большемъ числѣ, чѣмъ при обыкновенныхъ обстоятельствахъ.

**Возможность зараженія** у дѣтей гораздо больше, чѣмъ у взрослыхъ, такъ какъ дѣти тѣсно соприкасаются между собой въ семьѣ, скопляются въ большемъ числѣ въ ясляхъ, школахъ и пр. Затѣмъ зараженіе существенно облегчается привычной нечистоплотностью дѣтей въ обращеніи съ своими секретами и экскретами. Отдѣляемымъ носомъ и ртомъ дѣти пачкаютъ себѣ лицо, руки, постель, одежду, а отсюда заразное вещество прямо или косвенно распространяется дальше. Общее пользованіе носовыми платками, тѣсное соприкосновеніе съ поверхностью пола при ползаніи также создаютъ множество случаевъ для зараженія. Нечистоплотная обстановка, неопрятное содержаніе самихъ дѣтей особенно благопріятствуютъ зараженію тѣми болѣзнями, которыя—какъ напр., дифтерія,—распространяются чаще всего путемъ непрямого контакта. Вотъ почему эта „болѣзнь неопрятныхъ“ чаще встрѣчается среди дѣтей пролетаріата, чѣмъ среди дѣтей, пользующихся хорошимъ уходомъ. Всѣ эти возможности зараженія гораздо рѣже имѣютъ мѣсто въ грудномъ возрастѣ, какъ вслѣдствіе неспособности грудныхъ дѣтей къ передвиженію, такъ и вслѣдствіе относительной изолированности этихъ дѣтей отъ дѣтей младшаго возраста; этимъ отчасти объясняется, почему грудныя дѣти меньше подвержены инфекціоннымъ заболѣваніямъ. Значеніе изоляціи, какъ профилактическаго момента, естественнымъ образомъ замѣтнѣе при тѣхъ болѣзняхъ, которыя передаются прямо отъ человѣка къ человѣку. Такъ, напр., общеизвѣстно, что чѣмъ ниже по соціальному своему положенію извѣстный слой населенія, тѣмъ въ болѣе раннемъ возрастѣ онъ переноситъ корь. Дѣти престоляродья продѣлываютъ корь въ первые годы жизни (казармы съ большимъ дѣтскимъ населеніемъ, ясли, школы), привилегированные верхи—въ высшей школѣ, въ княжескихъ же семьяхъ, гдѣ дѣти воспитываются съ заботливой изолированностью, корью заболѣвають обыкновенно уже взрослыми.

Въ прежнее время особый интересъ возбуждали различныя случайныя комбинаціи инфекціонныхъ болѣзней, въ особенно острыхъ сыпныхъ болѣзняхъ. Но съ тѣхъ поръ, какъ мы узнали, что эти болѣзни обуславливаются специфическими возбудителями, одновременное заболѣваніе одного и того же индивидуума двумя или даже тремя инфекціонными болѣзнями не представляетъ для насъ ничего непонятнаго и интересуется насъ лишь постольку, поскольку это отражается на теченіи заболѣванія или усложняетъ распознаваніе. Комбинація кори со скарлатиной, кори и скарлатины съ дифтеріей или одной изъ этихъ болѣзней съ вѣтряной оспой не представляетъ

рѣдкости; напротивъ, въ госпиталяхъ при недостаточной изоляціи такіа комбинаціи встрѣчаются даже часто.

Въ общемъ взаимное вліяніе одновременныхъ заболѣваній не особенно велико. Конечно, если встрѣчаются двѣ тяжелыя инфекціи, то прогнозъ становится значительно хуже. Иногда инкубаціонный періодъ одной инфекціонной болѣзни удлинняется вслѣдствіе присоединенія другой; такъ бываетъ, напр., при кори. При вѣтряной оспѣ мнѣ приходилось наблюдать временный перерывъ въ теченіи болѣзни вслѣдствіе заболѣванія пневмоніей и возобновленіе ея послѣ кризиса. Больше всего нужно бояться присоединенія другой инфекціонной болѣзни при кори, которая легко принимаетъ при этомъ злокачественное теченіе. Особенно опасно осложненіе кори дифтеріей, такъ какъ корь, повидимому, создаетъ особое предрасположеніе къ распространенію дифтеріи вдоль ларинго-трахеальной трубки, что нерѣдко ведетъ къ смерти. Точно также коревые больные проявляютъ пониженную сопротивляемость по отношенію къ туберкулезу. Съ другой стороны, очень печальнымъ обстоятельствомъ нужно считать присоединеніе кори къ коклюшу, такъ какъ это часто ведетъ къ тяжелымъ легочнымъ осложненіямъ; то же замѣчается при осложненіи скарлатины корью.

Послѣ инфекціонныхъ болѣзней могутъ остаться различныя послѣдствія. Въ большинствѣ случаевъ, правда, если не наступила смерть, дѣло оканчивается полнымъ выздоровленіемъ. Въ другихъ случаяхъ, однако, остаются на долгое время или навсегда извѣстныя измѣненія: катарры при коклюшѣ и кори, пониженіе слуха, разстройства сердца и почекъ при скарлатинѣ и т. д. Иногда послѣ болѣзни развивается эксудативный діатезъ; преимущественно это наблюдается послѣ вѣтряной оспы и кори; корь даетъ нерѣдко толчокъ къ развитію туберкулеза. Съ другой стороны, приходится иногда наблюдать, что здоровье ребенка послѣ болѣзни становится лучше, чѣмъ было до нея; поразительные случаи въ этомъ родѣ я видѣлъ нѣсколько разъ послѣ коклюша.

**Предсказаніе** при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ у дѣтей зависитъ отъ цѣлага ряда такихъ моментовъ, которые у взрослого вовсе не имѣютъ значенія или играютъ только второстепенную роль. Бросается въ глаза тотъ фактъ, что у дѣтей, вскармливаемыхъ грудью, шансы на выздоровленіе значительно выше, чѣмъ у рожковыхъ дѣтей. Громадное значеніе имѣютъ жилищныя условія и качества ухода. Отъ этихъ факторовъ исходъ часто зависитъ въ большей мѣрѣ, чѣмъ отъ характера самой болѣзни. Въ особенности вліяніе этихъ факторовъ сказывается при тѣхъ болѣзняхъ, гдѣ рѣшающее значеніе имѣетъ вторичная инфекция (коклюшъ, корь). Рахитъ, какъ болѣзнь прелетаріата *par excellence*, также оказываетъ вліяніе на теченіе инфекціонныхъ болѣзней въ первые годы жизни. Затѣмъ очень большое значеніе имѣютъ извѣстные діатезы. Чрезвычайно неблагоприятно отражается на исходѣ инфекціонныхъ болѣзней наличность рѣзко выраженного эксудативнаго (лимфатическаго) діатеза, что всего рѣзче даетъ себя знать при дифтеріи и скарлатинѣ. Рыхлыя или тучныя, пораженныя экземой дѣти погибаютъ иногда чрезвычайно быстро, на 1—3 день болѣзни, хотя бы болѣзнь и не имѣла особенно тяжелаго теченія. Дѣти съ нейропатической конституціей въ общемъ переносятъ тяжелѣе инфекціонныя болѣзни, въ особенности коклюшъ; послѣдній также тяжело протекаетъ у дѣтей, страдающихъ спазмофиліей.

**Профилактика** дѣтскихъ инфекціонныхъ болѣзней имѣетъ разностороннія задачи. При болѣзняхъ безусловно доброкачественныхъ, какъ, напр., краснуха, нѣтъ основанія особенно настойчиво проводить профилактическія мѣры. При болѣзняхъ, которыхъ почти невозможно избѣжать (корь), а также при болѣзняхъ, избѣжать которыхъ очень трудно (коклюшъ) и которыя въ старшемъ возрастѣ не протекаютъ болѣе злокачественно, задача сводится къ тому, чтобы по возможности избавить ребенка отъ заболѣванія по крайней мѣрѣ въ наиболѣе опасномъ возрастѣ—въ первые 3—4 года. Старшихъ дѣтей, если они здоровы, нѣтъ надобности особенно заботливо оберегать отъ заболѣванія этими болѣзнями, а также вѣтряной оспой, такъ какъ—по крайней мѣрѣ, что касается кори—предохранить отъ нея ребенка навсегда едва ли есть возможность, а у взрослыхъ она часто протекаетъ тяжело, чѣмъ у дѣтей \*).

Но всѣ средства должны быть употреблены, чтобы избѣжать тяжелыхъ инфекціонныхъ болѣзней, какъ скарлатина и дифтерія, относительно исхода которыхъ мы никогда не можемъ быть спокойны. Самымъ дѣйствительнымъ средствомъ для этого является строжайшая **изоляция ребенка** и того, кто за нимъ ухаживаетъ; однако, въ домашней обстановкѣ такая изоляція можетъ быть проведена въ очень немногихъ семьяхъ. Поэтому чрезвычайно желательно, чтобы скарлатинозные и дифтерійные больные, которые не могутъ быть надлежащимъ образомъ изолированы дома—вслѣдствіе ли недостатка персонала или вслѣдствіе тѣсноты жилища—помѣщались въ больницы; для того, чтобы облегчить эту мѣру, было бы желательно въ большихъ городахъ давать домашнему врачу право продолжать леченіе пациента въ больницѣ.

Чтобы изоляція достигала своей цѣли, необходимо, конечно, чтобы ухаживающій персоналъ получалъ отъ врача подробныя инструкціи и тщательно ихъ выполнялъ (отдѣльная посуда и другіе предметы обихода, если возможно, отдѣльный клозетъ въ комнатѣ больного, дезинфекція рукъ); врачъ при посѣщеніи скарлатинныхъ и дифтерійныхъ больныхъ долженъ надѣвать бѣлый халатъ, а послѣ посѣщенія дезинфицировать руки и даже лицо. Далѣе, чтобы воспрепятствовать распространенію болѣзни необходимо тщательно удалять выдѣленія больного послѣ предварительной дезинфекціи (тифъ), а также мокроту, отдѣляемое полости рта и носа (при дифтеріи и скарлатинѣ). Въ частныхъ домахъ гораздо важнѣе послѣдующей дезинфекціи нужно считать разумное веденіе дѣла во время самой болѣзни, именно—принятіе всѣхъ мѣръ къ тому, чтобы черезъ вещи больного, черезъ ухаживающій персоналъ болѣзнь не распространялась на всю квартиру.

Когда болѣзнь вполне закончилась, необходимо произвести **основательную дезинфекцію** какъ помѣщенія, въ которомъ находился больной, такъ и всѣхъ вещей, съ которыми онъ приходилъ въ соприкосновеніе:

\*) Съ подобнымъ, довольно радикальнымъ совѣтомъ мы никакъ согласиться не можемъ уже по одному тому, что авторъ, говоря о безопасности кори, коклюша и вѣтряной оспы для дѣтей старше 4 лѣтъ, осторожно добавляетъ «если они здоровы». Въ томъ-то вся и суть, что среди дѣтей современнаго человечества, будутъ ли они продуктомъ пролетарія, буржуазіи, правящаго класса, не такъ-то много безусловно здоровыхъ, нормально развивающихся, не носящихъ въ себѣ тѣхъ или иныхъ унаслѣдованій. Правда, дѣти Германіи и Скандинавіи стоятъ, въ этомъ отношеніи, особнякомъ, краснорѣчиво говоря своимъ безукоризненнымъ здоровьемъ о мощи націи, которымъ они принадлежатъ и на которыя съ завистью смотритъ культурный міръ.

помѣщеніе дезинфицируется формальдегидомъ, бѣлье подвергается паровой стерилизаціи, книги обмываются сулемой, карболовой кислотой и т. д. Не нужно, однако, ждать отъ такой дезинфекціи слишкомъ многого, такъ какъ нерѣдко даже послѣ самой тщательной дезинфекціи приходится наблюдать новыя заболѣванія и, наоборотъ—при отсутствіи всякой дезинфекціи заболѣванія часто не повторяются. Гораздо важнѣе дезинфекціи укрѣпить организмъ ребенка въ борьбѣ съ инфекціонными болѣзнями при помощи рациональнаго образа жизни и правильнаго питанія въ періодѣ здороваго его состоянія для того, чтобы поднять силы, предохранить отъ рахита и туберкулеза, устранить эксудативный діатезъ. Если изоляція желательна при всѣхъ наиболѣе важныхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, то дезинфекція послѣ заболѣванія имѣетъ извѣстный смыслъ только при скарлатинѣ и дифтеріи (менѣе важныя болѣзни мы оставляемъ въ сторонѣ), между тѣмъ какъ при кори и коклюшѣ она совершенно излишня.

Далѣе на врача падаютъ извѣстныя обязанности по отношенію къ **общественному здравоохраненію**—обязанности, которыя во многихъ странахъ установлены закономъ, главнымъ образомъ для охраны школъ.

Если ребенокъ боленъ какой-либо инфекціонной болѣзнью, хотя бы даже краснухой, онъ не долженъ посѣщать школы во все время болѣзни. Здѣсь могутъ быть рекомендованы слѣдующія профилактическія мѣры (если общегосударственные или мѣстные законы не предъявляютъ другихъ требованій): Дѣти могутъ возобновить посѣщеніе школы не ранѣе, чѣмъ черезъ 3 недѣли послѣ начала кори (считая отъ момента высыпанія); послѣ коклюша, только по совершенномъ прекращеніи приступовъ, при дифтеріи не ранѣе, чѣмъ черезъ 14 дней по исчезновеніи налетовъ; при скарлатинѣ не ранѣе, чѣмъ черезъ 8 недѣль послѣ начала заболѣванія, но во всякомъ случаѣ не ранѣе, чѣмъ совершенно излечатся всѣ осложненія (отитъ и пр.); здѣсь требуется дезинфекція одежды, повторныя ванны послѣ выздоровленія. Если въ семьѣ имѣлъ мѣсто случай инфекціоннаго заболѣванія, то здоровыя дѣти—когда дѣло идетъ о скарлатинѣ или дифтеріи—не должны посѣщать школу 2 недѣли (при скарлатинѣ—3). Если больной удаленъ изъ квартиры, то здоровыя дѣти могутъ начать посѣщать школу при дифтеріи черезъ 8 дней послѣ разобщенія. Если въ семьѣ имѣется случай кори, то здоровыя дѣти, моложе 6 лѣтъ и не перенесшія кори, должны въ теченіе 3 недѣль не посѣщать школы и другихъ мѣстъ скопленія дѣтей младшаго возраста. При коклюшѣ здоровыя дѣти изъ семьи больного не должны посѣщать въ теченіе всей болѣзни такихъ мѣстъ, гдѣ собираются маленькія дѣти изъ школъ для младшаго возраста, яслей и пр. Если они при этомъ кашляютъ, то имъ должно быть воспрещено посѣщеніе всякихъ школъ.

Что касается государства, которое такъ много дѣлаетъ для борьбы съ оспой (оспопрививаніе) и принимаетъ строгія мѣры противъ заноса извнѣ холеры и чумы, то въ области борьбы съ внутренними инфекціонными болѣзнями оно могло бы дѣлать гораздо больше, чѣмъ это имѣло мѣсто до сихъ поръ; такъ, напр., оно могло бы организовать бесплатное леченіе дифтерійныхъ, скарлатинозныхъ и, пожалуй, коревыхъ больныхъ въ своихъ больницахъ, а также бесплатную перевозку такихъ больныхъ въ особые желѣзнодорожныя вагоны, въ городахъ—въ особые каретахъ, оно могло бы устраивать особыя открытыя площадки для коклюшныхъ дѣтей и т. д.

## Скарлатина.

Скарлатина представляет специфическую сыпную инфекционную болѣзнь, характеризующуюся ангиной, мелкоточечной кожной сыпью и склонностью къ извѣстнымъ послѣдовательнымъ болѣзнямъ (какъ нефритъ и др.). Болѣзнь эта была впервые подробно описана и строго отграничена отъ другихъ сыпныхъ болѣзней Sydenham'омъ въ Лондонѣ, въ концѣ 17-го столѣтія.

Возбудитель скарлатины еще не извѣстенъ. Въ омертвѣвшихъ и нагноившихся тканяхъ, въ крови больныхъ находятъ даже въ болѣе легкихъ случаяхъ особый видъ стрептококка, которому нѣкоторые авторы приписываютъ этиологическую роль; однако большинство отрицаетъ это предположеніе. Дѣйствительно строгихъ доказательствъ въ пользу такого предположенія до сихъ поръ не приведено, между тѣмъ какъ многое говоритъ противъ него [иммунитетъ послѣ однократнаго заболѣванія и т. д.] \*).

Однако, приводимое нерѣдко возраженіе, что стрептококкъ этотъ часто не можетъ быть найденъ въ совершенно свѣжихъ случаяхъ—оправдывается далеко не всегда. Въ одномъ чрезвычайно остромъ случаѣ, который мнѣ пришлось наблюдать и который закончился смертью въ теченіе 16 часовъ, были найдены внутри миндалинъ некротическіе участки, которые были набиты стрептококками, несмотря на то, что съ поверхности миндалинъ были очень мало измѣнены. Въ одномъ пунктѣ согласно большинству авторовъ—что теченіе скарлатины и ея осложненій зависитъ, главнымъ образомъ, отъ этихъ стрептококковъ. Нѣкоторые наблюдатели утверждаютъ, что они находили въ крови одинаковое количество стрептококковъ и въ случаяхъ съ осложнениями, и въ случаяхъ безъ осложнений.

Скарлатина очень часто передается отъ больныхъ къ здоровымъ, особенно въ началѣ болѣзни, но также и за нѣсколько дней до начала. Возможность переноса болѣзни несомнѣнно существуетъ съ момента появленія первыхъ болѣзненныхъ явленій, а затѣмъ въ ослабленной степени она сохраняется еще въ теченіе нѣсколькихъ недѣль. Особенно часто распространеніе болѣзни совершается черезъ легкіе, амбулаторные или нераспознанные случаи (ангина безъ сыпи). Въ большинствѣ дѣлъ идетъ о контактной инфекціи, если не имѣется прямой передачи отъ больного къ здоровому черезъ кашель. Возможность переноса несомнѣнно сохраняется еще въ періодѣ шелушенія, но лежитъ ли зараза въ шелушащемся эпидермисѣ, въ секретѣ полости рта, въ выделяющемся изъ уха гноѣ—этого мы не знаемъ. Подкожная прививка секрета полости рта, взятаго отъ свѣжихъ случаевъ, давали у дѣтей заболѣваніе скарлатиной, что указываетъ, по крайней мѣрѣ въ началѣ болѣзни, на содержаніе въ этомъ секретѣ возбудителей скарлатины. Что возможность переноса сохраняется при скарлатинѣ очень долго, это ясно доказываютъ тѣ случаи, гдѣ дѣти, совершенно выздоровѣвшія, съ вполне закончившимся шелушеніемъ, подвергшіяся тщательной дезинфекціи, вернувшись домой черезъ 6—8 недѣль послѣ начала болѣзни, все-таки заражали дома своихъ братьевъ и сестеръ. Довольно часто переносъ совершается косвенно черезъ здоровыхъ субъектовъ, черезъ предметы обихода, одежду и т. д., на кото-

\*) Опыты надъ обезьянами американскаго врача Vipond'a трудно оставлять безъ вниманія, такъ какъ культивированный имъ микробъ sui generis производилъ при экспериментахъ надъ названными животными характерную сыпь, столь же характерныя пораженія зѣва и въ послѣдующемъ раздраженіе почекъ.

рыхъ возбудитель можетъ сохранять жизнеспособность цѣлые мѣсяцы, даже 1—2 года. Въ спорадическихъ случаяхъ обыкновенно не удается найти источникъ зараженія; во время эпидеміи чаще приходится имѣть дѣло съ прямымъ зараженіемъ.

**Мѣсто проникновенія** возбудителя въ организмъ не можетъ быть съ точностью установлено до тѣхъ поръ, пока мы не знаемъ самого возбудителя. Однако, многое говоритъ за то, что входными воротами для инфекціи является полость глотки. Въ пользу этого говорятъ случаи хирургической скарлатины, не сопровождающейся ангиной, которая, вообще говоря, составляетъ нормальную принадлежность скарлатины. Въ такихъ случаяхъ рана бываетъ покрыта грязнымъ налетомъ, сыпь начинается съ мѣста раны, что доказываетъ, что въ видѣ исключенія скарлатинозный ядъ можетъ проникнуть черезъ кожное поврежденіе (трахеотомическая рана, сцарапанная пустула вѣтряной оспы и пр.). Случаи «скарлатины послѣ ожоговъ» представляютъ, по моему мнѣнію, по крайней мѣрѣ частью, токсическія эритемы.

**Инкубационный періодъ** въ большинствѣ случаевъ длится 3—5 дней, въ отдѣльныхъ случаяхъ, въ особенности при хирургической скарлатинѣ, только 24 часа.

Чаще всего заболѣваютъ дѣти въ возрастѣ 3—6 лѣтъ. Во вторую половину грудного возраста скарлатина наблюдается рѣдко, еще рѣже между 3—6 мѣсяцами, только въ видѣ исключенія у новорожденныхъ—именно при одновременномъ заболѣваніи матери. Если иногда попадаютъ указанія на частое появленіе скарлатины у новорожденныхъ (см. табл. на стр. 532), то это объясняется тѣмъ, что за скарлатину часто принимаютъ рѣзко выраженные случаи erythema neonatorum. До 20—30 лѣтъ болѣзнь встрѣчается не особенно рѣдко, послѣ этого воспримчивость начинаетъ исчезать. Однократное заболѣваніе оставляетъ продолжительный иммунитетъ. Впрочемъ, вторичныя заболѣванія все-таки наблюдаются, хотя и рѣже, чѣмъ при кори.

**Предрасположеніе** къ скарлатинѣ значительно менѣе распространено, чѣмъ къ кори и даже къ коклюшу, такъ что обыкновенно заболѣваетъ только небольшой процентъ всѣхъ лицъ, не перенесшихъ скарлатины; процентъ этотъ даже при сильныхъ эпидеміяхъ не превышаетъ 20-ти. Благодаря этому въ многолѣтнихъ семьяхъ даже при отсутствіи всякой изоляціи нерѣдко наблюдаются только единичныя заболѣванія, между тѣмъ какъ при кори заболѣваютъ всѣ, кто не перенесъ этой болѣзни раньше, при коклюшѣ—большинство.

Эпидемиологія скарлатины имѣетъ одну особенность: въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ болѣзнь появляется лишь спорадически, время отъ времени давая незначительныя вспышки, однако не исчезая совершенно; затѣмъ черезъ неправильные промежутки въ 5, 10 и болѣе лѣтъ она даетъ болѣе крупныя эпидеміи, которыя медленно нарастаютъ и медленно затихаютъ, никогда, однако, не достигая такихъ громадныхъ размѣровъ, какъ эпидеміи кори (см. кривую 108 на стр. 523). Другая характерная особенность скарлатины заключается въ томъ, что она можетъ въ теченіе ряда лѣтъ, даже десятилѣтій, отличаться чрезвычайной доброкачественностью, а затѣмъ внезапно, безъ всякой видимой причины принимаетъ характеръ ужасной, истребительной эпидеміи.

Въ Европѣ скарлатина встрѣчается всюду, въ другихъ странахъ (Индія, Японія) она, повидимому, наблюдается очень рѣдко.

**Патологическая анатомія.** Хотя съ внѣшней стороны скарлатинозная ангина часто очень похожа на дифтерію, но въ дѣйствительности при скарлатинѣ процессъ имѣетъ гораздо болѣе флегмонозный характеръ, глубже проникаетъ въ ткань миндалинъ и обнаруживаетъ большую наклонность къ нагноенію. При очень сильныхъ ангинахъ пораженные ткани подвергаются воспалительному некрозу съ образованіемъ плотнаго экссудата, покрывающаго слизистую оболочку и пронизывающаго всю ея толщу (коагуляціонный некрозъ, скарлатинозный дифтероидъ); въ этомъ экссудатѣ очень скоро оказывается масса стрептококковъ. Некрозъ легко проникаетъ въ глубину и уничтожаетъ не только видимыя части глотки, но и сосѣднія железы, которыя отчасти подвергаются гнойному распаду. Далѣе стрептококки вызываютъ сплошь и рядомъ флегмонозный процессъ съ нагноеніемъ въ средостѣнни, въ ухѣ, въ суставахъ, отчасти благодаря предварительнымъ измѣненіямъ, обусловленнымъ скарлатинознымъ ядомъ, отчасти въ видѣ самостоятельнаго септического процесса. Часто въ трупахъ умершихъ отъ скарлатины находятъ гиперплазію всего лимфоиднаго аппарата.

Картина болѣзни при скарлатинѣ настолько измѣнчива и пестра, настолько непостоянна, какъ въ смыслѣ интенсивности симптомовъ, такъ и въ смыслѣ ихъ числа, что дать общее описаніе ея совершенно невозможно. Для болѣе легкаго пониманія предмета лучше всего изобразить сперва наиболѣе частую среднюю форму умеренной интенсивности, а затѣмъ уже изложить многочисленныя варіаціи и осложненія болѣзни.

#### Обычная картина болѣзни.

Послѣ инкубационнаго періода въ 3—5 (2—8) дней, не сопровождающагося никакими симптомами, болѣзнь начинается внезапно, иногда въ школьные часы, иногда среди ночи. Первыми симптомами являются рвота, высокая температура, тяжелое общее состояніе; ребенокъ ложится въ постель. Дѣти старшаго возраста жалуются на головную боль и боль въ шеѣ, у маленькихъ дѣтей наблюдается рѣзкая апатія, безпокойство, бредъ, иногда судороги.

Приглашенный врачъ констатируетъ высокую температуру между 39 и 40° при отсутствіи заболѣванія какого-либо опредѣленнаго органа. Только въ зѣвѣ имѣется сильная краснота, рѣзко отграниченная отъ твердаго неба. Подчелюстные лимфатическія железы оказываются нѣсколько увеличенными и чувствительными къ давленію, иногда то же наблюдается и въ паховыхъ железахъ (Pospischill). Интенсивное покраснѣніе зѣва можетъ навести опытнаго врача на мысль о скарлатинѣ, но полное подтвержденіе діагноза получаетъ только послѣ появленія кожной сыпи.

**Высыпаніе** начинается черезъ 12—24 часа послѣ начала болѣзни и появляется сперва на шеѣ, груди или спинѣ; въ рѣдкихъ случаяхъ



Рис. 113. Дѣвочка 5 лѣтъ; 14-й день тяжелой скарлатины. Флегмона шейныхъ железъ съ обѣихъ сторонъ. Сильное шелушеніе (на рукахъ и туловищѣ). (Бреславская клиника, проф. Tobler).



оно начинается съ конечностей. Съ шеи или съ груди сыпь распространяется сперва на все туловище, затѣмъ на бедра и плечи и, наконецъ, на предплечья, кисти, голени и стопы. Въ теченіе приблизительно двухъ дней сыпь достигаетъ максимальнаго развитія и покрываетъ все тѣло за исключеніемъ лица, на которомъ обыкновенно наблюдается только интенсивное покраснѣніе щекъ. Совершенно свободными остаются носъ, верхняя губа и подбородокъ; этотъ блѣдный треугольникъ (съ основаніемъ на подбородкѣ) составляетъ рѣзкій контрастъ съ остальными участками покраснѣвшей кожи, что и является однимъ изъ характерныхъ симптомовъ скарлатины. Кожная сыпь состоитъ сперва изъ отдѣльныхъ очень маленькихъ свѣтлорозовыхъ пятенъ, между которыми можно еще ясно различить нормальную кожу. Но затѣмъ промежутки все болѣе и болѣе заполняются новыми пятнами, такъ что черезъ 1—2 дня имѣется уже сливная, все болѣе и болѣе краснѣющая высыпь; только на нѣкоторыхъ участкахъ, напр., на внутреннихъ поверхностяхъ бедеръ или на тыльной поверхности рукъ можно еще различить, что сыпь эта состоитъ изъ отдѣльныхъ пятенъ. Если подавать кожу пальцемъ, то вначалѣ сыпь исчезаетъ совершенно, а по прекращеніи давленія краснота появляется вновь, причемъ при сливной сыпи сперва выступаютъ отдѣльные красныя пятна, которыя затѣмъ быстро сливаются между собой.

Если сыпь существуетъ уже болѣе долгое время, то при давленіи пальцемъ на кожѣ остается желтое окрашиваніе. Вся кожа оказывается при этомъ нѣсколько припухшей. По мѣрѣ распространенія сыпи и появленія все новыхъ и новыхъ пятенъ свѣтлорозовый цвѣтъ сыпи постепенно превращается въ интенсивно-красный, такъ что въ концѣ-концовъ кожа больного кажется пурпурной.

Отдѣльное пятнышко имѣетъ вначалѣ свѣтлорозовый цвѣтъ, гладкую поверхность, круглыя очертанія и величину приблизительно въ 1 миллим. Въ дальнѣйшемъ это пятнышко слегка приподнимается, такъ что при боковомъ освѣщеніи кожа напоминаетъ шагрень, а палецъ, проведенный по кожѣ, ощущаетъ легкую неровность. На тыльной поверхности кисти и стопы припуханіе фолликулъ особенно замѣтно; нерѣдко здѣсь образуются болѣе крупныя пятна, чѣмъ въ другихъ мѣстахъ. Иногда пятна превращаются въ маленькіе пузырьки съ мутнымъ бѣловатымъ содержимымъ; на вершинѣ пузырьковъ вскорѣ образуется корочка—*scarlatina miliaris*—одна изъ вариаций сыпи, не имѣющая особенно дурнаго значенія. Напротивъ, образованіе чрезвычайно большихъ папулъ скорѣе указываетъ на тяжелый характеръ болѣзни. Иногда въ области плечъ или на мѣстахъ, гдѣ кожа подвергается давленію или раздраженію со стороны платья, появляются точечныя кровоизліянія. Если по скарлатинозной кожѣ провести ногтемъ, то быстро образуется бѣлая полоса вслѣдствіе спазма сосудодвигателей (*Raie blanche*). Часто, въ особенности въ легкихъ случаяхъ, сыпь сопровождается мучительнымъ зудомъ, и дѣти ее расчесываютъ.

На 3—5 день болѣзни сыпь достигаетъ наивысшаго развитія, затѣмъ она постепенно блѣднѣетъ въ томъ же порядкѣ, въ какомъ появилась. На 7-й день или въ началѣ 2-й недѣли сыпи уже совершенно нѣтъ. Тогда начинается шелушеніе; иногда, впрочемъ, оно появляется еще при наличности сыпи; въ большинствѣ случаевъ шелушеніе начинается на 2-й недѣлѣ, но иногда и позже; прежде всего



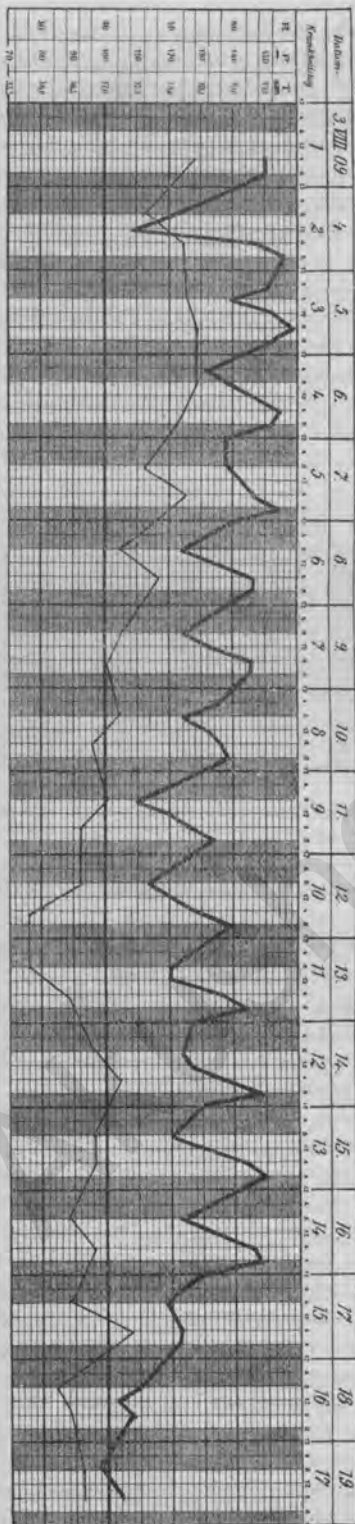


Рис. 115. Мальчикъ 7 лѣтъ. Скарлатина. Длительная лихорадка безъ осложнений. Ангина безъ налетовъ.

рое повышение. Интенсивность лихорадки больше зависитъ отъ ангины, чѣмъ отъ сыпи. Въ неосложненныхъ случаяхъ температура, какъ правило, спадаетъ литически ступенеобразно, обыкновенно въ концѣ 1 й или въ началѣ 2-й недѣли (см. рис. 114). Иногда, притомъ не очень рѣдко лихорадка безъ всякихъ видимыхъ причинъ держится уже послѣ исчезновенія сыпи всю вторую недѣлю, при отсутствіи какихъ-либо осложнений (см. рис. 115).

Пульсъ съ самаго начала рѣзко учащенъ и даже у дѣтей даетъ большую частоту, чѣмъ это соответствуетъ температурѣ; такъ что, напр., у маленькихъ дѣтей при  $40^{\circ}$  мы имѣемъ часто 160—180 ударовъ пульса; однако, само по себѣ это учащеніе пульса не заключаетъ въ себѣ ничего тревожнаго. Оно наблюдается иногда даже въ случаяхъ, протекающихъ безъ лихорадки.

Общее состояніе въ большинствѣ случаевъ сильно разстроено; апатія, безпокойство, бессонница, отсутствіе аппетита, разбитость—составляютъ обычное явленіе. Гвота часто появляется уже въ первые дни болѣзни.

Дыхательные органы мало или вовсе не участвуютъ въ болѣзненномъ процессѣ, то же можно сказать объ ушахъ и конъюнктивѣ. Иногда наблюдается умѣренное припуханіе слизистой оболочки носа, затрудняющее дыханіе; обильнаго выдѣленія изъ носа, однако, не бываетъ.

Со стороны сердца—кромѣ учащенія пульса и иногда легкаго систолическаго шума въ періодъ лихорадки—особенныхъ измѣненій не наблюдается.

Въ крови находятъ часто нейтрофильный лейкоцитозъ, исчезающій только на 2 и 3 недѣлѣ; особенно важно увеличеніе эозинофильныхъ клѣтокъ, появляющееся въ концѣ 1-й недѣли; въ тяжелыхъ септическихъ случаяхъ это явленіе впрочемъ отсутствуетъ.

Припуханіе железъ въ подчелюстной области можетъ достигнуть значительной степени, такъ что движенія головы становятся болѣзненными. Рѣже наблюдается припуханіе подмышечныхъ железъ.

Часто бываетъ замѣтное припуханіе печени и селезенки.

Моча въ лихорадочномъ періодѣ мутна, отдѣляется въ скудномъ количествѣ и имѣетъ высокій удѣльный вѣсъ. Часто она содержитъ немного бѣлка, цилиндровъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ. Если скарлатина, какъ это часто бываетъ, не осложняется вторичнымъ нефритомъ (см. ниже), то съ паденіемъ температуры моча становится снова нормальной. Наблюдающійся часто красноватый цвѣтъ мочи зависитъ отъ обильнаго содержанія въ мочѣ уробилина, что характерно для этой болѣзни.

Всѣ описанные симптомы исчезаютъ послѣ паденія температуры. Въ серединѣ или въ концѣ 2-й недѣли пациентъ уже близокъ къ полному выздоровленію, такъ что его трудно удержать въ постели и отдѣльно держать отъ другихъ дѣтей до конца шелушенія.

### Отклоненія отъ нормальнаго теченія. Послѣдовательныя болѣзни и осложненія.

Нарисованная нами картина представляетъ собой среднюю по тяжести форму скарлатины, подходящую, въ настоящее время, напр., въ Гейдельбергъ къ большинству случаевъ этой болѣзни. Однако отклоненія, какъ въ сторону меньшей тяжести, такъ особенно въ сторону большей—встрѣчаются и среди спорадическихъ случаевъ, главнымъ образомъ въ періоды эпидеміи чрезвычайно часто, такъ что едва ли даже можно говорить о нормальной средней формѣ. Точно также едва ли правильно считать осложненіями такія частыя явленія, какъ послѣдовательную лихорадку, флегмону железъ, нефритъ и пр., такъ какъ мы постоянно видимъ рядъ незамѣтныхъ переходовъ отъ самыхъ легкихъ случаевъ къ случаямъ молниеноснымъ; поэтому указанные только что явленія лучше называть **послѣдовательными болѣзнями**, тѣмъ болѣе, что они наблюдаются въ опредѣленный періодъ болѣзни (отъ 3 до 6 недѣли) и вызываются возбудителемъ скарлатины.

Очень легкія формы скарлатины встрѣчаются часто, а въ извѣстныхъ періодахъ составляютъ даже правило, такъ что Sydenham и Bretonneau одно время даже колебались, считать ли скарлатину болѣзью, пока они не встрѣтили такія формы, которыя убѣдили ихъ, что они имѣютъ дѣло съ одной изъ самыхъ тяжелыхъ болѣзней человѣка. Ангина, лихорадка и расстройство общаго состоянія бывають часто настолько незначительными, что только кожная сыпь обращаетъ на себя вниманіе родителей. Иногда болѣзнь протекаетъ настолько доброкачественно, что ея вообще даже не замѣчаютъ и догадываются о ней только когда наступитъ шелушеніе или послѣдовательный нефритъ. Ангина можетъ быть едва замѣтной, температура можетъ не подниматься выше 38° С. въ прямой кишкѣ (авторъ видѣлъ несомнѣнные случаи такого рода при существованіи ясно выраженной скарлатины въ той же семьѣ), сыпь можетъ быть очень слабой и ограничиваться только нѣсколькими участками, такъ что при отсутствіи другихъ заболѣваній скарлатиной не всегда можно съ увѣренностью поставить діагнозъ.

Съ другой стороны, встрѣчаются **рудиментарныя формы**, при которыхъ сыпь бываетъ мимолетной или даже вовсе отсутствуетъ, между тѣмъ какъ другіе симптомы могутъ быть выражены очень рѣзко. При сла-

бомъ развитіи сыпи ее легче всего замѣтить на спинѣ. Въ рѣдкихъ случаяхъ сыпь можетъ появиться съ запозданіемъ—на 3—5-й день послѣ начала болѣзни. Случаи безъ сыпи (*scarlatina sine exanthemate*) наблюдаются преимущественно у дѣтей старшаго возраста и у взрослыхъ, они принимаются обычно за ангину или дифтерію, если только одновременное заболѣваніе ясной скарлатиной кого-либо изъ членовъ той же семьи не наводитъ на вѣрный діагнозъ.

Въ отдѣльныхъ случаяхъ, отличающихся обыкновенно тяжелымъ теченіемъ, сыпь принимаетъ чрезвычайные размѣры. Въ періодъ выздоровленія изрѣдка наблюдается на нѣкоторыхъ участкахъ кожи наклонность къ своеобразному покраснѣнію или къ омертвѣнію; иногда поводомъ къ появленію эритемы бываетъ какая-либо травма (*Erythema postscarlatinosum*) (Schick).

Прямую противоположность легкимъ, остающимся иногда незамѣченными случаямъ скарлатины представляетъ **тяжелая токсическая форма**. Дѣти заболѣваютъ внезапно высокой лихорадкой, рвотой, судорогами, бредомъ, сопровождающимся иногда безсознательнымъ состояніемъ. Дыханіе дѣлается глубокимъ, токсическимъ, пульсъ на рукѣ учащается, становится поверхностнымъ. Губы и кожа цианотичны, конечности, несмотря на высокую температуру, остаются холодными. Въ зѣвѣ находятъ ангину, кожа имѣетъ мраморный видъ или покрыта разлитыми синеватыми пятнами, но скарлатинозной сыпи не замѣчается. Черезъ 1—2 дня или, что бываетъ чаще, черезъ 2—3 дня наступаетъ смерть.

Если больной умираетъ только черезъ 3—5 дней, то часто успѣваетъ развиться тяжелая ангина и обширное припуханіе лимфатическихъ железъ на шеѣ. За 1—2 дня до смерти можетъ появиться ясная сыпь, иногда, впрочемъ, только на отдѣльныхъ участкахъ. Въ обыкновенное время такіе молніеносные случаи встрѣчаются очень рѣдко, однако, ихъ все-таки приходится время отъ времени наблюдать и притомъ даже одновременно съ легкими заболѣваніями у членовъ одной и той же семьи. Чаще всего случаи эти поражаютъ дѣтей, страдающихъ эксудативнымъ діатезомъ \*) (Czerpu).

Затѣмъ встрѣчается много случаевъ, гдѣ болѣзнь начинается высокой лихорадкой, рѣзкимъ разстройствомъ общаго состоянія, сильной ангиной и гдѣ, однако, всѣ симптомы черезъ 5—6 дней ослабѣваютъ и болѣзнь принимаетъ доброкачественное теченіе. Но часто на 3—4-й день простая или лакунарная ангина превращается постепенно въ *angina necrotica* (скарлатинозный дифтеридъ). Поверхность миндалинъ покрывается цѣликомъ или отчасти бѣловатымъ налетомъ, который вначалѣ кажется лежащимъ сверху и имѣющимъ перепончатый характеръ, совершенно такъ, какъ это бываетъ при гениинной дифтеріи. Черезъ нѣкоторое время, нерѣдко даже съ самаго начала, налетъ проникаетъ въ толщу слизистой оболочки, становится маркимъ, причемъ,

\*) Мы считаемъ, что форму токсическую нужно строго отличать отъ «молніеносной», справедливо названной Н. Филатовымъ «скарлатинознымъ отравленіемъ крови». Въ такихъ случаяхъ вся болѣзнь продолжается нѣсколько часовъ, летально заканчиваясь до истеченія первыхъ сутокъ, т. е. до высыпанія, хотя намъ пришлось наблюдать это послѣднее уже *post mortem*. Незабвенный московскій педиатръ, со свойственной ему клинической пунктуальностью, завѣщаль намъ описаніе этой ужасной формы скарлатинознаго процесса, при которой наше искусство не можетъ помочь уже потому, что циркулирующая въ сосудахъ больного ребенка зараза не боится никакихъ жаропонижающихъ, успокаивающихъ, возбуждающихъ средствъ, для благотѣльного дѣйствія которыхъ нѣтъ времени. Собравшіеся у постели такого ребенка врачи испытываютъ ужасное чувство полного своего безсилія.

отъ него уже нельзя отдѣлить такіе большіе куски, какъ при настоящей дифтеріи. Отличается онъ также меньшимъ содержаніемъ фибрина. Часто этотъ налетъ распространяется на мягкое небо, на язычокъ, на переднія дужки, рѣдко на заднюю стѣнку глотки. Одновременно съ развитіемъ такого, болѣе или менѣе распространеннаго некроза усиливается припуханіе боковыхъ шейныхъ железъ, причемъ воспаленіе распространяется часто на перигландулярную ткань. Движенія головы становятся болѣзненны—ребенокъ начинаетъ ихъ избѣгать. Дурнымъ прогностическимъ признакомъ нужно считать, если флегмона въ области подчелюстныхъ железъ становится твердой и эластически напряженной, если она принимаетъ такое распространеніе, что припухлость правой и лѣвой стороны сливаются вмѣстѣ подъ подбородкомъ.

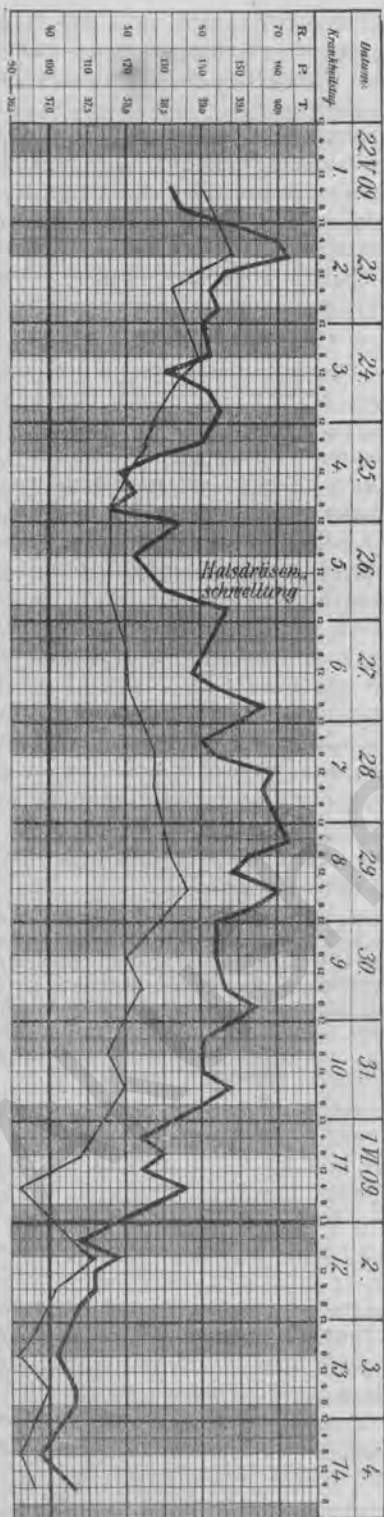
Angina necrotica очень легко распространяется на носоглоточную полость, можетъ даже начинаться отсюда. Въ этихъ случаяхъ по краю мягкаго неба сзади имѣется бѣлая инфильтрація; носовое дыханіе затруднено вслѣдствіе распространенія процесса на полость носа, изъ ноздрей вытекаетъ серозно-гнойный секретъ, вызывающій раздраженіе верхней губы. Здѣсь часто появляются трещины—каждое раскрытіе рта причиняетъ больному сильныя боли. Слизистая оболочка рта сильно гиперемирована, на деснахъ имѣется маркій, бѣловатый, легко удаляемый налетъ. Если скарлатинозный дифтеріоидъ не идетъ дальше только что описанныхъ явленій, то предсказаніе сравнительно благопріятно: черезъ 5—8 дней налетъ исчезаетъ, не оставляя послѣ себя глубокихъ потерь вещества. Но въ тяжелыхъ случаяхъ некрозъ проникаетъ въ глубину и черезъ нѣсколько дней ткань миндалинъ распадается въ коричневую грязную массу. Такому же разрушенію могутъ подвергнуться мягкое небо, язычокъ, глотка. Благодаря обильному отдѣленію слизисто-кровянисто-гнойнаго секрета подробный осмотръ этихъ частей трудно произвести. Нерѣдко процессъ распространяется на надгортаникъ, ложныя голосовыя связки, даже на истинныя, вслѣдствіе чего является охриплость голоса и стенозъ гортани.

Этотъ глубокой некрозъ, безъ сомнѣнія, вызывается стрептококками; обнаруживаемыми въ громадномъ количествѣ въ перепончатообразномъ налетѣ. Стрептококкамъ нужно приписывать также измѣненія, происходящія въ шейныхъ железахъ, особенно подчелюстныхъ и цервикальныхъ—сухой некрозъ, который затѣмъ нерѣдко ведетъ къ гнойному распаду. Изъ шеи стрептококки могутъ проникать въ средостѣніе и вызывать тамъ гнойный медиастинитъ съ послѣдующимъ стенозомъ трахеи, нерѣдко общимъ септическимъ процессомъ съ мета-статическимъ нагноеніемъ большихъ суставовъ, брюшины, плевры и т. д.

Если некротическая ангина принимаетъ обширное распространеніе, то она либо сама по себѣ, либо путемъ септического процесса ведетъ обыкновенно въ нѣсколько дней или въ 2—3 недѣли къ смерти при явленіяхъ общаго истощенія. Можно, пожалуй, сказать, что скарлатинозная ангина, т. е. наличность или отсутствіе ея играетъ рѣшающую роль въ исходѣ большинства случаевъ болѣзни и опредѣляетъ характеръ самой эпидеміи.

Очень часто въ болѣзненный процессъ вовлекается ухо, что имѣетъ мѣсто нерѣдко даже при простой ангинѣ, особенно же при дифтеріоидѣ носоглоточной полости. Уже въ серединѣ или въ концѣ первой недѣли часто, однако, значительно позже развивается гнойное воспаленіе среднего уха, сопровождающееся болью и ведущее нерѣдко очень быстро къ разрушенію всей барабанной перепонки и гноетеченію изъ уха. Въ качествѣ особенности скарлатинознаго отита нужно отмѣтить, что онъ легко ведетъ къ омертвѣнію слуховыхъ косточекъ и пирамидки, остав-

Рис. 116. Девочка 2 1/2 лѣтъ. Скарлатина. Припуханіе шейныхъ железъ (на 5-й день) даетъ длительное повышеніе температуры.



ляя нерѣдко стойкую тугоухость или даже полную глухоту. Мастоидитъ и септической тромбозъ синусовъ представляютъ также нерѣдкія осложненія такого отита. Въ общемъ, все-таки большинство отитовъ протекаетъ благоприятно \*).

Angina necrotica наблюдается не только въ случаяхъ скарлатины, протекающихъ тяжело съ самаго начала. Ее приходится встрѣчать и въ случаяхъ, имѣющихъ въ первые 4—5 дней, повидимому, вполне благоприятное теченіе. Температура уже начинаетъ падать, какъ вдругъ въ концѣ первой или въ началѣ второй недѣли, литическое паденіе лихорадки останавливается, снова появляется значительное ея усиленіе, для объясненія котораго вначалѣ не всегда имѣются данныя. Однако, каждый новый подъемъ температуры свидѣтельствуетъ о новой локализациі процесса или о новомъ осложненіи; часто онъ указываетъ на начинающуюся

\*) Такое оптимистическое заключеніе о скарлатинозныхъ отитахъ можетъ давать основаніе врачу-практику высказывать утѣшительный прогнозъ, на основаніи котораго заболѣваніе внутренняго уха не будетъ предметомъ самаго серьезнаго, спеціальнаго терапевтическаго ухода. Спросите любого отиатра, какой отитъ меньше всего ему нравится по степени получаемаго результата и онъ, не задумываясь долго, скажетъ—otitis scarlatinosa. Мы согласны съ тѣмъ, что индивидуальность и характеръ эпидемии играютъ большую роль, но отсюда далеко еще до признанія доброкачественной формы, не оставляющей на долгое время, если не ясно обнаруживаемой глухоты, то по крайней мѣрѣ ослабленія слуховой способности въ обоихъ ушахъ или въ одномъ ухѣ. Съ другой стороны, зачѣмъ закрывать глаза передъ повседневными фактами—приобрѣтенная глухота дѣтей чаще всего обязана своимъ происхожденіемъ скарлатинозному воспаленію ушей.

Прим. ред

некротическую ангину, возникающей отитъ, лимфаденитъ (см. рис. 116). Вотъ почему точное записываніе температурной кривой имѣетъ большое значеніе. Бываютъ случаи, гдѣ дифтеріодъ шеи предшествуетъ сыпи, случаи эти легко принимаются за дифтерію и что, конечно, ужаснѣе всего — направляются въ дифтерію отдѣленіе. У дѣтей старшаго возраста и крѣпкаго сложенія могутъ оканчиваться благополучно даже тяжелые случаи некротической ангины, сопровождающіеся глубокими язвами, значительными потерями вещества и тяжелымъ общимъ состояніемъ. Но чаще, даже послѣ излеченія ангины, больной, истощенный продолжительной борьбой, погибаетъ отъ септическихъ процессовъ и отъ пѣміи.

Со стороны дыхательныхъ органовъ рѣдко замѣчаются значительныя расстройства. Въ тяжелыхъ случаяхъ дыханіе затруднено вслѣдствіе закладыванія носовыхъ проходовъ или же оно становится стенотическимъ, благодаря тяжелому воспаленію гортани или сжатію трахеи при флегмонѣ средостѣнія. Иногда хрипота и сѣуженіе достигаютъ такой степени, что приходится думать о хирургическомъ вмѣшательствѣ. Впрочемъ, стенозъ рѣдко бываетъ очень значительнымъ и если уже приходится прибѣгнуть къ операціи, то такимъ путемъ почти никогда не удается предупредить летальный исходъ. Нерѣдко скарлатина осложняется гнойнымъ бронхитомъ и бронхопнеймоніей, а также экссудативнымъ плевритомъ, который въ такихъ случаяхъ почти всегда принимаетъ гнойный характеръ и часто влечетъ за собой гнойный перикардитъ.

Конъюнктивы въ тяжелыхъ случаяхъ могутъ поражаться въ такой же степени, какъ при кори \*).

Скарлатинознымъ ревматизмомъ называютъ появляющееся, въ концѣ первой или въ теченіе второй недѣли, болѣзненное припуханіе отдѣльныхъ суставовъ (преимущественно суставовъ кисти руки, паль

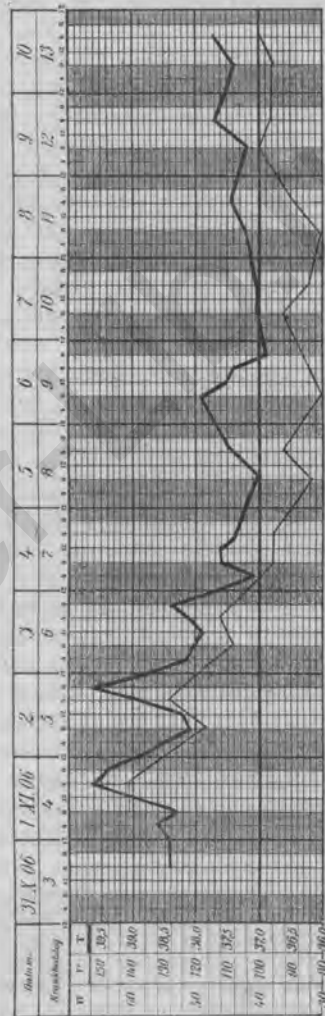


Рис. 117. Мальчикъ 12лѣтъ. Легкая скарлатина. Брадикардія съ 8 по 11 день.

\*) Тутъ или неточность, или lapsus—что-нибудь, изъ двухъ. Не отрицая возможности конъюнктивита при тяжелыхъ формахъ скарлатины, мы обязаны заявить, что участіе соединительной оболочки при коревомъ процессѣ сопровождается всегда свѣтобоязнью и составляетъ одинъ изъ характерныхъ признаковъ этой инфекціи. При скарлатинѣ никакой свѣтобоязни нѣтъ, а на конъюнктивитъ нечего обращать вниманіе тамъ, гдѣ дѣло идетъ объ опасности за жизнь ребенка.



цевъ, колѣнъ и стопъ), сопровождающееся иногда повыше- ниемъ температуры. Припуханіе суставовъ бываетъ часто весьма незначитель- нымъ, а наружная краснота можетъ совершенно отсутствовать. Такое пораженіе суставовъ не нужно смѣшивать съ пѣзмическимъ ихъ на- гноеніемъ, такъ какъ оно обыкновенно быстро проходитъ \*).

**Сердце** страдаетъ при скарлатинѣ очень часто. Уже одно рѣзкое учащеніе пульса, которое свойственно скарлатинѣ, свидѣтельствуетъ, что скарлатинозный ядъ оказываетъ особенно вредное дѣйствіе на сердце. Въ тяжелыхъ случаяхъ это учащеніе пульса держится еще долго послѣ паденія температуры и сопровождается время отъ вре- мени признаками сердечной слабости. Разстройства дѣятельности са- мого сердца довольно часто наблюдаются уже въ началѣ болѣзни; они были изучены въ особенности Schick'омъ. Даже въ случаяхъ добро- качественныхъ и легкихъ можно часто наблюдать, въ концѣ первой или въ теченіе второй недѣли, нечистые тоны на верхушкѣ, расширение сердца влѣво и брадикардію (см. рис. 117). Къ этому иногда присоеди- няется систолическій шумъ на легочной артеріи и у верхушки; всѣ эти явленія могутъ длиться 1—2 недѣли, послѣ чего они, въ боль- шинствѣ случаевъ, исчезаютъ. По всей вѣроятности, въ основѣ ихъ лежатъ миокардитическія измѣненія. Но помимо этихъ измѣненій во время скарлатины развивается нерѣдко эндокардитъ, то подкрады- вающійся незамѣтно, то сопровождающійся значительнымъ повыше- ніемъ температуры. Эндокардитъ можетъ оставить послѣ себя порокъ клапановъ (недостаточность двустворки \*\*).

**Желудочно-кишечный каналъ.** Аппетитъ въ тяжелыхъ слу- чаяхъ совершенно исчезаетъ, хотя бы глотаніе оставалось вполне сво- боднымъ. Болѣе сильные поносы чаще всего бываютъ признакомъ септического процесса.

**Нервная система** мало страдаетъ при скарлатинѣ. Кромѣ сонливости и бреда, наблюдающихся въ тяжелыхъ случаяхъ, а также уремій, приходится иногда наблюдать въ періодѣ выздоровленія, ско- ропроходящія маниакальныя и депрессивныя состоянія. Настоящій ме- нингитъ встрѣчается рѣдко, обыкновенно лишь въ качествѣ одного изъ проявленій общаго sepsis, флебита синусовъ и т. п.

**Температура** спадаетъ литически только въ неосложненныхъ случаяхъ; обыкновенно она доходитъ до нормы въ началѣ 2-й недѣли, но нерѣдко даже при отсутствіи какихъ-либо особыхъ мѣстныхъ за-

\*) Слѣдовало-бы уже бросить прежнее названіе, могущее вводить въ за- блужденіе и называть эту локализацию скарлатинознымъ полиартритомъ. Пovy- шеніе <sup>10</sup> надо считать обязательнымъ симптомомъ, такъ какъ arthritis s. polyarthritis scarlatinosa появляется въ то время, когда лихорадка основного страданія имѣется на-лицо. Несмотря на мнѣніе нѣмецкихъ педиатровъ о не- опасности такого осложненія, мы прямо говоримъ, что при констатированіи этого послѣдняго надо строго слѣдить за эндо- и перикардомъ, которые мо- гутъ послѣдовательно вовлекаться въ процессъ. Въ этомъ отношеніи сердце, по картинному выраженію французскихъ товарищей, оказывается, какъ при ревматическомъ полиартритѣ, настоящимъ сочлененіемъ. Прим. ред.

\*\*\*) Занимаясь специально этимъ вопросомъ, я пришелъ къ сходнымъ вы- водамъ, которые и сообщилъ на страницахъ «Archiv für Kinderheilkunde» го- раздо раньше появленія работы д-ра Schick'a. Къ слову сказать, приоритетъ въ этомъ отношеніи принадлежитъ безспорно Нилу Филатову, отъ зорка- го глаза котораго не ускользали никакія клиническія тонкости. Въ статьѣ, посвященной памяти великаго русскаго педиатра, по случаю исполнившагося, въ текущемъ году, десятилѣтія со дня его кончины, все это документально выяснено и детально изложено. Прим. ред.

болѣваній полное паденіе температуры наступаетъ только въ началѣ 3-й.

Но даже тогда, когда температура уже нормальна и нѣтъ никакихъ тяжелыхъ измѣненій въ зѣвѣ, нельзя еще радоваться благополучному исходу, ибо больному угрожаетъ рядъ послѣдовательныхъ болѣзней!

Съ конца 2-й и до 6-й недѣли нерѣдко снова наступаютъ неправильныя повышенія температуры, на которыя нужно всегда обращать серьезное вниманіе. Очень часто, даже при самомъ тщательномъ изслѣдованіи, не находятъ причины этихъ повышеній; въ такихъ случаяхъ говорятъ о скарлатинозномъ тифоидѣ. Часто при этомъ послѣдовательно развивается еще какая-нибудь болѣзнь: вторичное припуханіе шейныхъ лимфатическихъ железъ, отитъ, эндокардитъ, иногда же снова появляется ангина и скарлатинозная сыпь. Въ иныхъ случаяхъ все это не что иное, какъ „ложные рецидивы“, т. е. заболѣваніе скарлатиной у дѣтей, по ошибкѣ попавшихъ въ скарлатинозное отдѣленіе вслѣдствіе какого-либо заболѣванія, симулировавшаго скарлатину.

Самымъ важнымъ и самымъ частымъ послѣдовательнымъ заболѣваніемъ является нефритъ. Онъ обыкновенно появляется на 3-й недѣлѣ болѣзни, самое раннее на 12-й день, но иногда также на 4-й, даже 6-й недѣлѣ.

Развитіе нефрита часто сопровождается лихорадкой, рвотой, головной болью; въ другихъ случаяхъ первымъ признакомъ, обращающимъ на себя вниманіе, являются отеки или кровавая моча; иногда нефритъ узнается только случайно при изслѣдованіи мочи. Процессъ сосредоточивается главнымъ образомъ въ сосудистыхъ клубочкахъ (гломерулонефритъ), вслѣдствіе чего особенно уменьшается выдѣленіе воды. Моча почти всегда имѣетъ кровавистый видъ, нерѣдко даже содержитъ большія количества крови; суточное количество ея понижено. Чѣмъ уменьшеніе количества мочи рѣзче, тѣмъ серьезнѣе случай. Не столь важно, въ прогностическомъ отношеніи, количество бѣлка (до 10  $\frac{0}{100}$ ), красныхъ кровяныхъ шариковъ и различныхъ цилиндровъ. Теченіе нефрита часто сопровождается неправильными колебаніями температуры. Нерѣдко развивается сильная водянка, распространяющаяся также и на полости тѣла—брюшную, плевральную и перикардіальную (см. рис. 118). Рано можетъ появиться расширеніе сердца, иногда съ явленіями брадикардіи. Кровяное давленіе повышается. Головные боли и рвота составляютъ частое явленіе и нерѣдко являются предвѣстниками уреміи, которая начинается съ замедленія пульса и ведетъ иногда къ судорогамъ и амаврозу. Нефритъ можетъ окончиться смертью, разъ только уремія, водянка и расширеніе сердца достигаютъ значительной степени. Въ большинствѣ случаевъ нефритъ излечивается въ теченіе 4—6 недѣль, рѣдко лишь черезъ нѣсколько мѣсяцевъ. Не составляетъ рѣдкости также переходъ въ хроническую форму, оканчивающуюся затѣмъ развитіемъ сморщенной почки.

Частота нефрита чрезвычайно различна и колеблется, въ зависимости отъ характера отдѣльныхъ заболѣваній и отъ силы эпидемій, отъ 2% до 30%. Осложненіе нефритомъ наблюдается не въ однихъ только тяжелыхъ случаяхъ, онъ можетъ развиваться даже послѣ такихъ легкихъ заболѣваній скарлатиной, которыя прошли незамѣченными<sup>1)</sup>.

Особеннаго вниманія заслуживаетъ осложненіе скарлатины на-

1) Подробнѣе о скарлатинозномъ нефритѣ см. стр. 598.

стоящей дифтерией. Уже въ до-бактеріологическую эпоху внимательные наблюдатели строго выдѣлили скарлатинозную дифтерію, не обладающую склонностью распространяться на трахею и не дающую параличей, отъ настоящей дифтеріи. Въ перепонкахъ, нерѣдко совершенно напоминающихъ дифтерійныя, не находятъ, однако, Löffler'овскихъ бациллъ; преобладаютъ культуры стрептококковъ. Но въ періоды, когда имѣются эпидеміи обѣихъ болѣзней, встрѣчаются нерѣдко смѣшанныя инфекціи; то же самое возможно, если въ больницахъ недостаточно строго проводится раздѣленіе тѣхъ и другихъ больныхъ. Отличать эти формы клинически, путемъ осмотра зѣва, вначалѣ обыкновенно невозможно; въ сомнительныхъ и въ то же время тяжелыхъ случаяхъ, при отсутствіи сыпи, лучше всего произвести инъекцію сыворотки, не дожидаясь результата бактеріологическаго изслѣдованія. Легче распознать дифтерію, если она появляется поздно, когда первоначальныя скарлатинозныя измѣненія въ зѣвѣ уже исчезли.

Изъ всего сказаннаго видно, что теченіе скарлатины чрезвычайно многообразно и что на пути къ выздоровленію встрѣчается много препятствій, отчасти даже непредвидѣнныхъ, какъ въ отношеніи локали-

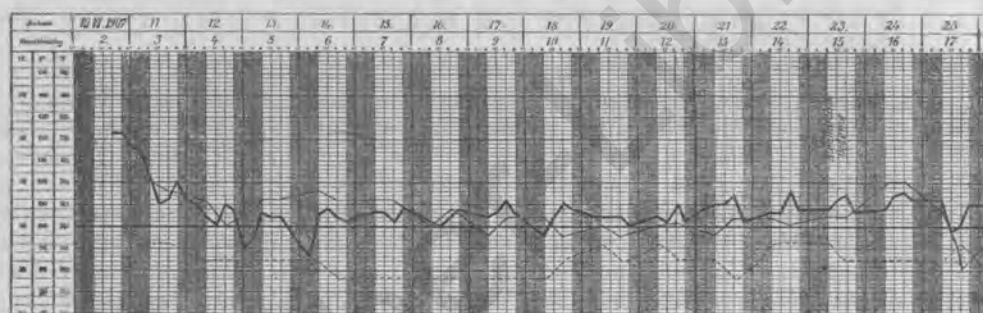


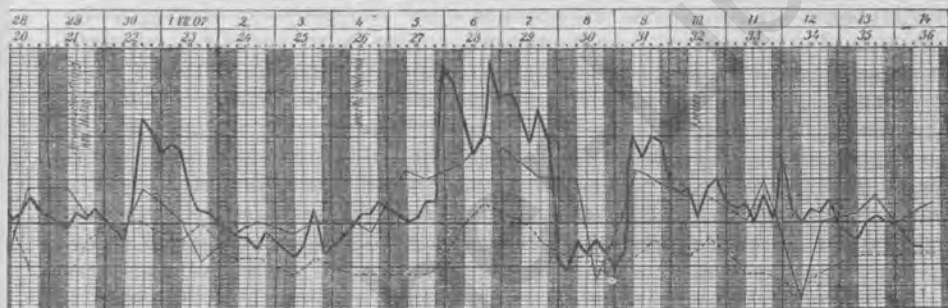
Рис. 118. Дѣвочка 8 лѣтъ. Скарлатина съ неф-

заци, такъ и въ отношеніи осложненій и послѣдовательныхъ болѣзней. Въ очень тяжелыхъ случаяхъ, послѣ многонедѣльной лихорадки и всякихъ осложненій, организмъ все-таки выходитъ иногда побѣдителемъ, хотя не всегда безъ вреда для себя. Чаше всего остается поврежденіе слуха, могущее повести къ глухотѣ, рѣже—пороки клапановъ, еще рѣже—хроническій нефритъ. Предрасположенія къ туберкулезу, какъ при кори, здѣсь не наблюдается.

Діагнозъ скарлатины въ ясно выраженныхъ случаяхъ не представляетъ затрудненій и ставится на основаніи сыпи, лихорадки, характерной ангины и малиноваго языка. При всякой, даже легкой на первый взглядъ ангинѣ нужно подумать, не имѣетъ ли она скарлатинознаго характера, даже если сыпь не появляется. При діагнозѣ скарлатины врачъ встрѣчаетъ больше затрудненій, чѣмъ, напр., при кори. Сыпь сама по себѣ не можетъ имѣть рѣшающаго значенія; при отсутствіи ангины какъ разъ возможны разнаго рода ошибки. Кромѣ того, сыпь можетъ быть настолько легкой, мимолетной, настолько мало характерной, что возбуждаетъ больше сомнѣніе, чѣмъ даетъ надежную опору для діагноза. Если сыпь длится только нѣсколько часовъ или одинъ день, то это чаще всего не скарлатина. Скарлатину безъ сыпи можно узнать только при наличности одновременныхъ заболѣваній на-

стоящей формой и если имѣется дифтерійнаго характера налетъ безъ дифтерійныхъ бациллъ.

Больше всего трудностей, притомъ нерѣдко непобѣдимыхъ, представляютъ инфекціонныя и токсическія эритемы, которыя у дѣтей встрѣчаются довольно часто и помимо скарлатины. Такъ назыв. четвертая болѣзнь даетъ совершенно скарлатинообразную сыпь при отсутствіи другихъ симптомовъ скарлатины, которые, однако, могутъ отсутствовать и въ легкихъ случаяхъ настоящей скарлатины. Отъ кори скарлатину не трудно отличить по отсутствію продромальныхъ Koplik'овскихъ пятенъ, хотя конъюнктивитъ можетъ наблюдаться и въ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины. Крупно-пятнистый характеръ сыпи, какъ при кори, здѣсь если и встрѣчается, то не по всему тѣлу, а лишь на отдѣльныхъ мѣстахъ. Если мы даже имѣемъ сливную коревую сыпь, то все-таки на отдѣльныхъ участкахъ можно найти ея типичную картину. При краснухѣ (коревой) пятнышки отдѣлены другъ отъ друга, имѣютъ въ среднемъ большую величину и промежутки между ними больше, чѣмъ при скарлатинѣ \*). Значительныя трудности можетъ представить скарлатиновидная сывороточная сыпь;



15 день). Lymphadenitis colli (на 21 день).

но въ большинствѣ случаевъ сыпь эта начинается съ мѣста инъекціи, кромѣ того она не сопровождается ангиной и имѣетъ измѣнчивыи характеръ, такъ что, напр., рядомъ съ скарлатиной можно найти коревидную сыпь или крапивницу. Erythema scarlatinum desquamativum recidivans также не сопровождается ангиной, отличается чрезвычайной интенсивностью, раннимъ шелушеніемъ и повторнымъ появленіемъ у одного и того же индивидуума; впрочемъ, заболѣваніе это случается рѣдко.

Далѣе существуетъ еще цѣлый рядъ различныхъ инфекціонныхъ болѣзней, которыя могутъ сопровождаться скарлатинообразной сыпью—крупозная пневмонія, тифъ, гриппъ (инфлуэнца), острая разстройство питанія грудныхъ дѣтей. Скарлатинозная сыпь можетъ появиться, какъ побочное дѣйствіе нѣкоторыхъ

\*) Высыпаніе при коревой краснухѣ имѣетъ такой же папулезный характеръ, какъ и при morbilli, а потому смѣшать это высыпаніе съ экзантемой скарлатины просто-таки нельзя. Съ другой стороны, скарлатинозная сыпь тѣмъ и характерна, что въ мѣстахъ кожи, ею поражаемыхъ, нѣтъ совершенно свободныхъ промежутковъ—все воспалено, все гиперемировано или застойно. Мраморный, нѣсколько пестрый видъ сыпи при скарлатинѣ зависитъ исключительно отъ разныхъ степеней воспалительнаго процесса кожи, поражаемой полностью тамъ, гдѣ имѣется специфическое высыпаніе.

Прим. ред.

лекарствъ, особенно хинина, іодоформа, ртути, атропина и др. Прогромальное высыпаніе натуральной оспы, появляющееся въ плечевомъ и бедренномъ треугольничкѣ, иногда также заставляеть предполагать скарлатину; наконецъ, за скарлатину принимаютъ иногда покрасніе отъ крика и даже отъ стыда \*). У дѣтей младшаго возраста появляется подъ вліяніемъ потѣнія высыпаніе, сходное съ *milliaria tubra*, которое можетъ покрывать все тѣло; отъ скарлатинозной сыпи эта эритема отличается тѣмъ, что отдѣльныя пятнышки при ней рѣзко выступаютъ надъ поверхностью кожи.

Такимъ образомъ на основаніи одной сыпи далеко не всегда можно съ полной увѣренностью рѣшать вопросъ, имѣется ли въ томъ или иномъ случаѣ скарлатина или нѣтъ. Если передъ нами гладкая и разлитая эритема, если отдѣльныя пятнышки не обнаруживаются даже при давленіи пальцемъ, если эритема очень кратковременна или появляется только мѣстами, если, наконецъ, въ отдѣльныхъ мѣстахъ сыпь имѣетъ крупно-пятнистый характеръ или характеръ крапивницы, то все это, вмѣстѣ взятое, говоритъ противъ скарлатины. Но всегда нужно взвѣсить и другіе симптомы, особенно измѣненія на языкѣ и въ зѣвѣ. Изслѣдованіе крови можетъ помочь распознаванію—поли-нуклеарный лейкоцитозъ съ эозинофилией говоритъ въ пользу скарлатины, лейкопенія съ уменьшеніемъ числа многоядерныхъ элементовъ въ пользу сывороточной экзантемы \*\*). Однако, есть не мало случаевъ, гдѣ рѣшить вопросъ съ увѣренностью не удастся, если появленіе другихъ симптомовъ—послѣдующаго нефрита или шелушенія—не выведетъ изъ затрудненія. При нескарлатинозныхъ эритемахъ шелушенія въ большинствѣ случаевъ не наступаетъ вовсе или оно бываетъ очень слабымъ, во всякомъ случаѣ появляется раньше, а главное, раньше кончается и менѣе рѣзко выражено на кистяхъ рукъ.

**Предсказаніе** ставится съ осторожностью, такъ какъ даже въ легкихъ случаяхъ никогда нельзя быть гарантированнымъ отъ неожиданностей, что ясно видно изъ предыдущаго изложенія. Всякое послѣдующее повышеніе температуры можетъ указывать на начало какой-либо неприятой, опасной послѣдовательной болѣзни или осложненія. Нѣтъ другой болѣзни, которая была бы настолько капризна и такъ часто обманывала бы всѣ расчеты, какъ скарлатина. Наибольшее вліяніе на теченіе болѣзни оказываютъ *genius epidemicus et loci*. Въ зависимости отъ характера появленія болѣзни смертность колеблется между 1 и 50%. Наибольшую опасность представляетъ скарлатина для дѣтей моложе 3 лѣтъ. Легкіе случаи излечиваются безъ всякаго леченія; въ тяжелыхъ же—можно очень мало повліять на исходъ болѣзни, каковы бы ни были уходъ и терапія. Польза послѣдней до сихъ поръ не особенно значительна. Отсутствіе некротической

\*) Намъ обидно за врачей, которыхъ проф. Feer считаетъ способными признавать въ краснотѣ кожи при крикѣ и отъ стыда скарлатинозную сыпь. Мы полагаемъ, что подобныя ошибки обличаютъ полное невѣжество и ничѣмъ не оправдываемую халатность. Если нѣмецкіе товарищи дѣлають такіе промахи, то намъ стыдно за нихъ...

Прим. ред.

\*\*) Вопросъ о лейкоцитарномъ показателѣ при острыхъ сыпныхъ инфекціяхъ служилъ предметомъ многочисленныхъ, *lege artis* проводимыхъ изслѣдованій крови ассистента при кафедрѣ дѣтскихъ болѣзней Харьковскаго университета, прив.-доц. Н. А. Баранникова. Полученныя имъ данныя проливаютъ свѣтъ на разницу въ соотношеніяхъ разныхъ видовъ лейкоцитовъ подъ вліяніемъ того или другого инфекціоннаго начала, предоставляя такимъ образомъ въ распоряженіе врача новый объективный методъ для дифференціального распознаванія.

Прим. ред.

ангины нужно считать благоприятнымъ моментомъ, такъ какъ главная опасность грозитъ именно отсюда. Напротивъ, неблагоприятнымъ моментомъ въ смыслѣ предсказанія является наличность лимфатическаго діатеза. Едва ли есть еще болѣзнь, гдѣ бы врачъ, въ тяжелыхъ случаяхъ, такъ мучительно сознавалъ свое безсиліе, какъ при токсическихъ и некротическихъ формахъ скарлатины.

Въ цѣляхъ профилактики необходима изоляція больного до окончанія шелушенія, а затѣмъ до излеченія нагноенія ушей и железъ; столь полная изоляція въ большинствѣ случаевъ возможна только въ больницахъ. По выпискѣ больного или по окончаніи болѣзни необходима основательная дезинфекція помещенія и вещей. Подробнѣе объ этомъ см. стр. 539.

**Терапія.** Въ легкихъ случаяхъ достаточно чисто выжидательнаго образа дѣйствія. Если въ легкихъ случаяхъ, гдѣ уже черезъ нѣсколько дней температура падаетъ и начинается выздоровленіе, мы все-таки совѣтуемъ держать больного въ теченіе 3—4 недѣль въ постели (въ больницахъ мы довольствуемся въ настоящее время 2 недѣлями), то дѣлаемъ такъ изъ дипломатическихъ соображеній для того, чтобы, въ случаѣ наступленія на 3-й недѣлѣ нефрита, въ этомъ не упрекали врача. Мы, впрочемъ, убѣждены, что такимъ путемъ едва ли удастся когда-либо предупредить наступленіе нефрита. Несомнѣнно также, что и строгая молочная діета, рекомендуемая въ первыя 3—4 недѣли, не является сколько-нибудь существеннымъ профилактическимъ моментомъ въ этомъ отношеніи (Pospischill). Даже при очень долгомъ содержаніи въ постели, очень строгой молочной діетѣ приходится наблюдать тяжелые нефриты; съ другой стороны, нефритовъ часто не бываетъ тамъ, гдѣ дѣти уже на 3-й—4-й день свободно бѣгаютъ по улицѣ \*). Діета состоитъ вначалѣ изъ молока, слизистыхъ отваровъ, мучныхъ киселей, воды, фруктовыхъ соковъ. На 2-й недѣлѣ даютъ сухари, мучные кисели, супъ съ крупой, яблочный кисель, легкіе овощи; на 3-й недѣлѣ прибавляютъ къ этому яйца и бѣлый хлѣбъ, на 4-й—мясо. У дѣтей старшаго возраста и въ случаяхъ, когда дѣти неохотно ѣдятъ, можно прибавлять къ молоку немного чая, кофе, какао, давать, съ самаго начала, размоченные сухари, рисъ, отвары, яблочный кисель, апельсины и т. д. Въ тяжелыхъ случаяхъ отсутствіе аппетита настолько рѣзко выражено, что трудно найти что-либо такое, что ребенокъ согласился бы ѣсть. Въ такихъ условіяхъ можно разрѣшить и мясо. При высокой лихорадкѣ, вообще въ тяжелыхъ случаяхъ нужно вводить большимъ обильное количество жидкостей (воды), въ случаѣ надобности даже черезъ зондъ; у маленькихъ дѣтей способъ этотъ служить одновременно средствомъ очищенія рта послѣ принятія пищи.

Лихорадка обыкновенно не требуетъ особаго леченія. Жаропонижающихъ средствъ слѣдуетъ избѣгать, такъ какъ они могутъ оказывать ослабляющее вліяніе на сердце. При температурѣ выше

\* ) Не придавать значенія мало раздражающей почки пищѣ, продолжительному покою, раннему вставанію съ постели, тѣмъ болѣе выходу на открытый воздухъ, мы никакъ не можемъ и категорически утверждаемъ, что намъ много разъ удавалось не только предупреждать осложненіе, но быстро останавливать уже начавшійся процессъ строгимъ выполнениемъ діеты, полнымъ покоемъ, даже держаніемъ въ постели, примѣненіемъ способовъ для усиленнаго выведенія токсиновъ: теплыя ванны, вытиранія тѣла, нераздражающее питье (слабый чай).

Прим. ред.

39—40°, при ощущеніи жара, головной боли и пр. хорошее дѣйствіе оказываютъ непродолжительныя тепловатыя ванны въ 32—33° С. 1—2 раза въ день; если имѣется сонливость, то послѣ ванны производятъ холодное обливаніе. При очень высокихъ температурахъ замѣтную пользу приносятъ часто обертыванія тѣла изъ комнатной воды, продолжительностью въ 10—15 минутъ, причемъ обертыванія эти производятся 2—3 раза сряду и 1—2 раза въ день. Можно также класть холодныя компрессы такой же частоты и продолжительности на грудь и животъ. При упорной, очень высокой температурѣ (выше 40°) рекомендуется пузырь со льдомъ попеременно на голову и сердце. Холодная обертыванія не всегда хорошо переносятся—за ихъ дѣйствіемъ нужно зорко слѣдить.

Когда начинается шелушеніе, дѣлаютъ ежедневно или черезъ день прохладную ванну, что ускоряетъ шелушеніе и предупреждаетъ разсѣиваніе въ окружающей средѣ отдѣлившихся частичекъ эпидермиса. Съ тою же цѣлью можно послѣ ванны смазывать тѣло какимъ-либо жиромъ (напр. *adeps lanae*, Cold Cream *aa*).

Большое вниманіе должно быть удѣлено уходу за полостью рта и носа. Старшихъ дѣтей заставляютъ черезъ извѣстныя промежутки времени полоскать ротъ (чистой водой, сильно разведеннымъ растворомъ  $H_2O_2$ , растворомъ буры—на кончикѣ ножа въ стаканѣ воды); дѣтямъ младшаго возраста даютъ немного воды послѣ каждой ѣды, или по  $\frac{1}{2}$ —1 таблеткѣ формаминта черезъ 2 часа и т. п.

Если имѣется тяжелая ангина, если ребенокъ не умѣетъ еще полоскать, то очень полезно—при отсутствіи сопротивленія со стороны ребенка—производить нѣсколько разъ въ день спринцованіе рта однимъ изъ указанныхъ выше растворовъ; при этомъ голову наклоняютъ немного впередъ. Нѣкоторыя дѣти очень охотно позволяютъ производить себѣ эту процедуру.

При появленіи болѣе сильнаго воспаленія миндалинъ и глотки облегченіе доставляютъ холодныя компрессы на шею, смѣняемые каждые  $\frac{1}{2}$  часа; если одновременно имѣется высокая температура, то еще лучше дѣйствуетъ пузырь со льдомъ на шею. Когда температура спадаетъ, переходятъ къ холоднымъ, а затѣмъ и къ теплымъ компрессамъ. При появленіи налета у старшихъ дѣтей можно ограничиться полосканіемъ, если они умѣютъ хорошо это дѣлать; у маленькихъ дѣтей примѣняютъ *spray* изъ  $H_2O_2$  нѣсколько разъ въ день, если упомянутыя выше промыванія полости рта баллономъ почему-либо невыполнимы. Хорошее дѣйствіе, повидимому, оказываетъ вдунаніе порошка, состоящаго изъ равныхъ частей *natr. sozojodol.* и *sulfur. praecip.* Если же примѣненіе сказаннаго встрѣчаетъ сильное противодействие со стороны ребенка, требуя нѣкотораго насилія, то лучше вовсе отказаться отъ него. Очень часто широкое раскрываніе рта для осмотра бываетъ болѣзненнымъ вслѣдствіе существующаго воспаленія губъ и образованія на нихъ трещинъ и язвъ. Губы нужно почаще освобождать отъ секрета, смазывая ихъ ланолиномъ или другимъ какимъ-либо жиромъ.

При дифтерийдѣ глотки въ первые дни также рекомендуется пузырь со льдомъ или ледяныя компрессы на шею. Но затѣмъ переходятъ къ холоднымъ, позже—къ теплымъ компрессамъ. При опуханіи железъ, если имѣется высокая температура, кладутъ сначала ледъ, но затѣмъ скоро переходятъ къ холоднымъ компрессамъ и припаркамъ, смѣняемымъ каждый часъ. Систематическое примѣненіе припарокъ рекомендуется въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ припуханіе железъ не

исчезаетъ въ теченіе долгаго времени. Подъ вліяніемъ теплоты уско-ряется разсасываніе, если оно еще возможно, въ противномъ случаѣ наступаетъ быстрое размягченіе. Разрѣзъ слѣдуетъ производить только при наличности яснаго скопленія гноя, въ противномъ случаѣ можно встрѣтить лишь сухую некротическую ткань.

Носъ нужно постоянно очищать. Если отдѣляемое принимаетъ ѣдкій характеръ, то ноздри и верхнюю губу смазываютъ ланолиномъ во избѣжаніе эрозій, секретъ удаляютъ ватными палочками. Часто хорошія услуги при скарлатинозномъ пораженіи носа оказываетъ вдунаніе со-зоіодола или *bolus sicca* (по Trumpf'у).

Если развивается *otitis media*, барабанная перепонка краснѣетъ и выпячивается, то для прекращенія боли впускаютъ теплый 10% рас-творъ карболь-глицерина. Прободеііе барабанной перепонки обыкно-венно наступаетъ такъ быстро (оно обнаруживается въ видѣ бѣлаго окрашиванія), что къ парацетезу прибѣгать не приходится. Лечение отита и столь частаго при скарлатинѣ пораженія сосцевиднаго от-ростка ведется по общимъ правиламъ. Черезъ 3—6 недѣль можетъ еще развиться мастоидитъ, мозговой нарывъ, тромбозъ синусовъ, глухота.

Скарлатинозный ревматизмъ проходитъ обыкновенно безъ всякаго леченія. Покойное положеніе и салициловые препараты дѣйствуютъ болеутоляющимъ образомъ, быть можетъ, ускоряютъ выздоровленіе.

Во всѣхъ случаяхъ необходимо съ 10 го по 40-й день болѣзни производи-ть ежедневное изслѣдованіе мочи, чему можетъ легко научиться мать ребенка (изслѣдованіе кипяченіемъ или азотной кислотой). Съ появленіемъ нефрита нужно измѣрять суточное количество мочи, такъ какъ значительное уменьшеніе его (ниже 500—400 к. с.) всегда ука-зываетъ на опасность уреміи. При уреміи часто превосходно дѣйствуетъ кровопусканіе (100—200 гр.); при уремическихъ судорогахъ иногда помогаетъ люмбальная пункція. Если вслѣдствіе судорогъ или кома-тознаго состоянія дѣлается невозможнымъ введеніе жидкостей *per os*, то рекомендуются обильныя клизмы изъ воды.

О леченіи нефрита см. стр. 402.

Возбуждающія средства при скарлатинѣ приходится примѣн-ять очень часто, такъ какъ специфическій ядъ особенно вредно дѣй-ствуетъ на сердце и сосудодвигатели. Въ легкихъ случаяхъ можно ограничиться прибавленіемъ къ молоку хорошаго кофе; при паденіи силы сердца, появленіи малаго и частаго пульса примѣняютъ камфору и кофеинъ (см. стр. 388); въ случаяхъ тяжелыхъ средства эти ока-зываются бесполезными.

Въ послѣднее время было сдѣлано много опытовъ сывороточнаго ле-ченія скарлатины. Въ большинствѣ случаевъ примѣняется сыворотка лошадей, инфицированныхъ скарлатинознымъ стрептококкомъ. Есть сообщенія о хорошихъ результатахъ, полученныхъ такимъ путемъ; однако, окончательнаго вывода сдѣлать еще нельзя. Повидимому, наибольшее довѣріе внушаетъ Мосег'овская сыворотка, но отъ нея можно ждать результата только въ чисто токсическихъ случаяхъ и только въ первые дни болѣзни. Для полученія эффекта нужно заразъ вводить 150—200 к. с. сыворотки. Такъ какъ при этомъ гораздо больше шансовъ получить тяжелую сывороточную болѣзнь, чѣмъ лечебный результатъ, то для широкаго примѣненія сыворотка Мосег'a рекомендована быть не можетъ \*).

\*) Если серотерапія является вопросомъ спорнымъ, то причины тому двѣ: стрептококкъ—не возбудитель болѣзни; а полученныя отъ него сыворотки, при единствѣ методики ихъ полученія, отличаются большими колебаніями въ смыслѣ вызываемаго ими эффекта. Да и можно ли ждать постоянства отъ микроба, обладающаго чертами хамелеона по своему внутреннему содержанію, по своей вирулентности. Въ разработкѣ специфической терапіи при скарлатинѣ наука



### Корь (Morbilli).

Корь представляет собой лихорадочную инфекционную болѣзнь, характеризующуюся крупно-пятнистой кожной сыпью, которой предшествует характерное поражение слизистой оболочки рта, глазъ и дыхательныхъ органовъ. Болѣзнь эта, по всей вѣроятности, извѣстна очень давно, но точнѣе отграничена отъ скарлатины и оспы (morbus) только въ 18 столѣтіи. Въ настоящее время она представляетъ самую частую инфекционную форму и распространена по всему свѣту.

**Возбудитель** кори, несмотря на многочисленныя изслѣдованія, еще совершенно не извѣстенъ. Зараза чрезвычайно летуча, такъ какъ болѣзнь передается отъ человѣка къ человѣку очень легко, даже безъ прямого соприкосновенія; но въ то же время она въ высокой степени нестойка, такъ какъ корь переносится почти исключительно отъ больного человѣка на здороваго и внѣ человѣческаго тѣла коревой ядъ погибаетъ въ самое короткое время. Хотя и описаны единичные случаи непосредственнаго зараженія корью черезъ инфицированные предметы или здоровыхъ людей, однако такой способъ передачи встрѣчается настолько рѣдко, что имъ на практикѣ можно пренебречь. Такъ, напр., на Ферейскихъ островахъ, гдѣ имѣлись самыя строгія и точныя условія наблюденія, ни разу не замѣчалось переноса болѣзни черезъ здоровыхъ. Посредственный переносъ заразы до сихъ поръ наблюдался только въ такихъ случаяхъ, когда здоровый человѣкъ получалъ ее у постели больного, такъ сказать, въ свѣжемъ, живомъ состояніи и заражалъ ею кого-либо, находившагося въ другомъ концѣ той же палаты или въ сосѣдней комнатѣ; напротивъ, врачи, напр., побывавъ въ коревомъ домѣ, могутъ безъ всякой опасности посѣщать здоровыхъ дѣтей въ другихъ домахъ. Всѣ наблюденія говорятъ за то, что возбудитель кори отдѣляется слизистыми оболочками и распространяется вокругъ больного при кашлѣ и чиханіи. Дѣйствительно, въ прежнее время съ успѣхомъ производились прививки кори здоровымъ при помощи отдѣляемаго носа, глазъ, полости рта, взятаго отъ коревыхъ больныхъ.

**Заразительность** кори начинается вмѣстѣ съ продромальнымъ періодомъ, т. е. въ періодѣ знантемы, въ среднемъ за 3—4 дня до появленія сыпи; пропадаетъ заразительность обыкновенно на 8-й—10-й день послѣ высыпанія. Чаше всего зараженіе происходитъ за 2—3 дня до появленія сыпи, такъ что въ семьяхъ, гдѣ одинъ ребенокъ заболѣваетъ корью, другія хвораютъ черезъ 11—12 дней, между тѣмъ какъ отъ момента зараженія до появленія сыпи нужно считать приблизительно 14 дней.

**Предрасположеніе** къ кори чрезвычайно велико у всѣхъ народовъ и одинаково свойственно всѣмъ возрастамъ, въ томъ числѣ и старческому. Исключеніе составляетъ только грудной возрастъ; въ первые 4 мѣсяца жизни корь встрѣчается очень рѣдко, во вторую половину перваго года наблюдается обыкновенно только легкая форма болѣзни. Если корь въ большинствѣ случаевъ составляетъ дѣтскую болѣзнь, то потому, что большинство людей переносятъ ее въ дѣтствѣ и что однократное заболѣваніе ею оставляетъ

почти всецѣло обязана русскимъ ученымъ, предупреждающая же терапия посредствомъ прививокъ создана безвременно погибшимъ талантомъ и лучшимъ изъ людей Габричевскимъ.

Прим. ред.

почти абсолютную невосприимчивость на всю жизнь. Заболѣваніе корью беременной женщины, повидимому, никогда не даетъ иммунитета ребенку. Вторичное заболѣваніе корью принадлежитъ къ большимъ рѣдкостямъ. Автору пришлось наблюдать такое заболѣваніе только одинъ разъ. Впрочемъ, по словамъ матерей двукратное или трехкратное заболѣваніе корью представляетъ обыкновенное явленіе. Это объясняется только признаніемъ за корь всевозможныхъ инфекционныхъ и токсическихъ эритемъ. Распредѣленіе кори по возрастамъ зависитъ отъ указанныхъ выше моментовъ—отъ всеобщаго предрасположенія къ ней и отъ остающагося послѣ однократнаго заболѣванія почти абсолютнаго иммунитета.

Корь появляется чаще всего въ видѣ эпидемій, быстро распространяющихся, достигающихъ въ короткое время значительной высоты, затѣмъ столь же быстро затихающихъ, какъ только истощится запасъ восприимчивыхъ къ болѣзни лицъ. Въ маленькихъ, изолированно расположенныхъ селеніяхъ корь можетъ не быть по 10—20 лѣтъ, пока не будетъ занесена откуда-нибудь. Въ болѣе крупныхъ городахъ каж-

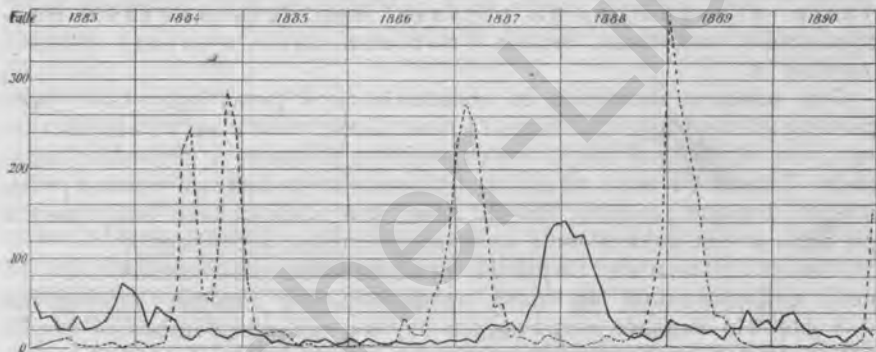


Рис. 119. Заболѣваемость корью и скарлатиной въ Базелѣ въ 1883—1890 гг. Графическое изображеніе частоты заболѣваній по отдѣльнымъ мѣсяцамъ.  
Корь . . . . . Скарлатина —

дые 2—4 года развиваются сильныя эпидеміи (см. рис. 119), отдѣленные одна отъ другой свободными промежутками. Въ большихъ центрахъ имѣются постоянно отдѣльныя заболѣванія, отъ которыхъ непрерывно возникаютъ новыя заболѣванія, даже небольшія, локализованныя эпидеміи; однако, большихъ эпидемій не наблюдается. Если болѣзнь заносится на какой-либо изолированный островъ, гдѣ она никогда еще не была или гдѣ она исчезла за нѣсколько десятилѣтій передъ тѣмъ, то заболѣваетъ поголовно все населеніе, за исключеніемъ грудныхъ дѣтей первой половины года. Точныя наблюденія, произведенныя на Ферейскихъ островахъ, показали, что къ кори восприимчиво 99% населенія.

На островахъ Самоа, куда корь была впервые занесена въ 1893 году, переболѣло все населеніе; умерло 4000 человекъ, изъ нихъ половина была взрослыхъ.

Въ общемъ, нужно сказать, что въ городахъ дѣти заболѣваютъ преимущественно въ возрастѣ между 2 и 6 годами, хотя, какъ видно изъ сказаннаго, возрастъ этотъ вовсе не обладаетъ преимущественнымъ предрасположеніемъ. Случается, что на извѣстное время, по невыясненнымъ еще пока причинамъ, предрасположеніе къ кори понижается, такъ что, напр., ребенокъ, при одинаковой возможности зараженія, одинъ разъ остается здоровымъ, въ другой разъ—позже—заболѣваетъ,

Время года не играет существенной роли в эпидемиологии коревого процесса. Но все-таки нерѣдко можно наблюдать, что корь до нѣкоторой степени предпочитаетъ холодное время года, особенно раннюю весну. Объясняется, это, по всей вѣроятности, болѣе частымъ поражениемъ, въ это время года, дыхательныхъ путей, черезъ которые, какъ предполагается, коревая зараза поступаетъ въ организмъ.

Смертность сильно колеблется въ различные годы въ зависимости отъ силы эпидеміи. Въ крупныхъ городахъ она часто не превышаетъ 3—5%, въ больницахъ же доходить иногда до 30%. Тяжелѣе всего протекаетъ корь въ первые 2—3 года жизни. Среди здоровыхъ дѣтей старше 5 лѣтъ случаи смерти отъ кори наблюдаются рѣдко.

Патологическая анатомія не даетъ никакихъ указаній на сущность болѣзни; она находитъ лишь тѣ осложненія, которыя повели къ смерти. Въ свѣжихъ случаяхъ имѣются ясныя измѣненія въ кожѣ; послѣдняя оказывается сильно гиперемированной; въ области пятеи, рѣзко блѣднѣющихъ послѣ смерти, находятъ сильное расширение мелкихъ сосудовъ папиллярнаго тѣла и значительныя скопленія круглыхъ клѣтокъ. Такая кругло-клѣточная и капиллярная инфильтрація бываетъ особенно рѣзко выражена вокругъ салныхъ железокъ и волосяныхъ луковицъ, чѣмъ и объясняется сосочкообразное возвышеніе, наблюдаемое посрединѣ коревыхъ пятеи (Heubner).

Теченіе кори естественнымъ образомъ распадается на четыре стадіи—инкубационный періодъ, періодъ знантемы (продромальный, начальный періодъ), періодъ сыпи, періодъ выздоровленія.

Отъ момента зараженія до появленія сыпи (инкубационный и продромальный періоды) проходитъ 14 дней. Срокъ этотъ настолько постояненъ, что, исходя изъ него, можно нерѣдко установить источникъ зараженія. Только въ видѣ рѣдкихъ исключеній указанный промежутокъ тянется дольше, именно 16—28 дней, что обыкновенно наблюдается при наличности какихъ-либо интеркуррентныхъ заболѣваній.

Инкубационный періодъ продолжается обыкновенно 10—11 дней, слѣдовательно на долю продромальнаго періода приходится 3—4 дня. Но нерѣдко встрѣчаются случаи, гдѣ инкубационный стадій равняется только 9, даже 7 днямъ; въ такихъ случаяхъ продромальный періодъ занимаетъ 5—7 дней—общая продолжительность промежутка между зараженіемъ и высыпаніемъ остается, опять-таки, 14 дней.

**Общая картина болѣзни** обыкновенно довольно однообразна.

Инкубационный періодъ почти всегда протекаетъ безъ какихъ-либо замѣтныхъ разстройствъ; изрѣдка встрѣчаются легкія пищеварительныя разстройства или катарры; при измѣреніи температуры обнаруживаются иногда субфебрильныя повышенія и колебанія, которыя могутъ сдѣлаться болѣе значительными за нѣсколько дней передъ продромальнымъ періодомъ.

Продромальный періодъ, періодъ знантемы характеризуется поражениемъ слизистыхъ оболочекъ глазъ, рта и дыхательныхъ органовъ. Періодъ этотъ нерѣдко начинается исподволь, но чаще наступленіе его рѣзко обозначается появленіемъ лихорадки и катарровъ. Ребенокъ, остававшійся до того совершенно веселымъ и здоровымъ, становится вялымъ, конъюнктивы краснѣютъ, изъ носа начинается обильно выдѣляться секретъ, появляется неприятное кашлевое раздраженіе.

Покраснѣніе и опуханіе конъюнктивы можетъ достигать значительной степени и сопровождаться обильнымъ водянистымъ или гнойнымъ секретомъ, усиливающимся съ каждымъ днемъ, а также слезотеченіемъ и рѣзкой свѣтобоязнью. Одновременно начинаетъ припухать слизистая оболочка носа, появляется частое чиханіе съ выдѣленіемъ жидкаго водянистаго секрета, принимающаго вскорѣ гнойный характеръ.

Въ тотъ же день или днемъ позже появляется сухой, очень мучительный кашель при отсутствіи какихъ-либо аускультативныхъ явленій. Сиплый отгѣнокъ кашля и крика указываетъ на пораженіе голосовыхъ связокъ. Иногда при существованіи предрасположенія развиваются тяжелые приступы ложнаго крупа. При изслѣдованіи полости рта находятъ покраснѣніе слизистой оболочки миндалинъ, глотки и усиленное отдѣленіе слизи.

Температура въ 1-й день продромальнаго періода поднимается до 38,5—39,5°. На 2-й или 3-й день часто наблюдается значительное паденіе, даже до нормы, но въ день появленія сыпи снова наступаетъ рѣзкій подъемъ. Общее состояніе въ однихъ случаяхъ бываетъ мало измѣнено, въ другихъ, напротивъ, сильно разстроено. Появляется головная боль, сонъ вслѣдствіе кашля нарушается, аппетитъ теряется, время отъ времени наступаетъ рвота, иногда и поносъ. На 2-й или 3-й день вмѣстѣ съ паденіемъ температуры улучшается общее состояніе, но въ стадіи высыпанія снова наступаетъ ухудшеніе.

Вся картина напоминаетъ собою какой-то тяжелый катарръ—инфлюэнцу или гриппъ; неопытный или невнимательный наблюдатель дѣйствительно нерѣдко ошибается въ этомъ смыслѣ, пока появленіе коревой сыпи не выяснитъ истинный діагнозъ. Однако внимательный осмотръ полости рта даетъ возможность уже за нѣсколько дней до появленія кожной сыпи съ увѣренностью распознать корь.

Покраснѣніе миндалинъ, глотки и слизистой рта не представляетъ никакихъ отличій отъ обычной картины сильнаго катарра. Но за 1—3 дня до кожной сыпи на слизистой оболочкѣ рта появляются пятна, которыя представляютъ характерную особенность кори и значеніе которыхъ было впервые указано Корлік'омъ—пятна Корлік'а. На слизистой оболочкѣ щекъ, чаще всего противъ нижнихъ коренныхъ зубовъ, находятъ на слегка матовомъ фонѣ нѣсколько свѣтло-розовыхъ мѣстъ величиною съ булавочную головку, въ центрѣ которыхъ часто помѣщаются мелкія бѣлыя точки, причемъ пятна представляются какъ бы обсыпанными мѣломъ (см. рис. 120)\*).

Бѣловатые мѣста нѣсколько возвышаются надъ поверхностью слизистой оболочки и могутъ быть стерты при нѣкоторомъ надавливаніи. Они состоятъ изъ жирноперерожденнаго эпителия и детрита. Количество пятенъ бываетъ очень различно. Иногда имѣется только 2—3 пятнышка, настолько маленькихъ, что ихъ можно найти только съ большимъ трудомъ, особенно, если вокругъ нихъ нѣтъ краснаго вѣнчика, какъ нерѣдко бываетъ у малокровныхъ субъектовъ. Чтобы найти ихъ, лучше всего оттянуть слизистую оболочку щеки отъ зубовъ съ помощью крючкообразнаго шпателя. Въ другихъ случаяхъ, напротивъ, пятна выступаютъ рѣзко и разбѣяны въ большомъ числѣ по всей слизистой оболочкѣ рта, такъ что напоминаютъ высыпанія молочницы. Часто пятна имѣются также на внутренней сторонѣ нижней губы. Количество и размѣры пятенъ увеличиваются до появленія кожной сыпи; съ появленіемъ ея или на другой день пятна исчезаютъ. Сперва исчезаютъ бѣлыя точки, оставляя послѣ себя иногда точечное кровоизліяніе, а затѣмъ и самыя пятна.

Въ рѣдкихъ случаяхъ пятна Корлік'а появляются уже за 4 дня до сыпи; одинъ разъ я даже видѣлъ ихъ за 5 дней. Появленіе ихъ чрезвычайно важно; оно даетъ возможность сразу ставить діагнозъ кори, такъ какъ ни при какой другой болѣзни эти пятна не встрѣ-

\*) Пора бы ужъ признать, по отношенію къ продромальнымъ пятнамъ, приоритетъ Н. Филатова и называть ихъ Филатовъ-Корлік'овскими. Для нѣмецкихъ авторовъ это тѣмъ болѣе непростительно, что книга объ острыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ у дѣтей раньше всего появилась, насколько не измѣняетъ намъ память, въ переводѣ на нѣмецкій языкъ.

чаются. Къ сожалѣнію, распознаваніе самихъ пятенъ не всегда просто. Если пятенъ мало и если они имѣютъ незначительные размѣры, то ихъ можно замѣтить только при ясномъ дневномъ освѣщеніи, при хорошемъ зрѣніи и при внимательномъ осмотрѣ. Отъ молочницы отличить ихъ не трудно. Иногда могутъ ввести въ обманъ крошки отъ сухаря или куски свернувшагося молока, но ихъ легко стереть. Если приходится видѣть пациента за 1—2 дня до сыпи, то пятна Корлік'а имѣются почти всегда. Если же врача зовутъ, когда уже появилась сыпь, то ему часто не удастся ихъ видѣть, такъ какъ въ это время они уже исчезаютъ. Чаще всего ихъ не бываетъ у грудныхъ дѣтей, у кахектическихъ больныхъ или въ случаяхъ, гдѣ вообще сыпь на слизистыхъ оболочкахъ выражена слабо.

За 1—2 дня до кожной сыпи, въ большинствѣ случаевъ позже Корлік'овскихъ пятенъ, появляется истинная энангема во рту, именно пятнистая высыпь на слизистой оболочкѣ, совершенно сходная по виду съ позднѣйшей кожной сыпью. На мягкомъ и твердомъ небѣ появляются маленькія звѣздообразныя, крапчатая красныя пятна величиною съ чечевичное зерно, расположенныя на диффузно-покраснѣвшей слизистой оболочкѣ. Такія пятна имѣются и на надгортаникѣ. Однако, энангема часто выражена неясно и не вполне характерно, такъ что въ цѣляхъ ранняго распознаванія она имѣетъ гораздо меньшее значеніе, чѣмъ пятна Корлік'а.



Рис. 121. Начинаящаяся коревая высыпь на лицѣ, дающая вмѣстѣ съ имѣющимся конъюнктивитомъ и свѣтобоязнью типическое выраженіе лица. (Дѣтская больница Gisela въ Мюнхенѣ, дръ Ibrahim).

#### Періодъ высыпанія (цвѣтенія).

За день до появленія сыпи всѣ симптомы обыкновенно усиливаются. Лихорадка, послѣ предварительнаго паденія, характернаго для кори, снова достигаетъ значительной высоты, конъюнктивы краснѣютъ, свѣтобоязнь и насморкъ усиливаются, кашель становится мучительнѣе и суше. Общее состояніе сильно разстроено. Если въ это время приглашаютъ врача, то на основаніи всѣхъ указанныхъ симптомовъ онъ уже съ большой вѣроятностью, даже съ полной увѣренностью діагностируетъ корь. При осмотрѣ онъ находитъ первые признаки сыпи въ видѣ маленькихъ красныхъ пятенъ, помѣщающихся большей частью позади ушей, на лицѣ, на шеѣ или на волосяной части головы. Отсюда сыпь быстро распространяется на туловище, плечи, бедра, предплечья и приблизительно черезъ 2 дня отъ начала высыпанія занимаетъ уже все тѣло, еще днемъ позже достигаетъ наибольшей напряженности. Усыянное розовыми пятнами тѣло коревого больного представляетъ красивую картину.

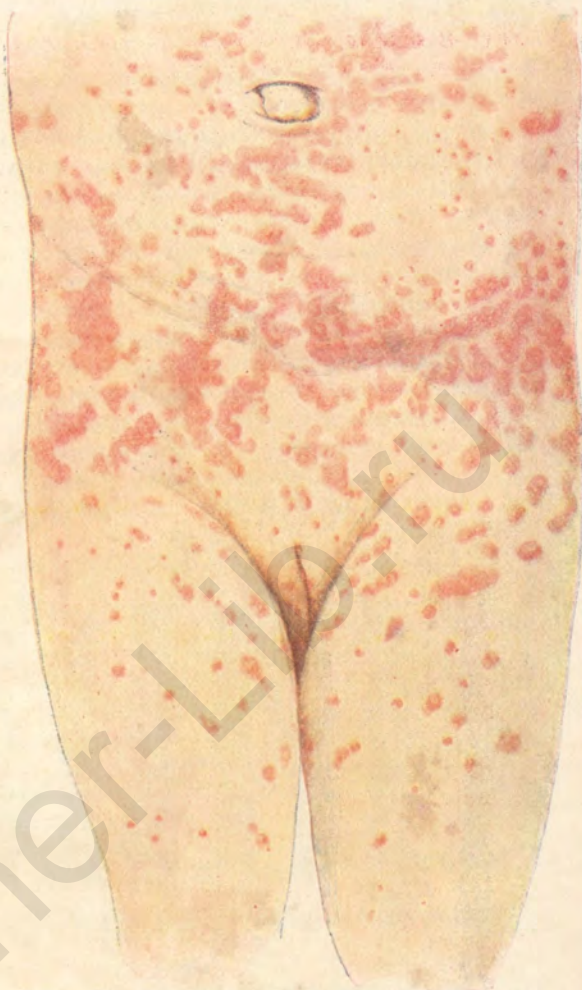


Рис. 122. Коревая сыпь. На бедрахъ она еще только начинаетъ развиваться; на туловищѣ ея свободныя большіе участки.

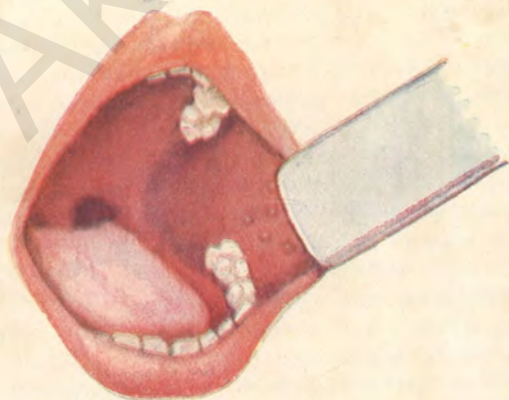


Рис. 120. Пятна Корлік'а. Надъ нижними лѣвыми коренными зубами подъ шпателемъ видны четыре бѣловатыхъ пятна съ красной каймой (въ дѣйстви-

Отдельное коревое пятно имѣетъ вначалѣ очень малые размѣры, но скоро достигаетъ величины отъ булавочной головки до горошины. Первоначально оно имѣетъ гладкую поверхность, но очень скоро въ центрѣ его появляется слегка возвышенная папула, соответствующая сальной железкѣ или волосяному мѣшечку; иногда, впрочемъ, такое возвышеніе появляется съ самаго начала. Цвѣтъ пятенъ вначалѣ розовый, но затѣмъ онъ все болѣе и болѣе переходитъ въ насыщенно-красный. По мѣрѣ увеличенія пятна оно постепенно приобрѣтаетъ неправильный, звѣздчатый характеръ, приподнимается in toto надъ окружающей нормальной кожей; въ рѣдкихъ случаяхъ на центральной папулѣ появляется маленькій пузырьекъ. Выступаніе сыпи надъ общимъ уровнемъ кожной поверхности можно замѣтить ошупываніемъ пальцами или глазами при косомъ освѣщеніи. Характерны маленькія папулезныя возвышенія въ серединѣ пятенъ; на большихъ пятнахъ бываетъ 2 или 3 такихъ возвышенія.

Высыпаніе начинается съ небольшого числа мелкихъ пятенъ, но

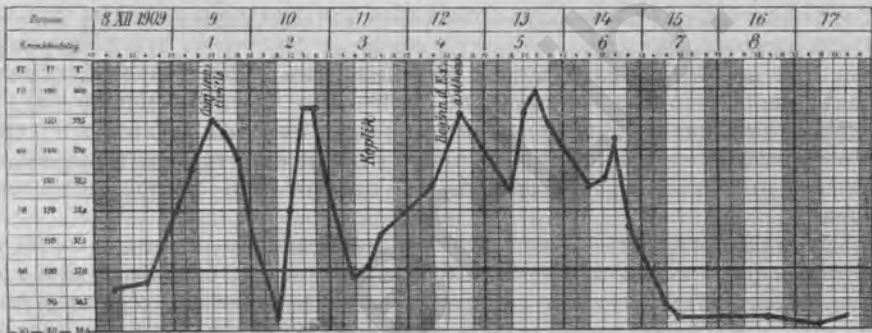


Рис. 123. Дѣвочка 4 лѣтъ. Легкая корь. Типичная кривая температуры.

скоро пятна становятся больше, число ихъ увеличивается, на нѣкоторыхъ частяхъ тѣла появляются участки слившихся пятенъ, иногда даже все тѣло сплошь покрывается сыпью, такъ что нельзя найти свободнаго участка или же остаются только маленькіе свободные отъ сыпи островки (см. рис. 122). Лицо и туловище, въ частности спина особенно часто покрываются разлитой сыпью. У нервныхъ субъектовъ появляется при этомъ умеренный зудъ. Достигнувъ полнаго распространенія и наибольшей интенсивности, сыпь не остается долго въ такомъ состояніи. Уже черезъ 2—3 дня начинается въ верхнихъ частяхъ тѣла поблѣднѣніе сыпи, которое быстро подвигается впередъ въ порядкѣ появленія. Обратное развитіе сыпи длится, въ среднемъ, два дня, такъ что черезъ 4—5 дней послѣ своего появленія сыпь уже исчезаетъ. Свѣжія пятна при надавливаніи пальцемъ совершенно исчезаютъ, но когда начинается обратное развитіе сыпи, полнаго исчезновенія отъ давленія уже не замѣчается, такъ какъ на мѣстѣ пятенъ выступаетъ кровяной пигментъ. Пигментация эта становится все яснѣе, особенно у крѣпкихъ, полнокровныхъ субъектовъ, послѣ исчезновенія сыпи сохраняется еще въ теченіе 10—20 дней, такъ что черѣдью по ней можно поставить ретроспективный діагнозъ кори. Впослѣдствіи происходитъ легкое шелушеніе кожи. На туловищѣ и конечностяхъ оно обыкновенно очень слабо выражено, въ видѣ пыли,

такъ что его легко просмотрѣть. Поэтому нѣтъ никакихъ оснований говорить о четвертомъ періодѣ кори—періодѣ шелушенія. Болѣе значительное, отрубевидное шелушеніе наблюдается часто на лицѣ, иногда также на другихъ частяхъ тѣла. Но никогда не приходится встрѣчать при кори того поздняго крупно-пластинчатого шелушенія, какое наблюдается при скарлатинѣ на рукахъ и ногахъ.

**Температурная кривая** при неосложненной кори очень типична. На своеобразное паденіе температуры въ 1—2 й день отъ начала сыпи мы уже указывали. Съ началомъ высыпанія температура снова поднимается, достигая на слѣдующій день maximum. На этой высотѣ она остается приблизительно еще одинъ день—до полнаго развитія сыпи, затѣмъ еще во время сыпи падаетъ до нормы, по большей части критически, въ теченіе 1—2 дней (см. рис. 123). Даже въ легкихъ случаяхъ, говоря вообще, температура при кори поднимается до высокыхъ цифръ; 39°—40° составляютъ обычное явленіе, хотя жаръ довольно часто достигаетъ 40°—41°. Если въ періодѣ сыпи температура не спадаетъ въ теченіе 4 дней, то явленіе это всегда возбуждаетъ подозрѣніе относительно осложненій. Описанная температурная кривая составляетъ правило, но довольно часто, однако, встрѣчаются отклоненія отъ нея при отсутствіи какихъ-либо нарушеній въ общемъ ходѣ болѣзни. Такъ, напр., нерѣдко наблюдается литическое паденіе температуры на высотѣ высыпанія. Впрочемъ, почти всегда можно выдѣлить въ температурной кривой два болѣе сильныхъ повышенія температуры—одно вначалѣ предвѣстниковъ, другое—въ первый или второй день высыпанія.

Общее состояніе въ періодѣ наибольшаго развитія болѣзни обыкновенно сильно разстроено благодаря кашлю, свѣтобоязни и головной боли. При высокой лихорадкѣ можетъ наблюдаться бредъ. Аппетитъ совершенно пропадаетъ и дѣти отказываются даже отъ питья.

Конъюнктивитъ въ періодѣ высыпанія еще болѣе усиливается. Вѣки припухаютъ, секретъ увеличивается въ количествѣ, становясь гнойнымъ—по утрамъ дѣти не могутъ раскрыть глазъ. Осмотръ конъюнктивы, рѣзко инъецированной до самой роговицы, затрудняется вслѣдствіе свѣтобоязни. Усиливается и насморкъ. Вслѣдствіе значительнаго припуханія слизистой оболочки носа затрудняется дыханіе, подъ вліяніемъ гнойнаго отдѣляемаго изъязвляется верхняя губа. Иногда случаются носовыя кровотечения.

Частымъ осложненіемъ кори является воспаленіе средняго уха, развивающееся благодаря распространенію воспалительнаго процесса съ Евстахіевой трубы. Катаральный отитъ представляетъ также обычное явленіе, протекающее часто безъ всякихъ симптомовъ; но у дѣтей младшаго возраста, а также у дѣтей, имѣющихъ аденоиды, нерѣдко развивается и гнойное воспаленіе средняго уха.

Языкъ сухъ и сильно обложенъ, глотка, миндалины и мягкое небо интенсивно-красны, на мягкомъ небѣ видна иногда еще продромальная сыпь. Слизистая оболочка щекъ становится мутной, теряетъ зеркальный блескъ; въ теченіе перваго и даже втораго дня на ней еще можно видѣть пятна Филатовъ-Корлік'а. На деснахъ находятъ часто бѣлый налетъ, легко стираемый налетъ, который, хотя и встрѣчается при другихъ тяжелыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, но рѣдко бываетъ такъ рѣзко выраженъ, какъ при кори. Губы становятся сухими, покрываются болѣзненными трещинами, препятствующими открыванію рта и приему пищи.



Что касается кашля, который до высыпанія бываетъ сухимъ и мучительнымъ, то онъ, удивительнымъ образомъ, рѣзко улучшается съ началомъ высыпанія, причемъ получается впечатлѣніе, будто кожная сыпь путемъ отвлеченія уменьшаетъ гиперемію внутреннихъ слизистыхъ оболочекъ. Точно также съ появленіемъ сыпи часто ослабѣваютъ стеногическія явленія со стороны гортани.

Въ легкихъ находятъ во многихъ случаяхъ совершенно нормальныя явленія какъ со стороны аускультации, такъ и со стороны перкусіи. Но довольно часто выслушиваются влажные средне- и мелкопузырчатые хрипы. При сильномъ бронхитѣ дыханіе замѣтнымъ образомъ затрудняется и становится напряженнымъ.

Со стороны сердца и органовъ кровообращенія обыкновенно не находятъ ничего особеннаго,

Пульсъ учащенъ пропорціонально температурѣ, достигая у маленькихъ дѣтей, даже при правильномъ теченіи болѣзни, 160—180 ударовъ въ минуту.

Кровь обнаруживаетъ въ началѣ инкубационнаго періода увеличеніе числа лейкоцитовъ, а въ послѣдніе дни этого періода начинается лейкопенія. Яснѣе всего послѣдняя дѣлается во время высыпанія (абсолютное уменьшеніе лейкоцитовъ и лимфоцитовъ). Въ это время исчезаетъ азозофілія.

Почки въ легкихъ случаяхъ остаются здоровыми. При высокой лихорадкѣ иногда появляется временная альбуминурія. Въ тяжело протекающихъ формахъ на высотѣ болѣзни можетъ развиваться нефритъ, который, однако, быстро проходитъ. Если нефритъ появляется лишь послѣ полного выздоровленія на 3-й или 4-й недѣлѣ, то это почти всегда свидѣтельствуетъ объ ошибочномъ распознаваніи (корь вмѣсто scarlatina). Въ періодѣ наибольшаго развитія болѣзни обыкновенно наблюдается діазореакція.

Въ началѣ болѣзни, особенно у маленькихъ дѣтей, появляется часто поносъ, который можетъ вести къ значительному упадку питанія. Въ жаркое время года корь можетъ сопровождаться сильнымъ пораженіемъ кишечника. Иногда такія явленія со стороны кишечника составляютъ особенность отдѣльныхъ эпидемій. У маленькихъ дѣтей развиваются нерѣдко явленія колита, именно частый, слизистогнойный стулъ, упорно противостоящій всякой терапіи и приводящій нерѣдко къ смертельному исходу. На слизистой оболочкѣ кишекъ находятъ при этомъ сильное припуханіе фолликулъ, даже распространенный язвенный процессъ.

Доступныя ощупыванію лимфатическія железы обыкновенно увеличиваются мало, но въ тяжелыхъ случаяхъ и у дѣтей, страдающихъ эксудативнымъ діатезомъ или туберкулезомъ, нерѣдко наблюдается очень значительное припуханіе шейныхъ железъ.

Со стороны селезенки замѣтнаго увеличенія обыкновенно не наблюдается.

Періодъ выздоровленія. Съ паденіемъ температуры общія явленія быстро слабѣютъ и затѣмъ исчезаютъ. Въ какихъ-нибудь 1—2 дня состояніе ребенка рѣзко мѣняется, появляется аппетитъ и сонъ. Кашель становится рѣже и скоро разрѣшается. Воспалительныя измѣненія со стороны глазъ, носа, полости рта, губъ и бронховъ проходятъ нѣсколько медленнѣе, но въ обыкновенныхъ случаяхъ черезъ недѣлю послѣ начала сыпи больной находится уже въ періодѣ окончательнаго выздоровленія, а черезъ 8—10 дней все возвращается къ нормѣ. Только

пигментация на мѣстѣ бывшихъ пятенъ, легкая блѣдность и уменьшеніе эластичности кожи, иногда еще слѣды бывшихъ катарровъ—могутъ оставаться нѣкоторое время.

### Отклоненія отъ нормальнаго теченія и осложненія.

Описанная картина болѣзни присуща большинству случаевъ кори. Аномаліи теченія встрѣчаются рѣже, чѣмъ осложненія, которыя главнымъ образомъ поражаютъ дыхательный аппаратъ.

Встрѣчаются настолько легкіе случаи, что продромальныя явленія остаются незамѣченными—родители обращаютъ вниманіе на болѣзнь ребенка только съ появленіемъ сыпи. Въ такихъ случаяхъ и періодъ высыпанія длится всего 2—3 дня, не сопровождаясь ни значительнымъ повышеніемъ температуры, ни замѣтнымъ расстройствомъ общаго состоянія. Съ другой стороны, изрѣдка наблюдаются случаи тяжелой токсической кори. Дѣти заболѣваютъ сразу вмѣстѣ съ началомъ періода высыпанія; появляется высокая лихорадка, апатія, сонливость, малый, очень частый пульсъ, чрезвычайно сильныя катарральныя явленія, очень интенсивная экзантема, температура поднимается до  $41^{\circ}$ — $42^{\circ}$ , причемъ больные умираютъ при явленіяхъ адинаміи. Больше всего предрасположены къ такому тяжелому теченію дѣти съ лимфатической конституціей. Иногда удается найти въ крови стрептококковъ, что свидѣтельствуетъ о наличности септической кори. Частота очень легкіхъ и очень тяжелыхъ случаевъ зависитъ отъ характера эпидеміи.

У грудныхъ дѣтей корь протекаетъ нерѣдко чрезвычайно легко. Катарральныя явленія и лихорадка бывають выражены очень слабо, сыпь появляется въ скудномъ количествѣ и имѣетъ блѣдный цвѣтъ, такъ что распознаваніе можетъ иногда представлять большія трудности, особенно потому, что въ этомъ возрастѣ часто не бываетъ пятенъ Филатовъ-Корлик'а. Взрослые обыкновенно сильнѣе страдаютъ при заболѣваніи корью, чѣмъ дѣти, хотя смертельныя случаи среди нихъ составляютъ рѣдкое явленіе.

У большихъ и туберкулезныхъ дѣтей корь протекаетъ иногда очень тяжело. Кожная сыпь выступаетъ слабо, но очень легко развиваються осложненія со стороны легкіхъ (см. ниже) или наступаетъ обостреніе туберкулезнаго процесса, ведущее къ смертельному исходу.

Отдѣльные симптомы могутъ представлять слѣдующія отклоненія отъ нормы.

Температура даетъ незначительныя повышенія, а характерная для кори кривая можетъ совершенно отсутствовать. Литическое паденіе температуры встрѣчается часто даже при нормальномъ теченіи кори. Но если послѣ исчезновенія сыпи температура не падаетъ до нормы, въ особенности, если спустя нѣсколько дней она даетъ новое повышеніе, то нужно всегда подуматъ, нѣтъ ли какого-либо осложненія. Безлихорадочная корь представляетъ большую рѣдкость; напротивъ, незначительныя и быстро проходящія повышенія температуры встрѣчаются довольно часто, напр., у кахектическихъ дѣтей грудного возраста. Сыпь и катарральныя явленія бывають въ отдѣльныхъ случаяхъ настолько слабо выражены, что остаются незамѣченными; въ исключительныхъ случаяхъ они, равно какъ и кашель, могутъ совершенно отсутствовать.

Сыпь можетъ представлять много различныхъ отклоненій, хотя въ большинствѣ случаевъ она бываетъ настолько типично и рѣзко выражена, что на основаніи ея даже не-врачи съ увѣренностью

ставятъ діагнозъ кори. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ передъ появленіемъ коревой сыпи наблюдается мимолетная scarлатинообразная сыпь.

Сушествуетъ ли корь безъ сыпи—только съ повышеніемъ температуры и съ катаральными симптомами—на этотъ вопросъ нѣтъ единодушнаго отвѣта. Такъ какъ срокъ, протекающій отъ зараженія до появленія сыпи, очень постояненъ (14 дней), то казалось бы, что въ домашней практикѣ этотъ вопросъ не трудно рѣшить. Несмотря на такія благоприятныя условія для наблюденія, большинство авторовъ утверждаетъ, что никогда не видѣли кори безъ сыпи. Мнѣ лично въ своей многолѣтней частной практикѣ, гдѣ черезъ мои руки прошло много сотенъ больныхъ, ни разу не удалось видѣть такого случая, хотя съ помощью пятенъ Филатовъ-Koplik'a такіе случаи не трудно было бы установить. Въ первый разъ мнѣ удалось видѣть такой случай только недавно во время одной домової эпидеміи въ клиникѣ. Дѣло шло объ очень истощенномъ грудномъ ребенкѣ 4½ мѣсяцевъ, у котораго нормальнымъ порядкомъ протекали лихорадка, катарры, Koplik и у котораго тѣмъ не менѣе не было и слѣдовъ какой-либо сыпи \*).

Сравнительно часто приходится видѣть случаи, гдѣ сыпь выражена очень слабо, появляется только на отдѣльныхъ частяхъ тѣла и уже по прошествіи 1—2 дней совсѣмъ исчезаетъ. Такое отклоненіе встрѣчается не такъ часто въ легкихъ случаяхъ кори, какъ въ случаяхъ кори у кахектическихъ и вообще больныхъ дѣтей. Затѣмъ неполное и слабое развитіе сыпи наблюдается еще тамъ, гдѣ уже въ продромальной стадіи появилось какое-либо тяжелое осложненіе, обыкновенно бронхіолитъ или пнеймонія. Если пнеймонія развивается въ началѣ высыпанія, то послѣднее перестаетъ прогрессировать, сыпь становится цианотичной, затѣмъ блѣднѣетъ и дѣлается почти незамѣтной; явленіе это—всегда плохой признакъ. Недаромъ въ народѣ боятся, когда сыпь „скрывается“. Точно также неправильное начало высыпанія, напр., съ туловища, имѣетъ плохое прогностическое значеніе \*\*).

Даже при вполне доброкачественныхъ случаяхъ сыпь можетъ съ самаго начала на отдѣльныхъ мѣстахъ или даже всюду имѣть геморрагической характеръ: это отнюдь не имѣетъ плохого прогностическаго значенія. Такъ, напр., мнѣ пришлось наблюдать на трехъ больныхъ въ одной семьѣ рѣзко геморрагическую сыпь при вполне легкомъ теченіи болѣзни. Гораздо хуже, если сыпь имѣетъ ясно выраженный цианотическій оттѣнокъ, что указываетъ на недостаточность циркуляціи. Отъ обыкновенной геморрагической сыпи нужно строго отличать тѣ рѣдкіе случаи, гдѣ на почвѣ септического процесса появ-

\*) Вотъ что говоритъ Н. Филатовъ: «полное отсутствіе сыпи у ребенка, заразившагося вмѣстѣ со своими сородичами и заболѣвшаго одновременно съ ними припадками періода предвѣстникова, встрѣчается рѣдко; но случаи кори почти безъ сыпи встрѣчаются чаще и отличаются чрезвычайно легкимъ теченіемъ». Приведенъ случай дѣвочки 12 лѣтъ, у которой еле замѣтная первая папулы были на лицѣ и характерныя пятна на небѣ. Эти послѣднія, по нашимъ наблюденіямъ, всегда могутъ предупредить ошибочный діагнозъ, такъ какъ ихъ наличность обязательна для всякой формы коревого процесса, будетъ ли онъ тяжелымъ, умѣреннымъ или abortивнымъ. Помимо пятенъ на мягкомъ небѣ, видою своимъ вполне напоминающихъ всегда слегка папулезную экзантему кожи, мы находили на дужкахъ и задней части твердаго неба соответствующую экзантему. Сыпи на кожѣ можетъ совсѣмъ не быть, но экзантема для признанія кори обязательна, пятна Филатовъ-Koplik'a могутъ отсутствовать, экзантема же всегда есть.

Прим. ред.

\*\*\*) Нарушенный порядокъ высыпанія, по нашему мнѣнію, ничего плохого не представляетъ, но замедленное, съ перерывами, появленіе коревой экзантемы крайне несприятно потому, что ребенокъ лихорадитъ и страдаетъ вдвое—втрое дольше обыкновеннаго. Въ подобныхъ случаяхъ мы настоятельно рекомендуемъ вытиранія кожи укусомъ и потогонный способъ. Сплошь да рядомъ 2—3 приемовъ вполне достаточно для быстрого, повсемѣстнаго высыпанія съ наступающимъ затѣмъ паденіемъ  $t^0$  и улучшеніемъ общаго состоянія. Намъ извѣстны случаи, когда «застуженная», по выраженію публики, сыпь не высыпала цѣлую недѣлю и сразу появилась послѣ раздражающаго кожу втиранія и чая изъ сухой маляны или изъ липоваго цвѣта.

Прим. ред.

ляются настоящія кровоизліянія въ кожу, сопровождающіяся кровотеченіями изъ слизистыхъ оболочекъ (носа, кишечника и проч.). Нерѣдко здѣсь съ самаго начала имѣется общій септической процессъ, принимаемый за корь, вслѣдствіе появленія пятнистой сыпи. Если у больного имѣется экзема лица, то нерѣдко за 2—3 дня до появленія сыпи она становится краснѣе и принимаетъ пятнистый характеръ. Часто приходится видѣть, что послѣ кори экзема ухудшается или впервые появляется только послѣ кори, но съ другой стороны, иногда существующая до того экзема во время коревой сыпи исчезаетъ.

Характеръ сыпи представляетъ часто особенности, имѣющія діагностическое значеніе. Иногда она имѣетъ настолько ясный папулезный характеръ, что возникаетъ мысль объ оспѣ; въ другихъ случаяхъ пятна, напротивъ, вовсе не поднимаются надъ поверхностью кожи; такъ бываетъ, напр., у малокровныхъ субъектовъ. Изрѣдка коревая сыпь состоитъ изъ пузырьковъ или напоминаетъ крапивницу. Иногда сыпь сопровождается омертвѣніемъ кожи. Въ одномъ случаѣ я наблюдалъ омертвѣніе всей кожи руки до самой мускулатуры.

Въ качествѣ очень рѣдкаго явленія нужно упомянуть еще о рецидивѣ кори, который можетъ появиться черезъ 1—2 мѣсяца.

Точно также и пораженіе слизистыхъ оболочекъ сильно варьируетъ въ своей интенсивности. Въ глазу мы наблюдаемъ всѣ промежуточныя ступени, начиная отъ самаго легкаго конъюнктивита и кончая тяжелой бленорреей, сопровождающейся нагноеніемъ роговицы и гибелью глаза. Очень часто кромѣ конъюнктивита имѣется еще блефаритъ, который можетъ тянуться много недѣль. При сильномъ насморкѣ приходится нерѣдко наблюдать изъязвленія въ области носовыхъ отверстій и дифтероидное пораженіе верхней губы. Въ началѣ продромальнаго періода наблюдается иногда катарральная или лакунарная ангина, которая можетъ преобладать надъ другими симптомами со стороны слизистыхъ оболочекъ и давать поводъ къ ошибкамъ въ распознаваніи, выясняющейся, конечно, съ появленіемъ сыпи.

Воспаленіе слизистой оболочки рта можетъ вести къ образованію глубокихъ и упорныхъ афтозныхъ язвъ и изъязвленій, распространяющихся иногда на слизистую оболочку губъ, вслѣдствіе чего всякое принятіе пищи становится для больного крайне мучительнымъ. Нома щеки, представляющая вообще рѣдкое страданіе, поражаетъ сравнительно часто коревыхъ больныхъ, въ особенности слабыхъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ осложненіе это локализуется на половыхъ органахъ у дѣвочекъ; обыкновенно же здѣсь наблюдается только умѣренное воспаленіе съ выдѣленіемъ жидкаго гнойнаго секрета.

Ларингитъ достигаетъ иногда сильнаго развитія уже въ періодѣ высыпанія, вызывая охриплость, приступы ложнаго крупа и длительныя явленія стеноза. Иногда форму эту принимаютъ за дифтерійный крупъ и помѣщаютъ такихъ дѣтей въ дифтерійное отдѣленіе. Съ появленіемъ сыпи припадки со стороны гортани обыкновенно ослабѣваютъ. Въ случаяхъ болѣе сильнаго воспаленія могутъ развиваться иногда язвы на голосовыхъ связкахъ и на другихъ частяхъ гортани, чѣмъ объясняется охриплость, даже афонія, которая остается иногда въ теченіе многихъ недѣль и можетъ сопровождаться умѣреннымъ стенозомъ, уступающимъ только энергичному леченію. Бронхитъ способенъ достигать значительной степени уже въ начальной стадіи кори, сопровождаясь обильными средне-, мелкопузырчатыми хрипами и одышкой. Чаше, однако, распространенный бронхитъ—нерѣдко капиллярный—развивается въ періодѣ высыпанія, причемъ онъ ограничи-

вается только задними частями легких, но может захватить всё доли легких и в короткое время повести к смерти.

Тяжелые бронхиты и пневмонии составляют самое частое осложнение кори. Они появляются тем легче, чем меньше возраст ребенка. У детей старше 3—4 лет осложнения случаются значительно реже. Легче всего делаются жертвами этих осложнений слабые и рахитические дети.

Изъ бронхита легко развивается пневмония, которая представляет самое важное осложнение кори и обуславливает большую часть смертельных случаев. В стадии предвестников пневмония наблюдается редко, чаще она развивается в период высыпания, но всего чаще—через несколько дней послѣ него. Нерѣдко на появление этого осложнения указывает неполное развитие сыпи или преждевременное исчезновение ея. Пневмония протекает тем хуже, чем раньше она появляется. В большинствѣ случаев приходится имѣть дѣло съ бронхопневмонией. Нерѣдко она развивается такъ быстро и бываетъ такой сплошной, что при поражении цѣлой доли легкаго даетъ клиническую картину крупозной пневмонией, съ темъ только отличіемъ, что течение ея болѣе медленное и что она не сопровождается критическим падениемъ температуры. В другихъ случаяхъ она подкрадывается незамѣтно, такъ что иногда в течение многихъ дней изслѣдование легкихъ даетъ отрицательные результаты. Только подъемъ температуры или отсутствіе своевременнаго паденія ея, при наличности диспноического дыханія и усиленнаго кашля, заставляютъ предполагать наличность пневмоніи (см. рис. 124). Такія пневмоніи часто ведутъ къ смерти, хотя иногда могутъ оканчиваться выздоровленіемъ даже послѣ многодѣльнаго, вялаго теченія. Особую форму пневмоніи, къ счастью рѣдкую, представляетъ некротическій распадъ пораженныхъ частей (Heubner).

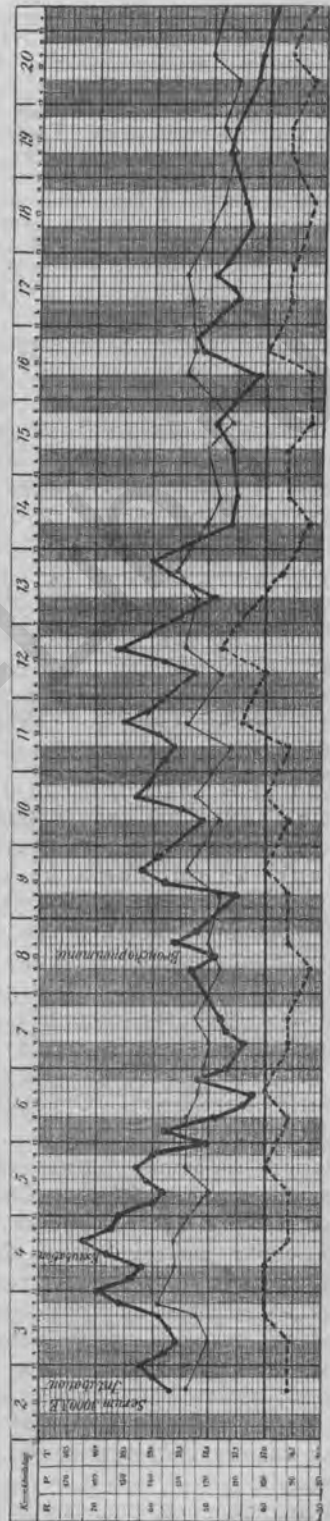


Рис. 124. Мальчикъ 2 1/3 лѣтъ. Бронхопневмонія, присоединившаяся къ кори.

Частота бронхонеймоній колеблется въ зависимости отъ времени года и отъ характера эпидеміи. Поразителенъ тотъ, отмѣченный главнымъ образомъ французскими авторами, фактъ, что **коревая пнеймонія часто оказы-  
вается заразительной**: это значить, что если въ палатѣ одинъ коревой больной заболѣваетъ пнеймоніей, то и у другихъ коревыхъ больныхъ появляется то же осложненіе. Такое явленіе показываетъ, насколько корь подвержена вторичнымъ инфекціямъ, но заразительна, въ данномъ случаѣ, не сама пнеймонія, а лежащій въ основѣ ея вторичный бронхитъ. Возбудителемъ инфекцій является здѣсь обыкновенно пнеймококкъ или стрептококкъ. По мѣ-  
нимъ наблюденіямъ пнеймонія развивается особенно часто въ томъ случаѣ, когда коревая эпидемія совпадаетъ съ гриппозной. Неблагоприятнымъ обстоятельствомъ нужно считать присоединеніе кори къ коклюшу, такъ какъ этимъ путемъ значительно повышается опасность появленія осложненій со стороны легкихъ.

Плевритъ является частымъ спутникомъ бронхонеймоніи. Въ большинствѣ случаевъ онъ имѣетъ фибринозный или фибринозно-гнойный характеръ и легко ускользаетъ отъ наблюденія, составляя лишь случайную находку при вскрытіи. Болѣе значительныя скопленія экссудата встрѣчаются рѣдко и бываютъ почти всегда гнойными (стрептококкъ), требуя освобожденія плевральной полости отъ гноя посредствомъ резекціи ребра.

Воспаленіе средняго уха, о частотѣ котораго мы уже упоминали, ведетъ нерѣдко къ перфорациі барабанной перепонки и гное-теченію. Оно несравненно доброкачественнѣе, чѣмъ при scarlatinѣ и въ большинствѣ случаевъ безслѣдно проходитъ. Воспаленіе сосцевиднаго отростка или смертельный тромбозъ синусовъ наблюдается рѣдко. Предупредить такое осложненіе проколомъ нельзя—послѣдній имѣетъ только значеніе палліатива противъ сильныхъ болей. Нерѣдко послѣ кори развиваются аденоидныя разрощенія.

Органы кровообращенія страдаютъ при кори гораздо меньше, чѣмъ при scarlatinѣ. Порокъ клапановъ на почвѣ эндокардита или перикардита составляютъ очень рѣдкое осложненіе.

Нервная система въ тяжелыхъ случаяхъ подвергается значительному разстройству. Въ періодъ высокой лихорадки сонливость и бредъ довольно часты, рѣже встрѣчаются общія судороги, за исключеніемъ, впрочемъ, случаевъ, гдѣ имѣется спазмофильный діатезъ. Въ прогностическомъ отношеніи судороги въ періодъ сыпи имѣютъ неблагоприятное значеніе. Въ исключительныхъ случаяхъ образуется гнойный менингитъ, гораздо чаще—въ періодъ выздоровленія или даже спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ него—развивается туберкулезный менингитъ. Описаны отдѣльные случаи параличей вслѣдствіе невритовъ.

Наряду съ пораженіемъ легкихъ для врача чрезвычайно важно осложненіе кори дифтеріей. Слизистая оболочка дыхательныхъ путей при кори очень воспримчива ко всякой инфекціи, въ томъ числѣ и къ инфекціи дифтерійными бациллами. Присоединеніе кори составляетъ вообще довольно частое явленіе, но особенно его нужно опасаться въ періоды дифтерійныхъ эпидемій. Для практическаго врача обстоятельство это тѣмъ болѣе важно, что дифтерія въ такихъ случаяхъ нерѣдко поражаетъ не глотку, а гортань и бронхи (коревой крупъ); между тѣмъ какъ и простая, неосложненная корь даетъ часто охриплость съ признаками ложнаго крупа и стеноза гортани; благодаря такому обстоятельству, здѣсь легко возможны ошибки въ распознаваніи.

Отличительное распознаваніе охриплости и стеноза, являющихся

результатомъ кори, отъ тѣхъ же признаковъ, вызываемыхъ дифтеріей, представляетъ—при отсутствіи пораженія глотки—очень большія трудности. Если въ такихъ случаяхъ ожидать результатовъ бактериологическаго изслѣдованія (мазокъ изъ глоточной слизи), то можно очень часто пропустить наиболѣе благоприятное время для специфической терапіи.

Дифтерія, осложняющая коревой процессъ, имѣетъ ту особенность, что она чрезвычайно быстро распространяется съ гортани на мелкіе бронхи и ведетъ такимъ образомъ очень скоро къ смерти. Если сильная охриплость и легкой стенозъ существуютъ только въ теченіе продромальнаго періода, исчезая вмѣстѣ съ появленіемъ сыпи, то, вообще говоря, можно быть спокойнымъ, такъ какъ эти симптомы очень часто встрѣчаются и при неосложненной кори, тѣмъ болѣе, что осложненіе дифтеріей наступаетъ обыкновенно позже. Если же имѣется болѣе сильная афонія и прогрессирующій стенозъ, которые еще усиливаются въ стадіи высыпанія, то лучше всего принять это за дифтерію, хотя бы въ зѣвѣ и не было никакихъ измѣненій. Въ особенности нужно считать за дифтерію тѣ случаи, гдѣ прогрессирующая охриплость и стенозъ появляются уже послѣ высыпанія. Въ такихъ случаяхъ нужно немедленно произвести энергичное впрыскиваніе дифтерійной сыворотки—именно 4000 единицъ, каковая доза можетъ быть, въ случаѣ надобности, повторена черезъ 24 часа. Здѣсь приходится брать дозу большую, чѣмъ при первичной дифтеріи, ибо опытъ показываетъ, что коревые больные обнаруживаютъ по отношенію къ дифтерійной инфекціи пониженную сопротивляемость. Если ожидать, пока стенозъ достигнетъ значительныхъ размѣровъ и исчезнутъ всѣ діагностическія сомнѣнія, то помощь можетъ оказаться уже запоздалой. Даже у дѣтей старшаго возраста смерть можетъ наступить черезъ 2—3 дня отъ начала стеноза. Интубація и трахеотомія оказываются въ это время бесполезными, такъ какъ образованіе пленокъ распространилось уже на мелкіе бронхи. Да и вообще при кори не нужно торопиться съ интубаціей и трахеотоміей, такъ какъ слизистая оболочка у коревыхъ больныхъ чрезвычайно легко ранима и склонна къ образованію пролежней. Затѣмъ у коревыхъ больныхъ можетъ—при сильномъ воспаленіи—развиться въ гортани и трахеѣ не-дифтерійный экссудатъ, обусловленный стрепто- и диплококками. Изъ осторожности слѣдуетъ и въ такихъ случаяхъ произвести впрыскиваніе сыворотки.

Пониженная сопротивляемость организма при кори замѣтна, да и болѣе, по отношенію къ туберкулезу который поэтому составляетъ одну изъ частыхъ послѣдовательныхъ болѣзней. Preisich и v. Piquet доказали, что во время высыпанія кожная туберкулиновая реакція временно отсутствуетъ. Явленіе это свидѣтельствуетъ, что организмъ остается безоружнымъ по отношенію къ туберкулезнымъ бактеріямъ и ихъ токсинамъ. Такимъ образомъ мы находимъ естественное объясненіе тому факту, что инактивный туберкулезъ послѣ кори превращается часто въ активный—въ видѣ пораженія бронхиальныхъ железъ (см. рис. 125), или корня легкихъ, или въ видѣ милиарной бугорчатки. Если до кори уже существовалъ активный туберкулезъ, то послѣ нея онъ нерѣдко ухудшается. Точно также становится понятнымъ, почему при лимфатическомъ діатезѣ легко появляются признаки скрофулеза—образованіе фликтенъ, опуханіе железъ, кожные туберкулиды, такъ какъ скрофулезъ есть не что иное, какъ реакція

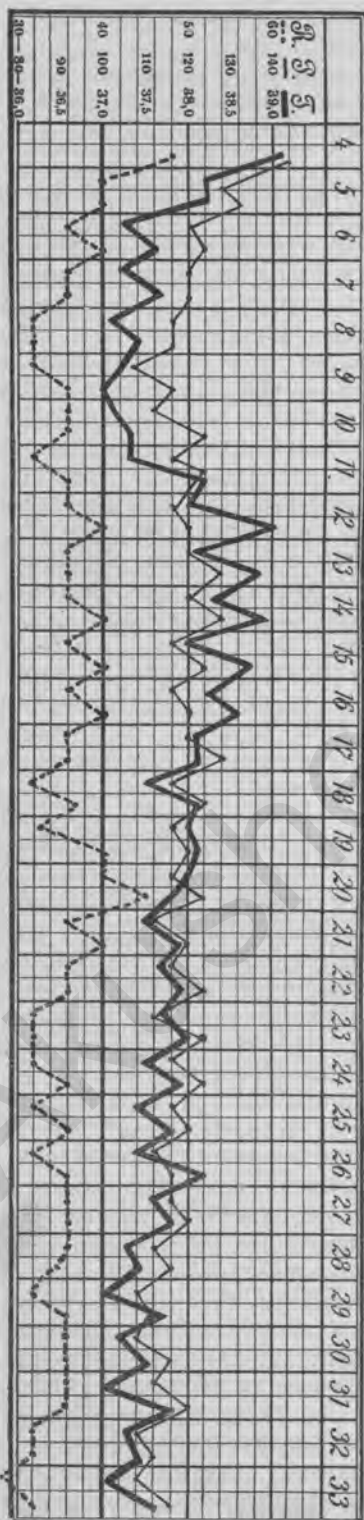


Рис. 125. Дѣвочка 4 лѣтъ. Туберкулезъ бронхіальныхъ желѣзъ постѣ кори (съ типичной ренгенограммой). Начиная съ 12-го дня болѣзни повышение температуры, съ послѣдующимъ медленнымъ ея паденіемъ.

лимфатическаго діатеза на туберкулезъ. Необъяснимыя повышения температуры послѣ кори должны прежде всего возбуждать подозрѣніе на возможность обостренія до того скрытаго туберкулезнаго процесса. Къ счастью, являя бронхопнеймоніи, остающіяся часто послѣ кори, въ большинствѣ случаевъ не оправдываютъ подозрѣній относительно ихъ туберкулезнаго характера.

**Распознаваніе** въ громадномъ большинствѣ случаевъ легко: трудности встрѣчаются здѣсь гораздо рѣже, чѣмъ, напр., при скарлатинѣ. Періодъ предвѣстниковъ, сопровождающійся повышеніемъ температуры, катаромъ конъюнктивъ и верхнихъ дыхательныхъ путей, пятна Филатовъ-Корлик'а, наконецъ, типичная сыпь—все это въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ не оставляетъ никакихъ сомнѣній въ діагнозѣ.

На основаніи одной только сыпи нельзя ставить діагноза кори, такъ какъ подобныя же кожныя явленія наблюдаются и въ цѣломъ рядѣ другихъ болѣзней, которыя и должны быть приняты во вниманіе при дифференціальномъ діагнозѣ. Если коревая сыпь имѣетъ рѣзко выраженный папулезный характеръ, то въ теченіе 1—2 дней діагнозъ можетъ колебаться между корью и оспой, но въ дальнѣйшемъ объ сыпи развиваются совершенно различно. Затѣмъ, при оспѣ въ началѣ высыпанія температура падаетъ, при кори она поднимается. Скарлатина рѣдко даетъ поводъ къ смѣшенію ея съ корью, такъ какъ сыпь при ней гораздо мельче. Только въ случаяхъ сливной кори можно, при поверхностномъ осмотрѣ, подумать о скарлатинѣ, но здѣсь всегда можно найти участки съ типичной крупнопятнистой коревой сыпью, въ особенности на



рукахъ и ногахъ. Кромѣ того, при скарлатинѣ не бываетъ катаррального періода предвѣстниковъ, а вмѣсто того имѣются ангина, малиновый языкъ и т. д. Для кори же характерны: періодъ предвѣстниковъ съ лихорадкой и катаррами, конъюнктивитъ, пятна Филатовъ Корлік'а и т. д.

Большое сходство съ корью представляетъ краснуха, отличающаяся, однако, болѣе блѣднымъ цвѣтомъ сыпи, меньшими размѣрами отдѣльныхъ пятенъ, отсутствіемъ Филатовъ Корлік'овскихъ пятенъ, очень слабымъ развитіемъ катарральныхъ явленій и лихорадки. Рѣже можетъ создать затрудненія инфекціонная эритема, но при ней не бываетъ катарральныхъ явленій, а на разгибательныхъ поверхностяхъ рукъ имѣются характерные участки сливной сыпи. При септическомъ процессѣ наряду со всякими другими сыпями развивается иногда и коревидная сыпь, но распознаваніе можетъ быть поставлено на основаніи другихъ симптомовъ. На мысль о кори можетъ иногда навести сифилитическая розеола, если она рѣзко выражена и быстро высыпаетъ. При гриппозныхъ заболѣваніяхъ рѣдко появляется коревидная сыпь, а если и появляется, то въ виду существованія катарральныхъ явленій легко впасть въ ошибку. Однако, сыпь бываетъ здѣсь мимолетнѣе, не имѣетъ той правильности, какъ при кори: кромѣ того здѣсь никогда не бываетъ пятенъ Филатовъ-Корлік'а. Далѣе, коревидную сыпь приходится нерѣдко наблюдать при вакцинаціи, при разстройствѣхъ питанія у грудныхъ дѣтей, но при этихъ заболѣваніяхъ не бываетъ пораженія слизистыхъ оболочекъ. Наконецъ, съ корью можно легко смѣшать токсическую эритему, каковая развивается, напр., послѣ вприскиваній сыворотки, послѣ нѣкоторыхъ медикаментовъ (антипиринъ). Но эти эритемы имѣютъ измѣнчивый, полиморфный характеръ и рѣдко поражаютъ все тѣло; затѣмъ, рядомъ съ коревидной сыпью можно найти участки скарлатиновой сыпи или крапивницы— все это даетъ возможность поставить вѣрное распознаваніе. Въ сомнительныхъ случаяхъ вопросъ рѣшается на основаніи наличности или отсутствія Филатовъ Корлік'овскихъ пятенъ, катарральныхъ явленій, конъюнктивита, равномернаго высыпанія на кожѣ, діазореакціи, результатовъ изслѣдованія крови (при кори и сывороточной сыпи— лейкопенія, при скарлатинѣ нейтрофильный лейкоцитозъ и эозинофилия). Наконецъ, продолжительность инкубаціи, наличность или отсутствіе источника зараженія могутъ также служить опорными пунктами при постановкѣ діагноза.

**Предсказаніе** при кори можетъ быть поставлено съ извѣстнымъ вѣроятіемъ, въ самомъ уже началѣ болѣзни, такъ какъ теченіе ея въ большинствѣ случаевъ вполне правильно и лишено тѣхъ капризовъ и неожиданностей, которыя свойственны скарлатинѣ. У здоровыхъ дѣтей старше 3 лѣтъ можно съ увѣренностью ставить благоприятное предсказаніе. Опасность угрожаетъ маленькимъ дѣтямъ, особенно слабымъ и рахитичнымъ, которыя нерѣдко погибаютъ отъ бронхопнеймоніи. Во всѣхъ возрастахъ опасно осложненіе кори дифтеріей. У дѣтей, страдающихъ туберкулезомъ или хотя бы дающихъ положительную кожную реакцію, нужно бояться въ періодъ выздоровленія распространенія туберкулезнаго процесса, т. е. миліарнаго туберкулеза. Неблагопріятное прогностическое значеніе имѣетъ рудиментарная или ціанотическая сыпь, затѣмъ, появленіе сильнаго бронхита у дѣтей младшаго возраста. Въ холодное время года, въ дур-

ныхъ, переполненныхъ жилищахъ, наконецъ, при плохомъ уходѣ предсказаніе ухудшается.

Въ профилактическомъ отношеніи желательно по возможности оберегать отъ инфекции маленькихъ дѣтей, моложе 3—4 лѣтъ. Если заболѣвшаго изолируютъ въ началѣ продромальнаго періода, то этимъ, въ большинствѣ случаевъ, удается предохранить отъ зараженія другихъ дѣтей той же семьи. Послѣ появленія сыпи изоляція обыкновенно уже не достигаетъ цѣли. Такъ какъ можно принять, что одинъ разъ приходится перенести корь каждому человѣку, то нѣтъ основанія оберегать отъ зараженія здоровыхъ и крѣпкихъ дѣтей въ возрастѣ старше 4—5 лѣтъ; напротивъ, слабыхъ, болѣзненныхъ, особенно туберкулезныхъ необходимо по возможности охранять отъ зараженія. Ясли и дѣтскіе сады представляютъ часто, во время эпидемій, опасные очаги заразы и въ такое время ихъ лучше закрывать или не посѣщать. Закрывать начальныя школы нѣтъ основаній. Случаи, когда во время каникулъ начавшаяся эпидемія прекращается, составляютъ исключительное явленіе; такое наблюденіе было сдѣлано въ Базелѣ въ 1884 г. (см. кривую 108 на стр. 523). Во время эпидемій нужно держать маленькихъ дѣтей вдали отъ другихъ болѣе старшихъ.

Дезинфекція помѣщенія и вещей послѣ коревого больного излишня, она можетъ имѣть нѣкоторое значеніе лишь въ смыслѣ борьбы съ вторичной инфекціей (пнеймонія и т. п.). Если въ комнатѣ былъ коревой больной, то уже на другой день можно безъ опасеній поселиться тамъ съ дѣтьми, не перенесшими кори.

Леченіе въ легкихъ случаяхъ ведется чисто выжидательно. При первомъ подозрѣніи относительно заболѣванія корью ребенка кладутъ въ постель, помѣщаютъ его въ просторную, хорошо согрѣтую (18—19° С.) комнату; въ зимнее время надо позаботиться о достаточномъ увлажненіи воздуха. Слишкомъ яркаго свѣта лучше избѣгать, затемнять же его нужно только при значительной свѣтобоязни и не въ большей мѣрѣ, чѣмъ это необходимо. Помѣщеніе ребенка въ темную комнату, какъ это любили дѣлать раньше, не приноситъ никакой пользы и только нарушаетъ ночной покой больного. Въ лихорадочномъ періодѣ даютъ только жидкую, легко-перевариваемую пищу, груднымъ дѣтямъ—молоко съ слизистыми отварами (при наклонности къ поносамъ уменьшаютъ количество молока и прибавляютъ „питательный сахаръ“<sup>1)</sup>), старшимъ дѣтямъ—молоко, размоченные сухари, рисовый супъ, кисель, фруктовый сокъ и т. д. Если, какъ это часто бываетъ, дѣти упорно отказываются отъ пищи, то даютъ имъ только воду. Съ началомъ высыпанія дѣтей хорошо закутываютъ, назначая имъ обильное количество теплаго чая (обыкновеннаго или изъ липоваго цвѣта) съ той цѣлью, чтобы такимъ образомъ облегчить высыпаніе. Если высыпаніе происходитъ вяло, то рекомендуется сдѣлать больному горячую ванну. Противъ высокой температуры не требуется никакихъ особыхъ мѣръ: достаточно положить ребенку на голову холодный компрессъ или пузырь со льдомъ и покрыть его легкимъ одѣяломъ. Совершенно правильно публика боится холодныхъ водолечебныхъ процедуръ, такъ какъ при нерациональномъ примѣненіи они безусловно могутъ принести вредъ; говоря вообще, при кратковременности коревой лихорадки безъ нихъ можно вполне обойтись.

Больше всего вниманія нужно удѣлять пораженію слизистыхъ оболочекъ. Необходима самая тщательная чистота; лица, страдающія

<sup>1)</sup> Питательный сахаръ Soxhlet'a (Soxhlets Nährzucker).

какими-либо катаррами, не должны находиться около больного, да и вообще слѣдуетъ удалить всѣхъ лишнихъ людей. Если у коревого больного имѣется сильный бронхитъ или бронхопнеймонія, то его по возможности не слѣдуетъ помѣщать въ одной палатѣ съ другими коревыми. При сильномъ конъюнктивитѣ вначалѣ дѣйствуютъ очень хорошо компрессы изъ уксуснокислаго свинца, 3—5 разъ въ день по  $\frac{1}{2}$  часа (1 дес. ложка уксуснокислаго свинца на 1 литръ холодной воды). При появленіи гнойнаго секрета его удаляютъ ватой, смоченной въ теплое борномъ растворѣ; такимъ же образомъ промываютъ глаза при слипаніи вѣкъ. Носъ нужно очищать отъ секрета нѣсколько разъ въ день; если имѣется сильное воспаление носовыхъ отверстій, то ихъ нужно смазать ланолиновой или 1% преципитатной мазью. Старшихъ дѣтей заставляютъ систематически полоскать ротъ (растворомъ буры  $\frac{1}{2}$ —1 чайная ложка на стаканъ воды). У маленькихъ дѣтей приходится часто довольствоваться тѣмъ, что послѣ каждаго приѣма пищи имъ даютъ немного воды для очищенія полости рта. Если стоматитъ принимаетъ болѣе серьезные размѣры, показуется сразу изъ 2% перекиси водорода; противъ афтъ и язвъ хорошо дѣйствуютъ смазыванія 1% воднымъ растворомъ марганцовокислаго кали, позже 2% растворомъ ляписа или присыпаніе іодоформомъ.

При мучительномъ кашлѣ и при отсутствіи въ бронхахъ значительнаго скопленія слизи можно доставить больному большое облегченіе кодеиномъ (codein phosph. 0,02:100,0 ребенку 1 года, 0,1:100,0—ребенку 6 лѣтъ; 3 раза въ день по 5—10 грм.). Если имѣется сильная охриплость, ложный крупъ, стенозъ, то хорошія услуги оказываютъ частыя паровыя ингаляціи. По меньшей мѣрѣ надо позаботиться о хорошемъ увлажненіи воздуха (развѣшиваніе передъ печью мокрыхъ простынь). У старшихъ дѣтей можно производить ингаляціи поваренной солью. Противъ ларингита рекомендуются холодныя обертыванія шеи, смѣняемые каждые 2 часа. При стенозѣ иногда хорошо дѣйствуютъ пѣвки (2 пѣвки въ области рукоятки грудины). Если возникаетъ подозрѣніе относительно дифтеріи и гортани, то немедленно производятъ впрыскиваніе 4000 единицъ.

Легкій бронхитъ въ періодѣ высыпанія не требуетъ спеціальнаго леченія. При болѣе сильномъ, мелко-пузырчатомъ бронхитѣ и бронхопнеймоніи поступаютъ по общимъ правиламъ. Однако при кори нужно еще больше, чѣмъ въ другихъ случаяхъ, остерегаться шаблоннаго примѣненія холодныхъ обертываній и прохладныхъ ваннъ. Въ особенности у маленькихъ дѣтей приходится видѣть отъ такого леченія прямой вредъ, если кожа не отвѣчаетъ на эти процедуры энергичной реакціей (нагрѣваніе и покраснѣніе). Публика боится холодныхъ процедуръ при кори, полагая, что такимъ образомъ можно будто бы вогнать корь внутрь. Въ такомъ взглядѣ есть, однако, доля правды. При цианотической кожѣ, холодныхъ конечностяхъ (несмотря на высокую температуру), плохо развитой сыпи непродолжительная горячая ванна (въ 37° С., быстро доведенная до 40°) часто усиливаетъ сыпь, создавая болѣе благоприятныя условія кровообращенія. Такія же ванны—въ случаѣ надобности съ холоднымъ обливаніемъ спины—рекомендуются при бронхолитѣ и бронхопнеймоніи. Вмѣсто ваннъ могутъ быть примѣнены горчичныя обертыванія по Heubner'у (см. стр. 346).

При сердечной слабости и параличѣ вазомоторовъ приходится часто прибѣгать къ возбуждающимъ (камфора, кофеинъ, см. стр. 388).

Даже при нормальной кори благоразумно держать дѣтей въ по-

стели въ теченіе 8 дней послѣ паденія температуры. Затѣмъ имъ позволяютъ встать, и въ зависимости отъ времени года, возраста и другихъ условій выпускаютъ на воздухъ тотчасъ или спустя нѣсколько недѣль. Если выздоровленіе затягивается, остаются долго не исчезающіе катарры, то больного посылаютъ въ деревню. То же самое показано въ тѣхъ случаяхъ, когда вялая субфебрильная температура, при положительной кожной реакціи, внушаетъ подозрѣніе на возможность активированія туберкулезнаго гнѣзда, хотя бы изслѣдованіе и не обнаружало никакихъ измѣненій.

### Краснуха. (Rubeola).

Въ прежнее время относительно характерныхъ особенностей краснухи было много колебаній; но за послѣднія 30 лѣтъ она получила всеобщее признаніе, какъ специфическая инфекціонная болѣзнь и въ настоящее время самостоятельность ея могутъ отрицать развѣ только тѣ, кому никогда не приходилось видѣть такихъ эпидемій. Краснуха представляетъ изъ себя контагіозную, въ высокой степени доброкачественную болѣзнь, характеризующуюся легкой коревидной сыпью, при слабо выраженныхъ катарральныхъ симптомахъ, лихорадкѣ и общихъ явленіяхъ.

Возбудитель краснухи, равно какъ и путь, черезъ который онъ попадаетъ въ организмъ, до сихъ поръ неизвѣстны. Зараженіе происходитъ большей частью отъ человѣка къ человѣку, обыкновенно лишь при тѣсномъ общеніи; въ исключительныхъ случаяхъ передача возможна черезъ третьихъ лицъ или черезъ неодушевленные предметы. Спорадическіе случаи встрѣчаются не часто. Обыкновенно болѣзнь появляется въ видѣ мѣстныхъ эпидемій, преимущественно въ весенніе мѣсяцы. Въ большинствѣ случаевъ эпидеміи эти продолжаются нѣсколько мѣсяцевъ, не достигая очень большой интенсивности. Между эпидеміями проходитъ иногда много лѣтъ. Мнѣ лично пришлось наблюдать двѣ такія эпидеміи. Воспріимчивость къ краснухѣ далеко не такъ широка, какъ къ кори. Но если болѣзнь попадаетъ въ закрытыя заведенія, школы, пріюты и пр., то она обыкновенно остается тамъ надолго, поражая иногда половину и болѣе всѣхъ живущихъ тамъ лицъ молодого возраста.

Больше всего предрасположены къ краснухѣ дѣти въ періодѣ 3—12 лѣтъ, преимущественно школьники. Однако, мнѣ приходилось видѣть заболѣванія и у грудныхъ дѣтей во вторую половину перваго года \*). Нѣкоторые допускаютъ, что ребенокъ можетъ даже родиться съ этой болѣзью, заразившись отъ больной матери. Нерѣдко коревая краснуха наблюдается и въ юношескомъ возрастѣ. Двукратное заболѣваніе составляетъ рѣдкое явленіе.

Заразительность несомнѣнно существуетъ уже въ концѣ инкубаціоннаго періода; наибольшей силы достигаетъ она въ періодѣ

\*) Принимая во вниманіе, внѣ сомнѣнія стоящій въ знаніи фактъ, что эпидеміи коревой краснухи представляютъ собою *gaga avis*, а эпидеміи кори почти не прекращаются, особенно въ большихъ центрахъ, не правильнѣ ли будетъ считать случаи *rubeola morbillosa* за abortивныя формы *morbilli*. Такое допущеніе тѣмъ болѣе основательно, что рѣчь идетъ о второй половинѣ грудного возраста, когда заболѣванія корью, хотя и рѣдко, но бываетъ и когда ошибочное распознаваніе можетъ причинить большія неприятели, въ смыслѣ совершенно неожиданно развивающагося бронхита и бронхопневмоніи.

высыпанія, прекращается она почти тотчасъ по исчезаніи сыпи. Стойкость яда очень невелика.

Инкубационный періодъ длится обыкновенно 17—21 день, рѣдко только 14. При домашнихъ эпидеміяхъ, которыя мнѣ приходилось наблюдать, второе заболѣваніе слѣдовало за первымъ обыкновенно на 18 й и 21-й день.

Продромальныхъ симптомовъ обыкновенно совершенно не бываетъ. Иногда за  $\frac{1}{2}$ —1 день до сыпи появляется легкое недомоганіе, боль при глотаніи, незначительное покраснѣніе глазъ, насморкъ, небольшое повышение температуры. Всѣ эти явленія настолько слабо выражены, что врачъ узнаетъ о нихъ только тогда, когда его зовутъ по поводу появившейся сыпи. Большинство случаевъ протекаетъ настолько легко, что ихъ можно наблюдать только въ частной практикѣ, такъ что, напр., такой опытный клиницистъ, какъ Непосн ни разу не наблюдалъ случаевъ несомнѣнной эпидемической краснухи \*).

**Картина болѣзни.** Обыкновенно первымъ бросающимся въ глаза симптомомъ является **кожная сыпь**. Появляется она прежде всего на спинкѣ носа, ушахъ, лбу, щекахъ и волосистой части головы, откуда быстро, иногда въ полъ-дня, распространяется на все тѣло. При этомъ образуются маленькія, величиной въ булавочную головку, слегка возвышенныя, блѣдно-розовыя пятна, которыя быстро достигаютъ размѣровъ чечевичнаго зерна, сохраняя свои рѣзкія очертанія. Форма пятенъ большею частью круглая или овальная, края болѣе правильные и менѣе зигзагообразные, чѣмъ при кори; затѣмъ окраска ихъ не такъ интенсивна и въ среднемъ они меньше по размѣрамъ, чѣмъ коревыя. Въ противоположность тому, что мы видимъ при кори, пятна при краснухѣ имѣютъ приблизительно одинаковую величину, распределены по тѣлу равномерно, большей частью не сливаются, такъ что между ними остается много свободной кожи; этимъ краснуха нѣсколько приближается къ скарлатинѣ, но пятна при ней крупнѣе \*\*). Только на щекахъ сыпь часто сливается въ пеструю красноту, на подобіе сѣтки. Лицо съ самаго начала кажется одутловатымъ и поражаетъ своей краснотой, такъ что во время эпидемій учителя нерѣдко сразу діагностируютъ болѣзнь и отсылаютъ такихъ дѣтей домой.

Сыпь часто бываетъ настолько блѣдной, что ее можно просмотрѣть. Вначалѣ пятна исчезаютъ отъ давленія пальцемъ, позднѣе при этомъ выступаетъ пигментация, которая, однако, никогда не достигаетъ такой интенсивности, какъ при кори. Въ отдѣльныхъ случаяхъ наблюдается пылеобразное шелушеніе эпидермиса \*\*\*).

\* ) При всемъ глубококомъ уваженіи къ памяти патріарха нѣмецкой педиатріи, мы должны сказать, что эпидемія коревой краснухи лишь въ тѣхъ случаяхъ убѣдительно для всякаго, если одновременно нѣтъ заболѣванія корью. Е. Непосн лишь на основаніи, надо полагать, частыхъ совпаденій такого рода отрицалъ самостоятельность эпидеміи *tubeolae morbillosae*. Когда ему было однажды заявлено, что московскій клиницистъ Н. Филатовъ высказывается въ положительномъ смыслѣ, то былъ полученъ отвѣтъ «онъ счастливей меня».

Прим. ред.  
\*\*) Иногда высыпаніе при *tubeola morbillosa* не бываетъ похожимъ на скарлатинозное. Какъ при кори, здѣсь всегда имѣются промежутки между слегка папулезными пятнами, что и составляетъ характерный признакъ, никогда не отсутствующій, хотя въ сомнительныхъ случаяхъ мы совѣтуемъ прибѣгать къ помощи лупы.

Прим. ред.  
\*\*\*) Вотъ подлинныя слова Н. Филатова: «Послѣ исчезанія сыпи шелушенія не остается».

Прим. ред.

На тѣлѣ сыпь часто бываетъ всего яснѣе тамъ, гдѣ кожа подвергается тренію со стороны платья. Рѣзче всего она выражена на лицѣ, спинѣ и разгибательныхъ поверхностяхъ конечностей. Рѣдко сыпь появляется одновременно на всемъ тѣлѣ; чаще высыпаніе происходитъ скачками; когда сыпь появляется на туловищѣ, на лицѣ замѣчается уже поблѣднѣніе ея, когда имѣется свѣжая сыпь на нижнихъ конечностяхъ, сыпь на туловищѣ находится уже въ состояніи обратнаго развитія; часто большіе участки тѣла остаются безъ сыпи. Весь процессъ высыпанія на отдѣльномъ участкѣ длится обыкновенно 1—2 дня, послѣ чего экзантема быстро исчезаетъ, такъ что черезъ 2—4 дня весь процессъ уже законченъ. По моимъ наблюденіямъ иногда бываютъ еще возвраты въ теченіе 2 недѣль. Изъ всего сказаннаго видно, что въ большинствѣ случаевъ сыпь при краснухѣ больше всего приближается къ коревой, но отличается отъ нея меньшимъ выступаніемъ надъ поверхностью кожи и болѣе блѣдной окраской. Иногда сыпь совершенно незамѣтна, такъ какъ отдѣльныя пятна имѣютъ расплывчатые края и соединены другъ съ другомъ мостиками, такъ что кожа приобретаетъ мраморный видъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ сыпь имѣетъ мелкопятнистый характеръ, напоминающій скарлатину (скарлатинозная форма краснухи); иногда такой характеръ сыпи наблюдается только на отдѣльныхъ участкахъ, напр., на груди или на бедрахъ. Въ тѣхъ эпидеміи которыхъ мнѣ пришлось наблюдать, не было ни одного случая, гдѣ бы вся сыпь имѣла скарлатинообразный характеръ. Поэтому мнѣ кажется правильнымъ причислять такіе случаи къ такъ назыв. четвертой болѣзни (см. ниже). Въ иныхъ случаяхъ сыпь при краснухѣ напоминаетъ слегка крапивницу.

Пораженія слизистыхъ оболочекъ при краснухѣ незначительны. Во время высыпанія или за день до него приходится наблюдать легкую красноту конъюнктивъ, незначительный насморкъ, чиханіе, гиперемію зѣва и миндалинъ, припуханіе фолликулъ, иногда даже разсѣянные мелкія кровоизліянія на мягкомъ небѣ, но всѣ эти признаки довольно измѣнчивы, встрѣчаются и безъ краснухи, такъ что основывать на нихъ діагнозъ нельзя. Напротивъ, важно знать, что какъ (почти) единодушно утверждаютъ всѣ авторы, въ томъ числѣ Филатовъ и Корлікъ описываемыхъ ими пятенъ при краснухѣ не бываетъ. Въ отдѣльныхъ случаяхъ приходится наблюдать легкую охриплость и кашель, но явленій настоящаго бронхита, можно сказать, никогда не бываетъ.

Важнымъ и постояннымъ симптомомъ является припуханіе периферическихъ лимфатическихъ железъ. Въ особенности это замѣчается на затылочныхъ и шейныхъ железахъ, а также на железахъ, расположенныхъ на сосцевидномъ отросткѣ. Взрослые и дѣти старшаго возраста иногда начинаютъ жаловаться на боли и припуханіе этихъ железъ уже за 2—4 дня до появленія сыпи, такъ что боязливые родители нерѣдко приглашаютъ по этому поводу врача. Припуханіе железъ достигаетъ величины боба или даже орѣха, железы бываютъ довольно чувствительны къ давленію, приходя къ нормѣ лишь черезъ 8—14 дней. Часто наблюдается также увеличеніе подмышечныхъ и паховыхъ железъ.

Въ послѣднее время описаны случаи краснухи безъ сыпи (Корлікъ), гдѣ распознаваніе сдѣлано было на основаніи только-что описаннаго припуханія железъ при одновременномъ существованіи эпидеміи краснухи\*).

\*) Для насъ непонятна ссылка на Корлікъ. Въ послѣднемъ изданіи его руководства (1910) сказано такъ: «До появленія сыпи замѣчается припуханіе лимфатическихъ железокъ, расположенныхъ по ходу m. sterno-cleido-mastoidei

Температура нерѣдко во все время болѣзни обнаруживаетъ только отдѣльныя, незначительныя повышенія. Иногда, впрочемъ, она поднимается въ періодѣ предвѣстниковъ до  $38^{\circ}$ — $38,5^{\circ}$ , въ первый день высыпанія даже до  $39,0^{\circ}$ , въ рѣдкихъ случаяхъ еще выше, затѣмъ быстро опускается, хотя бы сыпь еще продолжала распространяться. Многіе случаи протекаютъ безъ всякой лихорадки. Въ крови въ началѣ высыпанія не наблюдается никакихъ измѣненій со стороны лейкоцитовъ.

Общее состояніе въ огромномъ большинствѣ случаевъ либо вовсе не нарушено, либо разстроено очень мало, такъ что сыпь въ такихъ случаяхъ остается чуть не единственнымъ симптомомъ болѣзни. Врачамъ приходится наблюдать только меньшинство заболѣвшихъ дѣтей, да и то вслѣдствіе боязни родителей, что имѣется корь или скарлатина. При послѣдующихъ заболѣваніяхъ другихъ дѣтей родители обыкновенно находятъ излишнимъ показывать больныхъ врачу. Только въ видѣ исключенія приходится наблюдать высокую лихорадку, рѣзкую ангину, бронхитъ, что чаще бываетъ у взрослыхъ, чѣмъ у дѣтей.

Легкія, сердце, сосудистая система, мозгъ и его оболочки остаются безъ измѣненій. Въ исключительныхъ случаяхъ наблюдали скоропреходящій нефритъ.

Тяжелыя явленія и осложненія, какъ некротическая ангина послѣдовательный нефритъ, сильное шелушеніе кожи, воспаленіе суставовъ и т. п., хотя и описаны отдѣльными авторами (въ послѣднее время американскими), но относятся, по всей вѣроятности, къ случаямъ скарлатины, кори или другихъ инфекціонныхъ болѣзней, ошибочно принятыхъ за краснуху.

Такимъ образомъ, теченіе болѣзни почти абсолютно благопріятно. Продолжительность ея не больше нѣсколькихъ дней. Краснуху можно считать самой доброкачественной изъ всѣхъ намъ извѣстныхъ инфекціонныхъ болѣзней.

Распознаваніе въ отдѣльныхъ случаяхъ можетъ представлять большія трудности, иногда же не можетъ быть вовсе поставлено съ полной увѣренностью. Зато при наличности эпидеміи діагнозъ легокъ. Наряду съ своеобразнымъ характеромъ сыпи нужно принимать во вниманіе характерное припуханіе затылочныхъ железъ, отсутствіе болѣе значительныхъ разстройствъ со стороны верхнихъ дыхательныхъ путей и сравнительно хорошее общее состояніе. Однако и при всѣхъ другихъ сыпныхъ болѣзняхъ, сыпь сама по себѣ недостаточна для постановки діагноза: наряду съ нею должны быть приняты во вниманіе всѣ другіе симптомы и обстоятельства.

Чаще всего краснуха представляетъ сходство съ легкой корью, съ которой ее очень часто и смѣшиваютъ. Въ прежнее время врачи вообще считали краснуху лишь за ослабленную форму кори. Но при кори сыпь обыкновенно гораздо сильнѣе, краснѣе, диффузнѣе и вообще рѣзче; конъюнктивы и верхніе дыхательные пути сильно поражены, температура высока. Скорѣе всего можно смѣшать съ краснухой коревую сыпь у слабыхъ, анемичныхъ дѣтей, у которыхъ она часто не

и за угломъ нижней челюсти. Во время высыпанія подобныя же припуханія появляются *in axilla* и въ локтевомъ сгибѣ». О діагностическомъ значеніи остраго микрополиаденита говорится въ томъ смыслѣ, что при кори не бываетъ столь быстраго и повсемѣстнаго припуханія лимфатическихъ железъ, какъ при *tubeola morbillosa*.

Прим. ред.

достигаетъ полного и сильнаго развитія. Наличность Филатовъ-Корлік'овскихъ пятенъ всегда съ увѣренностью говоритъ противъ краснухи и за корь. Кромѣ того, всегда бывають сомнительные случаи, гдѣ вопросъ рѣшается только на основаніи существующаго, въ данное время, *genius epidemicus*, хотя нужно замѣтить, что, страннымъ образомъ, эпидеміи кори и краснухи часто появляются одна вслѣдъ за другой. Нерѣдко распознаванію помогаетъ точное установленіе инкубационнаго періода, который при краснухѣ длится по меньшей мѣрѣ 14 дней, при кори только 10—11 дней. Отсутствіе предвѣстниковъ говоритъ въ пользу краснухи; точно также въ пользу послѣдней говоритъ фактъ перенесенія кори до или послѣ сомнительнаго заболѣванія. Діазореакція при краснухѣ, какъ утверждаютъ, не наблюдается. Кожная реакція, въ противоположность кори, даетъ положительный результатъ. Скарлатину, какъ видно изъ предыдущаго, рѣдко можно смѣшать съ краснухой.

Такую же сыпь, какъ при краснухѣ, приходится иногда наблюдать при вакцинаціи, у новорожденныхъ, при расстройствахъ питанія у грудныхъ дѣтей, послѣ нѣкоторыхъ медикаментовъ, затѣмъ при гриппѣ и различныхъ другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Распознаваніе ставится на основаніи всей совокупности симптомовъ (см. также въ главѣ о кори, стр. 574).

Особыхъ профилактическихъ мѣръ—въ виду доброкачественности болѣзни—принимать не приходится. Изоляція показуется только въ случаяхъ сомнительныхъ въ діагностическомъ отношеніи (корь?). Только болѣзненныхъ, очень слабыхъ и рахитическихъ дѣтей нужно по возможности оберегать отъ инфекціи.

Леченіе въ собственномъ смыслѣ слова излишне. При лихорадкѣ и общихъ болѣзненныхъ явленіяхъ рекомендуется постельное содержаніе и жидкая пища. Старшихъ дѣтей не пускаютъ въ школу въ интересахъ другихъ въ теченіе 8—10 дней; но если общее состояніе ихъ нормально, то ихъ можно при хорошей погодѣ выпускать на воздухъ.

### **Erythema infectiosum.**

Этимъ названіемъ или его синонимами—мѣстной краснухой, *tegalerithema epidemicum*—обозначаютъ сравнительно рѣдко встрѣчающуюся, но вполне опредѣленную инфекціонную болѣзнь, протекающую безъ значительныхъ расстройствъ общаго состоянія и представляющую одинъ главный симптомъ—крупнопятнистую, часто сливающуюся сыпь, которая предпочтительно поражаетъ лицо и конечности, напоминая по характеру своему корь или *erythema exsudativum multiforme*.

Болѣзнь впервые описана только въ послѣдніе годы, сперва въ Грацѣ, а затѣмъ въ различныхъ мѣстахъ Германіи. Я видѣлъ эпидемію этой болѣзни въ 1903 году. Почти всѣ авторы признаютъ въ настоящее время, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ самостоятельной болѣзью.

Случаи *erythema infectiosum* встрѣчаются иногда спорадически, но ихъ часто нельзя съ увѣренностью діагностировать. Чаше они наблюдаются въ видѣ небольшихъ эпидемій, не выходящихъ за предѣлы отдѣльныхъ школъ, приютовъ и проч. Излюбленнымъ временемъ появленія этихъ эпидемій является весна. По нѣкоторымъ наблюденіямъ эти эпидеміи совпадаютъ съ эпидеміями кори или краснухи.



Въ большинствѣ случаевъ болѣзнь поражаетъ лицъ юношескаго возраста. Самый юный изъ моихъ пациентовъ былъ въ возрастѣ 1 года, самый старый—въ возрастѣ 20 лѣтъ. Способъ распространенія болѣзни еще въ точности неизвѣстенъ, прямое зараженіе, по видимому, встрѣчается не часто, но возможность его установлена несомнѣнными наблюденіями (Pfaundler). Инкубационный періодъ, согласно большинству наблюденій, длится отъ 7 до 14 дней. По видимому, онъ имѣетъ вполне опредѣленную продолжительность, такъ какъ въ трехъ семьяхъ мнѣ пришлось наблюдать почти одновременное заболѣваніе нѣсколькихъ дѣтей, причемъ, однако, источникъ зараженія остался неизвѣстнымъ. Предвѣстниковъ въ большинствѣ случаевъ не бываетъ вовсе, иногда же наблюдается безпокойство, общее недомоганіе, легкія боли въ горлѣ.

Такимъ образомъ, первымъ признакомъ болѣзни является въ большинствѣ случаевъ сыпь. Прежде всего и сильнѣе всего она поражаетъ ницо и конечности. На щекахъ появляются большія, рѣзко-красныя, сильно приподнятыя пятна, которыя быстро растутъ, распространяются по тѣлу и сливаются между собой. Въ серединѣ пятенъ нерѣдко замѣчается углубленіе и болѣе блѣдная окраска. Щеки дѣлаются одутловатыми, интенсивно-красными и на-ощупь оказываются инфильтрованными и горячими. Характеренъ рѣзкій переходъ отъ возвышеннаго зазубреннаго края красноты къ нормальной кожѣ, переходъ, который можно наблюдать въ области нижней челюсти или около ушей. Части, окружающія носъ и ротъ, остаются часто свободными, лобъ же, напротивъ, бываетъ обыкновенно пораженъ, но слабѣе, чѣмъ щеки. Наряду съ лицомъ бываютъ больше и сильнѣе всего поражены разгибательная поверхности рукъ отъ плечъ до пальцевъ, затѣмъ сѣдалищная область, нижнія конечности, на которыхъ, однако, не замѣчается такой рѣзкой разницы между сгибательными и разгибательными поверхностями. Часто замѣчается симметрическое распредѣленіе сыпи на обѣихъ половинахъ тѣла. На конечностяхъ, плечахъ и ягодицахъ сыпь также начинается въ видѣ красныхъ, приподнятыхъ, горячихъ на-ощупь пятенъ, которыя распространяясь и сливаясь между собой, образуютъ различнаго рода фигуры—гирлянды, листья, географическую карту и проч. Наибольшаго развитія сыпь достигаетъ обыкновенно на разгибательной поверхности рукъ, гдѣ она сливается въ сплошную красноту, превращающуюся, по мѣрѣ перехода на сгибательную поверхность, въ отдѣльно расположенныя, небольшія пятна, на-поминающія корь или крапивницу. Туловище остается обыкновенно свободнымъ отъ сыпи; въ другихъ случаяхъ на немъ замѣчается на 2-й или 3-й день болѣзни слабая, блѣдно-розовая, пятнистая или мраморная сыпь.

Часто сыпь принимаетъ ціанотическій или коричневый оттѣнокъ. Она исчезаетъ обыкновенно быстро, оставляя послѣ себя только незначительную пигментацію. Яснаго шелушенія не бываетъ.

Въ общемъ она держится около недѣли, нерѣдко дольше. Иногда послѣ перваго исчезанія сыпи наблюдается въ отдѣльныхъ участкахъ кратковременный рецидивъ ея, вызванный какими-либо внѣшними моментами (жаръ, треніе платья и т. д.).

Другія явленія либо вовсе отсутствуютъ, либо остаются на заднемъ планѣ. Лихорадки часто не бываютъ во все время болѣзни. Иногда, особенно въ началѣ болѣзни наблюдается субфебрильная температура, повышеніе же ея до 38° или 39° составляетъ чрезвычайно рѣдкое

явленіе. Сколько-нибудь значительныхъ общихъ расстройствъ обыкновенно не бываетъ. Иногда больной жалуется на недомоганіе, бессоницу, ощущение зуда и напряженія въ лицѣ, изрѣдка также на боли въ горлѣ. Въ качествѣ предвѣстниковъ можно принимать наблюдающееся иногда покраснѣніе конъюнктивы и слизистой оболочки глотки, къ чему могутъ присоединиться явленія со стороны носа и гортани, именно насморкъ и кашель. Въ иныхъ случаяхъ наблюдается въ началѣ болѣзни лакунарная ангина.

На шеѣ часто замѣчается умѣренное припуханіе лимфатическихъ железъ. Осложненій, повидимому, не бываетъ; болѣзнь всегда оканчивается полнымъ выздоровленіемъ. Описаны случаи со смертельнымъ исходомъ, но тутъ дѣло имѣлось, очевидно, съ другими заболѣваніями.

**Распознаваніе** при наличности эпидеміи ставится на основаніи своеобразнаго характера сыпи и излюбленнаго мѣста ея появленія. Скорѣе всего возможно смѣшеніе съ корью, но послѣдняя даетъ лихорадочный продромальный періодъ съ катарральными явленіями, а также общую сыпь. Филатовъ-Корлік'овскихъ пятенъ при инфекціонной эритемѣ никогда не бываетъ. Краснуха напоминаетъ до извѣстной степени инфекціонную эритему, если сыпь на лицѣ сильно выражена и имѣетъ сливной характеръ. Но на остальномъ тѣлѣ при краснухѣ никогда не наблюдается такой рѣзкой сливной сыпи, къ тому же при краснухѣ нѣтъ характерной для инфекціонной эритемы локализации. *Erythema exsudativum multiforme* тянется дольше, имѣетъ еще болѣе полиморфный характеръ (высыпаніе въ формѣ пузырьковъ, пузырей, крапивницы), поражаетъ преимущественно тыльную поверхность кистей и стопъ, которыя при инфекціонной эритемѣ бывають, напротивъ, мало поражены. При всемъ томъ между обѣими болѣзнями существуетъ, несомнѣнно, сходство и Escherich недавно высказалъ взглядъ, согласно которому инфекціонная эритема представляетъ собою простую разновидность полиформной эксудативной эритемы. Къ такому взгляду я присоединиться не могу.

Леченіе излишне.

#### Четвертая болѣзнь. (Болѣзнь Dukes-Филатова).

Въ 1900 году англійскій врачъ Dukes описалъ новую контагіозную сыпную болѣзнь, которая по всѣмъ своимъ симптомамъ напоминаетъ легкую скарлатину, но въ дѣйствительности не можетъ быть отождествляема ни съ скарлатиной, ни съ двумя другими классическими сыпными формами (корью и краснухой), почему онъ и назвалъ ее четвертой болѣзью.

На основаніи нѣсколькихъ эпидемій, которыя ему пришлось наблюдать, Dukes рисуетъ слѣдующую картину болѣзни. Въ большинствѣ случаевъ не наблюдается никакихъ предвѣстниковъ, развѣ только легкая боль и тошнота. Въ теченіе нѣсколькихъ часовъ все тѣло покрывается густой сыпью, состоящей изъ мелкоточечныхъ, слегка возвышенныхъ пятенъ свѣтло-краснаго цвѣта. На губахъ и носу сыпи въ большинствѣ случаевъ не бываетъ (по Weaverу губы и носъ поражаются такъ же, какъ и остальное тѣло). Конъюнктивы и слизистая оболочка глотки становятся красными, шейныя железы припухаютъ, однако, слабѣе, чѣмъ при краснухѣ. Малиноваго языка не наблюдается. Сыпь быстро исчезаетъ и оставляетъ послѣ себя легкое шелушеніе, длящееся 8-14 дней. Иногда наблюдается въ видѣ послѣдовательной болѣзни легкая непродолжительная альбуминурия. Общее состояніе остается нормальнымъ или разстраивается очень мало, температура либо вовсе не поднимается, либо даетъ только незначительное повышеніе. Выздоровленіе наступаетъ быстро, осложненій не бываетъ. Заразительность исчезаетъ черезъ 2-3 недѣли.

Случаи, подходящіе подъ это описаніе Dukes'a, приходится видѣть нерѣдко каждому врачу, либо въ формѣ спорадическихъ заболѣваній, либо во время легкихъ скарлатинозныхъ эпидемій, когда только связь съ другими заболѣваніями

дастъ возможность считать ихъ за случаи легкой скарлатины. Duk es, однако, вполне основательно отдѣляетъ эту болѣзнь отъ скарлатины, такъ какъ она часто поражаетъ дѣтей, которыя до нея или послѣ нея перенесли настоящую скарлатину; кромѣ того она всегда протекаетъ легко и безъ всякихъ осложнений и, наконецъ, имѣетъ, повидимому, болѣе продолжительный инкубационный періодъ, чѣмъ скарлатина, именно 9—21 день.

Судя по всему, ту же болѣзнь описалъ въ 1886 году Н. Филатовъ подъ названіемъ *tubeola scarlatinosa*, причемъ, вопреки самому названію, онъ считалъ ее самостоятельной болѣзью, а не разновидностью краснухи. Правда, длинный инкубационный періодъ сближаетъ эту болѣзнь съ краснухой, но и Duk es отдѣляетъ ее отъ краснухи, такъ какъ она часто поражаетъ лицъ, уже перенесшихъ краснуху. Другіе авторы, напротивъ, отрицаютъ специфичность описываемой болѣзни и считаютъ ее, какъ, напр., Heubner, разновидностью краснухи или abortивной скарлатиной. Хотя, какъ показываютъ сывороточныя и лекарственныя экзантемы, одно и то же вредное начало можетъ вызывать различнаго рода сыпь—въ одномъ случаѣ скарлатинообразную, въ другомъ—коревидную, въ третьемъ—крапивницу или краснуху, но придавать при классификаціи болѣзни слишкомъ большой вѣсъ морфологическимъ особенностямъ сыпи безусловно неправильно; тѣмъ не менѣе я долженъ указать на то обстоятельство, что во время эпидемій краснухи, кажется, вовсе не описано случаевъ со скарлатиноподобной сыпью. За двѣ большія эпидеміи краснухи, которыя мнѣ пришлось наблюдать, я видѣлъ часто случаи, гдѣ на отдѣльныхъ участкахъ тѣла сыпь имѣла скарлатиноподобную форму, но мнѣ ни разу не пришлось наблюдать, чтобы такой характеръ носила вся сыпь.

Какъ многіе другіе врачи, такъ и я не разъ видѣлъ случаи, протекавшіе, какъ легкая скарлатина, которыя я, однако, на основаніи эпидемиологическихъ соображеній не могъ считать настоящей скарлатиной (если, напр., больной уже перенесъ скарлатину). Возможно, что такіе случаи тождественны съ описываемой болѣзью, хотя безусловнаго доказательства въ пользу такого положенія я привести не могу.

Вопросъ о правахъ гражданства четвертой болѣзни остается еще пока открытымъ. Пролить свѣтъ на этотъ вопросъ можетъ только открытіе возбудителя болѣзни или подробныя гематологическія и серологическія изслѣдованія. По всей вѣроятности, мы все-таки вправѣ вмѣстѣ съ Duk es'омъ и Филатовымъ признавать самостоятельность четвертой болѣзни. Не исключена возможность, что существуетъ еще нѣсколько другихъ скарлатиноидныхъ инфекционныхъ заболѣваній.

### Вѣтряная оспа (Varicelle).

Вѣтряная оспа представляетъ собой контагиозную сыпную болѣзнь, вызывающую въ большинствѣ случаевъ лишь незначительныя общія явленія и выражающуюся главнымъ образомъ розеолезными пятнами, изъ которыхъ одна часть превращается въ пузырьки, обыкновенно заживающіе безъ сколько-нибудь значительнаго нагноенія и въ большинствѣ случаевъ не оставляющіе послѣ себя рубцовъ.

Возбудитель пока еще совершенно не извѣстенъ. Повидимому въ пузырькахъ вѣтряной оспы онъ не содержится, такъ какъ, въ противоположность настоящей оспѣ, содержимымъ пузырьковъ до сихъ поръ не удалось вызвать прививку болѣзни.

Вѣтряная оспа поражаетъ преимущественно дѣтей до 10 лѣтъ. Въ первые три мѣсяца жизни случаи вѣтряной оспы встрѣчаются рѣже, хотя иногда болѣзнь наблюдается даже у новорожденныхъ. Послѣ 10 лѣтняго возраста частота заболѣваній быстро понижается. Случаи заболѣванія взрослыхъ старше 20 лѣтъ составляютъ чрезвычайную рѣдкость.

Я видѣлъ одинъ случай у мулатки 30 лѣтъ и одинъ—у мужчины 60 лѣтъ. Оба заразились отъ дѣтей.

Предрасположеніе къ болѣзни очень велико. Часто при первой возможности зараженія заболѣваютъ всѣ дѣти семьи. Однократ-

ное заболѣваніе создаетъ почти всегда продолжительный иммунитетъ, такъ что повторное заболѣваніе вѣтряной оспой принадлежитъ къ большимъ рѣдкостямъ. Что болѣзнь встрѣчается рѣдко у взрослыхъ, объясняется это не столько уменьшеніемъ предрасположенія, сколько пріобрѣтеннымъ въ дѣтствѣ иммунитетомъ. Эпидеміи, въ общемъ, встрѣчаются чаще въ холодное время года, когда переносъ болѣзни облегчается тѣснымъ соприкосновеніемъ дѣтей.

**Заразительность** вѣтряной оспы очень велика. Чаще всего болѣзнь передается непосредственно отъ человѣка къ человѣку. Нѣкоторые авторы отрицаютъ возможность непрямої передачи болѣзни черезъ посредство здоровыхъ людей и черезъ вещи, но я несомнѣнно наблюдалъ такіе случаи, хотя они и не особенно часто. Способъ передачи и мѣсто проникновенія заразы остаются совершенно неизвѣстными. Заразительность больше всего въ періодъ сыпи. Когда появились пузырьки, зараженіе въ большинствѣ случаевъ уже произошло; возможно, что заразительность имѣетъ мѣсто еще до высыпанія. Сколько времени длится заразительный періодъ, мы не знаемъ. Во всякомъ случаѣ послѣ засыханія пузырьковъ имѣется уже незначительная заразительность. Жизнеспособность возбудителя вѣтряной оспы внѣ человѣческаго организма, повидимому, очень ограничена.

Въ Европѣ болѣзнь гнѣздится эндемически. Въ большихъ городахъ она никогда не исчезаетъ. Часто возникаютъ болѣе или менѣе значительныя эпидеміи, по большей части захватывающія лишь извѣстный районъ. Исходнымъ пунктомъ такихъ эпидемій бывають обыкновенно площадки для игръ и школы.

Въ гистологическомъ отношеніи пузырьки *varicellae* представляютъ вѣерообразное строеніе; процессъ локализуется между эпидермисомъ и кожей. Вообще между пузырьками вѣтряной оспы и пустулами настоящей оспы существуетъ только количественная разница; такъ что въ морфологическомъ отношеніи они часто совершенно тождественны.

Инкубационный періодъ до сыпи длится въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ 14 дней, во всякомъ разѣ не меньше 13 дней. Нерѣдко, однако, онъ удлиняется и достигаетъ 17—18 дней. Такое удлинненіе инкубационнаго періода вызывается иногда интеркуррирующими инфекционными заболѣваніями.

Продромальныя явленія, въ противоположность настоящей оспѣ, въ большинствѣ случаевъ совершенно отсутствуютъ; во всякомъ разѣ они настолько незначительны, что у маленькихъ дѣтей ускользають отъ наблюденія. Въ рѣдкихъ случаяхъ за 1—2 дня до высыпанія появляется легкій жаръ, недомоганіе, безпокойный сонъ. Повышеніе температуры до 39—40°, рвота, головныя боли и боли въ крестцѣ составляютъ исключительное явленіе. Одинъ разъ мнѣ пришлось наблюдать у ребенка 4 лѣтъ тяжелыя судороги. За 12—24 часа до сыпи, иногда одновременно съ нею или послѣ нея можетъ наблюдаться быстропреходящій *rash*, напоминающій чаще всего легкую скарлатинозную сыпь.

**Картина болѣзни.** Вообще говоря, родители замѣчаютъ болѣзнь только съ появленіемъ сыпи. Послѣдняя начинается обыкновенно съ лица и волосистой части головы, откуда затѣмъ быстро распространяется по всему тѣлу и конечностямъ. Но нерѣдко сыпь появляется и одновременно по всему тѣлу. Сперва показываются розеолезныя пятна величиною съ булавочную головку, которыя затѣмъ частью увеличиваются въ размѣрахъ, достигая величины чечевичнаго зерна, частью же приподнимаются надъ кожей на подобіе папулъ. Уже че-

резъ нѣсколько часовъ послѣ начала высыпанія можно видѣть на нѣкоторыхъ пятнышкахъ маленькій пузырекъ, помѣщающійся въ ихъ центрѣ. Пузырьки эти быстро увеличиваются и черезъ короткое время покрываютъ все пятно. При этомъ край пузырька непосредственно переходитъ въ нормальную кожу. Въ другихъ случаяхъ подъ пузырькомъ находится болѣе широкое воспалительное основаніе, такъ что онъ помѣщается въ серединѣ сильно приподнятой красной папулы, окружающей его краснымъ валикомъ. Пузырьки въ среднемъ, достигаютъ величины чечевичнаго зерна; часто они нѣсколько удлинены, имѣютъ форму полушарія; иногда они наполнены совершенно прозрачнымъ, какъ вода, содержимымъ, иногда же съ самаго начала слегка мутноваты. Изрѣдка на вершинѣ пузырька имѣется незначительное углубленіе. Содержимое пузырька быстро мутнѣетъ, приобрѣтая болѣе или менѣе выраженный гнойный характеръ. Черезъ 1—2 дня пузырекъ начинаетъ засыхать, послѣ чего на немъ образуется ясное (вторичное) углубленіе. Многіе пузырьки лопаются. Черезъ 3—6 дней отъ начала высыпанія пузырекъ имѣетъ уже видъ коричневаго струпика. Красное основаніе пузырька (которое, какъ мы сказали, часто отсутствуетъ) исчезаетъ, изъ засохшаго пузырька образуется коричневый твердый характерный щитокъ, который обыкновенно въ концѣ первой, иногда второй, даже третьей недѣли отпадаетъ, не оставляя послѣ себя, какъ правило, никакого рубца.

Очень характерно, что всегда только одна часть пятенъ превращается въ пузырьки и легкія пустулы, между тѣмъ какъ другая часть подвергается обратному развитію уже въ стадіи розеолы или папулы. Въ большинствѣ случаевъ въ теченіе нѣсколькихъ дней, даже цѣлой недѣли между старыми пятнами и пузырьками появляются новые, такъ что въ каждый данный моментъ можно найти на тѣлѣ больного всѣ стадіи вѣтряной оспы, начиная съ розеолы и кончая развитымъ пузырькомъ съ углубленіемъ и засохшей пустулой.

Количество пузырьковъ и пятенъ чрезвычайно различно. Въ однихъ случаяхъ имѣется на всемъ тѣлѣ 4—10 штукъ, въ другихъ, напротивъ, нѣсколько сотенъ. На лицѣ сыпь можетъ располагаться такъ тѣсно, что образуется сливная сыпь, какъ при оспѣ. Очень обильная, гнойная сыпь издаетъ своеобразный запахъ, не поддающійся болѣе точному опредѣленію. Часто засыханіе сыпи сопровождается зудомъ, особенно на волосистой части головы. У невропатическихъ субъектовъ этотъ зудъ можетъ достигать значительной силы и вести къ расчесамъ съ послѣдовательно гнойной инфекціей пузырьковъ.

Довольно часто наблюдается пораженіе **слизистыхъ оболочекъ**, главнымъ образомъ полости рта. Сыпь преимущественно локализируется на мягкомъ небѣ, затѣмъ на языкѣ, въ глоткѣ, на слизистой оболочкѣ щекъ. Въ эпителии появляются бѣлые пузырьки, которые быстро распадаются, оставляя послѣ себя поверхностныя афтообразныя язвочки, заживающія въ теченіе нѣсколькихъ дней. Въ первый моментъ можетъ возникнуть подозрѣніе относительно дифтеріи, но при внимательномъ изслѣдованіи подозрѣніе это скоро проходитъ, даже если кожная сыпь появляется позже. Иногда пузырьки образуются въ носу (кровянисто-гнойное отдѣляемое) и въ слуховомъ проходѣ. На конъюнктивѣ пузырьки высыпаютъ гораздо рѣже, чѣмъ во рту; они могутъ причинить при этомъ большія неудобства, но обыкновенно излечиваются безслѣдно. Къ счастью, на роговицѣ пузырьки

образуются очень рѣдко; здѣсь они вызываютъ сильное воспаленіе и помутнѣніе роговицы, иногда даже гибель всего глаза.

Часто поражается vulva; на слизистой ея появляется большее или меньшее количество пузырьковъ, которые быстро подвергаются мацерации. Подъ вліяніемъ зуда дѣти расчесываютъ пораженное мѣсто, вслѣдствіе чего легко образуется гнойная вторичная инфекция, флегмона, язвенный распадъ, въ тяжелыхъ случаяхъ даже некротизирующее воспаленіе. Въ такихъ случаяхъ больные сильно страдаютъ отъ позывовъ на мочу. Половые органы поражаются особенно часто въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ уже раньше существовалъ вульвитъ. Образование пузырьковъ на головкѣ члена и на внутренней поверхности крайней плоти представляетъ явленіе болѣе рѣдкое.

Иногда, къ счастью, очень рѣдко, пузырьки локализируются на голосовыхъ связкахъ. Эта неприятная локалізція сопровождается охрипlostью, крупознымъ кашлемъ, явленіями стеноза и приступами удушья, вынуждающими иногда произвести интубацію или трахеотомию. Описаны даже случаи со смертельнымъ исходомъ. Иногда пузырьки вѣтряной оспы образуются на голосовыхъ связкахъ раньше, чѣмъ на кожѣ, и тогда картина болѣзни производитъ впечатлѣніе первичнаго крупа.

Въ началѣ высыпанія температура, въ противоположность настоящей оспѣ, повышается. Если она въ періодѣ предвѣстниковъ была уже повышена, то она можетъ подняться до 39° и больше, въ другихъ случаяхъ дѣло ограничивается субфебрильной и притомъ скоропреходящей температурой. Если имѣется лихорадка, то она обыкновенно держится до тѣхъ поръ, пока происходитъ высыпаніе. Такимъ образомъ она можетъ длиться цѣлую недѣлю, даже больше. Съ каждымъ новымъ высыпаніемъ пузырьковъ температура дѣлаетъ скачокъ вверхъ. Иногда температура въ теченіе нѣсколькихъ дней держится на высотѣ 39—40°, безъ того, однако, чтобы болѣзнь отъ этого протекала особенно тяжело. Съ другой стороны, бываютъ случаи, притомъ не особенно рѣдко, гдѣ температура остается совершенно нормальной (по крайней мѣрѣ если измѣряютъ только дважды въ день) или гдѣ только въ первый день высыпанія наблюдается незначительное ея повышеніе.

**Уклоненія въ характерѣ сыпи.** Во многихъ случаяхъ высыпаніе бываетъ чрезвычайно скудно, напр. образуется всего 10—15 пузырьковъ на всемъ тѣлѣ или даже только единичные пузырьки, такъ что діагнозъ бываетъ возможенъ только при сопоставленіи съ другими одновременными случаями вѣтряной оспы. При этомъ иногда приходится встрѣчать значительныя трудности, такъ какъ обыкновенно общія явленія тѣмъ слабѣе, чѣмъ скуднѣе сыпь. Въ другихъ случаяхъ, наоборотъ, сыпь можетъ быть чрезвычайно густой, а на отдѣльных мѣстахъ, въ особенности на лицѣ и лбу, можетъ даже образоваться сливная сыпь. Въ тяжелыхъ формахъ между отдѣльными пузырьками кожа краснѣетъ и припухаетъ. При сильномъ высыпаніи первичныя пятна бываютъ нерѣдко приподняты, принимаемая иногда характеръ настоящихъ папулъ, какъ при оспѣ, пузырьки сильно нагнаиваются, воспалительное основаніе подъ ними увеличивается и приподнимается. Такимъ образомъ можетъ получиться картина, чрезвычайно сходная съ настоящей оспой, въ особенности, если имѣется еще высокая лихорадка и значительное разстройство общаго состоянія, что при сильной сыпи составляетъ явленіе не особенно рѣдкое. Сильно нагнаившіеся пузырьки заживаютъ путемъ рубцеванія, такъ что и въ случаяхъ вѣтряной оспы приходится иногда наблюдать многочис-

ленные и стойкіе рубцы. Отдѣльные рубцы, напр., на туловищѣ наблюдаются даже въ легкихъ случаяхъ вѣтряной оспы. Круглая форма этихъ рубцовъ, ихъ многочисленность, локализациа (преимущественно на туловищѣ), иногда пигментированный край даютъ возможность опытному глазу распознать бывшее заболѣваніе даже много лѣтъ спустя \*).

Подъ вліяніемъ потѣнія (теплая одежда) часто развивается необычайно сильная сыпь. Точно также высыпанію благоприятствуютъ туго наложенныя перевязки, влажные компрессы, въ особенности же средства, раздражающія кожу (напр. горчичники). Необходимо строго воспретить такія процедуры, такъ какъ сильная сыпь замѣтно ухудшаетъ болѣзнь.

Обыкновенно пузырьки достигаютъ величины чечевичнаго зерна, самое большее—горошины. Но отдѣльные пузырьки могутъ достигнуть гораздо большей величины—напр. монеты въ 5 пфенн. и больше, такъ что напоминаютъ пузыри пемфигуса. Въ рѣдкихъ случаяхъ содержимое пузырьковъ становится геморрагическимъ; наблюдается это скорѣе всего у кахектическихъ субъектовъ и у лицъ съ геморрагическимъ діатезомъ. Нагноеніе сыпи происходитъ особенно легко у слабыхъ и туберкулезныхъ дѣтей, а также при экземѣ. Превращенію пузырьковъ въ гнойныя пустулы, расположенныя на возвышенномъ воспалительномъ основаніи и увеличивающіяся иногда въ теченіе нѣсколькихъ дней, способствуетъ нечистоплотность, расчесы грязными ногтями, мацерациа мочей и испражненіями. При этомъ происходитъ вторичная инфекциа стафилококками и стрептококками. Иногда, однако, нагноеніе происходитъ и отъ неизвѣстныхъ причинъ, такъ какъ даже у вполне здоровыхъ и чисто содержимыхъ дѣтей можетъ наблюдаться особенная склонность къ сильнымъ воспалительнымъ явленіямъ вокругъ пузырьковъ и къ образованію рубцовъ, между тѣмъ какъ въ другихъ случаяхъ пузырьки непосредственно переходятъ въ нормальную кожу.

У кахектическихъ субъектовъ пустулы принимаютъ иногда очень большіе размѣры и ведутъ къ гангрени кожи. При этомъ могутъ образоваться глубокія, какъ бы выжженныя желѣзомъ язвы, доходящія до мышцъ и фасціи съ потерей вещества величиной въ марку и больше. Неудивительно, что при этомъ могутъ возникнуть метастатическіе гнойники съ общимъ сепсисомъ и летальнымъ исходомъ. Ни при одной инфекціонной болѣзни не приходится такъ часто встрѣчать гангрену кожи, какъ при вѣтряной оспѣ; этого осложненія особенно нужно бояться въ тѣхъ случаяхъ, когда вѣтряная оспа заносится въ дѣтскія больницы, гдѣ имѣется много истощенныхъ и атрофичныхъ дѣтей.

Общее состояніе нерѣдко остается совершенно нормальнымъ, въ большинствѣ же случаевъ наблюдаются только незначительныя общія расстройства. Чаше всего замѣчаются безпокойство, бессонница, уменьшеніе аппетита и зудъ. Головная боль, рвота, безпокойство со-

\*) Вотъ что говоритъ Н. Филатовъ и съ чѣмъ вполне согласны и мы. «Обыкновенно пузырьки сохраняютъ свой первоначальный характеръ до двухъ дней и потомъ высыхаютъ, оставляя на своемъ мѣстѣ тонкую, поверхностную корочку, по отпаденіи которой никакого рубца не остается (курсивъ нашъ); въ нѣкоторыхъ пузырькахъ содержимое мутнѣетъ отъ примѣси гнойныхъ тѣлецъ, но до образованія настоящей пустулы, заживающей рубцомъ, дѣло не доходитъ». Мы прямо заявляемъ, что присутствіе рубцовъ ясно говоритъ въ пользу abortивной формы *variolae verae*, т. е. *varioloid'a*.

Прим. ред.

ставляютъ уже болѣе рѣдкія явленія, встрѣчающіяся обыкновенно при высокой температурѣ и сильномъ высыпаніи. У взрослыхъ болѣзнь чаще сопровождается тяжелыми болѣзненными явленіями, чѣмъ у дѣтей; къ тому же у нихъ сыпь легче принимаетъ характеръ настоящей оспы; поэтому если врачу попадается рѣдкій случай вѣтряной оспы у взрослого, то ему приходится пережить немало тяжелыхъ колебаній, если только діагнозъ не выясняется благодаря одновременному существованію несомнѣнныхъ случаевъ вѣтряной оспы.

Осложненія встрѣчаются очень рѣдко. Кромѣ упомянутыхъ выше нужно еще указать на возможность нефрита (нерѣдко геморрагическаго), который не особенно рѣдко развивается на 2 недѣль и почти всегда быстро проходитъ.

**Теченіе** болѣзни въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ благоприятное. Сыпь держится обыкновенно только 3—7 дней, послѣ чего дѣти могутъ считаться уже выздоровѣвшими. Однажды мнѣ пришлось наблюдать интересный случай, гдѣ высыпаніе остановилось на второй день вслѣдствіе присоединенія крупозной пневмоніи; черезъ 8 же дней послѣ кризиса сыпь снова появилась и достигла значительныхъ размѣровъ.

**Распознаваніе** обыкновенно легко. Распространенная сыпь съ типичными пузырьками, которые становятся черезъ нѣкоторое время плоскими и затѣмъ засыхаютъ—даютъ возможность поставить діагнозъ съ перваго взгляда. И даже позже сухія коричневая корочки, разсѣянные на здоровой кожѣ, позволяютъ съ увѣренностью распознать вѣтряную оспу. Но если сыпь очень скудна, то діагнозъ становится затруднительнымъ, иногда можетъ быть поставленъ только на основаніи эпидемиологическихъ моментовъ, напр., если одновременно съ даннымъ заболѣваніемъ или за 14 дней до него или послѣ него въ той же семьѣ имѣлись другія заболѣванія вѣтряной оспой. Очень часто не образуется вовсе ясно выраженныхъ водяныхъ пузырьковъ или же ихъ такъ мало, что легко не замѣтить. Въ такихъ случаяхъ сыпь не идетъ дальше образованія маленькихъ розеолъ или плоскихъ папулъ, только при тщательномъ осмотрѣ находятъ одинъ или нѣсколько мелкихъ пузырьковъ. Но если кожа была до того здорова, то для опытнаго врача и въ такихъ случаяхъ не трудно поставить діагнозъ. Если предварительно существовала папулезная экзема, impetigo, чесотка и пр., то діагнозъ становится труднымъ, такъ какъ отдѣльные элементы этихъ болѣзней обнаруживаютъ сходство съ вѣтряной оспой, такъ что разсѣянные оспенные пузырьки теряются между этими элементами и легко остаются незамѣченными.

Важнѣе всего дифференціальный діагнозъ между вѣтряной и натуральной оспой<sup>1)</sup>. Въ большинствѣ случаевъ отличительное распознаваніе легко. При натуральной оспѣ имѣются тяжелыя продромальныя явленія; съ появленіемъ сыпи температура при ней падаетъ. При вѣтряной оспѣ ясныхъ продромальныхъ явленій обыкновенно не бываетъ; если температура поднимается, то поднятіе совпадаетъ съ началомъ высыпанія. При натуральной оспѣ сыпь сильнѣе всего выражена на лицѣ и рукахъ; папулы при ней рѣзче, углубленіе въ пупулахъ яснѣе, нагноеніе сильнѣе. Сыпь начинается съ лица и быстро спускается внизъ, такъ что въ три дня высыпаніе уже закончено; вслѣдствіе этого сыпь всюду находится въ одной и той

<sup>1)</sup> Объемъ книги не позволилъ посвятить отдѣльную главу натуральной оспѣ.



же стадіи развитія. Для вѣтряной оспы, напротивъ, характерно, что въ теченіе 3—7 дней наблюдается все новое и новое высыпаніе, такъ что почти всегда можно одновременно наблюдать всѣ стадіи развитія сыпи отъ розеола до засохшаго гнойничка. Вторичнаго повышенія температуры вслѣдствіе нагноенія при вѣтряной оспѣ почти никогда не наблюдается. Однако всѣ эти отличительныя признаки имѣютъ чисто количественный, но не качественный характеръ. Какъ разъ случаи легкой variola, наблюдающіеся у привитыхъ (варіолоидъ), могутъ имѣть очень большое сходство съ вѣтряной оспой. Мы должны постоянно помнить, что встрѣчаются случаи тяжелой вѣтряной оспы, которые морфологически ничѣмъ не отличаются отъ натуральной оспы, давая и сильныя продромальныя явленія, рѣзко выраженныя папулы и нагноеніе. Съ другой стороны бывають случаи натуральной оспы съ незначительной сыпью, протекающіе легче, чѣмъ вѣтряная оспа. Отсюда понятно, что иногда даже самыя опытные врачи не могутъ въ теченіе нѣсколькихъ дней рѣшить вопросъ въ ту или иную сторону, если только на помощь не приходитъ связь даннаго заболѣванія съ несомнѣнными случаями натуральной или вѣтряной оспы. Правильнѣе каждый сомнительный случай разсматривать какъ натуральную оспу и подвергать строгой изоляціи до установленія точнаго діагноза, но въ то же время не помѣщать его въ оспенное отдѣленіе, не сдѣлавъ предварительной прививки. Къ сожалѣнію, мы до сихъ поръ не обладаемъ средствомъ, которое бы давало возможность отличить высыпь вѣтряной оспы отъ высыпи натуральной оспы, такъ какъ та и другая имѣютъ одинаковое анатомическое строеніе. Изъ пустулы натуральной оспы можетъ быть произведена прививка болѣзни другому человѣку, пузырекъ вѣтряной оспы не даетъ этой возможности: но, конечно, прививка натуральной оспы такимъ образомъ недопустима. Ceteris paribus подозрительная сыпь у непривитого или у привитого болѣе 7 лѣтъ тому назадъ говоритъ скорѣе за натуральную оспу; точно также говоритъ за натуральную оспу, если имѣется скудная сыпь, но ясно папулезнаго и гнойнаго характера.

Хотя унитаристы, утверждающіе, что variola и varicelle представляютъ одну и ту же болѣзнь, правы въ томъ отношеніи, что очень часто ни въ клинической картинѣ, ни въ морфологіи сыпи между ними нѣтъ никакой разницы, тѣмъ не менѣе въ настоящее время прочно установлено, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ двумя совершенно самостоятельными болѣзнями. Въ пользу этого говоритъ уже тотъ фактъ, что вѣтряная оспа наблюдается одинаково часто какъ въ тѣхъ странахъ, гдѣ нѣтъ обязательнаго оспопрививанія, такъ и въ странахъ съ обязательнымъ оспопрививаніемъ. Вакцинація и перенесеніе натуральной оспы предохраняетъ отъ натуральной оспы, но не предохраняетъ отъ вѣтряной. Съ другой стороны, непривитые заболѣвають натуральной оспой совершенно независимо отъ того, была у нихъ вѣтряная оспа или нѣтъ. У непривитыхъ перенесшихъ varicelle, оспопрививаніе удается вполнѣ, у перенесшихъ же натуральную оспу — оно удается только въ исключительныхъ случаяхъ. Во время эпидемій не разъ наблюдали, что ребенокъ съ вѣтряной оспой, ошибочно помѣщенный въ оспенное отдѣленіе, вызывалъ тамъ цѣлую эпидемію varicelle и, наоборотъ, больной съ натуральной оспой, помѣщенный въ отдѣленіе вѣтряной оспы, вызывалъ тамъ эпидемію variolae. Трудность отличительнаго распознаванія въ отдѣльныхъ случаяхъ заставляетъ

врача нерѣдко пережить много волнений и опасеній, такъ что благо-разумнѣе всего предоставить въ такихъ случаяхъ отвѣтственность врачу санитарному. Въ Германіи, гдѣ натуральная оспа встрѣчается такъ рѣдко, опасность ошибки особенно велика. Можетъ быть удастся еще использовать съ діагностической цѣлью гиперлимфоцитозъ, составляющій частое явленіе при натуральной оспѣ.

Другія болѣзни доставляютъ меньше затрудненій въ отношеніи дифференціального діагноза. При продолжительномъ ростѣ пузырекъ вѣтряной оспы можетъ иногда превратиться въ большой пемфиго-сообразный пузырь, но одновременно съ нимъ мы находимъ на тѣлѣ типичные маленькіе пузырьки вѣтряной оспы. или же дальнѣйшее теченіе, съ появленіемъ въ продолженіе нѣсколькихъ недѣль все новыхъ и новыхъ пузырей, дѣлаетъ несомнѣннымъ наличиемъ *emphigus*. Вторичный сифилисъ только въ исключительныхъ случаяхъ даетъ сыпь, напоминающую вѣтряную оспу. Мнѣ пришлось однажды видѣть такой случай у одного взрослого больного, причѣмъ въ первые дни на основаніи морфологическихъ данныхъ нельзя было рѣшить вопроса. Нерѣдко у дѣтей лимфатическаго сложенія наблюдается форма *strophulus*, гдѣ обыкновенная папула съ крапивницей или безъ нея принимаетъ характеръ пузырька (*prurigo varicelliformis*). Однако плотность пузырей, которые часто бываютъ тверды, какъ стекло, представляетъ надежный отличительный признакъ отъ вѣтряной оспы.

**Предсказаніе** въ значительномъ большинствѣ случаевъ благоприятно. Только при совершенно исключительныхъ условіяхъ болѣзнъ протекаетъ тяжело, даже смертельно; при этомъ всегда дѣло идетъ объ истощенныхъ, кахектическихъ дѣтяхъ. Если ребенокъ былъ предварительно здоровъ, то смертельный исходъ составляетъ крайнюю рѣдкость. Такъ, однажды я наблюдалъ 3-мѣсячнаго ребенка цвѣтушаго здоровья, у котораго вѣтряная оспа, не сопровождавшаяся даже особенно обильной сыпью, повела въ концѣ первой недѣли къ септическому процессу и смертельному исходу. У дѣтей съ гнойной экземой теченіе, въ общемъ, менѣе благоприятно, такъ какъ сыпь въ такихъ случаяхъ становится сильно гнойной. Довольно часто приходится наблюдать, что послѣ вѣтряной оспы проявляется эксудативный діатезъ, остававшійся до того скрытымъ или незамѣченнымъ.

**Профилактику** въ виду возможности тяжелаго или даже смертельнаго теченія болѣзни не слѣдуетъ игнорировать. Если въ семьѣ появляется случай вѣтряной оспы, то нужно по возможности изолировать другихъ дѣтей, тѣмъ болѣе грудныхъ и истощенныхъ дѣтей. Въ особенности нужно опасаться заноса болѣзни въ дѣтскія больницы. Если же заносъ произошелъ, чего часто не удается избѣжать вслѣдствіе продолжительности инкубационнаго періода, то для прекращенія эпидеміи необходимо въ теченіе 3 недѣль не принимать ни одного больного, а затѣмъ произвести въ палатѣ дезинфекцію. Если относительно какого либо случая возникаетъ подозрѣніе насчетъ натуральной оспы, то нужно случай этотъ подвергнуть строгой изоляціи, а всѣмъ обитателямъ квартиры сдѣлать предохранительное оспопрививаніе. такъ какъ вакцинація, произведенная даже черезъ 1—2 дня послѣ зараженія, можетъ еще предохранить отъ заболѣванія натуральной оспой.

**Леченіе** въ легкихъ случаяхъ можетъ быть чисто выжидательнымъ. До тѣхъ поръ, пока существуетъ лихорадка и появляется новая высыпь, дѣтей держать въ постели и даютъ легкую жидкую или кашцеобразную діету. При сильномъ зудѣ назначаютъ присыпку 1%-нымъ

салициловымъ талькомъ или смазываніе  $\frac{1}{2}\%$ -нымъ ментоловымъ спиртомъ или 1%-ной тимоловой мазью; кромѣ того нужно ребенку коротко остричь ногти. Отъ ваннъ, обертываній и другихъ процедуръ, усиливающихъ сыпь, нужно отказаться. При пораженіи полости рта прописываютъ полосканіе или промываніе рта 1%-нымъ растворомъ буры или 2%-нымъ растворомъ перекиси водорода. Болѣзненные язвы на слизистой рта смазываютъ 2%-нымъ растворомъ азотнокислаго серебра. Если имѣется сыпь на vulva, то нужно ее тщательно обмыть, для предотвращенія мацерации посыпать пудрой или смазать пастой и покрыть полоской марли. Сильно гноящіяся пустулы можно смазать засыхающей пастой; если же имѣются гангренозные или язвенныя мѣста, то ихъ нужно тщательно перевязать.

### Вакцинація (оспопрививаніе).

Уже древніе индусы наблюдали, что однократное перенесеніе натуральной оспы создаетъ сильную защиту противъ вторичнаго зараженія; они примѣняли самые разнообразныя способы прививки стараго оспеннаго яда для предупрежденія заболѣваній (варіоляція). Въ 18 столѣтіи леди Монтанъ привезла этотъ способъ изъ Константинополя на Западъ, послѣ чего инокуляція стала часто примѣняться и въ Европѣ. Но поздѣе эти прививки были во многихъ странахъ оставлены или даже воспрещены, такъ какъ отъ привитой оспы нерѣдко бывали смертельныя случаи. Другой недостатокъ этого способа заключается въ томъ, что отъ случая привитой оспы нерѣдко вспыхивала цѣлая эпидемія.

Современный способъ привитія предохранительной оспы ведетъ свое начало отъ великаго англійскаго врача Дженнера, который произвелъ первую прививку въ 1796 г. За свое открытіе Дженнеръ получилъ отъ англійскаго парламента неоднократное выраженіе національной благодарности. Исходя изъ того наблюденія, что извѣстное заболѣваніе вымени у коровъ (коровья оспа), переходитъ иногда на руки доильщицъ и даетъ заболѣваніе, которое вполнѣдствіи предохраняетъ отъ натуральной оспы, Дженнеръ пришелъ къ мысли прививать человѣку содержимое пузырьковъ отъ больныхъ упомянутой болѣзью коровъ (вакцина отъ слова vacca—корова), чтобы такимъ образомъ предохранить ихъ въ будущемъ отъ оспы. Эта мысль увѣнчалась успѣхомъ; получившіе прививку оказались невоспримчивыми даже къ умышенно произведенному зараженію натуральной оспой. Но предположеніе Дженнера, что вакцина представляетъ собою не что иное какъ ослабленную оспу, перешедшую на рогагый скотъ, получило подтвержденіе только въ новѣйшее время (Voight др.). Проходя черезъ тѣло животнаго, болѣзнь теряетъ способность распространяться по воздуху и вызывать обильную кожную сыпь.

Предохранительныя прививки по Дженнеру были въ началѣ прошлаго вѣка введены съ большимъ успѣхомъ во многихъ европейскихъ странахъ. Но вскорѣ обнаружилось, что невоспримчивость послѣ прививки длится не такъ долго, какъ послѣ перенесенія натуральной оспы и что привитые спустя извѣстное число лѣтъ снова приобрѣтаютъ воспримчивость, притомъ возрастающую съ теченіемъ времени. Поэтому во время эпидемій наблюдается, что дѣти, у которыхъ прививка была произведена 7 лѣтъ назадъ, заболѣваютъ все больше и больше, хотя болѣзнь въ большинствѣ случаевъ и протекаетъ у нихъ въ ослабленной формѣ (варіолоидъ). У пожилыхъ людей предохранительное дѣйствіе прививки держится обыкновенно дольше.

Германскій законъ объ обязательномъ оспопрививаніи, введенный въ 1874 г., требуетъ, чтобы каждому здоровому ребенку была привита оспа до конца календарнаго года, слѣдующаго за годомъ рожденія, и чтобы на

12 году жизни прививка была повторена. Этот законъ вполне удовлетворяетъ практическимъ требованіямъ и ему Германія обязана почти полнымъ исчезновеніемъ оспы; отдѣльные случаи, по большей части, обуславливаются заносомъ заразы извнѣ и не въ состояніи вызывать болѣе значительныхъ эпидемій.

Въ тѣхъ странахъ, гдѣ нѣтъ обязательнаго оспопрививанія или гдѣ существуютъ недостаточно строгіе законы на этотъ счетъ, наблюдаются и въ настоящее время обширныя эпидеміи оспы; исключение составляютъ только страны, гдѣ населеніе живетъ въ хорошихъ гигиеническихъ условіяхъ и гдѣ больные подвергаются изоляціи. Несмотря на это, со временъ Дженнера до сихъ поръ существуютъ противники оспопрививанія, которые и въ Германіи не перестаютъ заявлять протесты и подавать петиціи противъ обязательнаго оспопрививанія. Они утверждаютъ, что прививки не предохраняютъ отъ оспы. Что это утвержденіе ложно, въ этомъ легко убѣдиться, если сравнить распространеніе оспы въ странахъ съ обязательнымъ оспопрививаніемъ въ настоящее время и въ до-Дженнеровское время, когда оспа вообще представляла самую страшную болѣзнь. Далѣе извѣстны факты, когда въ нѣкоторыхъ странахъ напр., въ Англии и въ отдѣльныхъ кантонахъ (Швейцаріи) послѣ отмены обязательнаго оспопрививанія вспыхивали эпидеміи оспы. Другое возраженіе противъ оспопрививанія—будто съ его помощью распространяется туберкулезъ и сифилисъ. Дѣйствительно, въ прежнее время, когда матеріалъ брали отъ человѣка (гуманизированная лимфа), случаи передачи сифилиса встрѣчались нерѣдко при недостаточно осторожномъ выборѣ матеріала. Случаи же переноса туберкулеза не наблюдались и тогда. Но съ тѣхъ поръ, какъ стали примѣнять животную лимфу (отъ телятъ, которые передъ употребленіемъ лимфы убиваются и изслѣдуются въ отношеніи здоровья), передача сифилиса сдѣлалась совершенно невозможной. Насколько справедливы другія возраженія противниковъ оспопрививанія, именно, что оспопрививаніе угрожаетъ здоровью и жизни дѣтей, то объ этомъ будетъ сказано ниже.

Наиболѣе благоприятнымъ возрастомъ для производства оспопрививанія нужно считать періодъ отъ 5-го до 12-го мѣсяца жизни. Груднымъ дѣтямъ можно производить прививку уже въ первыя недѣли послѣ рожденія. Если ребенокъ вскармливается искусственно, то въ жаркое время года дѣлаютъ прививку только при угрожающей опасности зараженія оспой. Если въ семьѣ гдѣ имѣется непривитой ребенокъ, появился случай оспы, то можно предохранить другихъ дѣтей отъ зараженія, если сдѣлать прививку тотчасъ же при появленіи папуль, ибо уже черезъ 8 дней послѣ прививки развивается полный иммунитетъ противъ вакцины и оспы. Такое предохранительное дѣйствіе прививки мнѣ пришлось самому наблюдать. Лимфу для прививки нужно брать изъ правительственнаго оспопрививательнаго института или же изъ института, находящагося подъ контролемъ государства. Лимфа не должна быть старше 3 мѣсяцевъ.

Техника оспопрививанія чрезвычайно проста, но требуетъ самой тщательной асептики, какъ всякая операція. Наканунѣ ребенку дѣлаютъ ванну; передъ самой прививкой соответствующее мѣсто обмываютъ ватой, смоченной въ эфирѣ. Для прививки обыкновенно выбираютъ наружную поверхность праваго плеча, для ревакцинаціи—лѣваго. На прививной ланцетъ наносятъ каплю вакцины изъ капилляра и смоченнымъ такимъ образомъ ланцетомъ производятъ четыре поверхностныхъ разрѣза въ 1 см. длиною, именно два разрѣза вверху и два внизу съ разстояніемъ между ними въ 3 см. Разрѣзъ нужно производить настолько легко, чтобы сдѣлать только красную царапину; кровотеченія нужно при этомъ избѣгать. Втираніе прививнаго матеріала не обязательно. Затѣмъ лучше всего дать ранкѣ подсохнуть въ теченіе 10 минутъ. Ребенка нужно при этомъ крѣпко держать, чтобы онъ не могъ прикоснуться къ мѣсту прививки и чтобы прививка не была стерта одеждой. Когда прививка подсохла, хорошо обильно залить ее коллодіумомъ; этотъ способъ я нахожу очень цѣлесообразнымъ: я ни разу не видаль при немъ переноса вакцины на другую часть тѣла или на другихъ членовъ семьи. Сверху я обыкновенно кладу легкую ватную повязку, чтобы предохранить прививку отъ расчесовъ. Если вата на 7—10 день приклеится къ папулѣ, то ее спокойно оставляютъ или же просто при перевязкѣ отрѣзываютъ ножницами. Настоящія предохранительныя повязки излишни или даже вредны, такъ какъ онѣ непрони-

цаемы и задерживаютъ высыханіе папулы. У дѣвочекъ, если родители хотятъ избѣгнуть рубцовъ на плечѣ, можно дѣлать прививку на наружной поверхности бедра повыше колѣна. Flachs и Schlossmann рекомендуютъ также для прививки кожу груди подѣ грудной железой.

На другой день послѣ прививки ребенка еще можно купать; съ этого же дня нужно прекратить купаніе до засыханія корочекъ, т. е. въ среднемъ до 14 дня.

**На мѣстѣ разрѣза** тотчасъ же послѣ прививки появляется травматическая реакція въ видѣ легкой красноты, которая на слѣдующій день уже исчезаетъ. Мѣсто разрѣза остается замѣтнымъ въ видѣ линейной полоски коричневаго цвѣта. Черезъ 2—3 дня вокругъ этой коричневой линіи появляется красноватый ободокъ, который вскорѣ приподнимается въ видѣ валика (папула), становящагося съ каждымъ днемъ рѣзче и больше. На 5-й и 6-й день середина папулы блѣднѣетъ и образуетъ, такимъ образомъ, плоское кольцо, круто приподнимающееся надъ окружающею красной кожей (аула). До 9-го дня бѣлая папула продолжаетъ увеличиваться, на 7-й день она принимаетъ желтоватый оттѣнокъ. Центръ ея, соотвѣтственно разрѣзу, нѣсколько западаетъ, сама папула превращается въ пузырекъ, который при уколѣ даетъ чистую лимфу (въ прежнее время эта лимфа служила какъ матеріалъ для прививокъ—гуманизированная лимфа). Красный ободокъ обыкновенно становится шире и возвышается какъ плато надъ окружающею нормальной кожей (ареа). Эта ареа бываетъ различной величины; нерѣдко ареа всѣхъ четырехъ разрѣзовъ сливаются въ одну большую рожистую поверхность, достигающую иногда величины ладони. Наивысшаго пункта прививная реакція достигаетъ на 9—10-й день; затѣмъ папула начинаетъ быстро засыхать по направленію изнутри снаружи. Прежній желтый цвѣтъ, сдѣлавшійся передъ засыханіемъ уже интенсивно-желтымъ, превращается въ коричневый, вся папула принимаетъ видъ твердаго коричневаго щитка, который черезъ  $2\frac{1}{2}$ —4 недѣли послѣ прививки отпадаетъ, оставляя послѣ себя красный медленно блѣднѣющій рубецъ. По мѣрѣ превращенія папулы въ струпъ, окружающій ее красный валикъ (ареа) быстро блѣднѣетъ, у края папулы появляется легкая пигментация, которая приблизительно черезъ 12—14 дней послѣ прививки исчезаетъ.

Интеркуррентныя острыя болѣзни (скарлатина, корь и т. д.) могутъ на нѣкоторое время остановить начавшееся развитіе оспенной папулы.

Въ первые дни послѣ прививки общее состояніе обыкновенно не измѣняется, начиная съ 5—6-го дня наблюдается частое легкое повышеніе температуры; на 8—9-й день даже при совершенно нормальномъ теченіи температура можетъ подняться до 39°. Соотвѣтственно этому въ промежутки между 7 и 11-мъ днемъ дѣти обыкновенно становятся нѣсколько вялыми, сонъ дѣлается безпокойнымъ, аппетитъ теряется, на мѣстѣ прививки появляется боль. Соотвѣтствующія лимфатическія железы, слѣдовательно, обыкновенно подмышечныя, обнаруживаютъ легкое, иногда довольно значительное припуханіе, такъ что дѣти, когда ихъ берутъ за подмышечныя области, начинаютъ плакать отъ боли.

При повторномъ осмотрѣ, который назначается на 7-й или 8-й день, находятъ бѣлую, сильно развитую папулу и сравнительно еще небольшое воспалительное образованіе (ареа). Только на 9—10-й день процессъ достигаетъ высшей точки развитія. Съ 7-го дня папула иногда немного мокнетъ, однако нужно избѣгать примѣнять при этомъ какую-либо изъ излюбленныхъ мазей, такъ какъ онѣ препятствуютъ

нормальному обратному развитію папулы, задерживаютъ подсыханіе ея и даютъ поводъ къ нагноенію.

**Ревакцинація** протекаетъ съ существенными отступленіями отъ описанной картины. Теченіе ея подробно изучено v. Pirquet, которому это изученіе дало толчокъ къ открытію извѣстной кожной туберкулинной реакціи. Однократная прививка измѣняетъ характеръ реакціи организма на позднѣйшую вакцинацію или заболѣваніе натуральной оспой (аллергія). Если вторая прививка произведена на нѣсколько мѣсяцевъ послѣ первой, давшей положительный результатъ, то уже на слѣдующій день послѣ ревакцинаціи появляется маленькая папула, которая однако затѣмъ быстро исчезаетъ (ранняя реакція). Такимъ образомъ болѣзнь здѣсь убивается въ зародышѣ. Но спустя нѣсколько лѣтъ послѣ первой прививки восприимчивость къ вакцинному заболѣванію снова увеличивается. Здѣсь снова, какъ и въ первый разъ, образуются папула и ареа, но только реакція оказывается болѣе слабой, папула остается небольшой и весь процессъ достигаетъ своего высшаго развитія уже на 7-й день (ускоренная реакція), соотвѣтственно чему и рубцованіе бываетъ слабо выражено.

У взрослыхъ краснота бываетъ иногда чрезвычайно обширной и можетъ распространяться на предплечье; припуханіе и болѣзненность железъ могутъ также достигать значительной степени.

### Неправильности теченія и осложненія.

Чѣмъ ребенокъ моложе, тѣмъ, вообще говоря, слабѣе реакція. У лицъ, которымъ первая прививка производится спустя много лѣтъ послѣ рожденія или даже во взросломъ возрастѣ, наблюдается обыкновенно очень сильная реакція съ высокой лихорадкой, распространенной рожистой краснотой, сильно нарушеннымъ общимъ состояніемъ и съ развитіемъ очень большихъ пустулъ. Иногда на рукѣ появляется даже отечность.

У анемичныхъ и кахектичныхъ дѣтей реакція видоизмѣняется въ томъ отношеніи, что ареа образуется поздно и слабо, вслѣдствіе чего папула развивается долго и принимаетъ очень большіе размѣры. Сила реакціи зависитъ также и отъ вирулентности прививочнаго матеріала и отъ количества введенной лимфы. При очень вирулентной лимфѣ развиваются нерѣдко на 5-й—7-й день въ области ареа мелкія побочныя пустулки величиною съ булавочную головку, которыя подвергаются обратному развитію совершенно такъ же, какъ и главныя пустулы. Въ прежнее время, когда прививка производилась настоящей оспой, подобныя побочныя пустулки составляли обычное явленіе. При слабой или разведенной лимфѣ реакція наступаетъ позже (наивысшій пунктъ на 11-й—12-й день). Лѣтомъ реакція протекаетъ нѣсколько скорѣе, чѣмъ зимой. Сильное повышеніе температуры составляетъ у здоровыхъ дѣтей частое явленіе и не должно внушать никакихъ опасеній, если только на 11-й—13-й день температура спадаетъ. Если же такого паденія не наступаетъ, то это указываетъ на наличность осложненія.

Вакцинная сыпь появляется иногда во время обратнаго развитія прививочной реакціи, приблизительно отъ 8-го до 12-го дня, но иногда также и раньше или позже этого срока; она локализуется на лицѣ, туловищѣ, разгибательныхъ сторонахъ конечностей и по большей части

имѣть характеръ коревой или скарлатинозной сыпи, рѣже напоминаетъ *miliaria* или *pemphigus*.

Происхождение этой сыпи объясняется такимъ образомъ, что она представляетъ рудиментарный остатокъ той сыпи, которая постоянно появлялась, когда производилась инокуляція натуральной оспы и которая тогда въ большинствѣ случаевъ имѣла оспенный характеръ. Такъ какъ вакцина представляетъ собой не что иное, какъ оспенный ядъ, ослабленный многократнымъ прохожденіемъ черезъ тѣло животного, то и сыпь при прививкѣ этой вакцины получается очень ослабленной или даже во многихъ случаяхъ совершенно отсутствуетъ.

Временно можетъ появиться альбуминурія, но она не имѣетъ никакого значенія.

Результатъ прививки можно считать положительнымъ въ томъ случаѣ, если хотя бы на одномъ разрѣзѣ развилась нормальная пустула; этимъ удовлетворяется также и законъ объ обязательномъ оспопрививаніи, такъ какъ въ такомъ случаѣ повтореніе прививки не требуется. Чрезвычайно рѣдко встрѣчаются случаи, что непривитой ребенокъ оказывается невоспримчивымъ къ вакцинѣ. Если послѣ прививки не наступаетъ никакой реакціи, то ее нужно повторить черезъ 8 дней. При этомъ нерѣдко оказывается, что вторая прививка пробуждаетъ къ жизни также и inactive зародышей первой. Возможность такого состоянія объясняетъ намъ тѣ рѣдкіе случаи, когда реакція послѣ прививки затягивается на нѣсколько недель. По всей вѣроятности это явленіе объясняется тѣмъ, что зародыши, не проникшіе правильно въ кожу, находятъ себѣ надлежащую питательную почву только позднѣе, благодаря тренію платьемъ или подъ вліяніемъ какихъ-либо другихъ причинъ.

Что касается вреднаго дѣйствія вакцинаціи, то такого можно условно избѣгнуть, если производить прививку осторожно и считаться съ противопоказаніями. Вторичная инфекция гноеродными бактеріями едва ли возможна при тщательномъ уходѣ за ранкой, въ особенности если устранена возможность расчесовъ; во всякомъ случаѣ такая инфекция при надлежащемъ леченіи быстро проходитъ. Ранняя рожа, наступающая тотчасъ послѣ прививки, представляетъ не что иное, какъ раневую инфекцію и ее можно вполне предупредить. Поздняя рожа можетъ развиваться отъ инфекціи расцарапанной при расчесахъ пустулы. Иногда черезъ пустулу можетъ проникнуть скарлатина. То, что часто называютъ вакцинной рожой, представляетъ собой только очень развитую ареа и не ведетъ за собой никакихъ дурныхъ послѣдствій. Діагноцировать истинную рожу можно только въ томъ случаѣ, когда она появляется послѣ исчезновенія ареа и сопровождается новымъ повышеніемъ температуры. Очень сильное нагноеніе пустулы или даже послѣдовательное нагноеніе лимфатическихъ железъ едва ли встрѣчается у здоровыхъ дѣтей при сухомъ содержаніи пустулы. Такія нагноенія быстро излечиваются компрессами изъ уксуснокислаго глинозема, іодоформенной повязкой и т. д. Наконецъ, какъ и изъ всякой ранки, изъ оспенной пустулы можетъ развиваться общій сепсисъ, но тщательная чистота при прививкѣ и во время ухода за ранкой и пустулой представляетъ надежную гарантію противъ такого осложненія.

При колоссальномъ количествѣ прививокъ, которое производится въ странахъ съ обязательнымъ оспопрививаніемъ, вполне естественно, что нерѣдко послѣ прививки, но безъ всякой причинной связи съ нею, развиваются различныя случайныя заболѣванія, которыя и ставятся въ упрекъ оспопрививанію противниками его, а также и родителями заболѣвшихъ дѣтей. Это еще болѣе побуждаетъ врача стремиться къ

тому, чтобы какое-либо упущение съ его стороны или со стороны окружающих не причинило вреда ребенку. Поэтому прежде всего не слѣдуетъ производить прививку въ такое время, когда имѣются кругомъ какія либо заразныя болѣзни. Точно также не слѣдуетъ производить прививку очень анемичнымъ, кахектическимъ или больнымъ дѣтямъ. Иногда приходится видѣть, что у дѣтей съ эксудативнымъ діатезомъ прививка вызываетъ экзему (Czerny), у туберкулезныхъ дѣтей—золотуху. Не слѣдуетъ производить прививку лютическимъ и атрофическимъ дѣтямъ, а также тяжелымъ ра-



Рис. 126. Eczema vaccinatum. Ребенокъ 1½ лѣтъ. Заразился отъ вакцинной пустулы брата. 6-й день болѣзни (д-ръ Géronne въ Висбаденѣ, городская больница).

хитикамъ, такъ какъ у такихъ дѣтей пузыри часто превращаются въ язвы (Klotz). Главная опасность, угрожающая при прививкѣ—переносъ прививочнаго матеріала на другія части тѣла и образование тамъ новыхъ пустулъ. При надлежащемъ уходѣ за мѣстомъ прививки такого осложненія обыкновенно не бываетъ. Но возможность его, однако, не исключена. Въ особенности неприятно оно у дѣтей, страдающихъ экземой. Если на экзематозныя мѣста попадетъ немного свѣжей лимфы (преимущественно это случается на лицѣ), то здѣсь можетъ образоваться сильная и распространенная оспенная сыпь (генерализированная вакцина), что вызываетъ тяжелое расстройство общаго состоянія и оставляетъ послѣ себя стойкіе рубцы. Въ зависимости отъ того, въ какой моментъ произошелъ переносъ, развиваются пустулы, пузырьки или папулы. Поэтому дѣтямъ страдающимъ экземой или какой-либо другой кожной болѣзью, сопровождающейся зудомъ, не слѣдуетъ производить прививки; въ крайнемъ случаѣ необходимо защитить прививку коллодіемъ или повязкой. Самопроизвольная генерализированная вакцина можетъ развиться благодаря переносу заразнаго начала токомъ крови. Въ такомъ случаѣ вся сыпь на тѣлѣ обнаруживаетъ одну и ту же степень развитія.

Другая, гораздо большая опасность оспрививанія, на которую часто не обращаютъ должнаго вниманія, заключается въ возможности случайной инокуляціи когolibо изъ непривитыхъ лицъ, окружающихъ привитого—

хитикамъ, такъ какъ у такихъ дѣтей пузыри часто превращаются въ язвы (Klotz).

Главная опасность, угрожающая при прививкѣ—переносъ прививочнаго матеріала на другія части тѣла и образование тамъ новыхъ пустулъ. При надлежащемъ уходѣ за мѣстомъ прививки такого осложненія обыкновенно не бываетъ. Но возможность его, однако, не исключена. Въ особенности неприятно оно у дѣтей, страдающихъ экземой. Если на экзематозныя мѣста попадетъ немного свѣжей лимфы (преимущественно это случается на лицѣ), то здѣсь можетъ образоваться сильная и распространенная оспенная сыпь (генерализированная вакцина), что вызываетъ тяжелое расстройство общаго состоянія и оставляетъ



инокуляціи, которая можетъ быть вызвана либо свѣжимъ прививнымъ матеріаломъ, либо содержимымъ пустуль. Такъ можетъ случиться, что мать или няня, не иммунизированная противъ оспы или успѣвшія уже потерять свой иммунитетъ, заразившись отъ свѣжей вакцины, получить пустулу на глазу. Но особенной опасности подвергаются дѣти съ непривитой оспой, живущія въ одной квартирѣ съ дѣтьми, которымъ оспа привита, если они притомъ еще страдаютъ кожными болѣзнями, особенно экземой. Въ такихъ случаяхъ, благодаря зараженію больной кожи, можетъ возникнуть распространенная и тяжелая вакцина, причѣмъ источникомъ зараженія чаще бываетъ содержимое зрѣлыхъ пустуль (теряющее свою вирулентность приблизительно только на 11-й день), чѣмъ прививной матеріалъ. Картина, изображенная на рис. 126, относится къ 1 $\frac{1}{2}$ -лѣтнему ребенку съ непривитой оспой и съ легкой экземой руки и лица, заразившемуся отъ своего брата, которому была привита оспа; въ результатѣ получилась тяжелая еczema vaccinata, напоминавшая настоящую оспу. Ребенокъ погибъ отъ присоединившагося гнойнаго менингита.

Поэтому не слѣдуетъ производить прививку тѣмъ дѣтямъ, у которыхъ имѣются братья и сестры съ непривитой оспой и притомъ страдающіе экземой, если только нѣтъ полной гарантіи въ самомъ тщательномъ проведеніи всѣхъ мѣръ предосторожности. На обязанности врача лежитъ предохранить всѣхъ окружающихъ привитого ребенка отъ случайнаго зараженія вакциной, что лучше всего достигается смазываніемъ мѣста прививки коллодіумомъ, наложеніемъ повязки и принятіемъ мѣръ противъ расчесовъ. Въмѣсто предложеннаго мною коллодіума, съ успѣхомъ испытаннаго также и другими врачами, v. Pirquet совѣтуетъ вечеромъ, въ день прививки, тщательно обмывать мѣсто прививки.

Впрочемъ, такія вредныя послѣдствія отъ прививки составляютъ большую рѣдкость. Если мы остановились на нихъ нѣсколько дольше, чѣмъ это соотвѣтствуетъ частотѣ ихъ появленія, то сдѣлали это, во-1-хъ, потому, что въ виду рѣдкости подобнаго осложненія врачи очень мало съ нимъ знакомы, во 2-хъ, что оспопрививаніе представляетъ манипуляцію, производимую принудительно здоровымъ дѣтямъ. Кромѣ того, каждый случай какого-либо осложненія при оспопрививаніи подхватывается противниками его, какъ оружіе для агитаціи противъ этого благодѣтельнаго института.

## Дифтерія.

Дифтерія представляетъ собою контагіозную болѣзнь, вызываемую Löffler'овскими дифтеріейными бациллами, обнаруживающуюся главнымъ образомъ въ появленіи перепончатаго выпота на нѣкоторыхъ слизистыхъ оболочкахъ, особенно въ глоткѣ и верхнихъ дыхательныхъ путяхъ и оказывающую особое токсическое дѣйствіе, какъ непосредственное, такъ и послѣдовательное (параличи).

Дифтерія, повидимому, представляетъ очень старую болѣзнь. Съ несомнѣнностью установлено, что въ 16-мъ и 17-мъ вѣкѣ она свирѣпствовала въ видѣ жестокихъ эпидемій въ Испаніи. Первое классическое описаніе болѣзни принадлежитъ знаменитому французскому врачу Bretonneau, который и далъ ей названіе дифтеріи (въ 1826 г.). Въ Германіи до середины XIX вѣка дифтерія проявлялась преимущественно, какъ первичное заболѣваніе гортани и бронховъ.

Преобладание поражения зѣва начинаетъ замѣчаться только въ шестидесятихъ годахъ и тогда многіе нѣмецкіе врачи только впервые увидали эту болѣзнь.

**Возбудитель** болѣзни въ видѣ дифтерійной бациллы открытъ въ 1884 г. Löffler'омъ, которому удалось прививкой этой бациллы на поврежденную трахею кроликовъ вызвать образованіе дифтерійныхъ перепонокъ. Всеобщее признаніе Löffler'овская бацилла получила только тогда когда Roux и Yersin при помощи яда этой бациллы вызвали у животныхъ такіе же параличи, какіе наблюдаются у чело-вѣка при дифтеріи.

**Дифтерійныя бациллы** принадлежать къ группѣ актиномицетовъ и обнаруживаютъ большія колебанія въ отношеніи формы, роста и вирулентности. Обыкновенно онѣ имѣютъ видъ прямой, слегка изогнутой или булабовидной палочки, равной приблизительно по длинѣ туберкулезной палочкѣ, но значительно превосходящей ее по толщинѣ. Онѣ легко красятся, въ особенности метиленовой синькой. Вслѣдствіе неравномѣрнаго пропитыванія краской онѣ часто кажутся зернистыми. Наряду съ очень короткими молодыми формами наблюдаются также и колбовидныя удлиненныя дегенеративныя формы.

Дифтерійная палочка хорошо растетъ на свернутой кровяной сывороткѣ и уже черезъ 16—24 часа даетъ сочныя дымчато-сѣрыя колоніи. Она хорошо переноситъ холодъ, при нагрѣваніи же свыше 56° легко погибаетъ; очень чувствительна она также къ болѣе крѣпкимъ антисептическимъ веществамъ. Въ сырыхъ и темныхъ мѣстахъ она можетъ сохранять жизнеспособность въ теченіе многихъ мѣсяцевъ, въ особенности, если она заключена въ слизи или перепонки. Въ больномъ организмѣ она содержится въ перепончатомъ вылотѣ некротической ткани, позднѣе—въ ближайшихъ лимфатическихъ железахъ; въ кровь она попадаетъ рѣдко и въ незначительномъ количествѣ.

По исчезновеніи налетовъ дифтерійная бацилла сохраняется на слизистыхъ оболочкахъ (уже здоровыхъ) въ теченіе нѣсколькихъ дней, иногда въ теченіе многихъ недѣль. Далеко не рѣдко можно ее найти въ зѣвѣ здоровыхъ людей, преимущественно тѣхъ, кто соприкасался съ дифтерійными больными (носители палочки). Родственную, но совершенно невирулентную форму представляетъ псеудо-дифтерійная бацилла, которую можно часто найти въ носу и полости рта здоровыхъ людей; она въ морфологическомъ и біологическомъ отношеніи даетъ цѣлый рядъ постепенныхъ переходовъ къ истинной дифтерійной палочкѣ, но отличается отъ нея полной невирулентностью для морскихъ свинокъ, которыя отъ истинной дифтерійной палочки погибаютъ.

Дифтерія распространяется обыкновенно отъ чело-вѣка къ чело-вѣку; источникъ ея, однако, въ отдѣльныхъ случаяхъ очень часто ускользаетъ отъ наблюденія, такъ какъ инфекція можетъ произойти отъ выздоравливающихъ или отъ переносчиковъ бациллъ. Въ виду того, что дифтерійная бацилла большей частью живетъ въ полости рта и носа, зараженіе ею возможно при поцѣлуѣ, вообще при прикосновеніи съ больными дѣтьми, которыя легко размазываютъ мокроту и отдѣляемое носа по рукамъ, постели, платью и пр. Впрочемъ, косвенная передача заразы—черезъ носовые платки, игрушки, одежду—не составляетъ рѣдкости. Грязь и нечистоплотность способствуютъ распространенію болѣзни, такъ что чисто содержимыя дѣти состоятельныхъ классовъ менѣе подвержены заболѣванію, чѣмъ дѣти пролетаріата, а потому дифтерія съ извѣстными правомъ можетъ быть названа «болѣзью нечистоплотныхъ». Благодаря крупнымъ размахамъ и тяжести дифтерійныхъ бациллъ зараженіе черезъ воздухъ, повидимому, невозможно; по большей части для зараженія требуется соприкосновеніе, но при сильномъ кашлѣ или чиханіи (въ случаяхъ дифтеріи носа) не исключена возможность инфекціи посредствомъ брызгъ.

Обыкновенно зародыши болѣзни проникаютъ въ чловѣка черезъ ротъ (т. е. съ пищей) и виѣдряются первично на небныхъ или глоточныхъ миндалинахъ.

Наибольшую частоту заболѣванія мы встрѣчаемъ въ возрастѣ отъ 2 до 5 лѣтъ. Послѣ 10 лѣтъ болѣзнъ становится рѣдкой и еще рѣже она встрѣчается у взрослыхъ. Только во время очень злокачественныхъ эпидемій взрослые заболѣваютъ въ значительномъ количествѣ. Въ грудномъ возрастѣ случаи дифтеріи рѣдки, можетъ быть, потому, что въ это время еще недостаточно развиты аденоидныя образованія глотки. Впрочемъ, даже и очень маленькія грудныя дѣти не гарантированы вполнѣ отъ дифтеріи, причемъ обыкновенно они заболѣваютъ дифтеріей носа.

Предрасположеніе къ дифтеріи далеко не такъ распространено, какъ къ кори или коклюшу, такъ что много людей, не перенесшихъ дифтеріи, не заболѣваютъ ею даже тогда, когда есть полная возможность заразиться.

**Восприимчивость** зависитъ отъ многихъ моментовъ. Вслѣдствіе неизвѣстныхъ причинъ отдѣльныя лица обнаруживаютъ большее предрасположеніе, чѣмъ другія. Обыкновенно восприимчивость усиливается въ то время года, когда слизистыя оболочки, подверженныя заболѣванію дифтеріей, вообще склонны къ катаррамъ и воспаленіямъ, слѣд. зимой, особенно въ переходное время года. Этимъ объясняется, почему распространеніе процесса на гортань и бронхи (крупъ) наблюдается преимущественно въ тѣ мѣсяцы, когда много всякихъ катарровъ, почему, напротивъ, лѣтомъ и осенью дифтерія встрѣчается чаще въ формѣ изолированнаго пораженія глотки.

Индивидуальное предрасположеніе выражается въ томъ, что дѣти со слабыми, легко раздражимыми слизистыми оболочками, съ аденоидными разроженіями, слѣдовательно вообще съ лимфатической конституціей болѣе предрасположены къ заболѣванію и труднѣе переносятъ его, чѣмъ дѣти, свободныя отъ этой конституціональной аномалии.

Въ отдѣльныхъ случаяхъ бываетъ часто невозможно рѣшить, чему приписать то или иное теченіе болѣзни—большей или меньшей вирулентности дифтерійной бациллы или степени предрасположенія даннаго лица; характеръ же эпидемій, вообще говоря, опредѣляется вирулентностью бациллы.

Способствуетъ ли однократное перенесеніе болѣзни развитію иммунитета,—это еще не выяснено, во всякомъ случаѣ такой иммунитетъ наблюдается значительно рѣже, чѣмъ принято думать. такъ какъ двух- и даже трехкратное заболѣваніе дифтеріей вовсе не составляетъ рѣдкости. Мы здѣсь имѣемъ дѣло съ невосприимчивостью къ яду, а не къ бактеріямъ, ибо лица, перенесшія дифтерію, часто носятъ въ себѣ вполнѣ вирулентныя дифтерійныя палочки, не испытывая отъ этого никакого разстройства. Рецидивы черезъ 3—4 недѣли наблюдаются нерѣдко, въ особенности при сывороточномъ леченіи: они наступаютъ, слѣдовательно, въ такой моментъ, когда пассивный иммунитетъ перестаетъ уже дѣйствовать.

Рѣзко выраженное и притомъ очень опасное предрасположеніе къ дифтеріи дыхательныхъ путей создается корью (ср. стр. 572).

Отдѣльные случаи дифтеріи встрѣчаются, въ теченіе послѣдняго столѣтія въ большинствѣ европейскихъ странъ постоянно, но нерѣдко достигаютъ размѣровъ эпидемій. Въ общемъ, съ увеличеніемъ числа

заболѣваній увеличивается опасность и заразительность дифтерій. Причины появления эпидемій остаются еще пока неясными. На протяжении долгихъ періодовъ, охватывающихъ иногда нѣсколько десятилѣтій, можно наблюдать годы, когда дифтерія, медленно нарастая, принимаетъ характеръ чрезвычайно распространенной и губительной эпидеміи, которая затѣмъ медленно затихаетъ, уступаетъ мѣсто цѣлому ряду лѣтъ съ отдѣльными рѣдкими заболѣваніями. Въ Германіи за послѣднія двадцать лѣтъ дифтерія находится въ періодѣ затишья, что, однако, не мѣшаетъ ей вспыхивать въ отдѣльныхъ городахъ и селеніяхъ въ видѣ очень сильныхъ эпидемій.

Вліяніе времени года ясно обнаруживается въ распредѣленіи спорадическихъ случаевъ. По указаннымъ выше причинамъ болѣзнь предпочитаетъ холодное время года. При холодномъ и сухомъ вѣтрѣ наблюдается часто замѣтное учащеніе случаевъ крупа. Эпидеміи же могутъ возникать лѣтомъ.

**Патогенезъ и патологическая анатомія.** Размноженіе дифтерійныхъ бациллъ на слизистой оболочкѣ, вслѣдствіе выдѣленія яда, ведетъ прежде всего къ разбуханію и омертвѣнію эпителия. Далѣе, вслѣдствіе проикновенія дифтерійнаго яда въ глубину, близлежащіе капилляры воспаляются, что въ свою очередь ведетъ къ образованію инфарктовъ и выдѣленію фибрина; послѣдній, распредѣляясь между омертвѣвшимъ эпителиемъ, образуетъ вмѣстѣ съ нимъ бѣловатый налетъ, который называется дифтерійной перепонкой. Тутъ же находятся блуждающія круглыя клѣтки. Въ зависимости отъ того, насколько глубоко проникаетъ дѣйствіе дифтерійнаго яда, образуется либо только выпотѣваніе въ эпителий и поверхностный налетъ на слизистой оболочкѣ (крупозное воспаление въ анатомическомъ смыслѣ слова), либо выпотѣваніе въ болѣе глубокіе слои слизистой оболочки съ образованіемъ плотнаго налета (дифтеритическое воспаление въ анатомическомъ смыслѣ слова). На перепонкахъ помимо дифтерійныхъ бациллъ находятся различные сапрофиты (стафило-, стрептококковъ и др.) и детритъ; сами перепонки состоятъ изъ богатаго фибриномъ слоя, содержащаго дифтерійныя бациллы и сильно измѣненный омертвѣвшій эпителий, а подъ нимъ находится слой фибрина съ обильнымъ количествомъ лейкоцитовъ и сравнительно мало измѣненнымъ эпителиемъ. Отсюда дифтерійныя бациллы проникаютъ въ сосѣднія лимфатическія железы; въ кровь онѣ попадаютъ очень рѣдко и въ скудномъ количествѣ, такъ что всѣ измѣненія организма при дифтеріи мы должны разсматривать, какъ результатъ дѣйствія яда. При очень сильномъ и глубокомъ дѣйствіи дифтерійнаго яда дѣло можетъ дойти до омертвѣнія всей слизистой оболочки съ послѣдующимъ заживленіемъ путемъ рубцеванія.

Помимо пораженныхъ слизистыхъ оболочекъ при дифтеріи особенно страдаютъ сердце и периферическіе нервы.

На трупахъ дифтерійныхъ больныхъ мы находимъ сердце въ состояніи діастолы съ явными признаками измѣненія міокарда. Сердечная мышца имѣетъ свѣтло-сѣрый цвѣтъ, ломка, пронизана жировыми зернышками и обнаруживаетъ рѣзкое паренхиматозное перерожденіе, часто съ исчезновеніемъ поперечной полосатости. По *Erringer's* наблюдается нерѣдко особое поражение міокарда, ведущее за собой типичное раствореніе мышечныхъ волоконъ; однако, это наблюденіе не подтверждено другими авторами. Въ случаяхъ дифтеріи, оканчивающихся параличемъ сердца, находятъ сплошь да рядомъ рѣзкое перерожденіе мышечныхъ ядеръ.

Впрочемъ, въ такихъ случаяхъ обнаруживаются еще сильныя измѣненія и въ блуждающемъ нервѣ, а именно распадъ мозгового влагалища, исчезновеніе осевого цилиндра и мелкоклѣточную инфильтрацію. При периферическихъ параличахъ находятъ такія же измѣненія въ соответствующихъ нервахъ. Въ спинномъ мозгу болѣе или менѣе замѣтныхъ измѣненій обыкновенно не наблюдается. Но что здѣсь происходятъ по крайней мѣрѣ токсическія разстройства,—въ пользу этого говоритъ увеличеніе содержанія бѣлка въ спинномозговой жидкости, найденное *Roemheld* омъ въ одномъ случаѣ дифтерійнаго паралича у взрослою; это увеличеніе я постоянно находилъ при параличахъ у дѣтей.

### Общая картина болѣзни.

Течение дифтеріи чрезвычайно разнообразно и зависитъ какъ отъ локализаци болѣзненнаго процесса, такъ и отъ вирулентности инфекціи и индивидуальнаго предрасположенія. Самая частая форма дифтеріи— это поражение однѣхъ миндалинъ. Такая локализованная форма протекаетъ по большей части легко, однако, можетъ вести къ смерти вслѣдствіе интоксикаціи. Въ другихъ случаяхъ наблюдается повышенное предрасположеніе къ распространенію процесса по поверхности, такъ что пленки распространяются на слизистую оболочку неба, глотки, носовой полости и ларинго-трахеальной трубки (ползучая форма). Злоскаченность болѣзни далеко не всегда зависитъ отъ обширности ея распространенія, хотя, въ общемъ, конечно, тѣ случаи, при которыхъ болѣзнь— сама по себѣ или подъ влияніемъ сыворотки—ограничивается миндалинами, даютъ болѣе благоприятное предсказаніе.

При изложеніи картины болѣзни мы будемъ имѣть въ виду случаи средней тяжести; различнаго рода отклоненія отъ средняго теченія болѣзни и осложненія будутъ описаны особо.

**Инкубационный періодъ** не имѣетъ никакой опредѣленной продолжительности; въ общемъ, онъ, повидимому, равняется 2—4 днямъ; по крайней мѣрѣ такой именно срокъ проходитъ въ тѣхъ случаяхъ, когда въ одной и той же семьѣ за однимъ заболѣваніемъ слѣдуютъ другія.

**Болѣзнь** начинается обыкновенно общими симптомами. Дѣти становятся блѣдными и вялыми, теряютъ аппетитъ, жалуются на головную боль, старшія—и на боль при глотаніи. Иногда въ началѣ бываетъ однократная рвота. Приглашенный на слѣдующій день врачъ находитъ повышеніе температуры до 38—39°, учащеніе пульса, болѣе или менѣе тяжелое общее состояніе. Легкое припуханіе подчелюстныхъ железъ, ихъ болѣзненность и дурной запахъ изо рта, на который обыкновенно матери сами обращаютъ вниманіе, побуждаютъ произвести осмотръ зѣва, хотя даже взрослые дѣти часто не жалуются ни на какія боли со стороны зѣва. Языкъ оказывается обложеннымъ бѣловатымъ маркимъ налетомъ. Со стороны миндалинъ замѣчается, прежде всего, умѣренное увеличеніе и покраснѣніе. На одной или на обѣихъ миндалинахъ находятъ бѣловатый налетъ, занимающій половину или треть миндалинъ. Ватной палочкой снять налетъ не удастся, напротивъ—пинцетомъ его можно удалить, причемъ онъ оказывается плотной, эластической перепонкой. Если врача приглашаютъ слишкомъ рано, то онъ часто находитъ только обыкновенную, не особенно сильную *angina tonsillarіs* или же очень слабый налетъ въ видѣ кисеи на одной изъ миндалинъ. На слѣдующій день припуханіе и покраснѣніе миндалинъ увеличивается. Перепонки становятся толще и больше, иногда покрываютъ уже цѣликомъ обѣ миндалины, чѣмъ нерѣдко и заканчивается распространеніе процесса (см. рис. 127). Въ это время на боковой или задней стѣнкѣ глотки можно видѣть одинъ или нѣсколько фолликуловъ, покрытыхъ бѣловатымъ налетомъ, который отсюда постепенно распространяется и покрываетъ слизистую глотки. На 4-й—5-й день болѣзни перепонки покрываютъ уже обѣ миндалины, мягкое небо, язычокъ и нѣкоторую часть глотки, болѣзненный процессъ достигаетъ своего высшаго пункта.

Одновременно съ процессомъ распространенія перепонокъ проис-

ходить дальнѣйшее припуханіе и покраснѣніе миндалинъ. Обѣ миндалины почти приходятъ въ соприкосновеніе, такъ что осмотръ глотки становится почти невозможнымъ, тѣмъ болѣе, что воспаленныя мѣста покрываются обильнымъ слизисто гнойнымъ секретомъ.

Вслѣдствіе припуханія органовъ глотки затрудняется дыханіе; оно становится солящимъ и совершается по большей части черезъ ротъ. Foetor изрта—въ видѣ особаго неприятнаго глинистаго запаха—въ это время становится очень сильнымъ, такъ что его можно слышать на разстояніи. Изъ открытаго рта вытекаетъ слизь и слюна. Припуханіе подчелюстныхъ железъ достигаетъ значительныхъ размѣровъ и становится замѣтнымъ на глазъ. При ощупываніи можно ясно отличать отдѣльныя железки величиною съ вишню; онѣ умѣренно болѣзненны, но воспаленія околожелезистой ткани не наблюдаются.

Общее состояніе къ этому времени значительно ухудшается. Лихорадка колеблется въ предѣлахъ отъ 38,5° до 39,5°. Иногда по утрамъ наблюдаются значительныя ремиссіи, иногда лихорадки вовсе не бываетъ или же она спадаетъ на 2—3 день. Пульсъ ускоренъ отъ 100 до 180 въ минуту, въ зависимости отъ возраста, малъ и легко сжимаемъ. Цвѣтъ лица становится все болѣе и болѣе блѣднымъ, подъ глазами появляется глубокая тѣнь, лицо принимаетъ усталое и страдальческое выраженіе. Аппетитъ совершенно теряется; вслѣдствіе болѣзненности глотанія дѣтей трудно заставить съѣсть что-либо. Сонъ безпокоенъ и часто прерывается вслѣдствіе затрудненія дыханія, обусловленнаго припуханіемъ глотки и усиленнымъ отдѣленіемъ слизи.

При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ не находятъ ничего особеннаго. Легкія нормальны, на сердцѣ слышны иногда легкіе систолическіе шумы надъ митральнымъ клапаномъ и надъ легочной артеріей.

Селезенка и печень бываютъ нѣсколько увеличены.

Въ мочѣ находятъ часто, начиная съ 3 го дня, легкую альбуминурию и цилиндры.

При описанномъ распространеніи процесса, т. е. если налеты покрываютъ миндалины или также мягкое небо и глотку, болѣзнь у здоровыхъ дѣтей старшаго возраста обыкновенно на 4-й—7-й день останавливается въ своемъ развитіи. Лихорадка спадаетъ, перепонки начинаютъ съ краевъ отставать, а затѣмъ постепенно отторгаются либо большими лоскутами, либо незамѣтно, на 8—10 день зѣвъ совершенно очищается; вмѣстѣ съ тѣмъ исчезаетъ припухлость железъ и альбуминурия. Остается еще малокровіе, которое требуетъ иногда значительнаго времени для своего излеченія. Точно также въ теченіе нѣсколькихъ недѣль наблюдается еще неправильная дѣятельность сердца, малый пульсъ и легкая утомляемость. Нерѣдко, однако, болѣзнь ведетъ къ смерти на 1-й или 2-й недѣлѣ либо вслѣдствіе дальнѣйшаго распространенія процесса на слизистую носа, гортани, дыхательнаго горла и бронховъ, либо вслѣдствіе присоединенія бронхопнеймоніи или усиленія токсическихъ явленій, развитія миокардита и пр. (см. ниже).

Поэтому въ настоящее время не надѣются на самопроизвольное излеченіе дифтеріи и прибѣгаютъ къ впрыскиванію лечебной сыворотки, которая почти навѣрняка сокращаетъ теченіе болѣзни и останавливаетъ дальнѣйшее распространеніе процесса. Если



Рис. 128. Дифтерія соединительныхъ оболочекъ обоихъ глазъ. Дифтерія нижней губы и праваго угла рта. (Гейдельбергская дѣтская клиника, проф. Феег).



Рис. 127. Дифтерическій налетъ на обѣихъ миндалинахъ. (Правая миндалина вверху отчасти еще не поражена).



въ случаѣ дифтеріи съ только что изображенной картиной болѣзни впрыснуть достаточную дозу сыворотки, напр. 2000—3000 единицъ, то можно рассчитывать, что мѣстный процессъ остановится или же распространится только на незначительное пространство, именно на тѣ мѣста, гдѣ токсины уже обнаружили свое некротизирующее дѣйствіе, но гдѣ не произошло еще выдѣленія фибрина. Во всякомъ случаѣ самое позднее черезъ 24 часа эксудація останавливается и вокруг перепонокъ появляется рѣзкая красная демаркаціонная полоса. Перепонки становятся рыхлыми и начинаютъ отдѣляться съ краевъ большими пластинками, такъ что черезъ 3—4 дня онѣ уже исчезаютъ. Лихорадка обыкновенно спадаетъ въ теченіе сутокъ. Общее состояніе быстро улучшается. Очень часто больныя дѣти, если только имъ своевременно сдѣлано впрыскиваніе, уже черезъ 1—2 дня становятся веселыми, садятся и начинаютъ играть.

Отъ описанной средней картины болѣзни наблюдаются многочисленныя отклоненія; одни случаи отличаются болѣе легкимъ, другіе болѣе тяжелымъ теченіемъ, третьи представляютъ особенности въ локализациі процесса.

### Легкая форма.

Въ обычное время у дѣтей старшаго возраста большая часть случаевъ дифтеріи протекаетъ очень легко. Дѣло ограничивается образованіемъ налетовъ на обѣихъ миндалинахъ, подъемомъ температуры до 38—38,5°. Общее состояніе страдаетъ при этомъ очень мало. На 3—6-й день налеты отторгаются, на 10—14-й день дѣти уже совершенно здоровы. Въ отдѣльныхъ случаяхъ болѣзнь протекаетъ еще легче. При незначительномъ воспаленіи миндалинъ образуются надъ нѣсколькими лакунами точечные или нѣсколько большіе налеты продолговатой формы, бѣловатаго или сѣроватаго цвѣта: получается такимъ образомъ картина обыкновенной лакунарной ангины (лакунарная форма дифтеріи). Однако, эти налеты не всегда имѣютъ рыхлую, кашицеобразную консистенцію, свойственную обыкновенной лакунарной ангинѣ, но часто состоятъ изъ маленькихъ, плотно сидящихъ перепонокъ, въ которыхъ можно найти дифтерійные бациллы. Иногда и клинически можно установить дифтерійный характеръ такой лакунарной ангины, напр., если въ теченіе 2—3 дней точечные налеты сливаются въ одинъ сплошной налетъ, простирающійся на язычокъ и глотку, или если вслѣдъ за легкой ангиной развивается тяжелый крупъ гортани или появляются дифтерійные параличи. Далеко не рѣдко настоящая дифтерія протекаетъ подъ видомъ невинной катаральной ангины (катарральная форма дифтеріи): въ такихъ случаяхъ клинической діагнозъ совершенно невозможенъ; самое большее—можетъ возникнуть лишь подозрѣніе на дифтерію, если—какъ это чаще всего бываетъ—катарральная ангина появляется наряду со случаями несомнѣнной дифтеріи. Истинный характеръ болѣзни выясняется при бактериологическомъ изслѣдованіи. Эти случаи особенно опасны въ смыслѣ распространенія дифтеріи, такъ какъ при нихъ часто не принимается никакихъ мѣръ предосторожности, и сами пациенты въ виду легкости заболѣванія выходятъ изъ дому.

### Тяжелая форма.

Къ сожалѣнію, мы никогда не можемъ быть гарантированы отъ того, что на видъ совершенно невинная форма дифтеріи не перейдетъ



вдругъ въ злокачественную. Правда, чаще всего тяжелыя формы съ самаго начала протекають какъ таковыя. Дѣти (обыкновенно старше 3 лѣтъ) заболѣвають внезапно высокой лихорадкой, рвотой, головной болью и ложатся въ постель; старшія жалуются на боли при глотаніи и въ животѣ. Въ зѣвъ—въ противоположность обыкновенной формѣ дифтеріи—находимъ рѣзкое покраснѣніе и припуханіе миндалинъ. Уже въ первый день болѣзни обѣ миндалины оказываются покрытыми обширными грязными налетами, отчасти рыхлыми, отчасти перепончатыми. Въ томъ же день или на слѣдующій налетъ захватываетъ язычокъ и мягкое небо. Миндалины припухаютъ настолько, что между ними не остается мѣста для утолщеннаго язычка; часто это дѣлаетъ невозможнымъ осмотръ глотки, тѣмъ болѣе, что одновременно зѣвъ покрывается массой слизи. Если удастся увидать заднюю стѣнку глотки, то на 2-й или 3-й день вся она или большая ея часть оказывается также покрытой налетомъ. Сильное припуханіе миндалинъ и глотки вызываетъ рѣзкое затрудненіе глотанія, рѣчи, носового дыханія; дѣти принуждены дышать черезъ ротъ, причемъ изо рта выходитъ рѣзкій запахъ и вытекаетъ жидкій, нерѣдко кровавистый секретъ. Носовому дыханію мѣшаетъ также припуханіе слизистой оболочки, хоанъ или даже припуханіе слизистой оболочки носа, на которую нерѣдко распространяется дифтерійный процессъ. Дыханіе становится часто напряженнымъ и глубокимъ, даже при отсутствіи какихъ-либо явленій со стороны легкихъ. Если болѣзнь не ослабѣваетъ на 5-й или 7-й день, то въ легкихъ появляются болѣе крупныя бронхопнеймоническія гнѣзда. Боковыя шейныя железы увеличиваются настолько, что становятся нерѣдко замѣтными на глазъ; въ ближайшіе дни припуханіе переходитъ на околожелезистую ткань. Иногда инфильтрація обѣихъ сторонъ шеи сливается вмѣстѣ и тогда шея пріобрѣтаетъ неуклюжій видъ.

Чрезвычайно дурное предсказаніе даютъ тѣ, къ счастью, рѣдкіе, случаи, гдѣ болѣзнь сопровождается кровотеченіями, чаще всего изъ пораженныхъ частей глотки или изъ носа, или появленіемъ петехій на кожѣ и т. д.

Общее состояніе съ самаго начала рѣзко разстроено. Дѣти лежатъ съ апатичнымъ, страшно блѣднымъ лицомъ, съ широко раскрытыми глазами, обведенными синей тѣнью. Время отъ времени они съ искаженными чертами лица мечутся по постели. Аппетитъ совершенно отсутствуетъ; мучимыя жаждой дѣти, однако, отказываются взять въ ротъ глотокъ жидкости, боясь болѣе при глотаніи. Лихорадка достигаетъ часто  $39^{\circ}$ — $40,5^{\circ}$ , въ особенностяхъ въ первые дни, позднѣе, къ концу болѣзни, она спадаетъ. Характеръ ея ремиттирующій. Однако, даже въ очень тяжелыхъ случаяхъ температура можетъ оставаться нормальной, такъ что высота лихорадки отнюдь не является мѣриломъ тяжести заболѣванія. Пульсъ съ самаго начала бываетъ малымъ, частымъ, легко сжимаемымъ; иногда уже на 2-й день онъ становится еле ощутимымъ, причемъ и возбуждающія средства не вызываютъ уже замѣтнаго улучшенія. Конечности становятся холодными и цианотичными.

При изслѣдованіи сердца не находятъ часто никакихъ ясныхъ объективных измѣненій, за исключеніемъ очень глухихъ тоновъ; первый тонъ на верхушкѣ часто бываетъ замѣненъ шумомъ. Черезъ нѣсколько дней появляется расширение сердца и одновременно болѣзненное припуханіе печени.

Селезенка въ большинствѣ случаевъ бываетъ также увеличена, но въ виду ея мягкой консистенціи это увеличеніе при жизни часто остается незамѣченнымъ. Въ мочѣ постоянно находятъ признаки нефрита, но самостоятельнаго характера это осложненіе не приобретаетъ.

При тяжелой формѣ дифтеріи находятъ часто въ налетахъ (приобрѣтающихъ нерѣдко, какъ увидимъ ниже, гангренозный характеръ) наряду съ дифтерійными бактеріями еще массу стрептококковъ, такъ что эту форму называютъ также **септической дифтеріей**. Но такъ какъ стрептококки являются постоянными обитателями ротовой полости и такъ какъ число ихъ увеличивается при всякомъ воспаленіи, то ихъ можно найти въ большомъ количествѣ во всѣхъ случаяхъ дифтеріи. При „септической“ формѣ далеко не всегда замѣчается чрезвычайное размноженіе ихъ, такъ что, главнымъ образомъ эту тяжелую форму нужно отнести на счетъ дифтерійныхъ бактерій. Поэтому правильнѣе вмѣстѣ съ *Neubergom* называть ее не септической, а **злокачественной дифтеріей**. Если въ такихъ случаяхъ не примѣняются сразу большія дозы лечебной сыворотки, то дѣти по большей части умираютъ во вторую половину первой недѣли или во всякомъ случаѣ въ теченіе второй недѣли при явленіяхъ слабости сердца и интоксикаціи или вслѣдствіе тяжелой бронхонеймоніи. Сравнительно съ доброкачественной формой здѣсь рѣже наблюдается распространеніе процесса на гортань и дыхательное горло, напротивъ, пораженіе носа наблюдается нерѣдко съ самаго начала. Своевременнымъ примѣненіемъ сыворотки можно спасти еще большое число злокачественныхъ случаевъ. Впрочемъ, до 5 лѣтъ шансы на излеченіе невелики. Въ случаяхъ, оканчивающихся выздоровленіемъ, зѣвъ къ концу 1-й недѣли постепенно очищается отъ налетовъ, причемъ нерѣдко (въ особенности на язычкѣ) остаются изъязвленія, требующія иногда много времени для излеченія. Выздоровленіе въ общемъ идетъ вяло и растягивается на много недѣль и долго еще нельзя быть увѣреннымъ въ благополучномъ исходѣ, вслѣдствіе угрожающей слабости сердца (см. ниже). Иногда—въ настоящее время, къ счастью, рѣдко—встрѣчаются отдѣльные случаи, которые, несмотря на примѣненіе надлежащей дозы сыворотки въ первый же день болѣзни, все-таки оканчиваются летально. Причину такого исхода нужно искать не столько въ исключительной вирулентности дифтерійныхъ бактерій, сколько въ чрезвычайно повышенномъ индивидуальномъ предрасположеніи—общемъ или мѣстномъ. Въ случаяхъ, гдѣ смерть наступаетъ въ первые дни, это чаще всего происходитъ при явленіяхъ сердечной слабости, позднѣе присоединяются еще признаки нефрита. Въ особенности злокачественны тѣ рѣдкія формы, гдѣ благодаря гангренѣ пораженная дифтеріей часть превращается въ грязныя, коричневая, легко кровоточащія массы, распространяющія гнилостный запахъ; въ такихъ случаяхъ болѣзнь неудержимо ведетъ къ смерти.

### Особенности локализаціи.

Самая частая форма дифтеріи начинается, какъ описано выше, съ миндалинъ и захватываетъ первоначально зѣвъ и глотку. Отсюда процессъ часто распространяется на другія части—носъ, гортань, бронхи. Но эти части могутъ заболѣвать и первично—въ такихъ случаяхъ возникаютъ значительныя діагностическія трудности.

### Дифтерія носа.

Распространеніе дифтеріи на носовую полость наблюдается довольно часто, тѣмъ чаще, чѣмъ моложе ребенокъ. Налетъ, начавшись на миндалинахъ или въ глоткѣ, переползаетъ затѣмъ по боковымъ стѣнкамъ глотки или по задней поверхности небной занавѣски на хоаны, отсюда проникаетъ впередъ въ носовую полость. Часто, однако, глотка остается свободной, такъ что черезъ нѣкоторое время послѣ дифтеріи миндалинъ прямо появляются признаки дифтеріи носа. Этотъ переходъ вполне понятенъ, такъ какъ налетъ можетъ распространиться вверхъ по такимъ частямъ, которыя остаются скрытыми за миндалинами, кромѣ того, глотка, если она и кажется нормальной или только слегка покраснѣвшей, все таки постоянно содержитъ дифтерійныя бациллы.

Начало дифтерійнаго пораженія носа не легко установить. Вначалѣ появляется затрудненіе носового дыханія вслѣдствіе припуханія слизистой оболочки въ области хоанъ. Но часто затрудненное, сопящее дыханіе зависитъ отъ суженія глотки—именно отъ увеличенія миндалинъ и глоточныхъ образований. Поэтому съ увѣренностью діагностировать дифтерію носа можно только тогда, если изъ носа (вначалѣ даже только изъ одной ноздри) вытекаетъ слегка гнойный, жидкій секретъ. Сравнительно съ обыкновеннымъ насморкомъ секретъ отличается малымъ содержаніемъ слизи, красноватымъ или коричневымъ цвѣтомъ (вслѣдствіе примѣси крови) и очень ѣдкимъ характеромъ (легко вызываетъ изъязвленія около ноздрей и на верхней губѣ). Черезъ короткое время носъ становится совершенно непроходимымъ. При осмотрѣ находятъ сильное увеличеніе и покраснѣніе носовыхъ раковинъ и другихъ частей носа, обильное накопленіе секрета, иногда хлопьевиднаго. Перелонки часто не удаются увидѣть; процессъ начинается обыкновенно около хоанъ и простирается недалеко впередъ, такъ что у маленькихъ и капризныхъ дѣтей безъ зеркала и хорошаго помощника доказать ихъ присутствіе невозможно. Но иногда уже при простомъ осмотрѣ, еще лучше при изслѣдованіи зеркаломъ, можно увидать на раковинахъ и на перегородкѣ перелончатыя отложенія, которыя иногда даже выдѣляются при сморканіи или могутъ быть легко удалены пинцетомъ. Распространеніе процесса на полость носа сопровождается усиленіемъ припухлости подчелюстныхъ железъ, иногда также отечностью и рожистой краснотой въ окрестности наружныхъ носовыхъ отверстій.

Если дифтерія носа является результатомъ распространенія процесса глотки, то она не вызываетъ никакихъ другихъ симптомовъ и только ухудшаетъ нѣсколько общее состояніе, обуславливая иногда усиленіе лихорадки. Предсказаніе она существенно ухудшаетъ и кромѣ того благоприятствуетъ появленію вторичныхъ инфекцій (бронхопневмонии и сепсиса).

Довольно часто дифтерія носа развивается какъ первичное заболѣваніе, даже съ исключительной локализацией въ носу. Если такой случай встрѣчается изолированно, то характеръ заболѣванія нерѣдко остается нераспознаннымъ, правильный діагнозъ ставится только тогда, когда появляются налеты въ глоткѣ или развивается крупъ или настолько ухудшается общее состояніе, что трактовать случай какъ простой насморкъ становится уже невозможнымъ. Но въ это время сывороточное леченіе не можетъ уже спасти больного. Во

всякомъ случаѣ дифтерія носа представляетъ тяжелое заболѣваніе, и своевременный діагнозъ его имѣетъ очень большое значеніе. Вотъ почему въ каждомъ случаѣ лихорадочнаго насморка, сопровождающагося болѣе или менѣе сильнымъ припуханіемъ подчелюстныхъ железъ, значительнымъ разстройствомъ общаго состоянія, выдѣленіемъ изъ одной или обѣихъ ноздрей вонючаго, жидкаго гноя въ особенности съ примѣсью крови,—въ каждомъ такомъ случаѣ необходимо подумать о возможности дифтеріи носа, въ особенности, если въ данное время свирѣпствуетъ дифтеріяная эпидемія или если въ данной семьѣ уже были случаи дифтеріи.

Первичная дифтерія носа особенно часто встрѣчается у грудныхъ дѣтей: она является даже единственной формой дифтеріи, наблюдаемой у дѣтей въ первые мѣсяцы жизни. Распознаваніе такихъ случаевъ очень трудно, такъ какъ увидѣть перепонки здѣсь почти невозможно, а бактериологическое изслѣдованіе наталкивается на особенныя трудности (см. ниже). Къ тому же при обыкновенномъ невинномъ насморкѣ у грудныхъ дѣтей, даже на здоровой, повидимому, слизистой оболочкѣ носа можно найти вирулентныя дифтеріяныя бациллы. Эти случаи заставляютъ врача быть особенно осторожнымъ. Какъ разъ у грудныхъ дѣтей приходится иногда встрѣчать случаи „простого“ насморка, не отражающагося вовсе на здоровьи, при которомъ, однако, мы находимъ дифтеріяныя бациллы и гдѣ спустя много недѣль совершенно неожиданно поднимается температура и развивается смертельная дифтерія носа.

Большое сходство съ дифтеріей носа представляютъ случаи упорнаго ринита у дѣтей съ золотухой или съ экссудативнымъ діатезомъ, гдѣ выдѣляется гнойный секретъ, разѣдающій крылья носа и верхнюю губу, и гдѣ вслѣдствіе этого на слизистой оболочкѣ и на кожѣ образуются поверхностныя язвы, покрывающіяся тонкимъ налетомъ, совершенно такъ же, какъ мы это видимъ при эрозіяхъ на почвѣ дифтеріи носа. Увѣренное распознаваніе можно поставить только на основаніи тщательнаго бактериологическаго изслѣдованія.

У дѣтей старшаго возраста наблюдается изрѣдка въ качествѣ чисто мѣстнаго страданія перепончатый ринитъ (*rhinitis membranacea*), который можетъ тянуться много недѣль, даже мѣсяцевъ (см. главу о заболѣваніяхъ дыхательныхъ органовъ). Дифтеріяныхъ бациллъ здѣсь въ большинствѣ случаевъ не находятъ или же находятъ такъ наз. ложную дифтеріяную палочку. Что подобныя случаи нужно трактовать, какъ настоящую дифтерію,—это доказывается тѣмъ обстоятельствомъ, гдѣ черезъ извѣстное время болѣзнь принимаетъ форму очень тяжелой дифтеріи, вызывая такія же заболѣванія среди окружающихъ.

### Дифтерія ушей.

При дифтеріи глотки, въ особенности носа у маленькихъ дѣтей часто развивается воспаленіе средняго уха, сопровождающееся нерѣдко прободеніемъ барабанной перепонки и истеченіемъ гноя. Мы имѣемъ здѣсь дѣло съ вторичной піогенной инфекціей, распространявшейся черезъ трубы; часто, однако, здѣсь наблюдается и настоящая дифтерія съ образованіемъ перепонокъ въ барабанной полости, съ глубокими разрушеніями вещества, оставляющими послѣ себя стойкое разстройство слуха. Простой отитъ обыкновенно проходитъ безслѣдно.

## Дифтерія гортани, трахеи и бронховъ.

(Истинный крупъ).

Очень частую и опасную локализацию дифтерійнаго процесса представляет образованіе перепонокъ въ гортани и болѣе глубокихъ дыхательныхъ путяхъ (крупъ). Эта форма развивается тѣмъ легче, чѣмъ моложе ребенокъ. Обыкновенно она присоединяется къ дифтеріи миндалинъ, глотки и носа, появляясь на 3-й—7-й день болѣзни, но можетъ развиваться одновременно съ поражениемъ зѣва. Иногда только съ появлениемъ крупа выясняется, что предшествовавшей ему легкой „насморкъ“ или незначительная катарральная или лакунарная ангина имѣли дифтерійный характеръ. Но **дифтерія гортани можетъ появляться первично**, что нужно особенно подчеркнуть, такъ какъ до сихъ поръ еще многіе врачи, къ большому вреду своихъ маленькихъ пациентовъ, считаютъ первичный крупъ рѣдкостью и при наличности сиплага голоса и суженія гортани исключаютъ дифтерію только на томъ основаніи, что не находятъ въ зѣвѣ никакихъ измѣненій. Въ холодное время года, затѣмъ при кори, инфлюэнцѣ и вообще во всѣхъ случаяхъ, гдѣ слизистая оболочка дыхательныхъ путей повреждена, развивается нерѣдко первичная дифтерія гортани, причемъ глотка и носъ могутъ до самаго конца оставаться совершенно свободными. Является ли дифтерія гортани дѣйствительно вполне первичнымъ заболѣваніемъ, какъ мы предполагаемъ, или ей предшествуетъ легкое пораженіе зѣва, которое остается незамѣченнымъ—это для практики не имѣетъ значенія. Но важно знать, что при первичной дифтеріи гортани мазокъ изъ слизи, взятой изъ неизмѣннаго зѣва, даетъ часто культуру дифтерійной палочки.

Первый признакъ дифтеріи гортани—охриплость голоса, которая нарастаетъ постепенно и непрерывно въ теченіе 1—2—4 дней: голосъ становится все болѣе и болѣе беззвучнымъ, наконецъ, наступаетъ полная афонія. Одновременно съ этимъ—у маленькихъ дѣтей раньше, у дѣтей старшаго возраста позже—вдыханіе становится все болѣе и болѣе напряженнымъ и шумнымъ, причемъ въ отличіе отъ ложнаго крупа ни днемъ, ни подъ вліяніемъ какого-либо леченія никакого улучшенія не наблюдается. Кашель дѣлается все болѣе и болѣе беззвучнымъ, сухимъ и болѣзненнымъ. Болѣзнь прогрессируетъ съ различной скоростью, но обыкновенно уже въ теченіе нѣсколькихъ дней развивается суженіе голосовой щели, сопровождаемое **инспираторными втягиваніями** эпигастрія и яремной ямки, причемъ число дыханій, если только легкія здоровы и нѣтъ рахита, уменьшается и дыхательныя движенія становятся глубже. Въ отличіе отъ инспираторныхъ втягиваній, которыя мы наблюдаемъ при бронхитѣ и пнеймоніи, здѣсь они распространяются не только на подчревную область и мѣсто прикрѣпленія діафрагмы, но и на яремную ямку; кромѣ того при каждомъ вдыханіи гортань производитъ значительную экскурсію внизъ.

При осмотрѣ зѣва мы находимъ, въ зависимости отъ того, имѣется ли дѣло съ первичнымъ или вторичнымъ крупомъ, либо вполне нормальныя отношенія, либо катарральную красноту, налеты на миндалинахъ и въ глоткѣ. Если ввести глубоко въ ротъ прочный узкій шпатель и сильно придавить языкъ у самаго надгортанника, то почти всегда удается увидѣть утолщенный и покраснѣвшій надгортанникъ. Нерѣдко на краю

послѣдняго можно замѣтить бѣловатый, перепончатый налетъ и тогда сразу выясняется дифтерійный характеръ заболѣванія. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ удается увидѣть область черпаловиднаго хряща, которая также всегда оказывается покраснѣвшей и утолщенной. При кашлевыхъ толчкахъ можно часто видѣть, какъ изъ гортани выбрасывается вверхъ густой желтый секретъ. Если на надгортанникѣ нѣтъ налета и если нѣтъ дифтеріи зѣва, то при обыкновенномъ осмотрѣ мы получаемъ совершенно такую же картину, какъ при простомъ ларингитѣ. У благоразумныхъ дѣтей старшаго возраста можно иногда произвести изслѣдованіе гортаннымъ зеркаломъ и увидѣть перепончатые налеты на ложныхъ голосовыхъ связкахъ, на истинныхъ связкахъ, даже въ верхнихъ частяхъ трахеи.

Но если не удается увидѣть перепончатые налеты, то все-таки долго сомнѣваться въ наличности дифтерійнаго ларингита не приходится, ибо положеніе дѣла ухудшается съ такимъ медленнымъ, но неумолимымъ постоянствомъ, какого, можно сказать, мы не встрѣчаемъ нигдѣ, кромѣ дифтеріи. Афонія становится полной, инспираторныя втягиванія дѣлаются сильнѣе и сопровождаются болѣе сильнымъ шумомъ, причемъ, однако, такого громкаго стона, какъ при ложномъ крупѣ, здѣсь не бываетъ. Напряженное и углубленное дыханіе становится скоро уже недостаточнымъ для удовлетворенія потребности организма въ кислородѣ, хотя на помощь приходятъ всѣ вспомогательныя дыхательныя мышцы и хотя голова для облегченія ихъ дѣятельности наклоняется назадъ. Углубленіе надчревной области—у маленькихъ дѣтей почти до позвоночника—сильное присасываніе яремной ямки и обширныя экскурсіи гортани съ увѣренностью указываютъ на наличность рѣзкаго суженія гортани. Недостаточное окисленіе крови въ легкихъ ведетъ къ ціанозу, который прежде всего становится замѣтнымъ на губахъ и концахъ пальцевъ. По той же причинѣ ребенокъ становится все болѣе и болѣе возбужденнымъ; онъ не находитъ себѣ покоя, то кидается въ постели, то садится съ запрокинутой головой, то хватается руками за стѣнки кровати; лицо его выражаетъ страхъ, глазами онъ молить о помощи. Время отъ времени стенозъ усиливается до того, что угрожаетъ удушенію; каждый приступъ кашля доводитъ одышку до крайней степени. Несмотря на самыя сильныя дыхательныя движенія, воздухъ не можетъ уже пройти черезъ голосовую щель, лицо и руки становятся блѣдными, на лицѣ выступаетъ холодный потъ, сознаніе понемногу теряется, ребенокъ становится соннымъ. Но вотъ послѣднимъ усиліемъ ребенку удается освободиться отъ густого секрета или отъ перепонки (закрывшей гортань)— снова постепенно наступаетъ улучшеніе. Нерѣдко во время такого приступа ребенокъ умираетъ. Чаше, однако, смертельному приступу предшествуетъ рядъ болѣе легкихъ, оканчивающихся благополучно, такъ что можно успѣть произвести интубацію или трахеотомию, устранивъ такимъ образомъ стенозъ.

Но если время упущено, то наступаетъ длительная асфиксія, пульсъ становится все меньше и чаще начинаетъ исчезать при вдыханіи. Блѣдность увеличивается, что можетъ произвести на неопытнаго впечатлѣніе, будто недостатокъ кислорода уменьшается. Вслѣдствіе кислороднаго голоданія развивается быстро усиливающаяся апатія, которая переходитъ въ сонливость и глубокую кому и такимъ образомъ спустя нѣсколько часовъ или дней послѣ появленія первыхъ признаковъ стеноза наступаетъ смерть, избавляющая маленькаго страдальца отъ его мученій. При вскрытіи находятъ часто перепонки только на внутрен-

ней сторонѣ гортани; иногда эти перепонки опускаются внизъ до бифуркаціи, но очень рѣдко онѣ распространяются глубже на бронхиальныя развѣтвленія. Въ то время, какъ въ глоткѣ перепонки носятъ преимущественно дифтеритическій характеръ, въ гортани и трахеѣ онѣ часто расположены только надъ слизистой оболочкой (т. е. имѣютъ крупозный характеръ въ анатомическомъ смыслѣ слова); поэтому онѣ нерѣдко самопроизвольно или при какомъ-нибудь вмѣшательствѣ выкашливаются цѣлыми кусками или даже трубками.

Тѣ стенозы, при которыхъ бронхи и легкія остаются свободными, представляютъ очень благоприятное поле для **оперативнаго вмѣшательства**. Въ такихъ случаяхъ результатъ интубаціи или трахеотоміи бываетъ поразительнымъ. Ребенокъ, который только что метался въ тяжеломъ ціанозѣ, борясь съ удушеніемъ, черезъ нѣсколько минутъ послѣ операціи пріобрѣтаетъ снова свѣжій цвѣтъ лица, начинаетъ свободно, правильно дышать и засыпаетъ спокойнымъ живительнымъ сномъ. Въ такихъ случаяхъ можно въ настоящее время, когда въ нашемъ распоряженіи имѣется сывороточное леченіе, рассчитывать на выздоровленіе. Въ досывороточное время черезъ 1—2 дня послѣ операціи болѣзнь обыкновенно дѣлала новый шагъ впередъ, захватывала бронхи перваго и втораго порядка, вслѣдствіе чего снова появлялись явленія стеноза, дѣло все-таки оканчивалось смертью. Въ настоящее время такому распространенію процесса на бронхи можно воспрепятствовать вприскиваніемъ сывотки.

Къ сожалѣнію, многіе случаи, попадающіе къ врачу только въ моментъ асфиксіи, далеко не такъ благоприятны. Очень часто въ этотъ моментъ образованіе пленокъ распространилось уже на бронхи, а потому трахеотомія и интубація приносятъ уже мало помощи. На такое положеніе дѣла указываетъ часто затрудненіе экспираціи, существующее уже до операціи, если только въ легкихъ не имѣется никакихъ измѣненій, кромѣ ослабленія дыханія и острой эмфиземы вслѣдствіе затрудненнаго выдыханія. Наряду съ образованіемъ перепонокъ въ болѣе крупныхъ бронхахъ находятъ часто еще распространенные бронхопнеймоническіе очаги, которые появляются или съ самаго начала, или лишь въ позднѣйшемъ періодѣ и въ значительной степени ухудшаютъ предсказаніе. Иногда бронхопнеймоническіе фокусы образуются несмотря на то, что перепонки не заходятъ дальше бифуркаціи (что часто наблюдается даже въ очень тяжелыхъ случаяхъ); это также ухудшаетъ предсказаніе, препятствуя появленію хорошаго дыханія послѣ оперативнаго вмѣшательства.

Въ остальномъ теченіе крупа зависитъ вообще отъ характера дифтеріи и отъ другихъ ея проявленій. Токсичность и злокачественность дифтеріи опредѣляется, какъ уже упомянуто выше, далеко не однимъ только распространеніемъ процесса на слизистыхъ оболочкахъ. Замѣчательно, что именно въ случаяхъ особенно злокачественной дифтеріи гортань и дыхательные пути остаются по большей части незатронутыми. Если процессъ локализуется только въ этихъ путяхъ, то обыкновенно на первомъ планѣ стоитъ механическое затрудненіе дыханія, а общія явленія инфекціи играютъ второстепенную роль.

Въ досывороточное время приходилось нерѣдко наблюдать у дѣтей старшаго возраста случаи дифтеріи глотки, гдѣ, несмотря на появленіе охриплости и стеноза гортани, болѣзнь все-таки оканчивалась выздоровленіемъ. Отчасти это были случаи простого катарра гортани, распространившагося съ глотки, но чаще здѣсь дѣло шло объ истинномъ

крупъ гортани и дыхательнаго горла, какъ объ этомъ свидѣтельство-вали данныя вскрытія или выдѣленные съ кашлемъ трахеальныя перепонки. Въ настоящее время не слѣдуетъ въ такихъ случаяхъ разсчитывать на возможность естественнаго благопріятнаго исхода, ибо мы знаемъ, что по крайней мѣрѣ у маленькихъ дѣтей начинающаяся охриплость является предвѣстникомъ опаснаго стеноза.

### Болѣе рѣдкія локалізаціи.

Дифтерія полости рта представляетъ очень рѣдкое явленіе и почти всегда развивается вторично, вслѣдствіе распространенія процесса съ глотки. При этомъ легче всего поражается слизистая щекъ и губъ, на которыхъ появляются типичныя перепонки. Травма слизистой оболочки благопріятствуетъ появленію на ней перепонокъ.

Напротивъ, дифтерія конъюнктивы не является большой рѣдкостью; сравнительно часто она встрѣчается какъ первичное заболѣваніе. Въ легкихъ случаяхъ дѣло ограничивается появленіемъ тонкихъ крупозныхъ налетовъ на *conjunctiva palpebrae* съ умѣреннымъ припуханіемъ и покраснѣніемъ вѣкъ, съ гнойнымъ секретомъ; такіе случаи часто проходятъ совершенно безслѣдно. Напротивъ, большую опасность представляетъ дифтеритическая форма съ плотно сидящими налетами, твердымъ отекомъ вѣкъ и обильнымъ гнойнымъ выдѣленіемъ (см. рис. 128). Въ такихъ случаяхъ дѣло часто доходитъ до разрушенія роговицы, если только своевременно не произведено впрыскиванія сыворотки.

Дифтерія кожи не особенно рѣдко развивается вторично при наличности поврежденія кожи, напр., на верхней губѣ при дифтеріи носа, въ наружномъ слуховомъ проходѣ при дифтерійномъ отитѣ, на экзематозныхъ мѣстахъ. Если одновременно не существуетъ дифтеріи гортани, то болѣзнь часто остается нераспознанной. Обыкновенно образуются либо тонкія, легко снимаемая перепонки, либо болѣе плотныя, крѣпко сидящія на покраснѣвшемъ основаніи; характеръ ихъ легко можетъ быть установленъ микроскопически и бактериологически; подъ вліяніемъ сывороточнаго леченія онѣ быстро исчезаютъ.

Дифтерія *vulvae* встрѣчается рѣдко. Въ большинствѣ случаевъ она представляетъ собой вторичное заболѣваніе, осложняющее дифтерію зѣва; развитію ея благопріятствуетъ прямой переносъ бациллъ пальцами (онанизмъ) и воспалительное состояніе губъ. На внутренней поверхности *vulvae*, малыхъ губъ и на клиторѣ появляются толстыя перепонки, расположенныя на флегмонозномъ основаніи; довольно часто болѣзнь получаетъ тяжелый, даже гангренозный характеръ.

### Особенности дифтерійныхъ перепонокъ.

Отъ многихъ другихъ налетовъ на слизистыхъ оболочкахъ дифтерійныя перепонки отличаются тѣмъ, что благодаря богатству фибриномъ онѣ приобрѣтаютъ характеръ плотной, упругой кожицы, которую нельзя растереть между пальцами. Поэтому дифтерійныя перепонки можно часто снять пинцетомъ въ видѣ большихъ лоскутовъ.

Нерѣдко, однако, встрѣчаются случаи настоящей дифтеріи, при которыхъ налеты не имѣютъ указаннаго характера. Вслѣдствіе малаго содержанія фибрина налетъ остается мягкимъ и рыхлымъ, легко растирается между пальцами, не можетъ быть удаленъ цѣлыми пластинками; въ такихъ случаяхъ налетъ ничѣмъ не отличается отъ скарлатинознаго налета, отъ налета при *angina Vincenti*, и даже при *angina pultacea*. Такой рыхлый налетъ наблюдается особенно часто въ



злокачественныхъ случаяхъ, затѣмъ при гангренозной формѣ у дѣтей, которыя до заболѣванія дифтеріей были уже тяжело больны (туберкулезомъ, кахексіей). Съ другой стороны, встрѣчаются случаи не-дифтерійныхъ заболѣваній, гдѣ образуются перепонки съ обильнымъ содержаніемъ фибрина (см. діагностику).

### Отдѣльные органы, осложненія и послѣдовательныя болѣзни.

Припуханіе шейныхъ железъ въ большинствѣ случаевъ не достигаетъ такихъ размѣровъ, какъ при скарлатинѣ. Околожелезистая ткань поражается только въ очень тяжелыхъ случаяхъ. Нагноеніе встрѣчается несравненно рѣже, чѣмъ при скарлатинѣ.

**Дыхательный аппаратъ.** Болѣе или менѣе значительный бронхитъ и бронхопнеймонія представляютъ довольно частое осложненіе дифтеріи и встрѣчаются какъ въ случаяхъ тяжелой дифтеріи глотки, такъ и при крупѣ трахеи и крупныхъ бронховъ. Вслѣдствіе слянія отдѣльныхъ пнеймоническихъ гнѣздъ можетъ образоваться обширная бронхопнеймонія, ведущая нерѣдко къ смерти, особенно у маленькихъ дѣтей. Въ пнеймоническихъ гнѣздахъ находятъ въ большинствѣ случаевъ, очень мало дифтерійныхъ бациллъ, но чаще и въ обильномъ количествѣ стрептококковъ. Такъ какъ бронхопнеймонія развивается какъ-разъ въ тяжелыхъ токсическихъ случаяхъ, даже когда процессъ ограниченъ однимъ только звѣномъ, то нужно предположить, что токсическіе продукты дифтеріи благоприятствуютъ появленію пнеймоніи.

Пнеймонія имѣютъ геморрагическій характеръ и напоминаютъ инфаркты; въ исключительныхъ случаяхъ онѣ переходятъ въ гангрену. Плевритъ съ болѣе или менѣе обильнымъ эксудатомъ (часто гнойнымъ) составляетъ рѣдкое явленіе.

**Органы кровообращенія** поражаются при дифтеріи особенно часто и притомъ особымъ, характернымъ образомъ. Такъ какъ дифтерійныя бациллы попадаютъ въ кровь только въ видѣ исключенія, то разстройства органовъ кровообращенія должны быть разсматриваемы какъ чисто токсическія. Въ злокачественныхъ случаяхъ сердце съ самаго начала обнаруживаетъ недостаточность, которая можетъ принять угрожающіе размѣры, такъ что иногда смерть наступаетъ уже въ первые дни болѣзни. Пульсъ бываетъ малъ, очень частъ и легко сжимаемъ, въ тяжелыхъ случаяхъ онъ еле ощутимъ. Сердце иногда подвергается быстрому расширенію; часто на немъ появляется систолическій шумъ (мышечнаго характера). При опытахъ на животныхъ тяжелое отравленіе дифтерійнымъ ядомъ вызываетъ рѣзкое пониженіе кровяного давленія; но у ребенка опредѣленіе кровяного давленія не имѣетъ большого прогностическаго значенія.

Характерна для дифтеріи **смерть отъ паралича сердца**, которая можетъ произойти двоякимъ образомъ. Во 1-хъ, сердце въ тяжелыхъ случаяхъ можетъ ослабѣть внезапно, на 2-й или 3-й недѣлѣ болѣзни. Довольно часто этому предшествуетъ тошнота, блѣдность, боли въ животѣ, аритмичный пульсъ, однако всѣ эти симптомы обыкновенно не даютъ основанія ожидать такого быстрого конца. Но особенно характеренъ для дифтеріи такъ наз. послѣдифтерійный параличъ сердца, который можетъ поразить больного уже много времени спустя по исчезаніи всѣхъ мѣстныхъ явленій, на 4-й, 6-й даже 8-й недѣлѣ. Здѣсь мы въ большинствѣ случаевъ (однако, далеко не всегда) имѣемъ дѣло съ тяжелыми случаями дифтеріи, по крайней мѣрѣ съ такими, гдѣ долго не наступаетъ полного выздоровленія, сохраняется блѣд-

ность, отсутствует аппетит, имѣется мышечная слабость, альбуминурия. Пульсъ остается въ теченіе многихъ недѣль малымъ, частымъ, аритмичнымъ. Еще опаснѣе случаи, гдѣ время отъ времени появляется замедленіе пульса. Сердце большей частью бываетъ расширено, на немъ можно слышать систолическіе мышечные шумы. Больной находится въ состояніи маразма, являющагося слѣдствіемъ тяжелой общей интоксикаціи, преимущественно притомъ поразившей сердца. При всякомъ напряженіи частота пульса рѣзко увеличивается и можетъ наступить угрожающая слабость. Время отъ времени, безъ всякаго внѣшняго повода появляются приступы слабости съ внезапнымъ поблѣднѣніемъ, одышкой и болями въ животѣ. Въ особенности опасно замедленіе пульса. Однако, даже послѣ нѣсколькихъ недѣль такого марантического состоянія съ угрожающими приступами сердечной слабости сердце можетъ еще оправиться, хотя вполне нормальной своей работоспособности оно часто достигаетъ только спустя много мѣсяцевъ. Въ особенности это наблюдается при интеркуррентныхъ заболѣваніяхъ. Но иногда, спустя 6—8 недѣль послѣ начала болѣзни, когда кажется, что всякая опасность уже миновала, внезапно наступаетъ параличъ сердца. Причиной паралича сердца нужно считать миокардитъ, отчасти перерожденіе блуждающаго нерва. Въ отдѣльныхъ случаяхъ имѣется дѣло съ эмболіей крупной мозговой артеріи. Слабость органовъ кровообращенія, столь часто наблюдающаяся въ разгаръ болѣзни, зависитъ въ большинствѣ случаевъ отъ расстройства вазомоторовъ.

Въ крови особенно типичныхъ измѣненій не находятъ. Помимо уменьшенія числа красныхъ кровяныхъ шариковъ, въ тяжелыхъ случаяхъ наблюдается еще появленіе міелоцитовъ. Часто встрѣчается гиперлейкоцитозъ.

Пищеварительный аппаратъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ аппетитъ совершенно пропадаетъ, языкъ припухаетъ и покрывается рыхлымъ налетомъ. Непобѣдимая анорексія является всегда дурнымъ предзнаменованіемъ. Часто бываетъ рвота. Въ тяжелыхъ случаяхъ нерѣдко наблюдаются сильные поносы, что также является неблагоприятнымъ симптомомъ.

Почки. Во многихъ случаяхъ уже на 2-й или 3-й день болѣзни появляется альбуминурия съ обильнымъ осадкомъ и цилиндрами, иногда цилиндры и осадокъ наблюдаются безъ альбуминурии. Но выраженный нефритъ съ гліалиновыми и эпителиальными цилиндрами встрѣчается не часто. Содержаніе бѣлка не превышаетъ обыкновенно  $2\frac{0}{100}$ . Сильнѣе всего поражаются *tubuli contorti* корковаго слоя. вмѣстѣ съ излеченіемъ дифтеріи исчезаетъ обыкновенно и нефритъ. Переходъ нефрита въ хроническую форму составляетъ величайшую рѣдкость. Моча почти никогда не бываетъ кровянистой. Въ противоположность скарлатинѣ при дифтерійномъ нефритѣ очень рѣдко бываютъ отеки, еще рѣже уремія.

**Нервная система.** Дифтерійный ядъ обнаруживаетъ особое притяженіе къ нервной системѣ (такъ же, какъ и къ сердцу), выражается развитіемъ парезовъ и параличей.

При дифтеріи зѣва чаще всего наблюдается параличъ мягкаго неба. Такъ наз. ранній параличъ правильнѣе исключить отсюда; онъ развивается уже въ первые дни болѣзни въ то время, когда еще существуютъ налеты, и зависитъ отъ воспалительной инфильтраціи небной занавѣски. Настоящій параличъ развивается только спустя 2—4 не-

дѣли, когда налетовъ уже нѣтъ. Голосъ принимаетъ носовой оттѣнокъ (*Rhinolalia aperta*), при глотаніи жидкой пищи появляется кашлевое раздраженіе, часть пищи выливается черезъ носъ. При осмотрѣ можно видѣть, что небная занавѣска вмѣстѣ съ язычкомъ вяло свисаетъ внизъ и не движется ни при фонаціи, ни при вдыханіи. Иногда параличъ захватываетъ только одну половину; при этомъ обыкновенно оказывается, что на здоровой сторонѣ не было налетовъ. Очень часто исчезаютъ чувствительность и рефлексъ мягкаго неба. Въ теченіе 2—4 недѣль постепенно восстанавливается нормальная подвижность мягкаго неба. Иногда наблюдается также и паретическое состояніе глотательной мускулатуры, ведущее къ затрудненію, даже полной невозможности глотанія.

Второе мѣсто по частотѣ послѣ паралича мягкаго неба занимаетъ параличъ аккомодациі. У маленькихъ дѣтей этотъ параличъ остается часто незамѣченнымъ; обращаетъ вниманіе лишь то, что дѣти не такъ быстро, какъ раньше, фиксируютъ палецъ, при приближеніи его къ глазу. Дѣти школьнаго возраста жалуются на невозможность писать, въ особенности читать. Довольно часто наблюдаются параличи наружныхъ глазныхъ мышцъ, въ особенности одного или обоихъ *m. abducens*. При этомъ развивается *strabismus convergens paralyticus*, а также диплопія.

Эти параличи сопровождаются обыкновенно ослабленіемъ или исчезновеніемъ колѣнныхъ рефлексовъ; отсутствіе или ослабленіе рефлексовъ можетъ длиться много недѣль: иногда оно наблюдается и безъ параличей. Помимо перечисленныхъ мышцъ параличъ можетъ поразить и всѣ другія мышечныя группы, но такая локализациія паралича наблюдается несравненно рѣже, чѣмъ въ мягкомъ небѣ и глазныхъ мышцахъ. Иногда развивается парезъ нижнихъ конечностей, нѣсколько чаще слабость ихъ и атаксія. Не особенно рѣдко поражаются мышцы затылка, въ исключительныхъ случаяхъ мышцы спины, гортани и лица. Большую рѣдкость составляютъ случаи пареза почти всей мускулатуры тѣла. Опасность для жизни представляетъ параличъ діафрагмы и дыхательныхъ мышцъ. Болѣе или менѣе значительныя разстройства чувствительности, въ видѣ парестезій, притупленія болевой чувствительности и т. д.—наблюдаются рѣдко. Давленіе на нервные стволы въ большинствѣ случаевъ безболѣзненно. Въ случаяхъ обширнаго паралича развивается часто недержаніе мочи и кала, совершенно такъ же, какъ при полиневритахъ другого происхожденія. При электрическомъ изслѣдованіи получается иногда частичная реакція перерожденія периферическихъ нервовъ. То обстоятельство, что при одностороннихъ налетахъ въ зѣвѣ парализуется часто только одна половина мягкаго неба, что при дифтеріи кожи парализуются соотвѣтствующія периферическія мышечныя группы, говоритъ въ пользу распространенія дифтерійнаго яда отъ мѣста налета вдоль нервовъ въ центральную нервную систему. Если не наступаетъ смертельнаго исхода, то почти всѣ параличи безслѣдно исчезаютъ.

**Кожа.** Въ началѣ дифтеріи, но рѣдко раньше 3-го дня, является иногда кожная эритема, диффузная или—что бываетъ чаще—только на отдѣльныхъ участкахъ кожи. По характеру своему она напоминаетъ корь, скарлатину или крапивницу. Эти экзантемы нестойки и обыкновенно исчезаютъ черезъ 1—2 дня. Время появленія экзантемы даетъ обыкновенно возможность безъ труда отличить ее отъ

сывороточной экзантемы (см. ниже). Въ очень злокачественныхъ случаяхъ, которые чаще всего быстро оканчиваются смертью, появляются въ разныхъ мѣстахъ кожи отдѣльныя мелкоточечныя геморрагіи, сопровождающіяся иногда носовыми кровотечениями и кровотечениями изъ пораженныхъ дифтеріей частей зѣва.

### Діагностика дифтеріи

не представляетъ никакихъ трудностей въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ на миндалинахъ или въ глоткѣ образуются ясно выраженные фибринозныя перепонки, отличающіяся указанными выше особенностями и сопровождающіяся типичными симптомами. При всякомъ сомнѣніи въ діагнозѣ необходимо производить бактериологическое изслѣдованіе (см. ниже). Впрочемъ, опытный врачъ въ большинствѣ случаевъ въ состояніи поставить правильный діагнозъ на основаніи одной только клинической картины. Въ сомнительныхъ случаяхъ вопросъ выясняется въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, такъ какъ на протяженіи 1—2 дней обыкновенно усиливается развитіе перепонкъ или появляются какіе-либо другіе симптомы (напр., усиленіе стеноза гортани).

### Дифференціальная діагностика заболѣваній глотки.

*Angina catarrhalis* распознается отъ катарральной дифтеріи только путемъ бактериологическаго изслѣдованія. При дифтеріи миндалинъ и глотки наблюдается, обыкновенно до образованія перепонкъ, періодъ катарральныхъ, воспалительныхъ измѣненій, длящійся 1—2 дня.

*Angina lacunaris*. Дифтерія нерѣдко начинается лакунарнымъ налетомъ; иногда налеты сохраняютъ до конца такой характеръ; но обычно въ теченіе 1—2 дней отдѣльные островки эксудата сливаются въ сплошной налетъ. При простой лакунарной ангинѣ налеты отдѣльныхъ лакунъ могутъ слиться въ болѣе обширные налеты, покрывающіе всю или значительную часть миндалинъ (*angina pultacea*). Дифференціальныя діагнозы въ большинствѣ случаевъ не трудны. При лакунарной ангинѣ содержимое лакунъ имѣетъ желтоватый цвѣтъ, рыхлую, маркую консистенцію, легко стирается сухимъ ватнымъ тампономъ и обыкновенно издаетъ непріятный запахъ. Между двумя предметными стеклышками этотъ налетъ можно безъ всякаго труда растереть въ мазокъ, какъ мягкую кашу. Дифтерійный налетъ на лакунахъ имѣетъ скорѣе бѣлый цвѣтъ и плотно сидитъ на слизистой оболочкѣ, такъ что ватнымъ тампономъ удалить его не удастся; если же удастся снять кусокъ налета, то при попыткѣ растереть его между предметными стеклами онъ оказывается плотной упругой перепонкой.

Большее трудностей представляетъ въ отношеніи дифференціального діагноза, скарлатинозная ангина и *angina Vincenti*.

При скарлатинѣ налетъ въ зѣвѣ вначалѣ часто также имѣетъ характеръ сплошной, богатой фибриномъ перепонки, такъ что пока нѣтъ сыпи клинически его нельзя отличить отъ дифтерійнаго налета. Однако, при скарлатинѣ обыкновенно гораздо рѣзче выражена краснота въ зѣвѣ, позднѣе діагнозъ облегчается благодаря появленію сыпи, малиноваго языка и проч. Въ большинствѣ случаевъ, впрочемъ, скарлатинозный налетъ бѣднѣе фибриномъ, чѣмъ дифтерійный, глубже проникаетъ въ слизистую оболочку и легче оставляетъ послѣ себя изъязвленія. Излюбленнымъ мѣстомъ скарлатинознаго некроза, остающимся обыкновенно незатронутымъ при дифтеріи, является передняя небная дужка сбоку отъ миндалинъ.

*Angina Vincenti* (*angina ulcerosa*) представляет такое большое сходство съ дифтеріей зѣва, что безъ бактериологическаго изслѣдованія ихъ часто смѣшиваютъ другъ съ другомъ (см. стр. 223). При бактериологическомъ изслѣдованіи мы получаемъ при одной и той же клинической картинѣ въ однихъ случаяхъ дифтерійныя бациллы, въ другихъ—спирохеты съ *bacillus fusiformis*. Налетъ при *angina ulcerosa* появляется часто только на одной миндалинѣ, бываетъ рыхлымъ, сидитъ плотно, но содержитъ мало фибрина, издаетъ специфическій непріятный запахъ и послѣ исчезновенія оставляетъ обыкновенно ясно замѣтную язву. Разстройство общаго состоянія и лихорадка бываютъ незначительны. Атипичныя формы молочницы, *angina aphthosa*, *herpetica*, *luetica*, *Bed pag'ovskія* афты, покрытыя перепончатымъ налетомъ—все это при сколько-нибудь внимательномъ изслѣдованіи не трудно отличить отъ дифтеріи.

Съ другой стороны, нѣкоторые виды бактерій (пнеймококки, стрептококки и т. д.) могутъ иногда вызвать образованіе въ зѣвѣ перепончатыхъ налетовъ, которые нельзя отличить отъ дифтерійныхъ иначе, какъ съ помощью бактериологическаго изслѣдованія. Въ случаяхъ сильной *tonsillitis parenchymatosa* наблюдается иногда легкій налетъ въ видѣ вуали, какъ при начинающейся дифтеріи.

#### Дифференціальный діагнозъ различныхъ заболѣваній гортани.

Если одновременно съ дифтеріей глотки, носа или за нѣсколько дней до нихъ развивается постепенно усиливающаяся охриплость, то можно съ полной увѣренностью діагносцировать крупъ гортани. Но если никакихъ другихъ признаковъ дифтеріи нѣтъ, то діагнозъ можетъ вначалѣ представить большія трудности. Въ случаяхъ, гдѣ охриплость непрерывно увеличивается и ведетъ въ концѣ концовъ къ афоніи, гдѣ постепенно усиливается стенозъ и начинаютъ появляться приступы удушья, необходимо прежде всего подумать о дифтеріи; въ такихъ случаяхъ мазокъ изъ слизи зѣва или гортани (съ интубационной трубки) даетъ обыкновенно культуру дифтерійныхъ бациллъ.

Ложный крупъ рѣдко представляетъ значительныя затрудненія въ отношеніи діагноза. Онъ въ большинствѣ случаевъ появляется внезапно въ первые часы ночи, несмотря на то, что вечеромъ еще не было никакихъ признаковъ стеноза; самый стенозъ и охриплость, хотя и достигаютъ значительной степени, но быстро проходятъ. Кашель и инспираторныя втягиванія бываютъ очень сильны, сопровождаясь стономъ и шумомъ. Поразительно, что при произнесеніи словъ голосъ оказывается гораздо менѣе охриплымъ. Больше сходства съ истиннымъ крупомъ представляетъ *laryngitis subglottica*, при которой введеніе интубационной трубки встрѣчаетъ затрудненіе ниже голосовыхъ связокъ.

Заглоточный нарывъ у маленькихъ дѣтей, если воспалительный процессъ распространяется на слизистую оболочку гортани и вызываетъ охриплость, можетъ—въ виду одновременнаго существованія стеноза глотки—дать поводъ къ ошибочному распознаванію крупа. Но внимательный осмотръ, а еще лучше ощупываніе глотки легко выясняютъ дѣйствительное положеніе дѣла.

Большія трудности въ діагностическомъ отношеніи представляетъ тяжелый острый ларингитъ, какой наблюдается при воспалительныхъ заболѣваніяхъ верхнихъ дыхательныхъ путей—при инфлюэнцѣ, гриппѣ и прежде всего при кори. Въ особенности при кори наблюдаются часто совершенно тѣ же симптомы (см. стр. 570), къ чему присоеди-

няется еще то обстоятельство, что и настоящая дифтерія при кори предпочтительно поражает ларинго-трахеальную трубку.

Стенозъ гортани и трахеи, вызванный папилломами, зобомъ, гиперплазіей зобной железы, туберкулезомъ бронхіальныхъ железъ и проч., при тщательно собранномъ анамнезѣ и внимательномъ наблюденіи обыкновенно исключаются безъ затрудненія.

Легко смѣшать съ крупомъ охриплость и стенозъ гортани, появляющіеся у дѣтей вслѣдствіе попаданія въ гортань или трахею инородныхъ тѣлъ. Находясь въ гортани, такія тѣла вызываютъ приступы удушья, затѣмъ они могутъ ущемиться въ какомъ-либо бронхѣ. Если приступы удушья и охриплость появляются внезапно во время ѣды или игры, то при отсутствіи подробнаго анамнеза нужно всегда думать, не попало ли ребенку въ дыхательные пути инородное тѣло (рентгеновое изслѣдованіе).

Мнѣ неоднократно уже пришлось наблюдать случаи, гдѣ вслѣдствіе сильнаго затрудненія дыханія, инспираторныхъ втягиваній и ціаноза, при отсутствіи, однако, сколько-нибудь значительной охриплости, производилась интубація или трахеотомія, которая, однако, не предупреждала быстрого наступленія смерти, причемъ при вскрытіи не находили ни дифтеріи, ни какого-либо другого заболѣванія дыхательныхъ путей. Въ этихъ случаяхъ имѣлся всегда status lymphaticus, который и нужно было считать причиной этой тяжелой картины болѣзни.

Послѣдифтеріиные параличи обыкновенно настолько характерны, что на основаніи ихъ можно въ большинствѣ случаевъ поставить ретроспективный діагнозъ, даже при отсутствіи анамнеза или когда первоначальное заболѣваніе было настолько легкимъ, что осталось незамѣченнымъ. Самымъ выдающимся признакомъ является параличъ мягкаго неба.

**Бактеріологическій діагнозъ.** Нужно самымъ энергичнымъ образомъ настаивать, чтобы во всѣхъ сколько-нибудь сомнительныхъ случаяхъ врачи производили бактериологическое изслѣдованіе или поручали его имѣющимся уже во многихъ мѣстахъ специальнымъ институтамъ. Выше мы уже неоднократно указывали, что въ упругихъ, богатыхъ фибриномъ перепонкахъ не всегда содержатся дифтеріиныя бациллы и что, наоборотъ, встрѣчается нерѣдко дифтерія, протекающая безъ образованія характерныхъ перепонокъ.

Отъ подлежащаго изслѣдованію налета берутъ небольшой кусокъ при помощи обыкновеннаго или, еще лучше, ложковиднаго пинцета, или при помощи шпателя, наконецъ, плотнаго ватнаго тампона, промываютъ его въ чистой водѣ и затѣмъ небольшую частичку отъ него растираютъ между двумя предметными стеклышками. Въ крайнемъ случаѣ можно ограничиться мазкомъ, сдѣланнымъ по налету ватнымъ тампономъ. Если налета нѣтъ, то снимаютъ ватнымъ тампономъ съ подозрительной слизистой оболочки (при подозрѣніи на крупъ—изъ глотки) немного слизи и дѣлаютъ мазокъ на предметномъ стеклѣ. Мазокъ высушивается и красится Löffler'овской метиленовой синькой. Если имѣется дифтерія, то наряду съ клѣточными элементами, детритомъ (и волокнистымъ фибриномъ, если взята частичка налета), наряду съ различными видами бактерій находятъ въ большомъ, даже преобладающемъ количествѣ дифтеріиныя бациллы, которые имѣютъ видъ толстыхъ, нерѣдко булавовидныхъ палочекъ съ неравномѣрной окраской, располагающихся характернымъ образомъ подъ угломъ другъ къ другу въ видѣ гнѣздъ или частокола (см. рис. 129). Это простое изслѣдованіе, доступное каждому врачу, даетъ обыкновенно при изслѣдованіи перепонокъ уже рѣшеніе вопроса о діагнозѣ. Необходимо, однако, имѣть въ виду, что даже при истинной дифтеріи, въ особенности если приходится имѣть дѣло со старыми пленками, часто не находятъ дифтеріиныхъ палочекъ. Лучше,—а если въ распоряженіи врача имѣется только мазокъ изъ слизи,—даже необходимо примѣнить способъ возвращанія куль-

туры на кровяной сывороткѣ, на которой дифтерійные бациллы даютъ исключительно быстрый ростъ. Для полной достовѣрности нужно произвести еще опытъ на животномъ, который также легче всего даетъ возможность отличить настоящій дифтерійный бациллъ отъ авирулентной формы (ложно-дифтерійнаго бацилла). Двойная окраска свѣжихъ культуръ по Neisser's (окраска полярныхъ зеренъ) не такъ надежна въ этомъ отношеніи, такъ какъ иногда такихъ зеренъ не бываетъ и въ истинныхъ бациллахъ, иногда, напротивъ, они оказываются въ ложныхъ. (Болѣе подробныя свѣдѣнія о бактериологическомъ діагнозѣ дифтеріи можно найти въ учебникахъ бактериологіи).

**Предсказаніе при дифтеріи** въ значительной степени зависитъ отъ характера заболѣваній въ данное время, такъ какъ въ періодъ эпидемій дифтеріи, въ общемъ, протекаетъ гораздо хуже, чѣмъ при спорадическихъ случаяхъ. Чѣмъ пациентъ меньше, тѣмъ *ceteris paribus* хуже предсказаніе, такъ что грудныя дѣти безъ леченія сывороткой рѣдко выживаютъ. За-тѣмъ дифтерія особенно опасна для туберкулезныхъ и кахектическихъ субъектовъ. Распространеніе процесса на носъ и гортань ухудшаетъ предсказаніе во всѣхъ случаяхъ. Локализованная форма, не распространяющаяся далеко за миндалины, даютъ въ общемъ, хорошій прогнозъ, если только нѣтъ тяжелаго воспаленія глотки, гангрены, чрезвычайнаго припуханія железъ съ инфильтраціей околожелезистой ткани, тяжелой общей интоксикаціи и другихъ симптомовъ, свидѣтельствующихъ, что имѣется дѣло съ злокачественной формой. Однако, даже

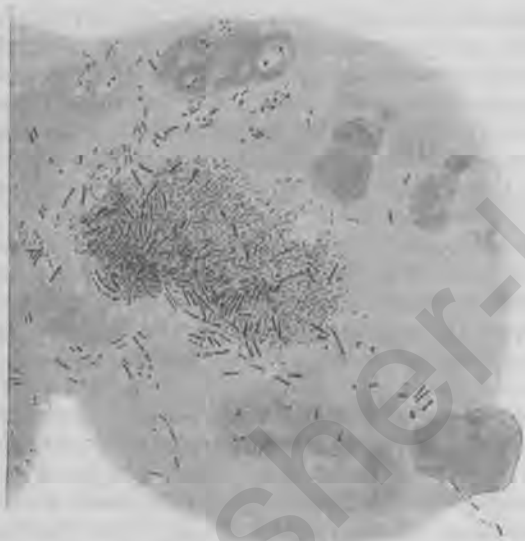


Рис. 129. Дифтерійные бациллы. Мазокъ изъ налета на миндалинахъ. Leitz  $\frac{1}{13}$  imm., Okul. 3, Tub. 16.

если болѣзнь протекаетъ, повидимому, благопріятно и мѣстный процессъ излечивается, нужно все-таки ставить предсказаніе съ нѣкоторой осторожностью, такъ какъ и здѣсь можно опасаться тяжелыхъ миокардитическихъ явленій съ внезапнымъ параличемъ сердца, а также послѣдовательныхъ параличей.

Въ настоящее время предсказаніе зависитъ главнымъ образомъ отъ своевременности и настойчивости сывороточнаго леченія. Можно сказать, что открытіе Behring'омъ сывороточнаго леченія представляетъ величайшій триумфъ и величайшее благодѣяніе научной терапіи, благодаря которому дифтерія потеряла значительную часть своей опасности. Едва ли есть другая тяжелая болѣзнь, передъ которой врачъ чувствовалъ бы себя столь спокойнымъ и увѣреннымъ, какъ передъ дифтеріей. Все это, однако, предполагаетъ раннее примѣненіе сыворотки. Какъ показываютъ цифры, приведенныя ниже, случаи, гдѣ въ 1-й или 2-й день

болѣзни дѣлается достаточно энергичное впрыскиваніе сыворотки, почти всѣ безъ исключенія оканчиваются выздоровленіемъ. Съ каждымъ днемъ, можно даже сказать, съ каждымъ часомъ промедленія въ примѣненіи сыворотки шансы на выздоровленіе падаютъ. Однако, даже самыя горячіе приверженцы сывороточнаго леченія должны признать, что встрѣчаются отдѣльные случаи, гдѣ индивидуальное предрасположеніе настолько повышено, что примѣненіе сыворотки даже въ 1-й день болѣзни не можетъ спасти больного. Такія исключенія не мѣняютъ все таки того факта, что раннимъ примѣненіемъ сыворотки можно спасти почти всѣ случаи; послѣднія тяжелыя эпидеміи въ Берлинѣ и Гамбургѣ только подтвердили этотъ фактъ. Отсюда вытекаетъ обязанность врача примѣнять сывороточное леченіе; непримѣненіе его въ надлежащемъ случаѣ есть непростительная небрежность, стоющая нерѣдко больному жизни. Сравнительно дурное предсказаніе даютъ случаи крупа у коревыхъ больныхъ, такъ какъ здѣсь образованіе перепонокъ быстро распространяется на мелкіе бронхи; поэтому здѣсь требуется очень раннее и очень энергичное сывороточное леченіе.

**Профилактика.** Въ цѣляхъ профилактики требуется изоляція больныхъ, напр. помѣщеніе ихъ въ больницу, дезинфекція помѣщенія послѣ выздоровленія или удаленія больного, затѣмъ надзоръ за здоровыми братьями и сестрами больного, профилактическія инъекціи сыворотки здоровымъ членамъ семьи.

Разумное закаливаніе организма, постоянное полосканіе рта холодной водой,—чистой или съ примѣсью *t-ra Myrrhae* (5 кап. на стаканъ воды), опрятное содержаніе тѣла и жилища—все это въ значительной степени оберегаетъ отъ заболѣванія дифтеріей. Послѣ исчезновенія мѣстныхъ явленій, если на болѣвшей слизистой оболочкѣ еще имѣются дифтерійныя бациллы, къ ребенку можно допустить другихъ дѣтей семьи не раньше, какъ черезъ 14 дней, еще лучше только по исчезновеніи бациллъ; для школъ этотъ срокъ изоляціи долженъ быть еще больше. Во время дифтерійныхъ эпидемій необходимъ строгій надзоръ за школами, дѣтскими садами и пр.

### Леченіе.

На первомъ планѣ стоитъ сывороточное леченіе, основы котораго мы предполагаемъ извѣстными читателю. Вредныя послѣдствія дифтеріи зависятъ главнымъ образомъ отъ ядовитыхъ продуктовъ бациллъ, между тѣмъ какъ сами бациллы попадаютъ въ кровь и въ другіе органы лишь въ незначительномъ количествѣ. Самопроизвольное излеченіе дифтеріи происходитъ отчасти благодаря нѣкоторымъ защитительнымъ веществамъ, имѣющимся въ организмѣ въ готовомъ видѣ, главнымъ же образомъ благодаря появленію специфическихъ противотѣлъ (дифтерійнаго антитоксина), которыя организмъ вырабатываетъ специально для борьбы съ циркулирующимъ въ крови токсиномъ. Если организму удастся своевременно выработать достаточное количество антитоксина, то болѣзнъ оканчивается выздоровленіемъ (активная иммунизация, невосприимчивость къ яду), въ противномъ случаѣ—смертью. Этотъ антитоксинъ не даетъ, однако, невосприимчивости по отношенію къ бактеріямъ и потому выздоравливающіе и выздоровѣвшіе могутъ въ продолженіе долгаго времени носить въ себѣ вирулентныя дифтерійныя бациллы. Сывороточное леченіе снабжаетъ организмъ для борьбы съ дифтерійнными токсинами искусственно полученными дифтерійнными антитоксинами.



Для получения сыворотки производятся повторныя впрыскиванія лошадямъ прогрессивно повышающихся дозъ вирулентныхъ дифтерійныхъ бациллъ; съ теченіемъ времени сыворотка лошадей достигаетъ очень высокой степени иммунитета, т. е. очень высокаго содержанія дифтерійныхъ антитоксиновъ. То количество антитоксина, которое въ состояніи обезвредить сто смертельныхъ для морской свинки дозъ дифтерійнаго токсина, условились считать единицей иммунитета (I.-E.) или единицей антитоксина (A.-E.). Если такая единица содержится въ 1 к. с. сыворотки, то послѣднюю называютъ простой. Въ послѣднее время употребляютъ главнымъ образомъ 400—500 кратныя сыворотки, т. е. сыворотки, содержащія въ 1 к. с. 400—500 A.-E.

Дозировка. Для профилактическихъ цѣлей достаточно 200—300 единицъ, чтобы получить пассивный иммунитетъ на 2—3 недѣли. Для лечебныхъ цѣлей впрыскиваютъ, независимо отъ возраста, при локализованной дифтеріи глотки 1500—2000 един., при пораженіи носа или гортани, также при злокачественной дифтеріи—3000—4000 един. Если въ теченіе 24 часовъ не наступаетъ дѣйствія, то ту же дозу впрыскиваютъ повторно. Не подлежитъ, однако, сомнѣнію, что часто можно получить хорошіе результаты и съ помощью меньшихъ дозъ. А, съ другой стороны, остается еще открытымъ вопросъ, представляютъ ли дѣйствительно какія-либо преимущества тѣ колоссальныя дозы, которыя стали въ послѣднее время часто примѣнять въ тяжелыхъ случаяхъ, именно по 30.000—50.000 A.-E. О благопріятномъ дѣйствіи сыворотки судятъ по тому, что въ теченіе сутокъ падаетъ температура (см. рис. 130), уменьшается частота пульса и улучшается общее состояніе. Образованіе перепонокъ за это время прекращается или же распространяется только на незначительные участки, именно на тѣ, гдѣ уже до впрыскиванія произошла некрозъ эпителія подъ вліяніемъ дифтерійнаго токсина. Точно такъ же и стенозъ гортани можетъ въ теченіе первыхъ сутокъ еще усилиться, но затѣмъ наступаетъ улучшение. Далѣе, благопріятное дѣйствіе сыворотки выражается тѣмъ, что вокругъ перепонокъ образуется рѣзкая красная демаркаціонная полоса, что сами перепонки становятся рыхлыми, расплывчатыми и растворяются или отпадаютъ въ теченіе 1—2 сутокъ. Если спустя 24 часа незамѣтно еще никакого результата, то рекомендуется произвести повторное впрыскиваніе. При впрыскиваніи необходимо соблюдать самую строгую антисептику. Для впрыскиванія нужно имѣть хорошій шприцъ емкостью въ 5 куб. см. Мѣсто впрыскиванія покрываютъ кускомъ липкаго пластыря.

Такъ какъ въ мышцахъ всасываніе происходитъ значительно быстрѣе, чѣмъ изъ подкожной клѣтчатки, то рекомендуютъ вовсе не производить подкожныхъ впрыскиваній и вводить сыворотку исключительно **внутримышечно** въ области наружныхъ поверхностей бедеръ или въ области ягодицъ. Внутримышечныя впрыскиванія еще менѣе болѣзненны, чѣмъ подкожныя. Какъ показываютъ опыты на животныхъ, **внутривенныя инъекціи** дѣйствуютъ еще быстрѣе, чѣмъ внутримышечныя, и иногда спасаютъ жизнь тамъ, гдѣ отъ подкожныхъ не получается никакого результата, а внутримышечныя оказываются недостаточными. Поэтому въ послѣдніе годы и у человѣка стали все чаще прибѣгать къ внутривеннымъ инъекціямъ; какъ показываютъ имѣющіяся на этотъ счетъ сообщенія, а также мои собственныя еще пока малочисленныя наблюденія, такія инъекціи дѣйствуютъ очень благопріятно, причемъ не приходится бояться какихъ-либо особенныхъ анафилактическихъ явленій. Но изъ соображеній осторожности мы пока довольствуемся въ большинствѣ случаевъ внутримышечными инъекціями и дѣлаемъ внутривенныя впрыскиванія только въ тяжелыхъ случаяхъ, если локтевая вена доступна иглѣ безъ препаровки; избѣгаемъ мы внутривенныхъ впрыскиваній и въ тѣхъ случаяхъ, когда больной уже получилъ въ теченіе послѣднихъ мѣсяцевъ впрыскиваніе сыворотки.

Способъ дѣйствія сыворотки еще не вполне выясненъ, но самымъ существеннымъ моментомъ является все таки обезвреживаніе циркулирующаго въ крови токсина путемъ нейтрализаціи его. Тамъ, гдѣ дифтерійный токсинъ уже прочно соединился съ клѣточнымъ веществомъ (напр. въ сердцѣ, въ нервахъ), впрыскиваніе сыворотки уже бесполезно или въ крайнемъ случаѣ можетъ дать очень немного. Поэтому-то и неоснователенъ упрекъ, который дѣлаютъ противники сывороточнаго леченія, доказывающіе неэффективность сыворотки тѣмъ, что она не въ состояніи предупредить развитіе миокардита или паралича: дѣло въ томъ, что какъ разъ эти органы чаще всего поражаются уже до примѣненія сыворотки. Даже учащеніе параличей со времени введенія сывороточнаго леченія, которое отмѣчаютъ нѣкоторые наблюдатели, если бы оно действительно имѣло мѣсто, все-таки еще не говорило бы противъ сыворотки, такъ какъ въ настоящее время остаются въ живыхъ многіе такіе больные, которые раньше умирали; у такихъ-то больныхъ и наблюдаются нерѣдко послѣдова-

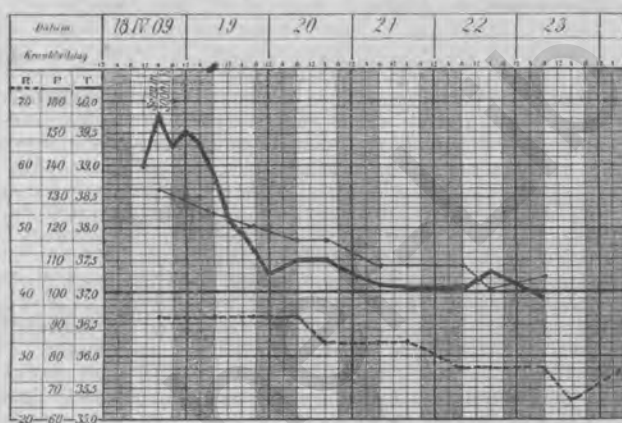


Рис. 130. Дифтерія зѣва у дѣвочки 6 лѣтъ. Паденіе температуры непосредственно послѣ впрыскиванія сыворотки.

тельные болѣзни. Нужно, однако, замѣтить, что у меня, какъ и у многихъ другихъ авторовъ, сложилось определенное впечатлѣніе, что при раннемъ примѣненіи большихъ дозъ сыворотки параличи наступаютъ рѣже, чѣмъ безъ сыворотки.

Истинное значеніе сывороточнаго леченія выясняется при сравненіи смертности отъ дифтеріи въ настоящее и въ досывороточное время.

По статистикѣ Deucke, обнимающей 78.028 случаевъ, смертность отъ дифтеріи составляетъ при впрыскиваніи:

въ 1 день болѣзни	43%
" 2 "	7,6 "
" 3 "	14,7 "
" 4 "	19,7 "
" 5 "	31,6 "
" 6 "	31,3 "
позже 6 дней	31,6 "

Еще доказательнѣе тотъ фактъ, что при сывороточномъ леченіи около двухъ третей оперативныхъ случаевъ оканчивается выздоров-

леніемъ, между тѣмъ какъ раньше выздоравливала только треть оперированныхъ больныхъ, что канюли и трубки не приходится уже держать такъ долго, какъ раньше. Въ особенности убѣдительно то обстоятельство, что при сывороточномъ леченіи почти не приходится наблюдать послѣдовательнаго перехода процесса на гортань и трахею, что раньше составляло довольно частое явленіе. Точно также мы видимъ, что въ противоположность прежнимъ наблюденіямъ при начинающемся стенозѣ гортани мы при сывороточномъ леченіи обходимся обыкновенно безъ операціи. Такимъ образомъ у противниковъ сыворотки, которыхъ, впрочемъ, остается уже немного, имѣется въ рукахъ только одинъ доводъ противъ сыворотки, а именно, что впрыскиваніе ведетъ за собой иногда вредныя послѣдствія. Эти послѣдствія, однако, встрѣчаются рѣдко и по большей части очень легки, такъ что ихъ ни въ коемъ случаѣ нельзя ставить на одну доску съ удивительными лечебными результатами, получаемыми отъ сыворотки. Тѣмъ не менѣе врачъ долженъ быть знакомъ съ этими послѣдствіями, т. е. съ сывороточной болѣзью.

### Сывороточная болѣзнь.

Если въ животный организмъ ввести подкожно или внутривенно сыворотку другого вида животнаго, то это часто ведетъ за собой болѣзненные измѣненія. Для человѣка такой фактъ имѣетъ очень большое значеніе, особенно при дифтеріи, гдѣ такъ часто примѣняется лечебная сыворотка. Поэтому мы должны здѣсь коснуться этого вопроса. Тѣ же измѣненія наблюдаются и при примѣненіи столбнячной, менингококковой и другихъ сыворотокъ, такъ какъ эти измѣненія зависяютъ только отъ употребленія чуждой организму сыворотки, а не отъ содержащихся въ сывороткѣ специфическихъ противотѣлъ.

Сывороточная болѣзнь изучена подробно v. Pirquet и Schick'омъ. Послѣ однократнаго впрыскиванія дифтерійной сыворотки (т. е. лошадиной сыворотки, содержащей антитоксины) развивается въ теченіе ближайшихъ дней болѣзненная припухлость сосѣднихъ съ мѣстомъ впрыскиванія лимфатическихъ железъ, напр. при впрыскиваніи въ бедро припухаютъ паховыя железы соотвѣтствующей стороны. Черезъ 2—3 недѣли припухлость эта исчезаетъ. Но самымъ частымъ клиническимъ проявленіемъ сывороточной болѣзни является **сывороточная экзантема**, появляющаяся въ большинствѣ случаевъ между 7-мъ и 12-мъ днемъ послѣ впрыскиванія. Частота появленія этой экзантемы довольно измѣнчива. Сыпь начинается обыкновенно съ мѣста укола и либо ограничивается этимъ мѣстомъ (рис. 131), либо же распространяется дальше, неравномѣрно покрывая все тѣло. Чаще всего наблюдается сыпь на подобіе крапивницы, нерѣдко съ чрезвычайно крупными пузырями, сильнымъ зудомъ и коревидными пятнами въ промежуткахъ между высыпью крапивницы; иногда вся сыпь имѣетъ коревой характеръ и тѣмъ легче можетъ ввести въ заблужденіе, что нерѣдко одновременно наблюдается и воспаленіе конъюнктивъ. Рѣже всего встрѣчается скарлатинообразная сыпь; такая сыпь создаетъ больше всего диагностическихъ трудностей, такъ какъ въ дифтерійныхъ отдѣленіяхъ больницы и настоящая скарлатина не составляетъ рѣдкости. Въ дифференціально-диагностическомъ отношеніи важно знать, что сывороточная сыпь не поражаетъ слизистой оболочки рта. Сывороточная сыпь часто сопровождается лихорадкой, которая можетъ держаться нѣсколько дней (рис. 132). Рѣже встрѣчаются боли въ суставахъ. Во все время сывороточной болѣзни наблюдается лейкопенія, именно уменьшеніе числа многоядерныхъ лейкоцитовъ; иногда можно *in vitro* доказать наличность въ крови преципитиновъ противъ впрыснутой сыворотки.

Иначе обстоитъ дѣло, если **впрыскиваніе сыворотки производится повторно**. Если повторное впрыскиваніе производится въ промежуткѣ между 12 днями и 4 мѣсяцами послѣ перваго впрыскиванія, то вслѣдствіе имѣющейся анафилаксіи болѣзненные явленія наступаютъ очень быстро, нерѣдко черезъ нѣсколько часовъ или даже минутъ послѣ впрыскиванія (немедленная реакція). Въ большинствѣ случаевъ мы наблюдаемъ при этомъ рѣзкую отечность и высыпаніе на мѣстѣ укола, рѣже отеки лица, общую крапивницу; въ

отдѣльныхъ случаяхъ сюда можетъ присоединиться еще угрожающій коллапсъ съ одышкой. Однако, всѣ эти явленія обыкновенно быстро исчезаютъ. Если повторное впрыскиваніе производится позже, чѣмъ черезъ 4 мѣсяца, то наблюдается ускоренная реакція, т. е. развиваются тѣ же явленія, какія наблюдались послѣ перваго впрыскиванія, но только раньше, именно черезъ 3—6 дней. Какъ немедленная, такъ и ускоренная реакція наблюдаются иногда въ теченіе многихъ лѣтъ; а такъ какъ послѣ перваго впрыскиванія онѣ наступаютъ чрезвычайно рѣдко, то по нимъ можно судить о томъ, что раньше было произведено впрыскиваніе. Сывороточная болѣзнь зависитъ отъ противотѣла, которая организмъ вырабатываетъ противъ впрыснутой сыворотки; послѣ перваго впрыскиванія эти противотѣла образуются, въ среднемъ, въ теченіе 7—12 дней, затѣмъ они остаются еще въ крови въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, что и вызываетъ немедленную реакцію; позднѣе въ организмѣ остается способность быстро вырабатывать эти противотѣла—отсюда ускоренная реакція. При незначительныхъ количествахъ сыворотки, какія приходится вводить при дифтеріи, сывороточная болѣзнь бываетъ рѣдко и протекаетъ въ большинствѣ случаевъ легко; напротивъ при скарлатинѣ, гдѣ требуются большія дозы—въ 100—200 к. с.—она принимаетъ нерѣдко очень непріятные размѣры, такъ что къ скарлатинозной сывороткѣ прибѣгаютъ только въ тяжелыхъ случаяхъ. Немедленная реакція бываетъ въ отдѣльныхъ случаяхъ очень тяжелой, даже угрожающей. Не исключена вполне и возможность смертельнаго исхода, хотя таковой составляетъ все-таки величайшую рѣдкость; къ тому же происхожденіе большинства смертельныхъ исходовъ недостаточно ясно. Тѣмъ не менѣе съ такой возможностью нужно считаться и потому дѣлать предохранительныя прививки безъ настоятельной надобности не слѣдуетъ. Въ виду возможности анафилаксії желательно брать для профилактическихъ цѣлей сыворотку другого рода животнаго (напр. овцы), но никогда не слѣдуетъ пользоваться такой сывороткой для лечебныхъ цѣлей.

Слѣдуетъ-ли производить прививки всѣмъ дифтерійнымъ больнымъ? Мы думаемъ, что такой необходимости нѣтъ, что мы вправѣ у дѣтей старше 6—8 лѣтъ при легкой, локализованной дифтеріи миндалинъ, при возможности тщательнаго надзора придерживаться выжидательнаго метода леченія; отъ такого образа дѣйствія я еще ни разу не видѣлъ никакого вреда. Мы понимаемъ, что этотъ принципъ вызоветъ много возраженій, но до сихъ поръ мы не видѣли основаній отказаться отъ него. Кто не обладаетъ еще достаточнымъ опытомъ въ оцѣнкѣ различныхъ случаевъ, тотъ можетъ быть поступить лучше, если пойдетъ протореннымъ путемъ и будетъ впрыскивать во всѣхъ случаяхъ. Точно также мы считаемъ излишнимъ производить профилактическія прививки здоровымъ и крѣпкимъ дѣтямъ старше 2 лѣтъ, если они находятся подъ постояннымъ врачебнымъ наблюденіемъ; мы предупреждаемъ такимъ образомъ анафилаксию, которая можетъ обнаружиться впоследствии, когда потребуется лечебная прививка. Такъ какъ пассивный иммунитетъ исчезаетъ приблизительно черезъ 3 недѣли, то, строго говоря, для безусловнаго предупрежденія заболѣванія слѣдовало бы производить прививки каждыя 3 недѣли.

Въ тяжелыхъ случаяхъ дифтеріи, даже при явленіяхъ миокардита и при параличахъ французскіе авторы получали хорошіе результаты отъ ежедневныхъ впрыскиваній большихъ дозъ сыворотки въ теченіе многихъ дней. Мы лично, равно какъ и другіе авторы, не могли убѣдиться въ безусловномъ дѣйствіи такого способа леченія. Въ отдѣльныхъ случаяхъ мы получали отъ такого способа леченія (по 2000 единицъ черезъ день) нѣкоторую пользу и во всякомъ случаѣ не видѣли вреда. Нѣкоторые авторы утверждаютъ, что при тяжелыхъ параличахъ приносятъ пользу очень большія дозы (20—80 тысячъ единицъ).

«Когда нужно производить дифтерійному больному впрыскиваніе? Изъ всего изложеннаго ясно, что какъ можно скорѣе.

Въ сомнительныхъ или неясныхъ случаяхъ нужно также производить впрыскиваніе немедленно, не дожидаясь результатовъ бактериологическаго изслѣдованія, такъ какъ всякое промедленіе можетъ угрожать жизни больного.

Рядомъ съ сывороточнымъ леченіемъ всякое другое играетъ второстепенную роль, за исключеніемъ только оперативнаго вмѣшательства въ случаяхъ стеноза гортани (см. ниже).

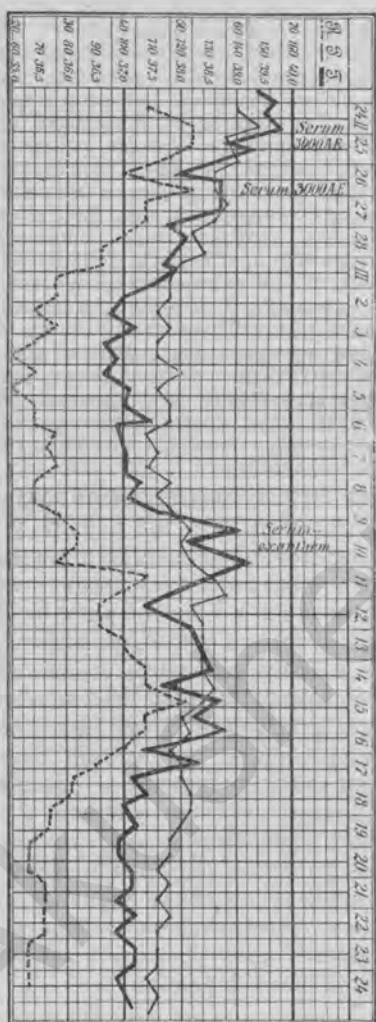
Примѣнявшееся раньше мѣстное леченіе зѣва путемъ смазываній и вдваній представляетъ только бесполезное мученіе для больного и можетъ даже повредить, благодаря вызываемому имъ страху. Напротивъ общій уходъ за полостью рта вполне уместенъ. Старшимъ дѣтямъ даютъ полоскать перекисью водорода (1%) или бурой; можно также давать сосать таблетки формаминта. У маленькихъ дѣтей можно—если не наталкиваются на очень большое сопротивленіе—очищать ротъ и глотку spray'емъ съ перекисью водорода или проспринцовать ротъ 2%-мъ ея растворомъ. Производить эту процедуру насильно имѣетъ смыслъ развѣ только при гангренозной формѣ дифтеріи, да и то польза отъ нея сомнительна. На шею кладутъ холодные, часто смѣняемые компрессы или ледъ („ледяной галстухъ“); позднѣе переходятъ къ теплымъ компрессамъ.

При дифтеріи носа мѣстное леченіе стоитъ также на заднемъ планѣ сравнительно съ сывороточнымъ. Можно ограничиться тщательнымъ удаленіемъ секрета съ помощью ваты, защитой верхней губы ланолиновой мазью.

Тришрѣ рекомендуетъ каждый часъ вдвуть въ носъ bolus alba. Носовыхъ душей нужно избѣгать. При дифтеріи глазъ можно помимо подкожнаго примѣненія сыворотки вводить ее также непосредственно въ глазъ. Въ остальномъ ограничиваются частымъ промываніемъ глазъ и холодными компрессами.

При начинающейся дифтеріи гортани приносить иногда пользу влажное теплое обертываніе всего тѣла, вызывающее потѣніе. На шею кладутъ горячіе компрессы, которые нужно часто смѣнять. Отъ наркотическихъ средствъ (кодеина и морфія) я особенной пользы не видалъ, если не считать успокаивающаго дѣйствія при наличности сильного

Рис. 132. Сывороточная лихорадка и сывороточная сыпь. (На 12 и 10 день послѣ впрыскиванія сыворотки).



возбужденія. Замѣтное облегченіе даетъ насыщеніе воздуха водяными парами, для чего въ больницахъ имѣются особыя приспособленія. Въ частныхъ домахъ пользуются паровымъ ингаляторомъ, а за отсутствіемъ такового ставятъ около кровати сосудъ съ кипящей водой, надъ которымъ можно еще импровизировать палатку; можно также нагрѣвать въ печи камни или куски желѣза и погружать ихъ въ тазъ съ водой, поставленный около больного. Если, несмотря на сывороточное леченіе и всѣ перечисленныя вспомогательныя мѣры, стенозъ гортани усиливается и принимаетъ угрожающій характеръ, то не нужно медлить съ интубаціей или трахеотоміей для устраненія опасности, которая угрожаетъ жизни отъ механическаго закрытія голосовой щели.

Общее леченіе дифтерій требуетъ даже въ легкихъ случаяхъ большого вниманія. Имѣя въ виду возможность неожиданнаго ослабленія сердца, необходимо избѣгать всякаго возбужденія и всякой боли, всякихъ лишннихъ движеній, напряженія при дефекаціи и т. п.

Питаніе встрѣчается часто большія трудности, и вначалѣ, вслѣдствіе болѣе при глотаніи, поневолѣ должно ограничиваться жидкой пищей. При упорномъ отсутствіи аппетита лучше всего давать небольшія количества пищи каждый часъ или каждые два часа. Въ первое время даютъ молоко, слизистые супы, жидкіе кисели изъ обыкновенной или дѣтской муки, къ которымъ, смотря по вкусу ребенка, прибавляютъ какао, hafercacao, яйцо или—въ качествѣ пріятнаго возбуждающаго средства—немного кофе. Въ тяжелыхъ случаяхъ, сопровождающихся большимъ упадкомъ силъ, прекраснымъ питательнымъ средствомъ является свѣжевыжатый мясной сокъ. Дѣтямъ младшаго возраста даютъ фруктовые соки (виноградъ, апельсинъ, лимонъ и пр.). Старшія дѣти охотно ѣдятъ яблочный кисель. Позднѣе начинаютъ давать размоченные сухари, тонко протертый шпинатъ, картофельное пюре, рубленое мясо, мучные супы и т. д. Въ качествѣ напитка служить свѣжая вода. Если произведена интубація, то пока въ гортани остается трубка больные обыкновенно не могутъ глотать ни жидкой, ни твердой пищи; поэтому имъ нужно давать пищу исключительно кашцеобразной консистенціи. Это относится также къ параличу глотательныхъ мышцъ. Молоку можно придать желательную консистенцію прибавленіемъ небольшихъ количествъ желатины ( $\frac{1}{2}$  0/0—1 0/0).

До тѣхъ поръ, пока существуютъ какіе-либо признаки сердечной слабости или сильной утомляемости, больной долженъ оставаться въ постели, хотя бы это было уже много времени спустя послѣ паденія температуры и исчезновенія мѣстныхъ симптомовъ. Но если имѣется только легкая неправильность пульса при отсутствіи какихъ-либо другихъ ненормальностей со стороны сердца, то это не должно служить основаніемъ удерживать ребенка въ постели.

Въ остромъ періодѣ часто показаны возбуждающія, именно кофеинъ и камфора въ достаточныхъ дозахъ; то же назначается и при послѣдифтерійномъ миокардитѣ, при которомъ хорошіе результаты получаютъ еще отъ комбинированнаго леченія кофеиномъ и наперстянкой. При тяжеломъ пораженіи сосудодвигателей, которое въ серьезныхъ случаяхъ можетъ развиваться очень быстро, можно испытать адреналинъ (1:1000) въ большихъ дозахъ (нѣсколько разъ въ день по 0,5—1,0 подкожно въ 10—15 грм. солевого раствора).

Послѣдифтерійные параличи обыкновенно почти всегда излечиваются сами собой. Излюбленнымъ средствомъ является здѣсь

подкожное впрыскивание стрихнина (3—5 разъ въ недѣлю по  $\frac{1}{2}$ —2 миллигр., смотря по возрасту), но дѣйствию этого леченія сомнительно. Въ тяжелыхъ случаяхъ слѣдовало бы испытать ежедневныя, въ продолженіе многихъ дней, впрыскиванія большихъ дозъ сыворотки (по 2000 ед.). Ничего нельзя возразить противъ осторожной электризаціи пораженныхъ нервовъ.

Въ періодъ выздоровленія послѣ дифтеріи рекомендуется пребываніе въ деревнѣ, назначеніе десост. chinae и хиннаго желѣза.

Осложненія лечатся по общимъ правиламъ. Нефритъ не требуетъ никакого спеціальнаго леченія.

Моментъ, когда требуется оперативное вмѣшательство, не можетъ быть опредѣленъ по какимъ-либо точнымъ правиламъ. Въ общемъ, операція должна производиться, когда стенозъ вызываетъ сильное втягиваніе яремной ямки и надчревной области, когда цианозъ дѣлается постояннымъ и продолжаетъ усиливаться, когда появляется сонливость и приступы удушья. Но и при отсутствіи сильнаго цианоза, если, благодаря длительности стеноза и напряженію дыханія, больной замѣтно истощается, не нужно откладывать оперативное вмѣшательство. Въ частномъ случаѣ операція обыкновенно дѣлается раньше, въ больницахъ, гдѣ постоянно имѣется на-лицо опытный врачъ, можно ждать дольше. Кто хочетъ непремѣнно придерживаться какого-либо опредѣленнаго правила, можетъ откладывать операцію до того момента, когда во время вдыханія начинаютъ сокращаться въ качествѣ вспомогательныхъ мышцъ грудино-ключично-сосковые мускулы. Сокращеніе этихъ мускуловъ лучше всего можно замѣтить съ помощью пальпаціи; для этого кладутъ большой и указательный палецъ одной руки съ наружной стороны обоихъ мускуловъ въ нижней ихъ части и затѣмъ наблюдаютъ, происходитъ ли напряженіе ихъ при вдыханіи; или же захватываютъ одинъ мускулъ большимъ и указательнымъ пальцемъ одной руки на разной высотѣ и наблюдаютъ надъ сокращеніемъ мышцы.

При необходимости произвести операцію является вопросъ:

#### Трахеотомія или интубація?

Вообще предпочтеніе нужно безусловно отдавать интубаціи, если только врачъ умѣетъ ее провести, такъ что въ большинствѣ клиникъ интубація все больше входитъ въ употребленіе. На эту безкровную операцію, длящуюся всего одну минуту и не требующую наркоза, обыкновенно даютъ свое согласіе даже самые боязливые родители. При этой операціи не требуется опытнаго ассистента. Неприятныя случайности во время операціи, какъ, напр., асфиксія вслѣдствіе отдѣленія перепонокъ и т. п., встрѣчаются рѣдко, но во всякомъ случаѣ въ виду ихъ возможности должно быть заранѣе все приготовлено для трахеотоміи. Кровотеченія и раневыя инфекции не наблюдаются; на 2 й—3-й день трубка часто становится уже излишней. Противопоказаніемъ является сильное суженіе глотки при чрезвычайномъ разрощеніи миндалинъ, а также тяжелая дифтерія зѣва. Серьезныя неприятности возникаютъ иногда вслѣдствіе упорныхъ послѣдовательныхъ разстройствъ глотанія, затѣмъ вслѣдствіе повторнаго выкашливанія трубки, позже вслѣдствіе образованія пролежней. Но рядомъ съ этимъ нужно поставить гораздо болѣе существенныя отрицательныя стороны трахеотоміи: необходимость хорошей ассистентуры, наркозъ, опасность кровотеченія и инфекции раны, болѣе продолжительное пребываніе канюли, частыя послѣдовательныя болѣзни

(разстройство рѣчи, пролежни, стенозъ трахеи). При надлежащемъ выполненіи интубація даетъ настолько хорошіе результаты, что мы принципиально предпочитаемъ ее, и, какъ большинство педиатровъ, прибѣгаемъ къ трахеотоміи только вторично, именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣ 4—6 дней нельзя еще удалить трубки и гдѣ поэтому приходится опасаться образованія пролежней. Затѣмъ трахеотомія рекомендуется еще тамъ, гдѣ интубація не уменьшаетъ стеноза или гдѣ послѣдній послѣ интубаціи быстро возвращается. Правда, здѣсь часто имѣется дѣло съ крупомъ бронховъ, такъ что и трахеотомія оказывается бесполезной; тѣмъ не менѣе въ отдѣльныхъ случаяхъ трахеотомія можетъ доставить облегченіе, способствуя выдѣленію и откашливанію глубоко сидящихъ перепонокъ.

**Интубація** производится по геніальному способу O'Dwyer'a; при помощи особаго инструмента въ суженую гортань вводится черезъ ротъ бронзовая или збонитовая трубка (см. рис. 133). Пациентъ сидитъ при этомъ на рукахъ у матери или сидѣлки. Верхняя часть тѣла и руки плотно заворачиваются въ платокъ. Ротъ раскрывается при помощи какого-либо расширителя, лучше всего системы Witehead, который держится самъ собой. Голову ребенка нужно держать прямо вертикально и ни въ какомъ случаѣ не наклонять ее назадъ. Врачъ сидитъ на низкомъ стулѣ прямо передъ пациентомъ. Указательнымъ пальцемъ лѣвой руки онъ нащупываетъ надгортанникъ, черпаловидные хрящи и энергично оттягиваетъ впередъ надгортанникъ и языкъ. Интубаторъ, вооруженный трубкой съ привязанной къ ней нитью, берется плотно въ правый кулакъ, трубка вводится горизонтально въ глотку, слѣдуя точно по медиальной линіи между обоими рядами зубовъ (моментъ, изображенный на снимкѣ); затѣмъ головка трубки проводится по радиальной сторонѣ лѣваго указательнаго пальца до его загнутаго внизъ конца, причемъ ручка интубатора поднимается и принимаетъ горизонтальное положеніе. Когда конецъ трубки достигъ гортани, лѣвый указательный палецъ, не переставая оттягивать гортань кпереди, отодвигается нѣсколько въ локтевую сторону, по его лучевой сторонѣ трубка проталкивается внизъ и входитъ своимъ концомъ въ гортань. Вводить трубку лучше всего въ моментъ вдыханія, когда раскрывается голосовая щель. Можно на нѣсколько секундъ закрыть входъ въ гортань концомъ указательнаго пальца. Когда его удаляютъ, ребенокъ дѣлаетъ вдыханіе, и этимъ моментомъ пользуются, чтобы ввести трубку. Когда трубка введена въ гортань на одну треть, убѣждаются въ надлежащемъ ея положеніи путемъ ощупыванія гортани лѣвымъ указательнымъ пальцемъ: при этомъ трубка оказывается окруженной со всѣхъ сторонъ мясистымъ слоемъ. Послѣ этого интубаторъ удаляется, причемъ лѣвымъ указательнымъ пальцемъ надавливаютъ на головку трубки и вводятъ ее такимъ образомъ цѣликомъ глубоко въ гортань; при этомъ еще разъ убѣждаются, что головка ея окружена мясистыми частями. Вся манипуляція продолжается нѣсколько секундъ. Операция должна производиться осторожно безъ всякаго насилія. Когда



Рис. 133. Интубація гортани. Ротъ раскрытъ расширителемъ Witehead'a. На снимкѣ изображенъ моментъ, когда трубка горизонтально введена въ глотку по радиальной сторонѣ лѣваго указательнаго пальца, который оттягиваетъ гортань впередъ.

послѣ этого интубаторъ удаляется, причемъ лѣвымъ указательнымъ пальцемъ надавливаютъ на головку трубки и вводятъ ее такимъ образомъ цѣликомъ глубоко въ гортань; при этомъ еще разъ убѣждаются, что головка ея окружена мясистыми частями. Вся манипуляція продолжается нѣсколько секундъ. Операция должна производиться осторожно безъ всякаго насилія. Когда



трубка лежитъ правильно въ гортани, то это узнается по тому, что дыханіе и кашель принимаютъ своеобразный металлическій тонъ. У начинающихъ трубка попадаетъ часто въ пищеводъ (образовать ложный ходъ черезъ sinus pyloformis можно только при грубомъ насиліи); въ такомъ случаѣ трубку вытягиваютъ за нитку и черезъ нѣсколько минутъ производятъ интубацію снова.

Шелковая нитка, привязанная къ головкѣ трубки, выводится по лѣвому углу рта и прикрѣпается пластыремъ къ щекаѣ около уха. Въ случаѣ приступа удушья трубка можетъ быть удалена даже простой сидѣлкой потягиваніемъ за нитку. На другихъ методахъ интубаціи мы здѣсь останавливаться не можемъ (ср. Вóкау, Die Lehre von der Intubation, Leipzig 1908).

Чтобы ребенокъ не могъ самъ вытащить трубки, необходимо привязать ему руки къ кровати или надѣть ему плотные рукава. Затрудненіе глотанія, вызываемое трубкой, часто уменьшается на второй или третій день. Лучше всего давать пищу въ консистенціи жидкой каши.

Иногда спустя нѣсколько часовъ послѣ операціи трубка выкашливается, причѣмъ, однако, стенозъ уже не возвращается, а повторная интубація оказывается излишней. Если трубка остается лежать, а температура на слѣдующій день подъ вліяніемъ сыворотки падаетъ, то черезъ два дня удаляютъ трубку, чтобы посмотреть, нельзя ли обойтись безъ нея. При этомъ, какъ и при самопроизвольномъ выкашливаніи трубки, стенозъ нерѣдко усиливается; иногда уже черезъ полчаса, въ другихъ случаяхъ спустя нѣсколько часовъ, онъ можетъ даже внезапно принять угрожающіе размѣры; въ виду этого обстоятельства намъ кажется, что интубація менѣе примѣнима въ частной практикѣ, чѣмъ трахеотомія. Попытку удалить трубку можно въ случаѣ надобности повторять нѣсколько дней подъ рядъ. Въ большинствѣ случаевъ, гдѣ примѣняется сывороточное леченіе, окончательное удаленіе трубки становится возможнымъ на 3 или 4 день. Если же удаленіе оказывается въ это время еще невозможнымъ, то лучше всего на 5—7 день произвести трахеотомию. (Боли при глотаніи и темноватая пятна на трубкѣ указываютъ на образованіе пролежней; въ особенности нужно бояться пролежней при коревомъ крупѣ, притомъ одинаково, какъ послѣ интубаціи, такъ и послѣ трахеотоміи).

**Трахеотомія** и ея техника подробно описываются въ хирургическихъ руководствахъ. Трахеотомія значительно облегчается, если въ гортани находится трубка. Наркозъ въ случаѣ тяжелой асфиксіи излишенъ. Крико-трахеотомію нужно избѣгать въ виду неизбѣжнаго расстройства голоса, оставляемаго ею. При наличности зоба нужно предпочесть верхнюю трахеотомию, вообще же нужно производить нижнюю. Если съ пунктуальной точностью придерживаются средней линіи, если операторъ и ассистентъ захватываютъ мягкія части слѣва и справа совершенно симметрично по обѣимъ сторонамъ средней линіи, если послѣ тщательно произведеннаго разрѣза мягкія части отдѣляются затѣмъ тупымъ путемъ, то трахеотомія оказывается обыкновенно легкой операціей, при которой не приходится имѣть дѣло съ большими сосудами. На 4-й, самое раннее на 3-й, день дѣлаютъ первую попытку удалить канюлю. Не слѣдуетъ замѣнять обыкновенную канюлю окончатой (разговорной), такъ какъ послѣдняя вызываетъ образованіе грануляцій.

Лучшимъ средствомъ въ случаѣ затрудненій при удаленіи канюли является интубація, а лучшимъ средствомъ при трудности удаленія интубаціонной трубки является трахеотомія. (Подробности см. у v. Вóкау).

### Коклюшъ (Pertussis tussis convulsiva).

Коклюшъ представляетъ собой специфическую контагіозную болѣзнь, главные симптомы которой локали-

зуются въ дыхательныхъ органахъ и выражаются въ характерныхъ приступахъ кашля. Болѣе подробныя описанія этой болѣзни, распространенной по всему свѣту, впервые сдѣланы только въ 17 столѣтн.

**Возбудитель** коклюша былъ уже описанъ неоднократно различными авторами, но истиннымъ возбудителемъ можетъ съ большой долей вѣроятности считаться только бацилла, описанная недавно Bordet и Gengou. Эти авторы постоянно находили въ мокротѣ коклюшныхъ больныхъ своеобразную полиморфную бациллу, слабо красящуюся и въ особенности плохо воспринимающую краску въ центрѣ (см. рис. 134). Въ свѣжей мокротѣ эта бацилла находится въ громадномъ количествѣ, нерѣдко въ чистой культурѣ; въ случаяхъ же коклюша, продолжающихся уже долго, этихъ бациллъ оказывается уже немного, а въ мокротѣ преобладаютъ сапрофиты. Ни при какой другой болѣзни этой бациллы не находятъ. Сыворотка больныхъ, выздоравливающихъ послѣ коклюша, агглютинируетъ эту бациллу. Она быстро погибаетъ и не выдерживаетъ высокой температуры.

**Патологическая анатомія и патогенезъ.** Такъ какъ коклюшные больные умираютъ почти исключительно только отъ осложнений и вторичныхъ инфекцій, то очень рѣдко удается наблюдать патолого-анатомическія измѣненія, свойственныя чистому коклюшу; во всякомъ случаѣ эти измѣненія незначительны и помимо измѣненій крови выражаются еще только въ катарральномъ состояніи верхнихъ дыхательныхъ путей. Самую частую причину смерти, находимую почти во всѣхъ трупахъ, представляетъ бронхопнеймонія, но на нее слѣдуетъ смотрѣть, какъ на вторичную инфекцію. Причиной пароксизмовъ кашля является, по всей вѣроятности, тягучая стекловидная слизь, которая при прохожденіи черезъ голосовую щель раздражаетъ здѣсь наиболѣе чувствительный пунктъ, именно заднюю комиссуру.

**Распространеніе** коклюша происходитъ помощью мокроты почти исключительно прямымъ путемъ отъ человѣка къ человѣку, слѣдовательно, путемъ капельной инфекции. Секретъ верхнихъ дыхательныхъ путей при коклюшѣ чрезвычайно заразителенъ, такъ какъ иногда пребыванія въ теченіе нѣсколькихъ минутъ рядомъ съ коклюшнымъ больнымъ уже достаточно для зараженія. Эта заразительность коклюша вполне объясняется присутствіемъ въ мокротѣ свѣжихъ случаевъ громаднаго количества бациллъ Bordet-Gengou. Косвенная передача болѣзни черезъ здоровыхъ людей, черезъ платье и различные предметы, если и встрѣчается, то чрезвычайно рѣдко; тамъ, гдѣ предполагаютъ такой способъ передачі, въ большинствѣ случаевъ имѣется дѣло съ зараженіемъ отъ скрыто-протекающихъ случаевъ (у взрослыхъ и т. п.).

Заразительность коклюша начинается съ перваго катаррального періода, т. е. въ то время, когда можетъ пройти еще недѣля и больше прежде чѣмъ болѣзнь будетъ распознана; такъ какъ въ это время обыкновенно еще не думаютъ ни о какихъ мѣрахъ предосторожности, то зараженіе чаще всего и происходитъ въ этомъ періодѣ. Въ катарральномъ періодѣ заразительность отличается наибольшей силой, но она не исчезаетъ и въ конвульсивномъ періодѣ, хотя въ теченіе его замѣтно

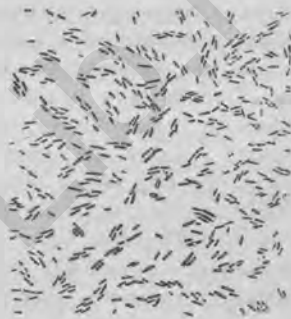


Рис. 134. Коклюшная бацилла (Bordet-Gengou) по препарату проф. С. Fraenkel'я въ Галле.

уже ослабѣваетъ: *in stadio decrementi* она либо вовсе исчезаетъ, либо очень незначительна. На практикѣ, однако, лучше считать, что болѣзнь заразительна до тѣхъ поръ, пока у нихъ есть кашель.

Временами случаи коклюша учащаются и принимаютъ характеръ эпидемій, которыя отличаются особенной силой въ небольшихъ поселеніяхъ; напротивъ, въ большихъ городахъ, гдѣ у многихъ существуетъ уже иммунитетъ къ коклюшу, онъ рѣдко усиливается до значительныхъ размѣровъ.

Предрасположеніе къ коклюшу очень велико, такъ что при возможности зараженія большая часть дѣтей, не перенесшихъ коклюша, заболѣваетъ имъ.

Ни одинъ возрастъ не гарантированъ отъ зараженія. Наибольшее число случаевъ коклюша встрѣчается въ возрастѣ 1—3 лѣтъ. Но грудныя дѣти очень часто заболѣваютъ коклюшемъ чаще, чѣмъ какой-либо другой инфекціонной болѣзью (см. рис. 102 на стр. 533). Многія дѣти заболѣваютъ уже въ первые мѣсяцы жизни, иногда и въ первыя недѣли. Сообщаютъ даже о случаяхъ врожденнаго коклюша, когда ребенокъ, родившійся отъ больной коклюшемъ матери, уже въ первый день жизни начинаетъ кашлять характерными коклюшными приступами. Повидимому нужно допустить, что на 1-мъ году жизни предрасположеніе къ коклюшу столь же велико, какъ и въ позднѣйшемъ возрастѣ. Если же дѣти до года рѣже заболѣваютъ, чѣмъ дѣти 2—3 лѣтъ, то это легко объясняется меньшей опасностью зараженія, которой подвержены такія дѣти, вслѣдствіе большей изоляціи грудныхъ дѣтей и вслѣдствіе того, что первыя дѣти въ семьѣ, въ теченіе перваго года жизни не имѣютъ источника зараженія въ другихъ дѣтяхъ.

Однократное перенесеніе болѣзни оставляетъ послѣ себя сильный иммунитетъ, такъ что повторное заболѣваніе коклюшемъ принадлежитъ къ рѣдкостямъ. Чаще всего повторное заболѣваніе наблюдается у взрослыхъ, перенесшихъ коклюшъ въ дѣтствѣ, если они приходятъ въ тѣсное соприкосновеніе съ больными дѣтьми (матери, сидѣлки, бабушки). Женскій полъ обнаруживаетъ большое предрасположеніе къ болѣзни во всѣхъ возрастахъ, въ томъ числѣ и въ первые годы жизни. Причина этого явленія еще не выяснена.

Конституція организма вліяетъ на характеръ болѣзни въ томъ смыслѣ, что у нервныхъ, невропатическихъ и спазмофильныхъ индивидуумовъ приступы кашля достигаютъ нерѣдко большой силы, а сама болѣзнь длится дольше.

Въ холодное и сырое время года чувствительность дыхательныхъ путей увеличивается, вслѣдствіе чего и коклюшъ встрѣчается чаще.

Картина болѣзни въ общемъ довольно однообразна; варьируетъ главнымъ образомъ только интенсивность заболѣванія. Въ основу дальнѣйшаго изложенія мы возьмемъ случай средней силы.

Инкубационный періодъ имѣетъ различную продолжительность. Въ среднемъ онъ равняется 1 недѣлѣ, но можетъ длиться  $\frac{1}{2}$  недѣли и 2 недѣли. Если ребенокъ, имѣвшій возможность заразиться, не обнаруживаетъ никакихъ симптомовъ заболѣванія въ теченіе 2 недѣль, то можно считать, что зараженія не произошло.

Издавна въ теченіи коклюша различаютъ три стадіи—*stadium catarrhale*, *stadium convulsivum* и *stadium decrementi*.

**Stadium catarrhale** начинается легкимъ насморкомъ, кашлемъ, иногда незначительной охриплостью и покраснѣніемъ конъюнктивъ. При на-

личности предрасположенія можетъ развиваться приступъ ложнаго крупа. Эти явленія тянутся 1—2 недѣли, рѣже  $\frac{1}{2}$  недѣли или 4 недѣли. Въ первые дни, нерѣдко еще до появленія ясныхъ катарральныхъ симптомовъ, наблюдается иногда легкое повышение температуры. Вначалѣ болѣзнь ничѣмъ не отличается отъ обыкновеннаго катарра, подозрѣніе на коклюшъ возникаетъ лишь въ томъ случаѣ, если извѣстенъ источникъ зараженія. Отдѣльные случаи такъ и не выходятъ изъ катаррального періода и оканчиваются выздоровленіемъ, не будучи распознаны. Въ большинствѣ случаевъ, однако, обращаетъ на себя вниманіе то обстоятельство, что кашель усиливается, несмотря на отсутствіе бронхитическихъ хриповъ, а главное—что обычныя средства противъ кашля оказываются безрезультатными, что кашель появляется по ночамъ и постепенно начинаетъ повторяться черезъ правильные промежутки времени.

Такимъ образомъ незамѣтно совершается переходъ въ стадій кашлевыхъ приступовъ (*stadium convulsivum*). Кашель начинаетъ появляться рѣже, но черезъ правильные промежутки времена, всегда также и ночью, принимаетъ рѣзкій, напряженный характеръ и болѣе или менѣе быстро превращается въ типичные приступы, доступные распознаванію даже профана.

Приступу коклюшнаго кашля предшествуетъ часто безпокойство и недомоганіе. Ребенокъ вдругъ начинаетъ чувствовать щекотаніе въ горлѣ, давленіе въ груди или чувство страха, бросается къ матери или хватается руками за стулъ или столъ. У нѣкоторыхъ дѣтей приступу предшествуетъ рвота. Затѣмъ послѣ глубокаго вдыханія быстро *staccato* слѣдуетъ другъ за другомъ рядъ кашлевыхъ толчковъ, между которыми ребенокъ не въ состояніи сдѣлать вдыханія. Лицо становится краснымъ, на конъюнктивахъ появляется инъекція, языкъ высовывается изъ раскрытаго рта. За кашлевыми толчками слѣдуетъ сильное свистящее вдыханіе, вызванное тѣмъ, что воздухъ съ силой втягивается черезъ судорожно суженную голосовую щель. Однако такимъ, какъ его называютъ, „*tergise*“ приступъ еще не заканчивается, на что указываетъ продолжающееся безпокойство ребенка. Снова наступаетъ рядъ кашлевыхъ толчковъ съ послѣдующимъ свистящимъ вдыханіемъ. Все это повторяется нѣсколько разъ, причѣмъ губы и языкъ становятся все болѣе и болѣе ціанотичными, въ тяжелыхъ случаяхъ даже синими и начинаетъ казаться, что ребенку угрожаетъ удушеніе. Приступъ оканчивается въ большинствѣ случаевъ тѣмъ, что ребенокъ выкашливаетъ густую стекловидную слизь, которую онъ съ трудомъ высвобождаетъ изо рта; у маленькихъ дѣтей она остается въ зѣвѣ. Если приступы уже достигли значительной силы, то въ концѣ ихъ наступаетъ часто рвота пищей. По окончаніи приступа—даже и очень тяжелаго—крѣпкія дѣти чувствуютъ себя сразу снова веселыми и продолжаютъ прерванную игру, слабыя и маленькія дѣти остаются лежать въ поту и изнеможеніи, оправляясь только спустя болѣе продолжительное время.

Количество и сила приступовъ колеблется въ широкихъ предѣлахъ и достигаютъ максимума въ теченіе судорожнаго періода, который въ среднемъ продолжается 3—6 недѣль. Въ однихъ случаяхъ бываетъ въ сутки только 5—10 приступовъ, въ другихъ—30, 50 и болѣе. Точно также не одинаковы и отдѣльные приступы: они могутъ заключать въ себѣ 2—5 репризовъ, а иногда 10—30.

Въ видѣ исключенія наблюдается вмѣсто приступа кашля судорожное чиханіе.

Въ легкихъ при неосложненномъ коклюшѣ находятъ нормальныя аускультативныя явленія или только разсѣянные, болѣе или менѣе грубыя хрипы, исчезающіе на нѣкоторое время послѣ каждаго приступа. Часто, однако, въ судорожномъ періодѣ развивается вздутіе легкихъ, которое у грудныхъ дѣтей достигаетъ иногда значительныхъ размѣровъ. Сердце въ тяжелыхъ случаяхъ обнаруживаетъ расширение праваго желудочка; пульсъ въ большинствѣ случаевъ учащенъ. На высотѣ болѣзни часто наблюдается отечность лица (см. ниже). Лихорадка всегда указываетъ на какое-либо осложненіе.

Достигнувъ извѣстной высоты, коклюшъ остается въ одинаковой силѣ въ теченіе нѣсколькихъ дней или недѣль, а затѣмъ быстро начинаетъ ослабѣвать (*stadium decrementi*). Приступы становятся рѣже, сохраняя, однако, въ началѣ прежнюю силу, но затѣмъ ихъ интенсивность уменьшается, рвота исчезаетъ, такъ что къ концу болѣзни кашель появляется уже рѣже и не имѣетъ коклюшнаго характера. Такой простой катаральный кашель можетъ держаться еще нѣкоторое время.

Продолжительность всей болѣзни при отсутствіи осложненій равняется въ случаяхъ средней силы отъ 4 до 10 недѣль. Даже при благопріятномъ теченіи дѣти обыкновенно значительно худѣютъ. Но выздоровленіе идетъ обыкновенно очень быстро, если только нѣтъ какихъ-либо осложненийъ со стороны легкихъ, которыя, кстати сказать, значительно благопріятствуютъ развитію туберкулеза. Если въ *stadium decrementi* появляется бронхитъ, то это обыкновенно ведетъ къ рецидиву, къ возобновленію сильныхъ и частыхъ приступовъ; съ исчезновеніемъ бронхита исчезаютъ быстро и эти приступы. Послѣ полного излеченія коклюша въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, даже мѣсяцевъ всякій кашель, вызванный бронхитомъ, принимаетъ легко характеръ коклюшнаго, какъ бы находя въ этомъ направленіи проторенную дорогу.

#### Отклоненія отъ нормальнаго теченія.

Иногда коклюшъ длится всего 2—3 недѣли, причемъ приступы бываютъ рѣдко и не имѣютъ типичнаго характера. Въ другихъ случаяхъ существуетъ въ теченіе многихъ недѣль „напряженный“ кашель, не принимающій ясно-выраженнаго коклюшнаго характера. Распознаваніе такихъ легкихъ формъ \*) возможно лишь въ томъ случаѣ, если одновременно среди окружающихъ больного наблюдаются ясные случаи коклюша. Такіе скрытые случаи коклюша встрѣчаются довольно часто у взрослыхъ и удѣтей старшаго возраста и въ значительной степени содѣйствуютъ распространенію болѣзни.

Въ противоположность такимъ случаямъ встрѣчаются, къ счастью, рѣдко—случаи чрезвычайно тяжелаго коклюша \*\*). Такіе случаи зависятъ либо отъ необычной вирулентности инфекціи, либо отъ повышеннаго предрасположенія со стороны больного. Вначалѣ наблюдается порядочная лихорадка, даже до 39°. Общее состояніе рѣзко нарушено вслѣдствіе безпокойства и безсонницы. Пульсъ учащенъ. Очень скоро приступы становятся частыми и сильными, появляется одышка и рвота. У маленькихъ дѣтей такое состояніе можетъ очень скоро безъ всякихъ осложненийъ вести къ смерти.

У очень маленькихъ грудныхъ дѣтей коклюшъ имѣетъ нѣсколько своеобразный характеръ. Здѣсь наблюдаются приступы силь-

\*) Coqueluchette.

\*\*\*) Hypercoqueluche H. Roуег.

наго кашля, сопровождающіеся ціанозомъ, иногда даже угрожающіе остановкой дыханія, разстройствомъ сознанія, эклампсическими припадками и общимъ изнеможеніемъ, но свистящаго вдыханія въ концѣ припадка здѣсь не бываетъ. Припадокъ заканчивается стономъ и выдѣленіемъ слизи. Рвота же встрѣчается сравнительно рѣдко. Вслѣдствіе этихъ особенностей діагнозъ коклюша въ первые мѣсяцы жизни ставится нерѣдко довольно поздно.

### Отдѣльные симптомы и осложненія.

Общее состояніе въ обыкновенныхъ случаяхъ не подвергается существенному разстройству: часто, однако, обращаетъ на себя вниманіе раздражительное и злое настроеніе духа.

Лихорадка, за исключеніемъ первыхъ дней, почти всегда указываетъ на какое-либо осложненіе, которое прежде всего нужно искать въ дыхательномъ аппаратѣ. Впрочемъ, въ отдѣльныхъ случаяхъ и неосложненный коклюшъ можетъ, повидимому, сопровождаться незначительной лихорадкой въ теченіе болѣе или менѣе долгаго времени. Осложненія почти всегда развиваются въ судорожномъ періодѣ.

Цѣлый рядъ явленій нужно разсматривать какъ слѣдствіе сильныхъ кашлевыхъ приступовъ и вызываемаго ими венознаго застоя.

Послѣ продолжительнаго существованія тяжелыхъ приступовъ развивается расширеніе праваго желудочка, которое можетъ быть определено перкуссіей; впрочемъ, часто оно остается скрытымъ благодаря расширеннымъ легкимъ. Длительное учащеніе пульса въ тяжелыхъ случаяхъ можетъ зависѣть какъ отъ переутомленія сердца, такъ—до извѣстной степени—и отъ дѣйствія токсина. Настоящее заболѣваніе міокарда, равно какъ эндо- и перикарда встрѣчаются рѣдко.

Долго продолжающійся застой крови въ легкихъ вызываетъ появленіе акцента на второмъ легочномъ тонѣ \*). Внезапная смерть отъ паралича сердца наблюдается рѣдко.

Въ крови происходитъ увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ до 20 тысячъ и болѣе. Въ большинствѣ случаевъ преобладаютъ лимфоциты.

Во время сильныхъ приступовъ, вслѣдствіе застоя крови въ шейныхъ венахъ появляется застойная гиперемія конъюнктивъ и отекъ вѣкъ; позднѣе отекъ распространяется на все лицо и, если приступы повторяются часто, онъ не исчезаетъ и въ промежутки между ними. Поэтому-то у коклюшныхъ больныхъ наблюдается одутловатость лица, которая всего яснѣе выражена на глазахъ. Одновременно припухаетъ и щитовидная железа.

Во время приступовъ высунутый языкъ трется своей уздечкой о средніе нижніе рѣзцы, вслѣдствіе чего часто образуется поперечная, съ бѣловатымъ налетомъ язвочка на уздечкѣ языка (*ulcus frenuli linguae*, рис. 135). Хотя такая язвочка можетъ образоваться и при всякомъ другомъ кашлѣ, при случаѣ и безъ него, однако, она особенно часто встрѣчается при коклюшѣ, особенно у дѣтей, у которыхъ

\*) Не слѣдуетъ, впрочемъ, забывать той физиологической особенности, въ силу которой преобладаніе праваго сердца надъ лѣвымъ обуславливаетъ болѣе сильный второй тонъ въ совершенно нормальныхъ условіяхъ впредь до времени повышенной энергіи лѣваго сердца, т. е. до перваго школьнаго возраста, даже до втораго.

имѣются только два среднихъ нижнихъ рѣзца, такъ какъ треніе уздечки всего сильнѣе объ эти зубы.

Вслѣдствіе сильнаго напряженія брюшнаго пресса образуется часто—при наличности соответствующаго предрасположенія—паховая грыжа или выпаденіе прямой кишки; очень сильныя приступы кашля сопровождаются иногда непроизвольнымъ отдѣленіемъ мочи и кала.

Сильный венозный застой при нѣжныхъ (или поврежденныхъ коклюшнымъ токсиномъ?) стѣнкахъ кровеносныхъ сосудовъ ведетъ нерѣдко къ разрыву капилляровъ и мелкихъ венъ, слѣдовательно къ кровоизліяніямъ. Чаще всего наблюдаются носовыя кровотеченія, которыя только въ рѣдкихъ случаяхъ принимаютъ угрожающіе размѣры; затѣмъ иногда появляется примѣсь крови къ мокротѣ, идущей изъ зѣва или бронховъ. Сравнительно часто образуются кровяные экстрavasаты въ формѣ полумѣсяца на conjunctiva bulbi около роговицы, рѣже на вѣкахъ или на другихъ мѣстахъ кожи.

Самыя частыя и опасныя осложненія локализируются въ дыхательныхъ путяхъ. Являются ли крупнопузырчатые хрипы въ бронхахъ однимъ изъ симптомовъ нормальнаго коклюша, или, какъ я думаю, на нихъ нужно смотрѣть, какъ на осложненіе,—этотъ вопросъ остается пока открытымъ. То обстоятельство, что у очень многихъ здоровыхъ дѣтей за все теченіе коклюша не наблюдается никакихъ катарральныхъ шумовъ въ легкихъ, и что хрипы свойственны только слабымъ рахитическимъ дѣтямъ, говорить въ пользу послѣдняго предположенія. До тѣхъ поръ, пока выслушиваются только отдѣльные крупнопузырчатые хрипы, не вліяющіе на дыханіе и не вызывающіе лихорадки, они не причиняютъ никакого вреда, но все-таки заставляютъ быть насторожѣ, такъ какъ у маленькихъ, слабыхъ дѣтей часто бывають предвѣстниками тяжелаго бронхита или бронхонеймоніи, ведущей нерѣдко къ смерти. При появленіи болѣе или менѣе сильнаго бронхита мокрота изъ стекловидной превращается въ желтовато-зеленоватую, въ промежуткахъ между типичными приступами коклюшнаго кашля начинается время отъ времени появляться обыкновенный катарральный кашель. У дѣтей старше 3—4 лѣтъ бронхитъ часто проходить безъ особыхъ послѣдствій, если не считать удлиненія теченія болѣзни. Иногда наблюдается катарральное или гнойное воспаленіе средняго уха, сопровождаемое насморкомъ и бронхитомъ; обыкновенно этотъ отитъ носить доброкачественный характеръ.

У маленькихъ дѣтей, въ особенности у рахитиковъ и истощенныхъ, бронхитъ обнаруживаетъ сильную склонность превращаться въ бронхонеймонію. Начало бронхонеймоніи очень часто выражается въ появленіи разсѣянныхъ гнѣздъ, остающихся нерѣдко незамѣченными. Диагнозъ ставится чаще на основаніи высокой ремиттирующей лихорадки, чѣмъ на основаніи появленія тупости. Во время бронхонеймоніи (равно какъ и случайнаго осложненія крупозной пнеймоніей) кашлевые приступы часто теряютъ свой характеръ, становятся короче, инспираторный свистъ ослабѣваетъ и исчезаетъ, что не мѣшаетъ ціанозу оставаться столь же рѣзкимъ, какъ и раньше. По прекращеніи пнеймоніи приступы снова принимаютъ свой прежній характеръ. Въ рѣдкихъ случаяхъ развивается капиллярный бронхитъ.

При одновременномъ заболѣваніи корью и коклюшемъ особенно легко развивается быстро прогрессирующая, чрезвычайно опасная бронхонеймонія. Тяжелыя измѣненія со стороны легкихъ благопріятствуютъ появленію судорогъ.

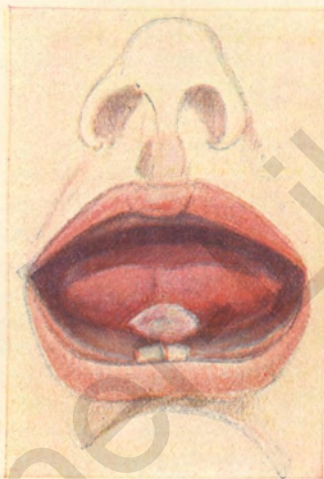


Рис. 135. Язва уздечки языка при коклюшѣ. (Гейдельбергская дѣтская клиника, проф. Феег).



Бронхонеймонія при коклюшѣ легко принимаетъ затяжной характеръ и упорно противостоитъ леченію до тѣхъ поръ, пока не прекратились сильные приступы. Возбудителями воспаленія бываютъ, въ большинствѣ случаевъ, стрептококки и пнеймококки; послѣдніе даютъ болѣе доброкачественное теченіе.

Какъ уже упомянуто, коклюшъ ведетъ часто къ расширенію легкихъ, которое выражается растяженіемъ грудной клѣтки и низкимъ стояніемъ легочнаго края справа и спереди. Повышенное экспираторное давленіе ведетъ къ разлитой бронхіэктази, которая не даетъ никакихъ клиническихъ явленій, составляя лишь частую находку на вскрытіяхъ. Только въ рѣдкихъ случаяхъ развивается послѣ коклюша самостоятельная бронхіэктазія; точно также очень рѣдко остается послѣ коклюша стойкая эмфизема, главнымъ образомъ тамъ, гдѣ существуетъ еще астматическая конституція. Сильные приступы кашля могутъ вести къ разрыву альвеолъ, къ каковому, въ исключительныхъ случаяхъ, можетъ присоединиться интерстиціальная эмфизема въ средостѣнни и даже въ кожѣ, что обусловливаетъ сильную одышку и даже смерть.

Затяжная форма бронхонеймоніи представляетъ большое сходство съ туберкулезной бронхонеймоніей. Дифференціальный діагнозъ здѣсь тѣмъ труднѣе, что при коклюшѣ скрытый инактивный туберкулезъ легко превращается въ активный, преимущественно въ формѣ туберкулеза бронхіальныхъ железъ или исходящей изъ корня легкихъ бронхонеймоніи. Если у ребенка съ инактивнымъ туберкулезомъ (положительная кожная реакція) во время коклюша или послѣ него замѣчается исхуданіе, анемія и неправильная лихорадка безъ ясныхъ измѣненій въ легкихъ, то нужно всегда имѣть въ виду возможность развитія активного туберкулеза. У старшихъ дѣтей, у которыхъ простая бронхонеймонія встрѣчается рѣдко, катарральныя явленія въ легкихъ скорѣе всего указываютъ на туберкулезъ, въ противоположность тому, что мы наблюдаемъ въ первые годы жизни, когда чрезвычайно часты бронхонеймоніи. У маленькихъ дѣтей исключить туберкулезъ часто помогаетъ отрицательная туберкулиновая реакція.

Рядомъ съ дыхательными органами сильно страдаетъ при коклюшѣ нервная система.

Состояніе нервной системы оказываетъ значительное вліяніе на характеръ коклюша. У нервныхъ и невропатическихъ индивидуумовъ приступы бываютъ сильнѣе и чаще, чѣмъ у здоровыхъ. Возбужденіе и боль легко вызываютъ приступъ; если въ комнатѣ, гдѣ имѣется нѣсколько коклюшныхъ больныхъ, у одного ребенка начинается приступъ, то часто и всѣ остальные дѣти начинаютъ хоромъ кашлять. Старшимъ дѣтямъ иногда удается силой воли подавить приступъ, то же удается иногда сдѣлать при помощи угрозъ (извѣстно, что одна генеральша лечила коклюшъ своихъ дѣтей, держа розгу въ рукахъ). Страхъ и беспокойство у окружающихъ ухудшаетъ приступы, напротивъ, спокойное и ровное поведеніе облегчаетъ ихъ. Было бы, однако, опаснымъ игнорированіемъ фактовъ, если бы мы видѣли въ нервности что-либо большее, чѣмъ благопріятствующій моментъ, и вздумали считать коклюшъ нервнымъ заболѣваніемъ или невропатической реакціей на различныя катарральныя инфекціи дыхательныхъ органовъ.

У маленькихъ дѣтей судорога голосовой щели, которая вы-

зываетъ инспираторный свистъ въ концѣ приступа, бываетъ нерѣдко очень сильной и ведетъ къ длительному закрытію голосовой щели, остановкѣ дыханія, рѣзкому ціанозу и потерѣ сознания. Часто къ судорогѣ голосовой щели присоединяются легкія подергиванія въ лицѣ или общія эклампсическія судороги, сопровождающіяся потерей сознания и дліящаяся одну или нѣсколько минутъ. У маленькихъ дѣтей иногда каждый коклюшный приступъ заканчивается такимъ тяжелымъ спазмомъ гортани и общими судорогами. Судороги могутъ приобрѣтать самостоятельный характеръ, появляясь въ промежуткахъ между приступами. По большей части къ спазму голосовой щели и эклампси обнаруживаютъ наклонность дѣти съ явленіями спазмофилии: при этомъ судороги бываютъ очень интенсивны и часто угрожаютъ жизни, такъ что при существованіи спазмофильнаго діатеза нужно съ самаго начала коклюша ставить очень серьезное предсказаніе. У грудныхъ дѣтей во время тяжелаго эклампсическаго приступа можетъ наступить внезапная смерть. Нѣкоторые авторы утверждаютъ, что эклампсическія судороги всегда свидѣтельствуютъ о существованіи указанной конституціонной аномалии. Я не могу съ этимъ согласиться. Нужно допустить, что извѣстную роль играетъ здѣсь раздраженіе мозга венознымъ застоємъ, нерѣдко и болѣе глубокія органическія измѣненія въ мозгу. Neurath и др. нашли, что при тяжеломъ коклюшѣ существуетъ часто отечность, даже настоящая инфильтрація *riae matris*. Иногда наблюдаются даже тяжелыя мозговыя явленія, указывающія на органическое поражение мозга: внезапныя гемиплегіи, появляющіяся иногда послѣ тяжелаго приступа и только отчасти зависящія отъ мозгового кровоизліянія, далѣе центральная слѣпота, глухота, вялые параличи, слабоуміе, психозы, парестезіи; къ счастью, всѣ эти расстройства встрѣчаются очень рѣдко и въ большинствѣ случаевъ имѣютъ преходящій характеръ \*).

Кожа рѣдко подвергается измѣненіямъ при коклюшѣ, если не считать уже упомянутыхъ выше отековъ и кровоизліяній. Эритема не относится къ числу обычныхъ явленій при коклюшѣ.

Пищеварительный аппаратъ во многихъ случаяхъ страдаетъ очень мало. Впрочемъ, рвота въ концѣ приступовъ составляетъ чрезвычайно частое явленіе, причѣмъ у нервныхъ субъектовъ сна можетъ сдѣлаться очень упорной и вести къ крайнему истощенію, въ особенности, если одновременно исчезаетъ аппетитъ. Поносы наблюдаются рѣдко. У дѣтей на 1-мъ и 2-мъ году жизни они довольно опасны, такъ какъ могутъ въ значительной степени разстроить питаніе.

Припуханіе печени является иногда слѣдствіемъ сильнаго застоя крови; въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдается увеличеніе селезенки

Въ отдѣльныхъ случаяхъ, отличающихся особенной тяжестью, можетъ появиться альбуминурія, но настоящій нефритъ принадлежитъ къ самымъ рѣдкимъ исключеніямъ.

**Распознаваніе коклюша** въ выраженныхъ случаяхъ легко; если врачъ

\*) Въ трехъ нашихъ случаяхъ, описанныхъ на страницахъ «Медицинскаго Обзорнія» (1889, № 21), ограниченность локализациі процесса выступала особенно рѣзко: въ первомъ наблюденіи—душевная слѣпота, во второмъ—сильная боль головы съ потерей памяти относительно названій предметовъ, въ третьемъ—параличъ правой верхней конечности. Дѣти выздоровѣли сравнительно скоро; отъ бывшихъ расстройствъ не осталось и слѣда.

присутствуетъ при приступѣ, діагнозъ ставится съ полной увѣренностью. Въ особенности облегчается діагнозъ, если одновременно поражается нѣсколько дѣтей въ одной и той же семьѣ. Въ случаѣ надобности можно искусственно вызвать приступъ, если только незадолго передъ тѣмъ уже не было такового. Проще всего можно его вызвать, если ввести въ ротъ шпатель, сильно придавивъ имъ языкъ; при недостаточности названнаго приема часто помогаетъ одновременное прижатіе гортани или трахеи снаружи.

Если врачу не пришлось наблюдать приступъ, то онъ можетъ все-таки часто ставить съ увѣренностью діагнозъ на основаніи анамнеза: періодическіе приступы кашля, появляющіеся также и ночью, заканчивающіеся „свистомъ“, выдѣленіемъ мокроты или тягучей слизи, нерѣдко рвотой. При всякомъ другомъ кашлѣ дѣти до 8—10 лѣтъ обыкновенно не откашливаютъ мокроты, такъ что разъ у ребенка въ этомъ возрастѣ появляется кашель съ мокротой, то это уже подозрительно въ отношеніи коклюша. Появленіе приступовъ черезъ правильные промежутки, въ томъ числѣ и ночью, затѣмъ отсутствіе объективныхъ измѣненій со стороны легкихъ при наличности интенсивнаго кашля—говорятъ также въ пользу коклюша. Часто помогаетъ распознаванію отекъ лица, *ulcus frenuli linguae*, кровоизліянія въ глазу и т. д. Очень труденъ, даже невозможенъ діагнозъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется только кашель безъ ясныхъ приступовъ, а также въ катаральномъ періодѣ, когда еще нѣтъ вполне выраженныхъ приступовъ. Если не извѣстенъ источникъ зараженія и нѣтъ среди окружающихъ коклюша, то діагнозъ долженъ на время остаться *in suspensio*.

Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи нужно имѣть въ виду нѣкоторыя болѣзни верхнихъ дыхательныхъ путей, туберкулезъ бронхіальныхъ железъ и истерію. Аденоидныя разращенія и острый катарръ зѣва вызываютъ часто сильный кашель, появляющійся также и по ночамъ, если стекающій по глоткѣ секретъ обладаетъ раздражающими свойствами. Но кашель наступаетъ здѣсь слишкомъ часто и безъ правильной періодичности, не имѣетъ склонности къ прогрессированію и не развивается въ типичные приступы. Нѣкоторыя формы гриппа вызываютъ сильный и продолжительный натужный кашель, иногда со рвотой. Но появленіе сильныхъ приступовъ кашля съ самаго начала болѣзни, лихорадка, хрипы, наконецъ, частота приступовъ—говорятъ противъ коклюша. Наибольшее сходство съ коклюшемъ представляетъ кашель при туберкулезѣ бронхіальныхъ железъ. Кашель принимаетъ здѣсь часто судорожный характеръ; вслѣдствіе давленія увеличенныхъ железъ на блуждающій нервъ кашель оканчивается иногда выдѣленіемъ слизистой мокроты или рвотой. Но въ большинствѣ случаевъ здѣсь не бываетъ свистающаго вдыханія, кашель можетъ длиться много мѣсяцевъ безъ тѣхъ періодическихъ измѣненій интенсивности, которыя свойственны коклюшу. При этомъ существуютъ другіе признаки, которые указываютъ на основное страданіе: неправильная лихорадка, исхуданіе, притупленіе въ межлопаточной области или, по крайней мѣрѣ, характерное притупленіе на рентгеновскомъ снимкѣ. Имитаціонный неврозъ на истерической почвѣ встрѣчается только у дѣтей старшаго возраста и то лишь въ видѣ исключенія. Для діагноза обыкновенно достаточно знать, что по ночамъ кашля не бываетъ.

**Предсказаніе** главнымъ образомъ опредѣляется возрастомъ больного. Въ возрастѣ послѣ 3—4 лѣтъ оно въ большинствѣ случаевъ благо-

пріятно, въ младшемъ возрастѣ нужно считаться съ возможностью бронхонеймоніи и тѣмъ больше, чѣмъ моложе ребенокъ. Однако, очень маленькія грудныя дѣти часто переносятъ коклюшъ удивительно хорошо, такъ что наибольшая смертность приходится на возрастъ между  $\frac{1}{2}$  и 2 годами, т. е. на тотъ возрастъ, когда чаще всего встрѣчается рахитъ и спазмофилія; эти болѣзни угрожаютъ жизни больного благодаря возможности присоединенія съ одной стороны тяжелаго бронхита и бронхонеймоніи, съ другой—сильнаго спазма голосовой щели и эклампсическихъ приступовъ.

Далѣе, большую опасность коклюшъ представляетъ для грудныхъ дѣтей съ расстройствомъ питанія, атрофическихъ и туберкулезныхъ. Въ значительной степени предсказаніе зависитъ отъ обстановки больного и отъ качества ухода. Часто послѣ коклюша остается на много мѣсяцевъ бронхитъ или склонность къ таковому. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ меня поражаело улучшение здоровья, которое наблюдалось послѣ перенесеннаго коклюша.

Въ профилактическомъ отношеніи чрезвычайно важно предохранить отъ коклюша дѣтей моложе 3—4 лѣтъ. Въ состоятельныхъ семьяхъ, гдѣ имѣется хорошей надзоръ за дѣтьми, эта задача не представляетъ очень большихъ трудностей, такъ какъ коклюшъ переносится почти исключительно прямымъ путемъ. Дѣти, страдающія коклюшемъ или подозрительныя въ этомъ отношеніи, равно какъ и ихъ братья и сестры должны быть строго отдѣлены отъ другихъ дѣтей. Въ особенности важно держать ихъ вдали отъ яслей, дѣтскихъ садовъ и проч. Во время эпидемій нужно остерегаться каждаго ребенка, у котораго имѣется насморкъ или кашель. Если въ семьѣ появился случай коклюша, то изоляція другихъ дѣтей обыкновенно уже бесполезна. Послѣ изоляціи здоровыхъ дѣтей возможность заболѣванія ихъ существуетъ еще въ теченіе 14 дней; только въ томъ случаѣ, если по прошествіи этого срока у нихъ не оказывается никакого кашля и никакихъ катарральныхъ симптомовъ, можно ихъ пустить къ другимъ дѣтямъ. Коклюшнымъ дѣтямъ должно быть воспрещено пользованіе дѣтскими площадками, дорожками для гуляній и проч. Собщеніе съ другими дѣтьми разрѣшается коклюшнымъ больнымъ только по прекращеніи кашля; учащимся дѣтямъ разрѣшается посѣщеніе школы по прошествіи 3 мѣсяцевъ, хотя бы кашель еще продолжался.

Мокроту и рвотныя массы нужно немедленно удалять и дезинфицировать 3%-мъ лизоломъ. Такъ какъ возбудители коклюша внѣ человѣческаго организма быстро погибаютъ, то дезинфекція помѣщеній излишня.

**Леченіе.** Пока мы не имѣемъ въ своемъ распоряженіи специфическаго средства, главное вниманіе должно быть обращено на гигиеническія мѣры. На первомъ планѣ нужно поставить чистый воздухъ. Нелихорадящіе больные должны возможно больше времени оставаться на воздухѣ, въ садахъ, въ бесѣдкахъ, въ лѣсу и т. п.; старшія дѣти могутъ оставаться при этомъ на ногахъ, маленькихъ дѣтей нужно возить или носить на рукахъ. На воздухѣ приступы становятся рѣже и слабѣе. Однако, въ дурную, холодную погоду лучше оставлять дѣтей дома; при этомъ нужно заботиться о снабженіи помѣщенія больного свѣжимъ воздухомъ путемъ частаго провѣтриванія или топки, если можно, пользуясь для означенной цѣли двумя комнатами. Въ зимнее время года нужно заботиться объ увлажненіи воздуха. Лихорадящихъ больныхъ надо оставлять въ постели, но въ хорошую погоду ихъ можно помѣщать на верандахъ или возить по саду.

Что касается переменны мѣста, къ которой многіе любятъ прибѣгать, то польза ея слишкомъ переоцѣнивается; существенное значеніе она имѣетъ тамъ, гдѣ это есть переменна къ лучшему, напр., зимой переселеніе въ болѣе теплый климатъ, лѣтомъ—въ свободную отъ пыли лѣсную мѣстность и т. д.

Въ отношеніи питанія нужно считаться съ раздражительностью слизистыхъ оболочекъ. Острой, грубой пищи, вызывающей кашель, нужно избѣгать. Если имѣется рвота, то лучше всего давать пищу часто, небольшими количествами, черезъ короткое время послѣ рвоты; предпочитаютъ хорошо смѣшанную, кашицеобразную пищу.

При частыхъ приступахъ, если даже не имѣется бронхитическихъ хриповъ, оказываетъ нерѣдко успокаивающее дѣйствіе обертываніе грудной клѣтки влажнымъ компрессомъ, сперва теплымъ, а позже—комнатной температуры (на 2—3 часа, вечеромъ).

Лекарственныхъ средствъ противъ коклюша имѣется легіонъ, что лучше всего свидѣтельствуеетъ объ отсутствіи вѣрнаго средства. Къ тому же случаи коклюша протекаютъ настолько различно, что трудно составить сужденіе о дѣйствіи того или иного лекарства. Тѣмъ не менѣе мы имѣемъ въ своемъ распоряженіи цѣлый рядъ средствъ, которыя оказываютъ извѣстное, отнюдь не одно только психическое дѣйствіе. При оцѣнкѣ этихъ средствъ нужно помнить, что въ началѣ судорожнаго періода коклюшный кашель трудно поддается ихъ вліянію и что, напротивъ, на высотѣ судорожнаго стадія онъ поддается дѣйствію лекарствъ сравнительно легко.

Въ свѣжихъ случаяхъ охотно назначаютъ хининъ—*chinin. muriat.* 3 раза въ день по 0,05—0,1 груднымъ дѣтямъ, 2 раза по 0,15—0,5 старшимъ дѣтямъ; лучше всего въ формѣ шоколадныхъ таблетокъ по 0,1, а дѣтямъ старшаго возраста—также въ Zimmer'овскихъ желатиновыхъ капсуляхъ по 0,1. Если хининъ встрѣчаетъ препятствія вслѣдствіе его вкуса, даютъ эйхининъ (2—3 раза по 0,1 у грудныхъ дѣтей, 3 раза по 0,15—0,5 у дѣтей старшаго возраста), затѣмъ антипиринъ 3 раза въ день по столько центиграммовъ, сколько ребенку мѣсяцевъ, или 3 раза по столько дециграммовъ (*maximum 1,5 pro die*), сколько ребенку лѣтъ \*). Иногда оказываютъ, повидимому, хорошее дѣйствіе препараты тмина, въ особенности *Dialysat. Golaz* (2 раза по 1—3 капли).

\*) Мы лечимъ коклюшъ антипириномъ съ 1889 г. (По поводу терапевтическаго значенія антипирина при коклюшѣ. Врачъ 1889, № 47) и по сію пору пользуемся имъ съ неизмѣннымъ успѣхомъ. Вотъ что мы тогда писали: „Ни одного случая, въ которомъ болѣзнь была бы прервана—разъ уже была полная картина судорожнаго періода—я не видалъ. Преобладающее участіе въ болѣзни той или иной системы вліяетъ на дѣйствіе антипирина въ томъ смѣслѣ, что нервная форма коклюша оказывается наиболѣе подходящею для леченія антипириномъ и вообще дѣйствіе послѣдняго тѣмъ лучше, чѣмъ больше выступаетъ въ общей картинѣ болѣзни повышенная возбудимость нервной системы: беспокойный сонъ, раздражительность, частый, почти непрерывный кашель, головная боль. Нѣсколько слабѣ антипиринъ дѣйствуетъ въ желудочно-кишечной формѣ. Что же касается до катаральной, то при послѣдней благоприятное вліяніе его выражается главнымъ образомъ лишь пониженіемъ лихорадочной кривой. При коклюшѣ средней силы антипиринъ давалъ мнѣ вообще хорошіе результаты, такъ наз. *hypercoqueluche* поддавался труднѣе леченію, а *coqueluchette*, напротивъ, легко уступалъ ему. Антипиринъ, уменьшая количество и силу кашлевыхъ приступовъ, а также успокаивая возбудимость всей нервной системы вообще, можетъ предупреждать развитіе тяжелыхъ осложненій со стороны легкихъ и центральной нервной системы.

Прим. ред.

Если по прошествіи 8—10 дней это леченіе не даетъ никакихъ результатовъ и появляются тяжелые приступы, то лучше всего перейти къ наркотическимъ средствамъ, которыя никогда не остаются безъ дѣйствія. Наиболѣе умѣстны здѣсь кодеинъ и препараты брома. Codein. phosph. назначаютъ груднымъ дѣтямъ во вторую половину года 2—3 раза по 1 миллигр. pro die, 2-лѣтнему ребенку даютъ 3 раза по 2—3 миллигр., 5-лѣтнему 3 раза по 5—6 миллигр.; при слабомъ дѣйствиіи эти дозы могутъ быть удвоены. Изъ бромистыхъ препаратовъ даютъ бромистый натръ въ водномъ растворѣ, груднымъ дѣтямъ 0,3—0,5—1,0 pro die, старшимъ дѣтямъ до 3 граммъ. Можно также рекомендовать bromoform. pur. въ большихъ дозахъ: 10,0 ad. vitr. nigr., 3—4 раза въ день по  $a + (2 - 4)$  капли, гдѣ  $a$  означаетъ число лѣтъ ребенка; такъ что напр. ребенку 2 $\frac{1}{2}$  лѣтъ даютъ сперва 3 раза по 5 капель, затѣмъ черезъ нѣсколько дней 4 раза по 5 капель, позже доходятъ до максимума—4 раза по 7 капель. Груднымъ дѣтямъ 3—4 раза по 2—4 капли; максимальная суточная доза для старшихъ дѣтей—40 капель.

Капли нужно тщательно отсчитывать, накапывая ихъ въ чайную ложку, наполненную сиропомъ или сахарной водой. Средство дѣйствуетъ въ большинствѣ случаевъ вѣрно, но не быстро. Въ виду того, что у дѣтей нерѣдко развивается страсть къ бромоформу, существуетъ опасность, что они могутъ выпить всю бутылочку и получить такимъ образомъ смертельное отравленіе. Поэтому бромоформъ можно давать въ руки только надежнымъ родителямъ, причѣмъ они должны его прятать. Я часто наблюдалъ благотворное дѣйствіе отъ бромоформа въ такихъ случаяхъ, гдѣ всѣ другія средства оказывались недѣйствительными; послѣ употребленія его въ теченіе 10—14 дней апетитъ часто рѣзко улучшается.

Въ очень тяжелыхъ, угрожающихъ случаяхъ можно на-время дать морфій, груднымъ дѣтямъ осторожно 2—3 раза по 1 миллигр., дѣтямъ отъ 2—4 лѣтъ 2 раза по 2—3 миллигр. Отъ предложенныхъ недавно подкожныхъ впрыскиваній большихъ дозъ морфія я не видѣлъ прочнаго результата.

При тяжеломъ спазмѣ голосовой щели и эклампсическихъ судорогахъ лучше всего дѣйствуютъ большія дозы брома, которыя часто спасаютъ жизнь больному; нужно только употреблять тройныя дозы, такъ маленькимъ груднымъ дѣтямъ по 0,5—1,0 бромистаго натра въ день.

Во время приступа полезно маленькихъ и слабыхъ дѣтей сажать и поддерживать имъ голову.

Чрезвычайно важно лечить спазмофильный діатезъ, если таковой имѣется у коклюшнаго больного: очень скудная, бѣдная молокомъ діета, фосфоръ съ рыбьимъ жиромъ. Недостаточное питаніе въ теченіе нѣкотораго времени приноситъ, какъ мнѣ кажется, извѣстную пользу также у крѣпкихъ дѣтей, не страдающимъ спазмофиліей, если у нихъ развиваются очень сильные, угрожающіе приступы.

Если, несмотря на всѣ мѣры, эклампсическіе приступы не теряютъ угрожающаго характера, то иногда помогаетъ люмбальная пункція; временное облегченіе даетъ также наркозъ. Въ отчаянныхъ случаяхъ, когда спазмъ голосовой щели упорно не исчезаетъ, можно испробовать интубацію. Изъ безчисленнаго множества другихъ средствъ упомянемъ еще о белладоннѣ, которая иногда оказываетъ замѣтное вліяніе, можетъ быть вслѣдствіе уменьшенія секреціи. Груднымъ дѣтямъ даютъ по 1—3 милл. extr. bellad. pro die, старшимъ дѣтямъ до 3 сантигр. Отравленія можно не бояться, такъ какъ дѣти переносятъ это средство хорошо. Расширеніе зрачковъ и кожная эритема появ-

ляются раньше, чѣмъ наступятъ какія либо серьезныя явленія отравленія и потому всегда можно во-время прекратить приемы лекарства. Лучше всего комбинировать белладонну съ бромистымъ калиемъ. При тягучей мокротѣ хорошо дѣйствуетъ паровой ингаляторъ, а также пульверизація эфирными маслами (ol. pini pumilionis).

Бронхитъ и бронхопнеймонія подлежатъ обычному леченію (см. стр. 318 и сл.). Если одновременно съ сильной секретіей въ бронхахъ существуютъ сильныя приступы, то это ставитъ врача въ затруднительное положеніе, ибо ему приходится рѣшать, что выгоднѣе—отхаркивающія средства (liq. amm. anis., extr. senegae fluid.) или наркотическія.

Противъ сердечной слабости борются помощью кофеина и камфоры (см. стр. 364).

Въ stadium decrementi, если остаются явленія со стороны легкихъ, назначаютъ препараты гваякола, напр. quajacol. carbon. 0,05—0,15 3 раза въ день.

Если выздоровленіе затягивается, если долго остается повышеніе температуры (туберкулезъ?), то посылаютъ дѣтей въ деревню, на море, въ горы. Санаторіи для коклюшныхъ больныхъ (Keuchhustenheime), которыя устраиваются въ окрестностяхъ большихъ городовъ, отвѣчаютъ настоятельной потребности и могутъ спасти не мало дѣтей изъ среды пролетаріата, которыя иначе погибаютъ жертвами хроническаго бронхита и туберкулеза.

#### Эпидемическая заушица (parotitis epidemica, свинка).

Мы имѣемъ здѣсь дѣло съ заразной болѣзью, главнымъ симптомомъ которой является острое припуханіе околоушныхъ железъ. Возбудитель этой болѣзни, хорошо извѣстной еще Гиппократу, до сихъ поръ не извѣстенъ (особой видъ диплококка?). Этотъ первичный и идиопатическій паротитъ появляется либо въ видѣ спорадическихъ случаевъ, либо въ видѣ болѣе или менѣе значительныхъ эпидемій, захватывающихъ иногда цѣлыя мѣстности, но чаще поражающихъ школы, пансіоны, казармы и т. п., гдѣ болѣзнь можетъ гнѣздиться многіе мѣсяцы. Иногда отдѣльныя эпидеміи отличаются особенной интенсивностью, появленіемъ поносовъ, преимущественнымъ заболѣваніемъ одной стороны и т. д.

Зараженіе въ большинствѣ случаевъ совершается путемъ прямого перехода болѣзни съ больного на здороваго. По моимъ наблюденіямъ зараженіе возможно уже за 1—2 дня до появленія характерной опухоли; въ періодѣ выздоровленія заразительность быстро ослабѣваетъ, но даже спустя нѣсколько недѣль послѣ выздоровленія еще возможна передача болѣзни. Распространенію болѣзни способствуютъ многочисленныя легкіе случаи, протекающіе амбулаторно. Но возможно также и косвенное зараженіе—черезъ здоровыхъ людей и даже черезъ вещи. Обыкновенно предполагается, что зародыши болѣзни воспринимаются черезъ полость рта, откуда они проникаютъ въ ductus Stenonianus. Но если принять во вниманіе возможность локализациі въ другихъ мѣстахъ и вообще существованіе атипическихъ формъ этой болѣзни, то указанное предположеніе теряетъ свою вѣроятность.

Восприимчивость очень велика, хотя и не универсальна. Чаще всего заболѣваютъ дѣти отъ 5 до 15 лѣтъ; раньше 2 лѣтъ болѣзнь составляетъ рѣдкое явленіе, а у грудныхъ дѣтей она встрѣчается лишь въ видѣ исключенія; впрочемъ, описаны отдѣльные случаи

заушницы у новорожденных и даже случаи врожденной заушницы (при заболѣваніи матери). Однократное заболѣваніе даетъ извѣстный иммунитетъ. Однако, у взрослыхъ двукратныя заболѣванія не составляютъ рѣдкости.

**Анатомическую основу** болѣзни составляютъ—насколько можно судить по имѣющимся скуднымъ изслѣдованіямъ—отечность и застой въ интерстиціальной ткани околоушной железы и окружающихъ частей, иногда также круглоклѣточная инфильтрація. Паренхима железы прямого участія въ процессѣ не принимаетъ.

Болѣзнь имѣетъ очень длинный инкубационный періодъ—въ среднемъ  $2\frac{1}{2}$ —3 недѣли, такъ что даже семейныя эпидеміи длятся иногда очень долго.

#### Клиническая картина.

По истеченіи инкубационнаго періода, протекающаго безъ всякихъ симптомовъ, наблюдаются иногда легкія продромальныя явленія, которыя могутъ длиться 12—36 часовъ. Дѣти становятся усталыми, раздражительными, теряютъ аппетитъ; появляется ознобъ и легкій жаръ; иногда наблюдается потъ, носовое кровотеченіе, шумъ и боли въ ушахъ. Послѣ этого или же прямо въ качествѣ перваго симптома появляется припуханіе околоушной железы на одной какой-либо сторонѣ. Въ мѣстѣ расположенія железы, на восходящей вѣтви нижней челюсти замѣчаютъ незначительное утолщеніе, которое видно на глазъ, и еще лучше определяется ощупываніемъ, въ особенности при срав-



Рис. 136. Parotitis epidemica. Припухлость наполнила углубленіе между восходящей вѣтвью нижней челюсти и грудино-ключично-сосковой мышцей и отгѣснила мочку уха. (Дѣтская больница Gisel'a въ Мюнхенѣ, д-ръ Ibrahim).

неніи обѣихъ сторонъ. Опухоль имѣетъ тѣстовидную консистенцію; рѣзкихъ границъ нащупать не удастся. Однако, характерная локалізація опухоли непосредственно подъ мочкой уха и впереди козелка указываетъ на то, что мы имѣемъ дѣло съ околоушной железой. Прикосновеніе въ большинствѣ случаевъ почти нечувствительно, чаще только непріятно и лишь въ рѣдкихъ случаяхъ болѣзненно. Кожа надъ железой остается нормальной, иногда, если припухлость велика, становится блестящей, изрѣдка она краснѣетъ и дѣлается горячей. Въ теченіе 2—3 дней опухоль увеличивается, заполняя углубленіе между проц. mastoideus и восходящей вѣтвью нижней челюсти и отодвигая характернымъ образомъ мочку уха (см. рис. 136). Нерѣдко вслѣдствіе сильной припухлости щека настолько обезображивается, что болѣзнь



легко узнается и не врачами; отсюда возникли и различные смѣшныя названія ея (нѣм. Bauernwetzeln, Wochentölpel, Ziegenpeter, русск. «свинка»), которыя, кстати сказать, свидѣтельствуютъ и объ ея доброкачественномъ характерѣ.

Припухлость можетъ принять значительныя размѣры, такъ что отечность заходитъ иногда далеко за границы околоушной железы до глазницы и до горизонтальной вѣтви нижней челюсти. Пациентъ ощущаетъ при этомъ неприятное напряженіе въ щекѣ; открываніе рта становится затрудненнымъ, жеваніе болѣзненнымъ. Вслѣдствіе давленія на слуховой проходъ можетъ появиться колотье въ ухѣ и тугоухость. Продержавшись около двухъ дней на высотѣ полного развитія, опухоль начинаетъ быстро уменьшаться. Въ это время, но часто раньше, заболѣваетъ въ большинствѣ случаевъ околоушная железа другой стороны, что сопровождается новымъ подъемомъ температуры.



Рис. 137. Одновременное заболѣваніе брата и сестры свинкой съ поражениемъ подчелюстныхъ слюнныхъ железъ. (Дѣтская больница Gisela въ Мюнхенѣ, д-ръ Ibrahim).

Въ отдѣльныхъ случаяхъ заболѣваютъ также и другія слюнные железы—либо одновременно съ околоушной железой, либо только однѣ, причемъ припухлость этихъ железъ можетъ достигнуть значительныхъ размѣровъ. Подчелюстная железа заболѣваетъ гораздо чаще, чѣмъ подъязычная (см. рис. 137). Если эти переднія слюнные железы заболѣваютъ однѣ или если во время врачебнаго изслѣдованія уже не имѣется слѣдовъ отъ протекшаго и оставшагося незамѣченнымъ паротита, то при отсутствіи эпидеміи такіе случаи рѣдко распознаются правильно.

Слизистая оболочка глотки и полости рта оказывается часто во время паротита слегка покраснѣвшей; въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдается болѣе сильное воспаленіе въ формѣ катарральнаго или лакунарнаго тонзиллита. Слюна, вытекающая изъ ductus Stenonianus, не обнаруживаетъ никакихъ существенныхъ отклоненій въ своихъ свойствахъ отъ нормальной; иногда она отдѣляется, повидимому, въ увеличенномъ количествѣ.

Въ теченіи лихорадки никакой правильности не наблюдается. Съ появленіемъ припухлости, а иногда и раньше, въ большинствѣ слу-

чаевъ поднимается на 1—2 дня температура; обыкновенно она достигает 38—39° С. и быстро падаетъ съ исчезновеніемъ опухоли или еще до того, не давая въ общемъ никакой характерной кривой. У взрослыхъ наблюдается иногда лихорадка выше 39—40° С., у дѣтей такія температуры рѣдки. Иногда лихорадка настолько кратковременна и незначительна, что ускользаетъ отъ наблюденія. Въ крови наблюдается часто увеличеніе числа лимфоцитовъ.

Болезнь длится 5—7 дней, если дѣло ограничивается одной стороной, 10—12 дней, если поражаются обѣ стороны, почти всегда оканчивается полнымъ исчезновеніемъ опухоли. Только въ совершенно исключительныхъ случаяхъ можетъ вслѣдствіе вторичной инфекции (у кахектическихъ субъектовъ) образоваться нагноеніе железы. Рецидивы по прошествіи 10—20 дней также принадлежать къ рѣдкостямъ.

Во всѣхъ случаяхъ, за ничтожными исключеніями, болезнь протекаетъ описаннымъ образомъ безъ тяжелыхъ симптомовъ, не оставляя послѣ себя никакихъ послѣдствій. У дѣтей моложе 10 лѣтъ теченіе болезни обыкновенно настолько легко, что ихъ съ трудомъ можно удержать въ комнатѣ; такіе случаи вообще не часто даже доходятъ до врача.

Но, хотя и очень рѣдко, однако наблюдается иногда необычная локализція болезни, равно какъ и тяжелыя осложненія, которыя поэтому нужно имѣть въ виду. Уже Гиппократъ зналъ, что свинка можетъ имѣть странную локализцію—именно въ яичкахъ. Эта локализція встрѣчается почти только у юношей и взрослыхъ, у послѣднихъ въ  $\frac{1}{3}$  всѣхъ случаевъ. Обыкновенно спустя недѣлю послѣ начала паротита, по большей части когда опухоль щекъ уже исчезла, появляется болезненное воспалительное припуханіе одного или обоихъ яичекъ. По прекращеніи воспаления (которое имѣетъ интерстиціальныи характеръ) можетъ развиться атрофія яичка, что при двустороннемъ порожении ведетъ къ бесплодію. У дѣтей такой орхитъ встрѣчается почти исключительно только въ старшемъ возрастѣ, послѣ 13 лѣтъ, во всякомъ случаѣ очень рѣдко раньше наступленія половой зрѣлости\*). Орхитъ можетъ предшествовать паротиту или даже представлять единственную локализцію болезни. Утверждаютъ, что аналогично яичкамъ у дѣвочекъ наблюдаются иногда воспаленія яичниковъ и грудныхъ железъ\*\*). Появляющіяся, въ иныхъ случаяхъ, во время паротита рвота, боли въ животѣ и чувствительность къ давленію въ области поджелудочной железы нѣкоторые рассматриваютъ какъ панкреатитъ.

Какъ послѣ всякой инфекціонной болезни, послѣ свинки развивается иногда нефритъ, по большей части геморрагическій, который быстро проходитъ. Къ исключительно рѣдкимъ симптомамъ нужно отнести: припуханіе щитовидной железы, слезныхъ железъ и суставовъ; затѣмъ разнообразныя сыпи, чаще на подобіе кори или крапивницы.

\*) Говорить такъ, значитъ возражать противъ фактовъ. Случай Сегенвиллея изъ Лозанны относится къ мальчику 4 л., случай Fabge'a—къ мальчику 9 л., Agnaud—къ мальчику 11 л. (Traité des maladies de l'enfance. 2 éd. par J. Grancher et J. Comby, t. 1. 1904, p. 448).

\*\*\*) Не только «утверждаютъ», но на самомъ дѣлѣ участіе со стороны яичниковъ у дѣвочекъ бываетъ при эпидемическомъ перипаротитѣ не рѣдко. Въ наблюдавшейся нами эпидеміи среди воспитанницъ пансіона (Русскій Врачъ 1902, № 15) участіе это выразилось почти въ 40%, причемъ у имѣвшихъ крови случилось осложненіе со стороны яичниковъ 8 разъ, у не имѣвшихъ menstrua—5 разъ.

Сколько-нибудь замѣтное участіе въ болѣзненномъ процессѣ **нервной системы** наблюдается рѣдко. Впрочемъ, французскіе авторы утверждаютъ, что легкій серозный менингитъ составляетъ не особенно рѣдкое явленіе. Признаки его обыкновенно не ясны—лихорадка, головная боль, замедленный пульсъ; но въ спинномозговой жидкости находятъ, будто бы, при этомъ увеличенное количество бѣлка и лимфоцитовъ, что указываетъ на органическую подкладку этихъ неясныхъ симптомовъ. Всѣ эти явленія исчезаютъ спустя нѣсколько дней. Только очень рѣдко дѣло доходитъ до ясно выраженного тяжелого менингита; послѣдній, хотя и имѣетъ серозный характеръ, но ведетъ къ контрактурѣ затылка, симптому Kernig'a, бреду, судорогамъ, въ отдѣльныхъ случаяхъ и къ смерти. Иногда наблюдаются параличи глазныхъ мышцъ и моноплеги, что указываетъ на возможность развитія менинго-энцефалитическихъ процессовъ, полиневритическіе параличи свидѣтельствуютъ, что периферическіе нервы могутъ быть вовлечены въ заболѣваніе. Къ числу тяжелыхъ, но, къ счастью, чрезвычайно рѣдкихъ осложненій принадлежитъ внезапно развивающееся острое воспаление лабиринта (labyrinthitis), ведущее къ глухотѣ соответствующаго уха, въ случаѣ обоюдосторонняго пораженія къ глухонѣмотѣ. Чаше встрѣчается невиннаго характера средній отитъ. Вслѣдствіе давленія опухшей околоушной железы на вѣтви лицевого нерва можетъ наблюдаться временный параличъ послѣдняго. Описаны случаи острой спутанности идей и быстро проходящихъ психозовъ.

**Распознаваніе** эпидемическаго паротита въ большинствѣ случаевъ легко, такъ что даже не врачъ очень часто ставитъ его на основаніи типическаго опуханія щекъ. Въ сомнительныхъ случаяхъ помогаетъ наличность эпидеміи или послѣдовательное заболѣваніе другой стороны. Смѣшать болѣзнь легче всего съ лимфаденитомъ и періоститомъ. Но при заушицѣ мы находимъ тѣстовидную опухоль съ неясными границами передъ козелкомъ, гдѣ опухоль лимфатическихъ железъ встрѣчается рѣдко. Для заушицы характеренъ закругленный отростокъ, идущій отъ опухоли внизъ, затѣмъ характерна наличность обширной припухлости безъ красноты и съ незначительной чувствительностью. При лимфаденитѣ можно нащупать кругловатую железу или же на первый планъ выступаетъ флегмонозный, болѣзненный процессъ. Послѣ тяжелыхъ инфекціонныхъ болѣзней (дифтерія, тифъ и пр.) развивается иногда метастатическій паротитъ, но таковой рѣдко даетъ поводъ къ ошибочному распознаванію; метастатическій паротитъ, кстати сказать, легко ведетъ къ нагноенію. При изолированномъ пораженіи подчелюстныхъ железъ или яичекъ можно поставить вѣрное распознаваніе только во время эпидеміи. Слѣдуетъ, наконецъ, указать, что у нѣкоторыхъ дѣтей наблюдается временное припуханіе околоушной железы отъ употребленія іодистыхъ препаратовъ.

Изъ всего сказаннаго видно, что **предсказаніе** далеко не такъ абсолютно благоприятно, какъ это принято думать хотя упомянутыя тяжелыя осложненія и принадлежать къ очень рѣдкимъ явленіямъ. У дѣтей предсказаніе лучше, чѣмъ у взрослыхъ (орхитъ!), такъ что, собственно говоря, можно бы считать нецѣлесообразнымъ охранять здоровыхъ дѣтей отъ зараженія. Но если вспомнить о возможности тяжелой глухоты, то все-таки лучше быть осторожнымъ и принимать мѣры къ предупрежденію зараженія.

**Леченіе** можетъ быть выжидательнымъ и заключаться въ постельномъ содержаніи, жидкой діетѣ во все время, пока держится лихо-

радка. Припухлость смазывают теплым маслом или какой-либо индифферентной мазью и накладывают сверху сухую ватную повязку. Против ангины и для содержанія въ чистотѣ полости рта назначают промываніе или полосканіе бурой. Отдѣляемое полости рта лучше всего считать заразительнымъ и подвергать дезинфекціи; избѣгать поцѣлуевъ и т. п. Въ госпиталяхъ, пансіонахъ умѣстно при извѣстныхъ условіяхъ производить для прекращенія эпидеміи дезинфекцію формальдегидомъ послѣ удаленія всѣхъ тамъ живущихъ.

### Брюшной тифъ.

Брюшнымъ тифомъ (*typhus abdominalis, ileo-typhus*) называютъ острую инфекціонную болѣзнь, вызываемую специфическимъ бацилломъ, при которомъ преобладаетъ пораженіе кишечника и его лимфатическаго аппарата. между тѣмъ какъ въ клинической картинѣ на первомъ планѣ стоятъ въ большинствѣ случаевъ общіе симптомы.

Возбудителемъ тифа является *bacillus typhi*, принадлежащій къ группѣ *coli-bacillus*. Его можно съ самаго начала болѣзни найти въ крови и во всѣхъ больныхъ органахъ. Въ стулѣ и мочѣ онъ выдѣляется долгое время—до выздоровленія и даже послѣ него. Среди дѣтей также встрѣчаются здоровые носители палочекъ, однако рѣже, чѣмъ среди взрослыхъ, вѣроятно, потому, что у дѣтей значительно рѣже, чѣмъ у взрослыхъ, наблюдается заболѣваніе желчныхъ путей, благоприятствующее сохраненію въ жизнеспособномъ состояніи тифозныхъ бациллъ.

**Передача** болѣзни гораздо чаще, чѣмъ раньше думали, совершается прямымъ путемъ. Неоприятность маленькихъ дѣтей благоприятствуетъ зараженію ухаживающаго персонала и вообще окружающихъ больного лицъ. Въ этомъ отношеніи, какъ показали многочисленныя наблюденія, особенно опасенъ тифъ грудныхъ дѣтей, который въ большинствѣ случаевъ распознается только очень поздно. Передача болѣзни происходитъ почти исключительно черезъ бациллъ, выдѣляющихся съ мочей и стуломъ и попадающихъ прежде, чѣмъ они погибнутъ, въ питьевую воду, на пищевыя вещества, на различные предметы потребленія. Такимъ образомъ путемъ зараженія питьевой воды, ваннъ, молока и т. п. могутъ возникнуть обширныя эпидеміи. Входными воротами служить, повидимому, исключительно желудочно-кишечный каналъ. Случаи зараженія грудныхъ дѣтей отъ больныхъ матерей объясняются несомнѣнно инфекціей соски или воды, служившей для мытья рожка или для ванны, но отнюдь не переходомъ тифозныхъ бациллъ черезъ грудную железу, такъ какъ неоднократно наблюдались случаи, гдѣ грудныя дѣти, сосавшія молоко отъ больныхъ тифомъ матерей, оставались здоровыми.

Тифъ часто появляется въ видѣ небольшихъ домовыхъ эпидемій, причемъ въ теченіе короткаго времени одно за другимъ заболѣваютъ 2—4 дѣтей одной и той же семьи. Большія эпидеміи стали въ последнее время значительно болѣе рѣдкими, чѣмъ раньше, вслѣдствіе прогресса въ принятіи общественно-гигіеническихъ мѣръ.

**Предрасположеніе**, начиная съ 5 года жизни, такое же, какъ у взрослога, въ возрастѣ отъ 2 до 5 лѣтъ—слабѣе. Грудныя дѣти заболѣваютъ рѣдко; заболѣванія же въ первые 6 мѣсяцевъ жизни относятся къ исключеніямъ; впрочемъ, не подлежитъ сомнѣнію, что въ первые годы жизни многіе мелкіе и атипическіе случаи тифа остаются нераспознанными. Описаны отдѣльные достовѣрные случаи врожден-

наго тифа при заболѣваніи матери, причемъ тифозныя бациллы проникаютъ въ плодъ черезъ плаценту. При заболѣваніи матери во время беременности дѣло часто оканчивается преждевременными родами и смертью младенца. Только въ меньшинствѣ случаевъ рождается жизнеспособный ребенокъ.

Предрасположеніе къ тифу, повидимому, почти универсально. Рѣшающее значеніе имѣетъ не столько индивидуальная конституція, сколько интенсивность инфекціи. Однако, въ мѣстахъ, гдѣ тифъ эндемиченъ, новые пришельцы заболѣваютъ легче, чѣмъ постоянные жители, хотя бы послѣдніе еще не перенесли тифа. Сомнительно, чтобы послѣ тифа оставался длительный иммунитетъ, такъ какъ двукратныя заболѣванія наблюдаются не рѣдко.

**Патолого-анатомическія** изслѣдованія, находящіяся въ полномъ согласіи съ клинической картиной болѣзни показываютъ, что тифозныя измѣненія въ кишечникѣ ребенка въ общемъ имѣютъ гораздо болѣе поверхностный характеръ и болѣе легкое теченіе, чѣмъ у взрослою. Солитарныя и групповыя фолликулы подвергаются въ первые годы жизни лишь умѣренному припуханію; въ худшемъ случаѣ образуются отдѣльныя небольшіе струпики, которые быстро подвергаются рубцеванію. Большіе и глубокіе струпа, которые такъ часто наблюдаются у взрослыхъ и которые ведутъ къ обширнымъ изъязвленіямъ и не рѣдко къ перфорации, встрѣчаются у дѣтей, только начиная съ 7—8 лѣтъ, да и то рѣже, чѣмъ у взрослыхъ. Припуханіе брыжеечныхъ железъ бываетъ иногда довольно значительнымъ и у грудныхъ дѣтей, хотя то же самое наблюдается у нихъ и при многихъ другихъ кишечныхъ заболѣваніяхъ.

Что касается картины болѣзни, то въ дѣтскомъ возрастѣ въ общемъ преобладаютъ легкія формы („гастрическая лихорадка“) и это тѣмъ рѣзче, чѣмъ ниже возрастъ дѣтей. Поэтому дѣтскому тифу свойственны: болѣе короткій лихорадочный періодъ, болѣе низкая температура, abortивныя формы, отсутствіе тяжелыхъ нервныхъ явленій, наконецъ, рѣдкость кишечныхъ кровотеченій.

**Обыкновенная форма дѣтскаго тифа** имѣетъ слѣдующую картину. Заболѣваніе начинается неопредѣленными симптомами; рѣзкое начало обыкновенно отсутствуетъ. Появляется вялость, рвота, безпокойный сонъ, аппетитъ уменьшается, старшія дѣти жалуются на головныя боли. Въ теченіе многихъ дней не находятъ при самомъ подробномъ изслѣдованіи никакихъ измѣненій въ органахъ, несмотря на высокую лихорадку, которая представляетъ рѣзкій контрастъ съ сравнительно благопріятнымъ общимъ состояніемъ.

Лихорадка является во многихъ случаяхъ самымъ важнымъ симптомомъ болѣзни; часто она даетъ классическую кривую; лѣстницеобразный подъемъ, затѣмъ высокую постоянную лихорадку, наконецъ, стадію крутыхъ кривыхъ. У дѣтей отдѣльныя періоды этой кривой сдвинуты ближе другъ къ другу, чѣмъ у взрослыхъ; уже на 4—5 день температура достигаетъ максимальной высоты, *fastigium* длится не рѣдко меньше недѣли, крутыя кривыя—3—5 дней, такъ что весь лихорадочный періодъ заканчивается не рѣдко въ 2 недѣли (см. рис. 139). Сравнительно часто у дѣтей отсутствуетъ лѣстницеобразный подъемъ температуры и въ первый же день болѣзни появляется высокая лихорадка, у старшихъ дѣтей не рѣдко съ ознобомъ (какъ это обычно свойственно сыпному тифу) Однако, такое быстрое начало бываетъ часто только кажущимся, такъ какъ первые дни болѣзни у крѣпкихъ дѣтей

или при недостаточномъ надзорѣ со стороны родителей остаются незамѣченными. У дѣтей до 5 лѣтъ постоянная лихорадка держится обыкновенно ниже  $39,5^{\circ}$ — $40,0^{\circ}$ , между тѣмъ какъ у старшихъ даже при гладкомъ теченіи она часто поднимается выше (см. рис. 138). Разница между утренней и вечерней температурой бываетъ всегда больше 0,5, приблизительно 0,7—1,2 $^{\circ}$ . У дѣтей чаще, чѣмъ у взрослыхъ, температура принимаетъ ремиттирующий характеръ, такъ что не нужно слишкомъ часто надѣяться на классическую кривую.

Въ теченіе всей первой недѣли клинической діагноза остается въ большинствѣ случаевъ неувѣреннымъ; однако, съ каждымъ днемъ существованія лихорадки, если отсутствуетъ заболѣваніе какого-либо органа, вѣроятность тифа увеличивается. Рвота, повторяющаяся довольно часто въ эти дни, сильно обложенный языкъ, умѣренное покраснѣніе зѣва, головная боль—всѣ эти симптомы слишкомъ общи, чтобы на нихъ можно было основывать заключеніе.

Языкъ обыкновенно сильно обложенъ, сухъ; у дѣтей старшаго

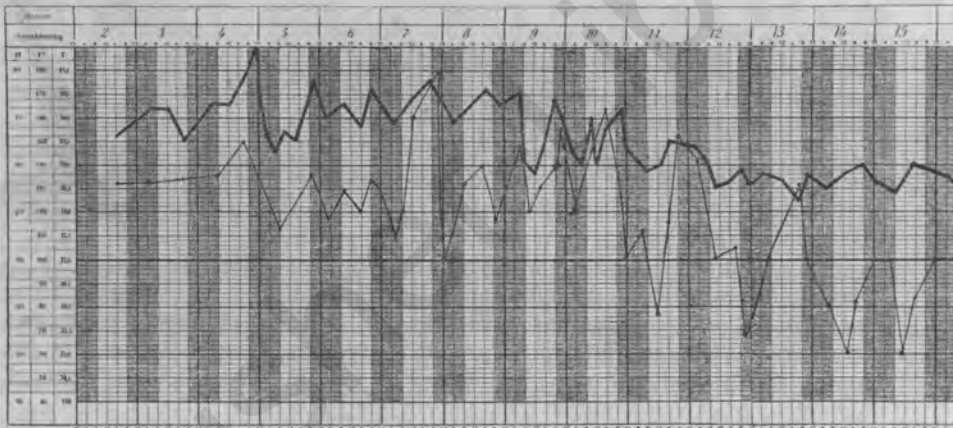


Рис. 138. Тяжелый случай брюшного тифа у 6-лѣтней дѣвочки.

возраста онъ нерѣдко очищается съ краевъ и у кончика въ формѣ треугольника. Однако, налетъ и сухость языка рѣдко достигаютъ такой степени, какъ у взрослога; фулигинозный языкъ наблюдается только въ тяжелыхъ случаяхъ.

Губы часто становятся сухими, покрываются трещинами, почему дѣти постоянно кусаютъ ихъ.

Увеличеніе селезенки начинается обыкновенно въ концѣ 1-й или въ началѣ 2-й недѣли; однако, этому симптому слѣдуетъ придавать значеніе только при очень значительномъ или очень быстромъ увеличеніи органа, да и въ этомъ случаѣ не нужно забывать, что дѣти реагируютъ увеличеніемъ селезенки на очень многія инфекціи. При повторныхъ изслѣдованіяхъ, если не мѣшаетъ метеоризмъ, можно почти всегда открыть увеличеніе селезенки на 2-й недѣлѣ.

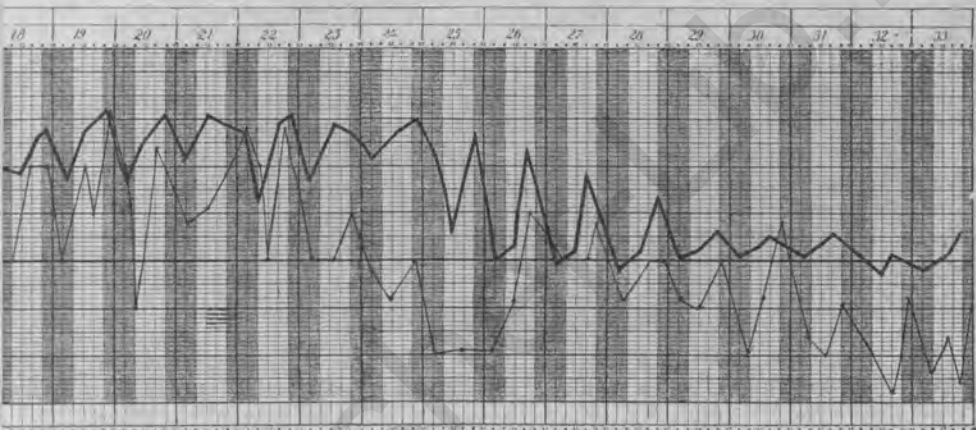
Розеолы появляются обыкновенно въ началѣ 2-й недѣли, и часто въ такомъ ничтожномъ количествѣ (на животѣ и т. д.), что ихъ нужно искать. У маленькихъ дѣтей ихъ нерѣдко вовсе не бываетъ.

Метеоризмъ въ общемъ бываетъ у дѣтей мало выраженъ; но срав-

нительно часто они жалуются на боли въ животѣ, усиливающіяся при давленіи, особенно въ области червеобразнаго отростка, но при отсутствіи *défense musculaire*.

Стулъ въ первую недѣлю обыкновенно нормаленъ или задержанъ; нерѣдко, однако, у дѣтей младшаго возраста съ самаго начала болѣзни обнаруживается наклонность къ учащенному, жидкому стулу. Начиная съ 2-й недѣли появляется въ большинствѣ случаевъ поносъ, приобретающій нерѣдко общеизвѣстный характеръ гороховаго супа. Въ среднемъ, однако, стулъ не бываетъ чаще 4—6 разъ въ день. Въ значительной же части случаевъ, приблизительно въ  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{5}$  стулъ во все время болѣзни остается твердымъ и задержаннымъ. Мнѣ приходилось наблюдать это даже въ такихъ случаяхъ, гдѣ затѣмъ появлялось кишечное кровотеченіе.

У очень многихъ больныхъ развивается умѣренный бронхитъ, обнаруживающійся прежде всего кашлемъ: у слабыхъ дѣтей, при недостаточномъ уходѣ такой бронхитъ составляетъ почти постоянное явле-



(Собственное наблюденіе).

ніе. При тяжелыхъ и длительныхъ формахъ тифа бронхитъ часто ведетъ къ бронхопнеймоніи. Наибольшая опасность грозитъ въ этомъ отношеніи рахитикамъ и дѣтямъ съ разстроеннымъ питаніемъ. Бронхопнеймонія составляетъ одну изъ самыхъ частыхъ причинъ смерти.

Со стороны сердца въ большинствѣ случаевъ не наблюдается никакихъ измѣненій. Крѣпости и выносливости сердца въ дѣтскомъ возрастѣ мы главнымъ образомъ и обязаны тѣмъ обстоятельствомъ, что дѣти въ большинствѣ случаевъ переносятъ тифъ благополучно. Одинъ изъ существенныхъ симптомовъ тифа у взрослыхъ—замедленіе пульса по отношенію къ температурѣ—наблюдается у дѣтей только съ 6—8 лѣтняго возраста; то же относится и къ дикротизму пульса.

Въ крови во многихъ случаяхъ наблюдается ясно выраженная лейкопенія, рѣзкое уменьшеніе нейтрофиловъ, исчезновеніе эозинофиловъ. Въ позднѣйшей стадіи лимфоциты епобладаютъ нерѣдко надъ лейкоцитами.

Почки при высокой температурѣ выдѣляютъ нерѣдко небольшія количества бѣлка и немного цилиндровъ; напротивъ, ясно выраженный нефритъ составляетъ рѣдкость. Почти во всѣхъ случаяхъ, проте-

кающихъ при высокой температурѣ, во все время лихорадки, начиная съ конца 1-й недѣли моча даетъ рѣзкую діазореакцію.

Нервная система у маленькихъ дѣтей, если лихорадка длится не особенно долго и не достигаетъ особой высоты, мало поражается при тифѣ. Впрочемъ, головная боль, безпокойство, апатія, вскрикиванія, легкій бредъ составляютъ обычное явленіе даже при нормальномъ тифѣ, въ особенности же при отсутствіи правильного леченія.

Продолжительность лихорадочнаго періода часто равняется  $1\frac{1}{2}$ —3 недѣлямъ. Въ такихъ случаяхъ послѣ 3—4 недѣль дѣти находятся уже въ періодѣ полного выздоровленія; выздоровленіе даже послѣ тяжелыхъ случаевъ идетъ удивительно быстро.

Рядомъ съ такимъ сравнительно легкимъ теченіемъ тифа наблюдается, хотя и рѣже, **тяжелая форма**. Обыкновенно она встрѣчается у дѣтей старшаго возраста (старше 5 лѣтъ) и только во время эпидемій, очень напоминаетъ тяжелый тифъ взрослыхъ. Лихорадка достигаетъ  $40^{\circ}$  и выше, держится долго, дѣти кричатъ, мечутся, жалуются на головную боль, тугоухость, кожа живота гиперэстезирована; часто съ самаго начала существуетъ рѣзкая апатія, которая вскорѣ можетъ перейти въ сонливость и кому. Полное отвращеніе къ пищѣ, очень сухой, фулигинозный языкъ. Малый, рѣзко ушаченный пульсъ. Черезъ нѣсколько дней появляется кашель и бронхитъ, которые могутъ быстро вести къ обширной бронхонеймоніи. Въ такихъ случаяхъ не рѣдки и кишечныя кровотеченія. Глубокія изъязвленія кишечника ведутъ также иногда къ прободенію. Чаше, чѣмъ у взрослыхъ, появляются признаки менингизма, особенно симптомъ Kernig'a, далѣе ригидность затылка, гиперэстезія кожи, тризмъ челюстей. Исходъ часто бываетъ смертельнымъ.

### Особенности теченія. Осложненія.

Въ то время, какъ у старшихъ дѣтей картина тифа все болѣе и болѣе приближается къ картинѣ тифа у взрослыхъ, тифъ грудныхъ дѣтей даетъ часто малохарактерную картину и остается нераспознаннымъ. Лимфатическій аппаратъ кишечника поражается у грудныхъ дѣтей даже въ смертельныхъ случаяхъ очень слабо, такъ что на вскрытіяхъ не находятъ обычной патолого-анатомической картины съ образованіемъ струевъ и вся болѣзнь пріобрѣтаетъ такимъ образомъ больше характеръ септического процесса. Теченіе часто бываетъ короткимъ, температура держится на умѣренной высотѣ и въ большинствѣ случаевъ не даетъ классической кривой (см. рис. 139). Въ виду существованія поноса, рвоты, вздутія живота, обложеннаго языка дѣлается понятнымъ, почему въ такихъ случаяхъ ставятъ обыкновенно діагнозъ гастроэнтерита, хотя длительная лихорадка при отсутствіи колита, а равно появляющееся вскорѣ увеличеніе селезенки должны возбудить подозрѣніе относительно тифа. Въ большинствѣ случаевъ можно также найти отдѣльно сидящія розеола. При появленіи апатіи, ригидности затылка, напряженія родничка болѣзнь пріобрѣтаетъ менингитическій характеръ. Часто вѣрный діагнозъ ставится только при появленіи случаевъ тифа среди окружающихъ. Маленькіе тифозные больные (до 2—3-лѣтняго возраста) очень часто заражаютъ сидѣлокъ и другихъ окружающихъ лицъ, что объясняется ихъ обычной нечисто-плотностью и поздней постановкой діагноза. Предсказаніе при тифѣ у грудныхъ дѣтей я вмѣстѣ съ Fischl'emъ считаю довольно благоприятнымъ.



Пищеварительные органы. Тифъ начинается иногда катаральной или лакунарной ангиной, въ отдѣльных случаяхъ на миндалинахъ образуется даже перепончатый налетъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ, при недостаточномъ уходѣ за полостью рта, образуются афтообразныя язвы, а на деснахъ появляется маркiй налетъ, иногда также молочница. Въ исключительныхъ случаяхъ, вслѣдствiе вторичной инфекцiи, развивается паротитъ, который можетъ иногда перейти въ нагноенiе. У невропатическихъ субъектовъ держится иногда много дней рвота, вообще же она бываетъ только въ началѣ болѣзни. Въ тяжелыхъ случаяхъ, которые нерѣдко кончаются смертью, можетъ наблюдаться значительное припуханiе печени. Длительная инфекцiя желчныхъ путей (холециститъ) встрѣчается только въ исключительныхъ случаяхъ у дѣтей старшаго возраста.

Дыхательные органы. Слизистая носа въ большинствѣ случаевъ бываетъ суха, почему дѣти во время болѣзни ковыряютъ себѣ въ носу. Носовыя кровотеченiя встрѣчаются у старшихъ дѣтей довольно часто, но не имѣютъ особаго значенiя.

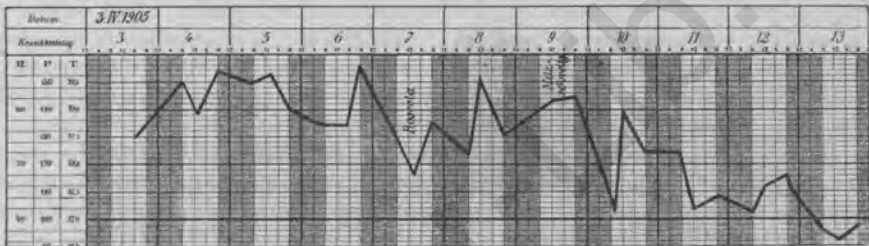


Рис. 139. Мальчикъ 7 мѣсяцевъ. Typhus abdominalis. (Собственное наблюдение).

Otitis media встрѣчается у дѣтей чаще, чѣмъ у взрослыхъ; нерѣдко оно даетъ доброкачественное нагноенiе, не оказывающее существеннаго влiянiя на теченiе болѣзни. Наклонность къ заболѣванiю уха обнаруживаютъ обыкновенно дѣти младшаго возраста, особенно при наличности болѣе или менѣе значительнаго бронхита. Болѣе значительный ларингитъ съ некрозомъ хрящей встрѣчается чрезвычайно рѣдко.

Бронхопнеймонiя рѣдко развивается раньше 2-й недѣли; обыкновенно она начинается въ формѣ гипостатически-паравертебральной пнеймонiи, почти безъ симптомовъ, но можетъ быстро захватить обширные участки легкихъ. Рѣдкое, но очень неблагоприятное осложненiе представляетъ эксудативный плевритъ, который охотно принимаетъ гнойный характеръ.

Органы кровообращенiя. Только въ тяжелыхъ и длительныхъ случаяхъ наблюдается болѣе серьезное пораженiе сердца; однако несостоятельность его встрѣчается значительно рѣже, чѣмъ у взрослого. Точно также несравненно болѣе рѣдкое явленiе представляетъ внезапная, неожиданная смерть. Токсической миокардитъ проявляется часто въ рѣзкой тахикардiи, причемъ первый тонъ становится глухимъ, а иногда появляется также систолическiй шумъ и расширенiе сердца. Брадикардiя и неправильная дѣятельность сердца въ периодѣ

выздоровленія не имѣютъ дурного значенія. Эндо- и перикардитъ встрѣчаются очень рѣдко \*).

Дѣятельность почекъ рѣдко разстраивается существеннымъ образомъ. Даже въ тяжелыхъ случаяхъ рѣдко наблюдается выраженный нефритъ; самостоятельный характеръ этотъ нефритъ приобретаетъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ. Съ наступленіемъ періода выздоровленія нефритъ почти всегда проходитъ. Замѣчательно, что даже въ очень тяжелыхъ случаяхъ дѣти, привыкшія проситься на судно, рѣдко мочатся и испражняются подъ себя. Тифозные бациллы могутъ быть находимы въ мочѣ въ большомъ количествѣ даже при отсутствіи альбуминурии и притомъ еще долго послѣ того, какъ началось выздоровленіе. При рецидивахъ тифа появляется снова діазо-реакція, между тѣмъ какъ лихорадочныя осложненія (бронхопнеймония и т. п.) не даютъ этой реакціи.

Нервная система. У дѣтей старшаго возраста наблюдается иногда афазія, которую нужно отличать отъ апатіи, и ступоръ. Въ періодъ выздоровленія можетъ временно появиться спутанность сознания. Въ тяжелыхъ случаяхъ иногда развивается парезъ конечностей, чаще всего ногъ. Менингеальныя явленія наблюдаются чаще, чѣмъ у взрослыхъ; они имѣютъ дурное прогностическое значеніе и отчасти являются результатомъ тифознаго серознаго менингита (повышенное давленіе при вытеканіи спинномозговой жидкости, въ которой находятся тифозныхъ бациллъ и лимфоцитозъ).

Кожа. Въ началѣ болѣзни нерѣдко встрѣчаются токсическія эритемы, по большей части скарлатинообразныя; въ дальнѣйшемъ теченіи, особенно въ тяжелыхъ случаяхъ, наблюдается иногда полиморфная эритема. Темно-красный цвѣтъ щекъ и цианотическая мраморная кожа на конечностяхъ представляютъ неблагоприятный симптомъ, указывающій на параличъ сосудодвигателей. По прекращеніи лихорадки появляются часто проливные поты съ потницей, позже наблюдается на всемъ тѣлѣ и конечностяхъ шелушеніе, шадящее лицо, кисти и стопы. Пролежни развиваются значительно рѣже, чѣмъ у взрослыхъ; зато очень часто—даже въ легкихъ случаяхъ—образуются множественные кожные абсцессы; въ отдѣльныхъ эпидеміи это осложненіе наблюдается особенно часто.

Въ противоположность взрослымъ довольно часто вовлекается въ страданіе костная система. Въ періодъ выздоровленія, часто спустя 3—6 мѣсяцевъ, образуются иногда ограниченные маленькіе фокусы періостита, преимущественно на tibia; эти періоститы протекаютъ обыкновенно безлихорадочно; при разрѣзѣ изъ нихъ выдѣляется гной, содержащій тифозныя палочки; послѣ излеченія этихъ періоститовъ остаются часто утолщенія надкостницы. Болѣе обширные остеомиелиты встрѣчаются рѣдко. Выздоровленіе сопровождается часто замѣчательно быстрымъ увеличеніемъ тѣла въ длину, являющимся результатомъ сильнаго раздраженія роста и сопровождающимся иногда въ юноше-

\*) По личному опыту скажемъ, что мы ничего такъ не боимся при брюшномъ тифѣ у дѣтей, какъ участія со стороны сердца. безъ чего врядъ ли проходитъ эта болѣзнь, особенно у дѣтей школьнаго возраста, когда органъ, заключающій въ себѣ, по картинному выраженію древней медицины, узелъ жизни, переживаетъ эпоху своего усиленнаго физическаго развитія. Добавимъ къ сказанному, что большой практикъ г. Нью-Йорка Н. Коплік (The diseases of infancy and childhood. 1910, p. 326) наблюдалъ въ послѣднюю эпидемію тифа нѣсколько случаевъ яснаго миокардита, подтвержденнаго на анатомическомъ столѣ post mortem.

скомъ возрастѣ даже разрывами въ толщѣ кожи на передней поверхности бедеръ (на подобіе *stria gravidarum*).

Рецидивы наблюдаются довольно часто и зависятъ больше отъ характера эпидеміи, чѣмъ отъ внѣшнихъ моментовъ. Какъ и у взрослыхъ, они преимущественно появляются въ теченіе времени между 3-мъ и 10-мъ днемъ по прекращеніи лихорадки.

Діагнозъ тифа, какъ ясно изъ всего сказаннаго, представляетъ у дѣтей больше трудностей, чѣмъ у взрослыхъ, часто на основаніи одной только клинической картины не можетъ быть поставленъ съ увѣренностью. Если болѣзнь, сопровождающаяся сильной лихорадкой, длится больше 4—6 дней, причѣмъ не обнаруживается никакого мѣстнаго заболѣванія, которымъ можно было бы ее объяснить, то всегда нужно подумать о возможности брюшного тифа.

Скрытыя заболѣванія различныхъ органовъ нужно исключить путемъ ежедневнаго тщательнаго изслѣдованія; слѣдуетъ имѣть въ виду, между прочимъ, циститъ, извѣстныя формы остраго ревматизма, желудочно-кишечную форму инфлюэнцы и крупозную пневмонію. Существуютъ извѣстныя формы центральной пневмоніи, которыя даютъ ясные легочные симптомы только на 2 й недѣлѣ. Втягиванія крыльевъ носа и учащеніе дыханія говоритъ за пневмонію; на экранѣ получается тѣнь въ верхушкѣ или у корня легкаго. Сильное увеличеніе селезенки говоритъ за тифъ. Иногда трудно отличить тифъ отъ аппендицита. Бываютъ формы тифа, которыя вызываютъ боли какъ-разъ въ области червеобразнаго отростка и сопровождаются рвотой въ теченіе многихъ дней; съ другой стороны, встрѣчаются случаи периаппендицита, при которыхъ мѣстныя воспалительныя явленія и мѣстная чувствительность долгое время отсутствуютъ и при которыхъ на первомъ планѣ стоитъ лихорадка. Лейкопенія въ такихъ случаяхъ говоритъ за тифъ. Обыкновенный гастроэнтеритъ можно принимать за тифъ только нѣскольکو дней, такъ какъ температура при немъ скоро спадаетъ. Большея діагностическія трудности въ теченіе долгаго времени представляетъ милиарный туберкулезъ, составляющій у дѣтей частое заболѣваніе, между прочимъ та форма его, которая локализуется въ мозговыхъ оболочкахъ. Милиарный туберкулезъ начинается часто съ лихорадки, длящейся 1—2 недѣли при отсутствіи симптомовъ со стороны мозга и легкихъ. Сепсисъ, въ частности язвенный эндокардитъ, играетъ меньшую роль въ отношеніи дифференціального діагноза, чѣмъ у взрослыхъ, такъ какъ въ томъ возрастѣ, когда дѣти предрасположены къ тифу (старше 2—3 лѣтъ) онъ встрѣчается довольно рѣдко.

Наиболѣе важное значеніе для діагноза имѣютъ—наряду съ высокой лихорадкой—увеличеніе селезенки, появляющееся съ начала второй недѣли и розеола—при отсутствіи заболѣванія какого-либо органа. Въ сомнительныхъ случаяхъ очень полезна, по моему мнѣнію, недостаточно оцѣнена діазореакція. Почти всѣ безъ исключенія случаи брюшного тифа съ высокой лихорадкой даютъ съ конца 1-й недѣли до ослабленія лихорадки рѣзкую діазореакцію. Слѣдовательно, если въ это время діазореакціи нѣтъ, то можно съ большою вѣроятностью исключить тифъ. Но, съ другой стороны, существованіе діазореакціи еще ни въ коемъ случаѣ не доказываетъ наличности тифа, такъ какъ реакція эта встрѣчается и при многихъ другихъ болѣзняхъ (милиарномъ туберкулезѣ, крупозной пневмоніи и т. п.), хотя не такъ постоянно и рѣзко, какъ при тифѣ.

Лейкопенія въ сомнительныхъ случаяхъ говоритъ за тифъ.

Часто даже на 2-й недѣлѣ клинической діагнозъ еще невозможенъ, напр., если нѣтъ увеличенія селезенки и розеолы, а на первый планъ выступаетъ бронхонеймонія. Въ такихъ случаяхъ вопросъ разрѣшается только лабораторнымъ путемъ. Какъ и у взрослыхъ, кровь, начиная со второй недѣли, даетъ агглютинацію со свѣжей культурой тифозныхъ бациллъ или съ реактивомъ Ficker'a. По отношенію къ нормальной дѣтской крови агглютинація бываетъ ниже, чѣмъ у взрослыхъ, такъ что у ребенка уже агглютинація 1:50 должна быть разсматриваема, какъ доказательство тифа.

Нахожденіе тифозныхъ бациллъ въ крови, которое у взрослыхъ обыкновенно удается уже въ первые дни болѣзни, особенно при примѣненіи бычачьей желчи, у дѣтей, къ сожалѣнію, очень трудно выполнимо, такъ какъ необходимое для такого изслѣдованія количество крови можетъ быть добыто только венесекціей, у дѣтей же до 5—6 лѣтъ вены рѣдко бываютъ достаточно развиты для этого. Поэтому во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ остается производить пробу на агглютинацію или же искать тифозные бациллы въ испраженіяхъ и мочѣ.

Предсказаніе значительно лучше, чѣмъ у взрослыхъ, но въ общемъ, въ значительной степени зависитъ отъ *genius epidemicus*. Менингизмъ, длительная кома, сильный поносъ ухудшаютъ предсказаніе. Выздоровленіе въ большинствѣ случаевъ идетъ поразительно быстро.

Профилактика та же, что у взрослыхъ. Изоляція больныхъ желательна. Важнѣе всего тщательно дезинфицировать (5% лизоль, кипяченіе) и убирать бѣлье, загрязненное мочей и стуломъ; сидѣлка должна въ комнатѣ больного носить халатъ и тщательно мыть руки послѣ каждаго прикосновенія къ больному, къ его бѣлью или къ предметамъ, которыми онъ пользуется. Если въ квартирѣ появляется случай тифа, то дѣтямъ нужно давать пищу исключительно въ вареномъ видѣ, фрукты нужно очищать отъ верхней кожицы, вода для ваннъ, умыванія, мытья посуды должна употребляться только кипяченая. Сырое молоко и масло могутъ быть переносчиками тифа, если въ ихъ полученіи или транспортировкѣ принимали участіе носители палочки.

До тѣхъ поръ, пока мы не имѣемъ никакого специфическаго лечебнаго средства противъ тифа, *терапия* наша остается преимущественно гигиено-діететической. Различныя лечебныя сыворотки, которыя отчасти примѣняются и съ профилактической цѣлью, пока еще недостаточно надежны въ отношеніи своего дѣйствія, чтобы ихъ можно рекомендовать для всеобщаго употребленія. Больной съ сидѣлкой помѣщается по возможности въ отдѣльную комнату; еще лучше имѣть двѣ комнаты для того, чтобы ими можно было пользоваться по очереди. Больного кладутъ на мягкій, гладкій матрацъ, подъ простыней, если нужно, кладутъ непромокаемую ткань—клеенку. Если угрожаютъ пролежни, примѣняютъ водяную подушку. Тщательный уходъ за кожей, частыя обмыванія предрасположенныхъ къ пролежнямъ частей спиртомъ, втираніе въ нихъ *und adip. lanae*. Тщательный уходъ за полостью рта (полосканіе, спринцованіе, пульверизація, смазываніе—смотря по обстоятельствамъ, см. стр. 538).

Пища во все время болѣзни должна быть жидкой. Дѣти младшаго возраста получаютъ молоко въ смѣси съ слизистымъ отваромъ или дѣтскую муку, приготовленную на молокѣ и водѣ; старшимъ дѣтямъ даютъ кромѣ того слизистые супы, жидкіе молочные кисели съ прибавленіемъ толченыхъ сухарей, какао простой, овсяный и проч. При сильной склонности къ поносамъ нужно ограничить молоко и увели-

чить примѣсь обыкновенной или дѣтской муки и питательнаго сахара <sup>1)</sup>. Охотно также дѣти ѣдятъ красную (гречневую) кашу, желе, жидкій яблочный кисель. Въ тяжелыхъ, долго длящихся случаяхъ къ супамъ прибавляютъ свѣже-выжатый мясной сокъ <sup>2)</sup> (не Puro!) по 10—30 грм. въ день. Ъсть больному даютъ, смотря по его состоянію, каждые 3, 2 часа или даже каждый часъ. Слишкомъ энергичное питаніе безцѣльно. Важно давать больному достаточно жидкости; поэтому ему нужно часто предлагать чай или воду, при отсутствіи болѣе сильнаго поноса—фруктовые соки (апельсинный, лимонный и т. п.).

Съ прекращеніемъ лихорадки можно перейти къ болѣе плотной пищѣ, но изъ дипломатическихъ соображеній удерживаютъ жидкую діету еще 14 дней послѣ того, какъ пала температура, т. е. до конца періода рецидивовъ. Послѣ этого даютъ супы съ крупой, размоченные сухари, картофельное пюре, вареное мясо, а еще черезъ 8—14 дней поджаренный хлѣбъ, рисъ, макароны, жареное мясо.

Лекарственное леченіе имѣетъ второстепенное значеніе. Если въ началѣ болѣзни хотятъ дать слабительное, то лучше прибѣгнуть къ мягко дѣйствующему касторовому маслу (2 раза съ промежуткомъ въ 3 часа по 5—10 грм., смотря по возрасту), чѣмъ къ каломелю. При очень частомъ и жидкомъ стулѣ можетъ принести пользу висмутъ (Bism. subn. 3 раза по 0,2—0,5) или таннальбинъ (3 раза по 0,3—0,5). Если имѣется очень сильная головная боль и высокая температура (выше 40° С.), то можно при случаѣ дать порошокъ фенаcetина (0,1—0,4) или пирамидона (0,05—0,2); постоянное же примѣненіе жаропонижающихъ средствъ бесполезно, даже вредно, такъ что его слѣдуетъ по справедливости избѣгать, отдавая предпочтеніе водолеченію.

Водолеченіе представляетъ въ дѣтской практикѣ самый важный и успѣшный методъ леченія тифа. Пріятнѣе всего, повидимому, дѣйствуютъ прохладныя ванны, которыя назначаются 2—3 раза въ день, когда температура переходитъ за 39,5°. Однако, онѣ полезны и при температурѣ въ 39,0°. Для дѣтей старше 5 лѣтъ берутъ воду около 34—33° С., которую при наличности лихорадки выше 39,5° тотчасъ же доводятъ до 30° С. У маленькихъ дѣтей такое охлажденіе не производится. Больной остается въ ваннѣ 5—10 минутъ, и въ это время ему энергично растираютъ спину и конечности. При апатіи, сонливости, бредѣ, затѣмъ при гипостазѣ, бронхопнеймоніи и плохомъ кровообращеніи дѣлаютъ въ концѣ ванны обливаніе холодной водой; ребенка ставятъ на ноги и дѣлаютъ ему изъ лейки 3—6 обливаній съ промежуткомъ въ 1/2 минуты, направляя сильную струю холодной воды на затылокъ, что вызываетъ глубокія дыханія. Ванны и обливанія дѣйствуютъ возбуждающимъ образомъ на нервную систему, кровообращеніе, особенно же на дыханіе, и такимъ образомъ сильнѣе всего противо-дѣйствуютъ развитію status typhosus и бронхопнеймоніи. Пониженіе температуры тѣла при этомъ незначительно и играетъ второстепенную роль. Если температура долго держится выше 40°, то маленькимъ дѣтямъ дѣлаютъ еще по нѣскольку разъ въ день холодныя обтиранія всего тѣла, старшимъ дѣтямъ—два раза въ день, утромъ и вечеромъ

<sup>1)</sup> 80 грм. маисовой муки смѣшиваютъ съ небольшимъ количествомъ воды и кипятятъ въ теченіе нѣсколькихъ минутъ. Затѣмъ полученную кашку вливаютъ въ 1 литръ свѣжаго фруктоваго сока (малиноваго, смородиннаго) и снова кипятятъ. Передъ употребленіемъ прибавляютъ по вкусу сахара и молока.

<sup>2)</sup> Существуютъ особые прессы Petit для полученія мясного сока. Цѣна ихъ 10 марокъ.

обертываніе всего тѣла изъ комнатной воды продолжительностью въ 15 минутъ или кладутъ попеременно на голову и на сердце пузырь со льдомъ.

У дѣтей младшаго возраста съ плохимъ кровообращеніемъ и ціанотической кожей лучше дѣйствуютъ горячія ванны (въ 37° С., затѣмъ быстро доводятъ до 40°) продолжительностью въ 3—5 минутъ съ послѣдующимъ обливаніемъ холодной водой. При пониженной дѣятельности сердца даютъ передъ ванной какое-либо возбуждающее, немного кофе или молока. Часто требуется давать возбуждающія въ теченіе долгаго времени. Для этой цѣли лучше всего подходитъ кофеинъ (см. стр. 364).

При кишечномъ кровотеченіи рекомендуется покой и желатина (подкожно или внутрь). Въ случаяхъ прободенія кишечника можно иногда спасти жизнь больному быстрымъ хирургическимъ вмѣшательствомъ.

Хорошимъ тоническимъ средствомъ съ начала паденія температуры можетъ служить decoct. chinae, напротивъ въ лихорадочномъ періодѣ болѣе умѣстна mixtura acida (Ac. hydrochlor. dilut. 2,0—4,0, Syr. Rub. Idaeі 30,0, Aq. dest. ad 150,0 3 раза въ день по 10 гр. въ водѣ).

Даже въ легкихъ случаяхъ тифа пациентъ не долженъ оставлять постель раньше 10—14 дней послѣ полного паденія температуры. Если выздоровленіе идетъ вяло и сопровождается упорной анеміей, то даютъ хинное желѣзо, если можно, посылаютъ больного въ деревню.

### Приложеніе. Паратифъ.

Въ послѣдніе годы бактериологическое изслѣдованіе показало, что иногда подобныя тифу заболѣванія вызываются микробами, родственными тифозной палочкѣ; при этомъ сравнительно рѣдко приходится имѣть дѣло съ *Bacillus paratyphi A*, который обладаетъ большимъ сходствомъ съ тифознымъ бациллою и вызываетъ такую же картину болѣзни, какъ эта послѣдняя.

Сравнительно чаще, но все-таки много рѣже, чѣмъ тифозная палочка, возбудителемъ болѣзни является *Bacillus paratyphi B*. Вызываемая этимъ микробомъ заболѣванія заразительны и часто принимаютъ характеръ эпидеміи. Картина болѣзни въ большинствѣ случаевъ очень похожа на обыкновенный тифъ. Часто, однако, наблюдается острое начало болѣзни, кромѣ того розеола и дизореакціи не такъ постоянны, какъ при тифѣ. Лихорадка имѣетъ часто ремиттирующий характеръ. Сравнительно часто наблюдаются рецидивы. Иногда появляются также кишечныя кровотечения, но они не имѣютъ особенно тяжелаго характера. Желудочно-кишечная и септическая формы встрѣчаются рѣдко.

Діагнозъ можетъ быть поставленъ только бактериологическимъ путемъ, именно путемъ изслѣдованія крови на агглютинацію, которая въ такихъ случаяхъ оказывается рѣзко положительной для бацилла паратифа и отрицательной для тифознаго бацилла.

### Инфлюэнца и гриппозныя болѣзни.

Въ 1889—1891 гг. инфлюэнца—въ то время для большинства врачей новая и незнакомая болѣзнь—пришла изъ Азіи и быстро совершила побѣдное шествіе по всей Европѣ; она не вполне исчезла еще и въ настоящее время, хотя въ послѣднее десятилѣтіе появляется уже только отдѣльными слабыми вспышками то въ одномъ, то въ другомъ мѣстѣ. Названіе „инфлюэнца“ быстро привилось какъ среди публики, такъ и среди врачей; его стали охотно употреблять для обозначенія тѣхъ лихорадочныхъ заболѣваній дыхательныхъ путей, которыя мас-

сами наблюдаются у насъ въ холодное время года и которыя раньше назывались гриппомъ. Такое безразличное употребленіе этого термина имѣетъ то неудобство, что многіе думаютъ, будто они имѣютъ дѣло съ настоящей инфлюэнцой въ такихъ случаяхъ, гдѣ въ дѣйствительности дѣло идетъ о старомъ знакомомъ врачамъ гриппѣ.

Мнѣ кажется поэтому болѣе рациональнымъ сохранить названіе инфлюэнца для того пандемическаго заболѣванія, съ которымъ наше поколѣніе впервые познакомилось въ 1889—1890 гг., а другія многочисленныя контагіозныя заболѣванія дыхательныхъ путей называть гриппомъ (можно также различать пандемической и эпидемической гриппъ въ противоположность эндемическому [Филатовъ]).

Въ настоящее время почти не приходится встрѣчать картины чистой инфлюэнцы, какую я самъ, напр., наблюдалъ 20 лѣтъ тому назадъ. Поэтому цѣлесообразнѣе, въ противоположность большинству учебниковъ (за нѣкоторыми исключеніями, напр. Филатова, Finkelstein'a), которые трактуютъ только объ истинной инфлюэнцѣ, ввести въ кругъ нашего изученія и обыкновенный гриппъ. Мы, конечно, хорошо знаемъ, что при гриппѣ мы имѣемъ дѣло не съ одной специфической инфекціонной болѣзнью, какъ при инфлюэнцѣ. Что здѣсь дѣло идетъ о нѣсколькихъ этиологически различныхъ болѣзняхъ, можетъ быть и о смѣшанныхъ инфекціяхъ, которыя даютъ одинаковый симптомокомплексъ и которыя мы пока еще не можемъ различить одну отъ другой, такъ какъ онѣ недостаточно изучены въ клиническомъ и бактериологическомъ отношеніи. Для того, чтобы подчеркнуть этиологическое многообразіе этого симптомокомплекса мы предпочитаемъ говорить не о гриппѣ, а о гриппозныхъ болѣзняхъ, которыя въ послѣдствіи, можетъ быть, будутъ разложены на рядъ отдѣльныхъ болѣзней (пнеймококковый гриппъ и т. п.). Въ настоящее время мы можемъ только изъ всей этой группы выделить, какъ самостоятельное заболѣваніе, пандемическую инфлюэнцу, да и то лишь бактериологическимъ путемъ, а не на основаніи клинической картины, какъ это было возможно при первомъ ея появленіи 20 лѣтъ тому назадъ. Чтобы лучше отбѣнить черты сходства и различія мы попытаемся рядомъ описать инфлюэнцу и гриппозныя болѣзни.

**Этиологія.** Возбудитель инфлюэнцы открытъ Pfeiffer'омъ въ 1890 г. и представляетъ собой особый коккобациллъ, находимый въ большомъ числѣ въ слизи носа и бронховъ. Эти очень мелкіе бациллы, располагающіеся въ видѣ рыболовныхъ сѣтей, растутъ на крови и на питательныхъ средахъ, содержащихъ гемоглобинъ, легко красятся карболь-фуксиномъ и очень быстро погибаютъ внѣ человѣческаго организма. Такъ какъ бациллы мало проникаютъ во внутрь организма, то многія болѣзненные явленія объясняются интоксикаціей. Въ настоящее время часто находятъ бациллы инфлюэнцы въ качествѣ паразита въ кавернахъ, бронхіэкстазіяхъ и т. д.

Возбудителемъ гриппозныхъ болѣзней въ различные періоды отдѣльныхъ эпидемій являются различныя бактеріи, чаще всего пнеймококки, затѣмъ *micrococcus catarrhalis*, *bacillus Friedländer*, стрептококки, т. е. бактеріи, которыя живутъ паразитами во рту и зѣвъ здоровыхъ людей, при гриппѣ размножаются въ громадномъ количествѣ. Болѣзнь, по всей вѣроятности, является результатомъ не столько повышенія вирулентности этихъ микробовъ, сколько повышенія мѣстнаго предрасположенія (слизистыхъ оболочекъ), обусловливаемаго вліяніемъ холодной, непостоянной погоды, простудой и т. п. Преимущественное предрасположеніе обнаруживаютъ индивидуумы съ пониженнымъ питаніемъ, съ лимфатизмомъ и золотухой. Не исключена возможность, что всѣ названныя бактеріи являются отчасти только вторичной инфекціей и что дѣйствительный возбудитель гриппозныхъ заболѣваній намъ еще не извѣстенъ.

**Зараженіе** какъ при инфлюэнцѣ, такъ и при гриппозныхъ болѣзняхъ происходитъ одинаково—именно только непосредственно и черезъ „зараженіе брызгами“ при кашлѣ, чиханіи, сморканіи и т. п. Косвенная передача болѣзни, повидимому, имѣетъ мѣсто очень рѣдко, въ особенности при инфлюэнцѣ. Заразительность чрезвычайно велика, такъ что для инфекціи достаточно даже самаго кратковременнаго пребыванія въ соприкосновеніи съ больными.

Характерныя отличія инфлюэнцы и гриппа проявляются въ ихъ эпидемиологіи.

Инфлюэнца время отъ времени, черезъ большіе промежутки приходитъ въ Европу изъ Азіи черезъ Россію и вызываетъ сильнѣйшія пандеміи, которыя, правда, скоро прекращаются, но на много лѣтъ оставляютъ послѣ себя небольшія послѣдовательныя вспышки. Въ каждомъ отдѣльномъ мѣстѣ инфлюэнца распространяется съ необычайной быстротой, такъ что въ теченіе нѣсколькихъ недѣль оказывается пораженнымъ все населеніе. Время года и состояніе погоды не всегда играютъ при этомъ существенную роль.

Гриппозныя болѣзни появляются постепенно въ холодное время года; первые случаи приходятся обыкновенно на начало зимы; при дурной погодѣ случаи учащаются и принимаютъ характеръ болѣе или менѣе значительной эпидеміи, которая протекаетъ, однако, гораздо медленнѣе, чѣмъ эпидемія инфлюэнцы и тянется въ теченіе многихъ мѣсяцевъ.

Въ отношеніи возраста заболѣвающихъ инфлюэнца и гриппъ нѣсколько отличаются другъ отъ друга. Инфлюэнца, въ общемъ, поражаетъ преимущественно взрослыхъ и дѣтей старшаго возраста. Маленькія дѣти заболѣваютъ рѣже и въ очень легкой формѣ. При заболѣваніи матерей или кормилицъ ихъ грудныя дѣти остаются нерѣдко здоровыми. Гриппозныя болѣзни, напротивъ, преимущественно поражаютъ дѣтей грудного и вообще младшаго возраста, протекаютъ у нихъ тяжелѣе, чѣмъ у взрослыхъ.

**Картина болѣзни** въ отдѣльномъ случаѣ часто не даетъ никакой возможности отличить инфлюэнцу отъ гриппозныхъ болѣзней. Какъ при cholera asiatica и cholera nostras вопросъ можетъ быть рѣшенъ только бактериологическимъ изслѣдованіемъ. Такъ во время инфлюэнцы 1889—1890 гг. въ началѣ эпидеміи совершенно не было явленій со стороны дыхательныхъ органовъ, въ дальнѣйшемъ же эти симптомы стали появляться все ранѣе и ранѣе.

Общія черты въ картинѣ болѣзни сводятся къ слѣдующему.

Инкубационный періодъ очень коротокъ, 1—4 дня. Затѣмъ появляется лихорадка, которая можетъ быстро подняться до 40°—41° C.; продержавшись 1—3 дня, она быстро оканчивается кризисомъ съ проливнымъ потомъ. Лихорадка имѣетъ часто ремиттирующій и даже интермиттирующій характеръ. Нерѣдко она держится цѣлую недѣлю, въ рѣдкихъ случаяхъ 2—3 недѣли. При гриппозныхъ заболѣваніяхъ бываетъ часто предварительный періодъ въ 1—3 дня съ насморкомъ, легкимъ кашлемъ и повышеніемъ температуры; только послѣ этого появляются рѣдкіе симптомы, инфлюэнца же, напротивъ, начинается обыкновенно внезапно.

Поднятіе температуры сопровождается часто рвотой, покраснѣніемъ конъюнктивъ, нерѣдко свѣтобоязнью, затѣмъ покраснѣніемъ и опуханіемъ слизистой оболочки носа и зѣва, вначалѣ еще безъ усиленной секретіи. Иногда бросается въ глаза покраснѣніе минда-



линъ, язычка и дужекъ, рѣзко ограниченное сверху. Очень часто бываетъ рино-фарингитъ, но у маленькихъ дѣтей его легко просмотрѣть, такъ какъ онъ не сопровождается обильнымъ истеченіемъ изъ носа. Ринофарингитъ вызываетъ припуханіе цервикальныхъ железъ на шеѣ, а это можетъ рефлекторно вести къ сведенію затылка, симулирующему менингитъ; у грудныхъ дѣтей развивается иногда заглоточный нарывъ. У лимфатическихъ дѣтей рино-фарингитъ можетъ принять самостоятельный характеръ и уже по прекращеніи основного страданія можетъ давать въ теченіе многихъ недѣль неправильныя повышенія температуры, наводящія на мысль о туберкулезѣ. Вскорѣ появляется тяжелый сухой кашель, нерѣдко съ оттѣнкомъ хрипоты. При лимфатическомъ діатезѣ дѣло нерѣдко доходитъ до ложнаго крупа. Кашель вначалѣ бываетъ сухимъ, частымъ, мучительнымъ; онъ можетъ обнаружить большое сходство съ коклюшемъ и даже оканчиваться рвотой. Дѣти нерѣдко кашляютъ и по ночамъ, такъ что въ отношеніи діагноза могутъ возникнуть значительныя трудности. Важнымъ отличіемъ является то, что при гриппозныхъ заболѣваніяхъ сильныя короткіе приступы появляются гораздо раньше, чѣмъ при коклюшѣ. Въ легкихъ и бронхахъ, какъ при коклюшѣ, въ первые дни не обнаруживается никакихъ объективных измѣненій.

Гриппозный катарръ обнаруживаетъ склонность переходить съ зѣва на среднее ухо. Часто уже 1-й или 2-й день болѣзни дѣти начинаютъ жаловаться на колотье въ ухѣ; у маленькихъ дѣтей обращаетъ на себя вниманіе непрерывный плачь; при изслѣдованіи находятъ чувствительность къ давленію козелка и сильное покраснѣніе барабанной перепонки съ одной или съ обѣихъ сторонъ. Часто наблюдается геморрагическій мирингитъ съ образованіемъ кровянистыхъ пузырей. Иногда одновременно образуется средней отитъ, который часто ведетъ къ накопленію гноя и прободенію барабанной перепонки.

Общее состояніе можетъ быть разстроено и очень сильно, и совсѣмъ слабо; отъ кашля, головной боли и боли въ ушахъ разстраивается нерѣдко сонъ.

Если спустя 1—3 дня температура спадаетъ, то быстро наступаетъ улучшеніе, кашель становится мягкимъ, отитъ проходитъ.

Нерѣдко, однако, температура не спадаетъ и воспаленіе слизистыхъ оболочекъ продолжаетъ распространяться по дыхательнымъ путямъ въ бронхи и легкія, въ особенности у маленькихъ дѣтей. Постепенно появляется одышка, дыхательныя движенія крыльями носа, признаки капиллярнаго бронхита и пнеймоніи. Распространеніе внизъ идетъ иногда такъ быстро, что получается впечатлѣніе, будто имѣется дѣло съ крупозной пнеймоніей. Однако, медленность инфильтраціи, многочисленные влажные хрипы, вялое разрѣшеніе и ремиттирующая лихорадка говорятъ противъ такого предположенія. При пнеймококковомъ гриппѣ сходство или тождество картины съ первичной пнеймоніей понятно само собой; при патолого-анатомическомъ изслѣдованіи также находятъ здѣсь часто совершенно тѣ же отношенія. Въ другихъ случаяхъ какъ вскрытіе, такъ и клиническая картина указываютъ на смѣшанную форму пнеймоніи, т. е. на существованіе рядомъ съ участками крупозной пнеймоніи участковъ бронхопнеймоніи. Часто находятъ желтоватый фокусъ около какого-либо бронха и вокругъ этого фокуса плотную, пеструю инфильтрацію, чрезвычайно богатую клѣтками (клѣточная пнеймонія) и пронизанную мѣстами кро-

воизліяніями. Къ пнеймоніи нерѣдко присоединяется фибринозный нерѣдко или гнойный плевритъ, который, въ свою очередь, можетъ вести къ гнойнымъ метастазамъ въ суставахъ и костяхъ, къ гнойному менингиту, къ легочному абсцессу. Въ первые годы жизни пнеймонія является самымъ частымъ, самымъ серьезнымъ осложненіемъ или даже, лучше сказать, одной изъ составныхъ частей гриппознаго заболѣванія; у кахектическихъ дѣтей и дѣтей съ разстроенымъ питаніемъ пнеймонія часто оканчивается смертью.

При обыкновенномъ гриппозномъ заболѣваніи описанное пораженіе дыхательныхъ путей—начиная съ насморка и кончая пнеймоніей—представляетъ самый выдающійся симптомъ болѣзни. При инфлюэнцѣ дѣло часто обстоитъ иначе. Въ эпидемію 1889—1890 гг. на первомъ планѣ нерѣдко стояли общія явленія заболѣванія дыхательныхъ органовъ—если не считать легкаго насморка и катарра зѣва и конъюнктивъ—часто совершенно отсутствовали, особенно у маленькихъ дѣтей, а если и появлялись, то лишь спустя нѣсколько дней, а не съ самаго начала болѣзни. На первый же планъ выступаютъ токсическія явленія со стороны нервной системы. Дѣти съ самаго начала чрезвычайно вялы, разбиты; старшія дѣти жалуются на головную боль, боли въ крестцѣ, свѣтобоязнь, маленькія дѣти мечутся въ постели и непрерывно плачутъ. Сонливость можетъ дойти до сопорознаго состоянія. О глубокомъ пораженіи нервной системы свидѣтельствуютъ случаи геморрагическаго энцефалита, менингита, галлюцинацій, спутанности идей, невралгій. Выздоровленіе у старшихъ дѣтей даже послѣ кратковременной болѣзни тянется вяло и тяжело.

Такая нервная форма заболѣванія при другихъ гриппозныхъ болѣзняхъ встрѣчается несравненно рѣже; если и здѣсь иногда дѣло доходитъ до тяжелыхъ эклампсій и менингизма, то это обыкновенно происходитъ на почвѣ спазмофильнаго діатеза и наблюдается, слѣдовательно, только у маленькихъ дѣтей.

Однако, при всѣхъ гриппозныхъ болѣзняхъ могутъ выступать на первый планъ **желудочно-кишечные симптомы**; при инфлюэнцѣ такая форма наблюдается и у взрослыхъ. У дѣтей желудочно-кишечный катарръ гриппознаго характера встрѣчается значительно чаще, чѣмъ у взрослыхъ. Чѣмъ дѣти моложе, тѣмъ чаще гриппъ принимаетъ эту форму, такъ что, напр., во время эпидеміи инфлюэнцы приходится иногда наблюдать въ одной и той же семьѣ, что старшія дѣти и взрослые заболѣваютъ лихорадочнымъ бронхитомъ, а маленькія дѣти—рвотой и поносомъ съ жидко водянистымъ или слизисто-гнойнымъ стуломъ. При болѣе продолжительномъ существованіи лихорадки картина болѣзни пріобрѣтаетъ характеръ тифа, причемъ сходство можетъ быть еще усилено появленіемъ розеолозной сыпи, которая, впрочемъ, имѣетъ болѣе распространенный характеръ и иную локализацию, чѣмъ при тифѣ.

Не особенно рѣдко наблюдаются въ теченіе болѣзни и другія сыпи; чаще всего онѣ имѣютъ **скарлатинообразный характеръ**, возбуждающій иногда серьезные сомнѣнія въ діагнозѣ; встрѣчается и коревая сыпь и сыпь, напоминающая краснуху.

При инфлюэнцѣ вслѣдствіе сильнаго токсическаго вліянія бацилл инфлюэнцы поражается нерѣдко сердце. Впрочемъ это чаще всего наблюдается у дѣтей старшаго возраста; разстройство сердца выражается въ аритміи, маломъ, очень частомъ пульсѣ, расширеніи и легкой недостаточности; всѣ эти явленія могутъ существовать еще долго въ періодѣ выздоровленія.

Селезенка бываетъ почти всегда увеличенной, но незначительно.

Альбуминурия встрѣчается часто, но выраженный нефритъ (иногда геморрагическій), напротивъ, наблюдается рѣдко.

Діазореакція имѣется не очень часто.

Течение чрезвычайно различно. Болѣзнь можетъ ограничиться насморкомъ и эфемерной лихорадкой въ течение 2—3 дней, такъ что она часто даже остается незамѣченной, или же она можетъ тянуться 8—14 дней въ видѣ лихорадочнаго общаго заболѣванія, бронхита, бронхопнеймоніи, или, наконецъ, въ течение нѣсколькихъ дней, недѣль привести къ смерти при явленіяхъ пнеймоніи или вторичной гнойной инфекціи (менингитъ, эмпіема). Можетъ быть, существуютъ и безлихорадочныя формы, хотя это сомнительно; впрочемъ, при быстро переходящемъ характерѣ болѣзни врачъ часто не въ состояніи констатировать такихъ формъ. Только у атрофическихъ грудныхъ дѣтей и у недоносковъ коллапсъ можетъ наступить такъ быстро, что болѣзнь протекаетъ безъ лихорадки. Въ отдѣльныхъ случаяхъ развивается хроническій бронхитъ; иногда инактивный или скрытый туберкулезъ дѣлается открытымъ. Послѣ истинной инфлюэнцы у старшихъ дѣтей выздоровленіе тянется часто очень вяло, сопровождаясь невралгіями и длительной слабостью.

**Діагнозъ.** Инфлюэнца имѣетъ больше характеръ общей инфекціи съ преобладаніемъ токсическихъ и нервныхъ симптомовъ; пораженіе дыхательныхъ путей либо вовсе отсутствуетъ либо появляется позднѣе уже во время болѣзни. При другихъ же гриппозныхъ болѣзняхъ на первый планъ выступаетъ картина лихорадочнаго заболѣванія дыхательныхъ путей. Но очень часто эти отличительныя черты ступшевыаются и вопросъ можетъ быть рѣшенъ только на основаніи характера существующей эпидеміи или на основаніи бактериологическаго изслѣдованія.

Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ при дифференціальномъ діагнозѣ приходится принимать въ расчетъ многія лихорадочныя инфекціонныя болѣзни. При тифѣ лихорадка имѣетъ болѣе постоянный характеръ; въ концѣ первой недѣли появляется діазореакція, розеолы и припуханіе селезенки. При генуинной крупозной пнеймоніи высокая лихорадка имѣетъ также постоянный характеръ, между тѣмъ какъ гриппознымъ заболѣваніямъ свойственны ремиссіи; одновременное существованіе сильнаго бронхита, распространеніе на другія доли, вялое разрѣшеніе, отсутствіе кризиса—говорятъ противъ генуинной пнеймоніи. Сильныя боли въ конечностяхъ заставляютъ думать о суставномъ ревматизмѣ, но при послѣднемъ обыкновенно не бываетъ катаральныхъ явленій со стороны верхнихъ дыхательныхъ путей. Конъюнктивитъ и отитъ въ сомнительныхъ случаяхъ говорятъ въ пользу гриппа. Лихорадка, конъюнктивитъ, насморкъ и кашель напоминаютъ начинающуюся корь. Въ продромальномъ періодѣ дифференціальный діагнозъ можно часто поставить только на основаніи пятенъ Корлик'а. Если при гриппозныхъ заболѣваніяхъ бываетъ скарлатинозная сыпь, то она очень летуча и появляется обыкновенно только послѣ паденія температуры; кромѣ того, здѣсь не бываетъ скарлатинозной ангины и скарлатинознаго языка. Часто во время гриппозныхъ заболѣваній возникаетъ тревожное подозрѣніе отъ носительно менингита; при инфлюэнцѣ такое подозрѣніе можетъ быть вызвано глубокой сонливостью, при другихъ гриппозныхъ заболѣваніяхъ—отитомъ и припуханіемъ лимфатическихъ железъ на шеѣ,

ведущимъ къ рефлекторному сведенію затылка; а также спазмофильнымъ менингизмомъ. Дифференціальный діагнозъ тѣмъ болѣе труденъ, что на почвѣ гриппозныхъ заболѣваній нерѣдко развивается истинный менингитъ—серозный или гнойный—вслѣдствіе инфекціи пнеймо-стрептококками или бациллами инфлюэнцы.

Гриппозный бронхитъ отличается отъ простаго бронхита очень сильнымъ кашлемъ, покраснѣніемъ глазъ, высокой лихорадкой при незначительности физическихъ симптомовъ, безсонницей, сильнымъ недомоганіемъ и явленіями нервного возбужденія.

Объ отличіи отъ коклюша, протекающаго безлихорадочно или сопровождающагося незначительной лихорадкой, мы уже упоминали выше. Часто вѣрный діагнозъ можетъ быть поставленъ на основаніи своеобразнаго цианотическаго покраснѣнія зѣва, свойственнаго гриппу.

Предсказаніе нужно вначалѣ даже въ легкихъ случаяхъ ставить съ осторожностью, такъ какъ нерѣдко за начальнымъ насморкомъ слѣдуетъ тяжелый, смертельный бронхитъ, пнеймонія или развивается эмпіема и менингитъ и т. п. По числу жертвъ, которое поглощаетъ гриппъ въ грудномъ возрастѣ, онъ можетъ быть поставленъ наряду съ первичными расстройствами питанія; на 2—4 году жизни отъ него погибаютъ главнымъ образомъ рахитическія и слабыя дѣти.

Въ профилактическомъ отношеніи поэтому важно относиться внимательно къ каждому насморку и кашлю, принимая всѣ мѣры осторожности при самомъ легкомъ заболѣваніи дыхательнаго аппарата. Важнѣе всего, по возможности нужно охранять отъ инфекціи маленькихъ дѣтей, особенно рахитиковъ и съ явленіями расстройства питанія; ихъ нужно держать вдали отъ всякаго, у кого имѣется насморкъ, кашель и пр. Цѣлованія дѣтей, пользованія общими носовыми платками и т. п. должно избѣгать даже при отсутствіи болѣзни. Если кто-либо въ семьѣ заболѣваетъ насморкомъ, кашлемъ или лихорадкой какого-либо происхожденія, то первое правило предосторожности изолировать заболѣвшаго отъ дѣтей. Но очень часто эти мѣры неосуществимы. Въ больницахъ дѣти съ лихорадочнымъ заболѣваніемъ дыхательныхъ путей должны быть изолированы и ни въ какомъ случаѣ не должны помѣщаться въ одной палатѣ съ грудными дѣтьми.

**Леченіе.** Въ началѣ лихорадки или катарра часто, повидимому, оказываетъ купирующее дѣйствіе потогонное леченіе. Больного кладутъ въ нагрѣтую постель, хорошо прикрываютъ и даютъ двѣ дозы аспирина по 0,1—0,5 (смотря по возрасту) съ промежуткомъ въ 1 часъ и кромѣ того обильное количество теплаго липоваго цвѣта. Послѣ потѣнія дѣлаютъ теплую ванну и мѣняютъ носильное и постельное бѣлье. У дѣтей, страдающихъ спазмофиліей и лимфатизмомъ, лучше избѣгать потогоннаго леченія \*).

Больного нужно держать въ постели не только во время лихорадки, но день—два и послѣ ея паденія.

\*) Мы должны сказать, что тщательно проводимый, потогонный способъ леченія нужно примѣнять во всѣхъ случаяхъ безъ исключенія, такъ какъ такимъ путемъ не только можетъ купироваться болѣзнь, но предупреждаются, что еще важнѣе, неприятыя осложненія и послѣдствія ея. Судя по всему, кожные покровы при инфлюэнцѣ играютъ главную роль въ процессѣ выдѣленія организмомъ специфическихъ дѣятелей съ ихъ токсинами, въ чемъ и заключается основная причина магическаго дѣйствія названнаго метода.

Диета должна быть жидкой и вначалѣ скудной, въ особенности при спазмофильномъ діатезѣ; при послѣднемъ если наступаютъ судороги и менингизмъ, нужно на время прекратить питаніе и дать слабительное; такое леченіе часто сопровождается поразительнымъ успѣхомъ.

Если преобладаютъ лихорадочныя, токсическія явленія, то умѣстно примѣнить легкое водолеченіе, именно ванны, иногда съ холодными обливаніями. Въ остальномъ—поскольку дѣло касается мѣстныхъ симптомовъ (носа, уха, бронховъ, пнеймоніи и т. п.), поступаютъ по общимъ правиламъ. При расстройствахъ питанія, кромѣ обычного леченія, приносятъ иногда пользу *mixtura acida*.

При угрожающей слабости сердца требуется сугубая осторожность и своевременное назначеніе возбуждающихъ (кофеина) (см. стр. 364).

Въ періодѣ выздоровленія, если болѣзнь длилась долго, полезны *roborantia* (хинный отваръ, хинное желѣзо и т. д.); позднѣе нерѣдко, въ предупрежденіе туберкулеза, рекомендуется пребываніе въ деревнѣ или въ горахъ.

### Острый сочленовный ревматизмъ (*Polyarthriti acuta*).

Этимъ именемъ называютъ лихорадочную болѣзнь, ведущую къ скоропреходящему, не гнойному воспаленію различныхъ суставовъ, нерѣдко также къ воспаленію сердца.

О природѣ этой болѣзни мы еще не имѣемъ точныхъ свѣдѣній. Повидимому подъ указаннымъ симптомокомплексомъ понимаютъ этиологически-различные процессы; въ особенности это относится къ хроническимъ формамъ. Многие говорятъ за то, что въ значительномъ большинствѣ относимыхъ сюда случаевъ мы имѣемъ дѣло съ инфекціонной болѣзнью, которую можно разсматривать какъ ослабленный сепсисъ, такъ какъ часто въ крови и на пораженныхъ клапанахъ сердца находятъ различныя піогенныя бактеріи (въ особенности стрептококки, затѣмъ также стафило-, дипло- и пнеймококки). Въ заболѣвшихъ суставахъ бактерій часто не находятъ, такъ что заболѣваніе суставовъ является, повидимому, токсическимъ, какъ при сывороточной болѣзни. Въ пользу существованія инфекціоннаго возбудителя говоритъ также то обстоятельство, что временами и въ нѣкоторыхъ домахъ болѣзнь поражаетъ одновременно многихъ лицъ, а также то, что ей нерѣдко предшествуетъ ангина.

Различные возрасты обнаруживаютъ различное предрасположеніе къ болѣзни. Въ возрастѣ отъ 2 до 5 лѣтъ она встрѣчается рѣдко, чаще между 5 и 10 годами, очень часто между 10 и 15 годами. Описаны отдѣльные случаи врожденнаго заболѣванія у дѣтей, родившихся отъ больныхъ матерей. Случаи эти, однако, недостоверны, равно какъ и случаи, наблюдавшіеся якобы въ грудномъ возрастѣ.

Вліяніе наслѣдственности, простуды, сырыхъ жилищъ не можетъ быть точно учтено, хотя многіе признаютъ за нимъ извѣстное значеніе. Несомнѣнная склонность отдѣльныхъ людей къ многократнымъ повторнымъ заболѣваніямъ въ теченіе многихъ мѣсяцевъ или лѣтъ указываетъ на большое значеніе индивидуальнаго предрасположенія, сущность котораго совершенно неизвѣстна. Иногда можно наблюдать семейное предрасположеніе. Въ дѣтскомъ возрастѣ болѣзнь требуетъ особаго вниманія, такъ какъ она протекаетъ здѣсь существенно отлично

отъ взрослыхъ. Забѣгая впередъ, отмѣтимъ, что эти отличія заключаются главнымъ образомъ въ незначительности пораженія суставовъ сравнительно съ общими явленіями, въ рѣзкой склонности къ тяжелымъ, неизлечимымъ пораженіямъ сердца и въ часто случающейся комбинаціи съ *chorea minor* (см. стр. 350 и 477).

Какъ у взрослыхъ, болѣзнь можетъ начинаться либо внезапно сильными явленіями со стороны суставовъ, либо медленно и незаметно. Сравнительно часто въ первые дни болѣзни выступаютъ на первый планъ общія явленія—разбитость, отсутствіе аппетита, легкое повышеніе температуры. Нерѣдко болѣзнь начинается съ катаральной или лакунарной ангины, такъ что естественно возникаетъ предположеніе, что соответствующіе зародыши болѣзни проникаютъ черезъ миндалины, какъ черезъ входныя ворота, какъ это часто наблюдается у взрослыхъ при ревматизмѣ и септическомъ процессѣ.

Явленія со стороны суставовъ бывають обыкновенно настолько незначительны и такъ быстро проходятъ, что ихъ часто не замѣчаютъ, въ особенности, если они появляются на второй день болѣзни, когда общія разстройства и ангина успѣютъ уже отвлечь вниманіе врача въ другую сторону. Пораженіе суставовъ рѣдко бываетъ настолько значительнымъ, какъ у взрослыхъ, но локалізація болѣзни также преимущественно въ колѣнныхъ, голеностопныхъ, плечевыхъ суставахъ и также недолго остается въ одномъ изъ нихъ. Число пораженныхъ суставовъ въ большинствѣ случаевъ меньше, чѣмъ у взрослыхъ. Сравнительно часто поражается шейная часть позвоночника, вслѣдствіе чего появляется *torticollis*; это пораженіе, конечно, трудно просмотрѣть. Опухоль суставовъ обыкновенно незначительна и не бросается въ глаза, такъ что безъ спеціального изслѣдованія она остается незамѣченной, тѣмъ болѣе, что краснота встрѣчается лишь въ видѣ исключенія. Доступныхъ пальпации экссудатовъ въ суставахъ обыкновенно не бываетъ. Очень часто нельзя констатировать даже и припухлости, такъ что болѣзнь выражается только болѣзненностью суставовъ, которая заставляеть дѣтей избѣгать движеній въ соответствующихъ конечностяхъ; маленькія дѣти придають при этомъ конечностямъ особое положеніе. Часто удается открыть болѣзненность только при систематическомъ изслѣдованіи суставовъ съ помощью давленія и пассивныхъ движеній; бывають даже такіе случаи, гдѣ врачъ съ самаго начала находитъ пораженіе сердца (или хорее) и гдѣ только изъ подробнаго анамнеза выясняется, что ребенокъ передъ тѣмъ, въ теченіе многихъ недѣль или мѣсяцевъ, жаловался на боли въ стопѣ, колѣнѣ или какомъ либо другомъ суставѣ.

Лихорадка въ большинствѣ случаевъ бываетъ умеренной, между  $38,0^{\circ}$  и  $39,0^{\circ}$ , рѣже выше, чаще еще ниже. Она можетъ исчезать на много дней съ тѣмъ, чтобы снова появиться при заболѣваніи новаго сустава.

Впрочемъ, далеко не всегда существуетъ параллелизмъ между подъемомъ температуры и обостреніемъ явленій со стороны суставовъ, изъ чего слѣдуетъ, что важную роль въ происхожденіи лихорадки играетъ общая инфекция или пораженіе внутреннихъ органовъ (сердца), легко ускользающее отъ наблюденія.

Часто наблюдается потѣніе, однако, оно менѣе интенсивно, чѣмъ у взрослыхъ; потъ также имѣеть менѣе кислый запахъ.

Пораженіе сердца наблюдается такъ часто (въ 80%—90% всѣхъ случаевъ), что его можно съ извѣстнымъ правомъ

относится къ нормальному течению болѣзни; поэтому со стороны врача требуется постоянное наблюдение за состояниемъ сердца. Если съ самаго начала болѣзни изслѣдуютъ ежедневно сердце, то въ очень многихъ случаяхъ, къ концу 1 й недѣли находятъ легкой систолической шумъ на верхушкѣ, относительно котораго очень долго нельзя рѣшить, является ли онъ функциональнымъ или служить признакомъ эндокардита въ области митрального клапана.

По моему мнѣнію, шумы при остромъ ревматизмѣ и хорей чрезвычайно трудно поддаются оцѣнкѣ, но если принять во вниманіе, что въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ рано или поздно обнаруживается несомнѣнный порокъ клапановъ, то мы имѣемъ право и тѣ немногіе случаи, гдѣ дѣло не доходитъ до расширенія сердца и до усиленія второго легочнаго тока, гдѣ шумъ спустя нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ исчезаетъ, трактовать какъ случаи легкаго эндокардита. Во многихъ случаяхъ эндокардитъ становится яснымъ уже во время самого ревматизма, въ другихъ—онъ выясняется только по исчезновении послѣдняго. Часто, однако, уже въ теченіе ревматизма на первый планъ выступаетъ поврежденіе сердца, въ особенности это относится къ случаямъ перикардита (см. ниже). Нерѣдко ясный эндокардитъ имѣется уже въ то время, когда ревматизмъ только начинается или же онъ предшествуетъ ревматизму, что съ несомнѣнною свѣдѣтельностью о томъ, что поврежденіе суставовъ при суставномъ ревматизмѣ является только симптомомъ общаго заболѣванія.

Острый ревматизмъ рѣдко продолжается дольше 14 дней, за исключеніемъ необычныхъ формъ (см. ниже). Встрѣчаются даже случаи, гдѣ уже черезъ недѣлю отъ начала болѣзни симптомы со стороны суставовъ исчезаютъ надолго. Тяжелыя случаи съ осложненіями могутъ, какъ и у взрослыхъ, тянуться много недѣль. Рецидивы наблюдаются не рѣдко, притомъ они могутъ появляться сейчасъ же по прекращеніи приступа съ повторнымъ заболѣваніемъ всѣхъ пораженныхъ ранѣе суставовъ, или же болѣзнь можетъ рецидивировать спустя много недѣль. Также часто наблюдаются повторныя заболѣванія спустя много мѣсяцевъ и лѣтъ. Въ легкихъ случаяхъ ревматизмъ, эндокардитъ и хорей часто поражаютъ попеременно одного и того же субъекта, такъ что, напр., черезъ  $\frac{1}{2}$  года послѣ ревматизма появляется эндокардитъ, черезъ годъ chorea minor, еще черезъ годъ снова ревматизмъ и т. д., причемъ каждая изъ этихъ трехъ болѣзней можетъ являться первой—фактъ, свидѣтельствующій о томъ, что всѣ онѣ представляютъ собой проявленіе одной и той же инфекціонной болѣзни; въ тяжелыхъ же, прогностически неблагоприятныхъ случаяхъ вся эта триада нерѣдко наблюдается одновременно. Иногда ревматизмъ внезапно исчезаетъ и какъ бы въ видѣ эквивалента быстро развивается пляска Св. Витта.

### Особенности теченія. Отдѣльные органы.

По частотѣ и важности на первый планъ выступаетъ поврежденіе сердца. У дѣтей еще чаще, чѣмъ у взрослыхъ, ревматизмъ бываетъ причиной порока клапановъ. Эндокардитъ можетъ развиваться въ любомъ періодѣ ревматизма. Очень часто ребенокъ какъ-будто благополучно переноситъ ревматизмъ, а при случайномъ изслѣдованіи спустя много мѣсяцевъ оказывается, что у него имѣется ясно выраженный порокъ клапановъ (почти всегда недостаточность двустворки, гораздо рѣже недостаточность аорты), причемъ въ промежуточное время ребенокъ можетъ не проявлять никакихъ признаковъ какого либо серьез-

наго заболѣванія. Правда, внимательные родители въ такихъ случаяхъ отмѣчаютъ, что ребенокъ въ это время казался нерѣдко блѣднымъ и вялымъ, что иногда поднималась температура до  $37,5^{\circ}$ — $38,0^{\circ}$ . Учащенія пульса и расширенія сердца при этомъ не находятъ.

Но часто эндокардитъ становится замѣтнымъ уже въ теченіе ревматизма, давая характерные симптомы: рѣзкій систолическій шумъ на митральномъ клапанѣ, усиленіе второго легочнаго тона, расширеніе сердца, ускореніе пульса, одышку, чувство давленія въ груди и новый, не зависящій отъ суставовъ скачокъ температуры. На мио- и перикардъ воспаленіе переходитъ, къ счастью, только въ незначительномъ числѣ случаевъ.

Перикардитъ, появляющійся почти всегда вмѣстѣ съ эндокардитомъ, представляетъ чрезвычайно тяжелое и опасное страданіе. Онъ можетъ вызвать смертельную недостаточность сердца уже въ остромъ періодѣ, либо вслѣдствіе сопутствующаго ему миокардита, либо вслѣдствіе сравленія сердца обильнымъ (серознымъ) экссудатомъ. Но часто онъ принимаетъ хроническую форму. При небольшихъ ограниченныхъ воспаленіяхъ можетъ остаться сращеніе сердечной сумки на соответствующемъ мѣстѣ. Нерѣдко послѣ рассасыванія экссудата остается полная облитерация, которая причиняетъ мучительныя страданія въ теченіе многихъ мѣсяцевъ, иногда 1—2 лѣтъ и въ концѣ-концовъ ведетъ къ смерти. Такимъ образомъ перикардитъ—острый и хроническій—составляетъ самую частую причину смерти при ревматизмѣ (см. о перикардитѣ на стр. 359).

Нерѣдко ревматизмъ осложняется фибринознымъ или экссудативнымъ плевритомъ; обыкновенно онъ наблюдается одновременно съ перикардитомъ. Экссудатъ въ большинствѣ случаевъ рассасывается вполне, если только сердечное страданіе не приводитъ къ смерти.

Болѣе или менѣе серьезные симптомы со стороны мозга наблюдаются рѣдко и даютъ очень плохое предсказаніе. Они встрѣчаются въ

Рис. 140. Rheumatismus nodosus. Реб. 6 лѣтъ. (Унив. дѣтск. клин. въ Мюнхенѣ. Проф. v. Pfandler.)

очень тяжелыхъ случаяхъ съ высокой лихорадкой ( $41^{\circ}$  и выше), бредомъ, явленіями раздраженія мозга, которые могутъ очень скоро перейти въ кому и вести къ смерти.

На кожѣ появляются иногда различнаго рода эритемы, иногда напоминающія erythema exsudativum multiforme или marginatum, иногда же имѣющія папулезный характеръ. Здѣсь умѣстно напомнить, что въ теченіе erythema contusiforme развивается нерѣдко эндокардитъ. Въ качествѣ рѣдкаго осложненія описанъ блѣдный или эритематозный болѣзненный отекъ кожи.

Рѣдкую форму, наблюдающуюся почти исключительно у дѣтей, представляетъ rheumatismus nodosus (см. рис. 140); въ тяжелыхъ случаяхъ ревматизма, сопровождающихся поражениемъ сердца, появляется вблизи суставовъ (часто около локтевого сустава) или вдоль сухожилій чувствительные узелки величиною отъ булавочной головки до орѣха; эти узелки, которыхъ



можетъ быть очень много, обыкновенно черезъ нѣкоторое время быстро исчезаютъ. Они состоятъ изъ фиброзной ткани.

Распознаваніе остраго ревматизма въ развитыхъ случаяхъ не представляетъ затрудненій. Но у дѣтей болѣзнь остается часто нераспознанной, именно въ тѣхъ случаяхъ, когда не имѣется ни субъективныхъ, ни объективныхъ явленій со стороны суставовъ или когда на первый планъ выступаютъ другіе симптомы (со стороны сердца).

Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи приходится принимать во вниманіе очень много болѣзней, вызывающихъ воспаленія и боли въ суставахъ. Сифилитическій остеохондритъ легко исключить, такъ какъ онъ встрѣчается только у маленькихъ грудныхъ дѣтей и сопровождается другими симптомами сифилиса. То же относится къ болямъ при сильномъ рахитѣ и *morbus Barlowi*. Далѣе нужно имѣть въ виду цѣлый рядъ специфическихъ инфекціонныхъ болѣзней, дающихъ метастазы въ суставахъ, такъ назыв. ревматоиды. На первомъ планѣ стоитъ здѣсь пнеймококковый артритъ, появляющійся нерѣдко у дѣтей младшаго возраста послѣ пнеймоніи и эмпіемы, захватывающей обыкновенно нѣсколько крупныхъ суставовъ и протекающей въ большинствѣ случаевъ вполне благопріятно, несмотря на гнойный характеръ эксудата. Особенно доброкачественное теченіе имѣетъ scarlatinозный ревматизмъ, появляющійся на 2-й недѣлѣ болѣзни предпочтительно въ лучезапястныхъ суставахъ и быстро исчезающей безъ всякихъ послѣдствій. Съ этимъ не нужно смѣшивать тяжелое гнойное воспаленіе суставовъ пѣзмического характера, которое можетъ присоединиться къ scarlatinѣ, какъ и ко всякому другому септическому заболѣванію. *Arthritis gonorrhoeica* составляетъ болѣе рѣдкое заболѣваніе и встрѣчается какъ при вульвовагинитѣ, такъ и при офтальмобленорреѣ, обыкновенно на 2-й—4-й недѣлѣ болѣзни. Гонорройный артритъ поражаетъ преимущественно колѣнные и тазобедренные суставы (часто только одинъ суставъ) и вызываетъ болѣзненную красную припухлость. Предсказаніе въ большинствѣ случаевъ благопріятно. Въ каждомъ случаѣ ревматизма (въ особенности моноартикулярномъ) нужно подумать о возможности гонорройнаго артрита и изслѣдовать наружные половые органы и конъюнктиву. Въ эксудатѣ суставовъ содержатся гонококки. Нужно имѣть еще въ виду, что у старшихъ дѣтей наследственный сифилисъ нерѣдко вызываетъ хроническое воспаленіе суставовъ, причиняющее поразительно мало разстройствъ и чаще всего проявляющееся въ формѣ двусторонней водянки колѣна. Встрѣчается также нерѣдко и болѣзненный гиперпластическій періоститъ (большихъ берцовыхъ костей).

Своеобразное положеніе занимаетъ туберкулезный ревматизмъ, описанный главнымъ образомъ французскими авторами (Ropes и др.), но еще недостаточно выясненный. Въ этихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ туберкулезными индивидуумами или съ индивидуумами, носящими въ себѣ туберкулезную наследственность, у которыхъ появляется пораженіе суставовъ, между прочимъ, позвоночника, вначалѣ ничѣмъ не отличающееся отъ обыкновеннаго ревматизма. Только упорство страданія, локалізація его въ немногихъ суставахъ, хроническое теченіе, склонность къ лейкоцитозу, наконецъ, развитіе туберкулеза приводятъ къ вѣрному распознаванію. Упомянемъ еще, что туберкулезный окситъ можетъ вначалѣ легко сойти за ревматизмъ тазобедреннаго или колѣннаго сустава.

Предсказаніе при остромъ суставномъ ревматизмѣ нужно ставитъ съ осторожностью. Пораженіе самихъ суставовъ почти всегда проходитъ безслѣдно (см. ниже), только въ исключительныхъ случаяхъ они переходятъ въ хроническое состояніе. Но въ половинѣ или двухъ третяхъ случаевъ болѣзнь оставляетъ послѣ себя хроническій порокъ сердца. Небольшое число больныхъ умираетъ во время остраго приступа отъ тяжести самой инфекціи или же въ ближайшіе годы отъ перикардита. Но даже если больной хорошо перенесъ болѣзнь, ему угрожаютъ еще въ послѣдствіи рецидивы или хореза, пороки сердца и пр.

Леченіе такое же, какъ у взрослого: больного помѣщаютъ въ постель въ хорошо натопленной комнатѣ и тщательно избѣгаютъ сквозняковъ. Салициловые препараты должны примѣняться въ каждомъ случаѣ суставного ревматизма: груднымъ дѣтямъ даютъ салициловый натръ по 0,25 3 раза въ день, дѣтямъ отъ 3 до 5 лѣтъ—3 раза по 0,5, отъ 8 до 10 лѣтъ—3 раза по 1,0. Аспиринъ даютъ въ нѣсколько меньшихъ дозахъ. Послѣ исчезновенія явленій со стороны суставовъ и лихорадки нужно давать лекарство по крайней мѣрѣ еще недѣлю въ уменьшенной (на  $\frac{1}{2}$  или  $\frac{1}{3}$ ) дозѣ. Въ большинствѣ случаевъ салициловый натръ даетъ хорошіе результаты. Въ случаѣ если салициловый натръ не дѣйствуетъ, можно испытать антипиринъ—3 раза по 0,2—0,7. Суставамъ нужно придать покойное положеніе, можно также завернуть ихъ въ вату.

Въ позднѣйшей стадіи умѣстны теплыя ванны и массажъ. Нерѣдко хвалятъ примѣненіе горячихъ ваннъ съ самаго начала. Заболѣваніе сердца лечится по общимъ правиламъ. Если по исчезновеніи всѣхъ явленій со стороны суставовъ существуетъ еще повышенная температура, то пациенту въ виду возможности эндокардита нужно предписать строгое постельное содержаніе. Въ такихъ случаяхъ, а также при ясно выраженномъ эндокардитѣ полезны иногда небольшія дозы салициловыхъ препаратовъ, хотя предупредить эндокардитъ или порокъ клапановъ такимъ образомъ нельзя.

Діета должна быть легкой, мясо нужно давать лишь въ небольшихъ количествахъ. Алкогольныхъ напитковъ лучше избѣгать.

По выздоровленіи отъ ревматизма рекомендуется осторожное закаливаніе тѣла съ помощью растираній сперва сухой фланелью, затѣмъ спиртомъ, а позднѣе водой комнатной температуры. Въ холодное время года пациентъ долженъ носить шерстяное бѣлье. Въ качествѣ Nachkur, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ еще не исчезли всѣ явленія со стороны суставовъ, рекомендуются разсолныя и сѣрнистыя ванны (курортъ Schinznach), а если имѣется пораженіе сердца, то осторожное леченіе въ Наугеймѣ.

### Приложеніе. Хроническій ревматизмъ.

Хроническій ревматизмъ такъ же, какъ острый, не представляетъ собой единой болѣзни. До сихъ поръ мы не имѣемъ еще для него общепринятой классификаціи. Наиболѣе естественно распредѣлить относящіяся сюда случаи на 2 категоріи.

1. Къ первой относится **вторичная форма**, развивающаяся изъ остраго ревматизма въ случаяхъ, гдѣ болѣзнь не излечивается вполне и путемъ постоянныхъ рецидивовъ приводитъ въ концѣ-концовъ къ длительнымъ измѣненіямъ. Такіе случаи имѣютъ часто острое начало или сопровождаются интеркуррентными лихорадочными приступами. Процессъ нерѣдко распространяется въ центробѣжномъ направленіи отъ крупнымъ суставамъ конечностей на мелкіе суставы костей и стопъ. Въ такихъ случаяхъ, какъ это легко понять, часто наблюдается эндокардитъ или порокъ клапановъ. Салициловому леченію эти случаи поддаются рѣдко, однако иногда послѣ многихъ мѣсяцевъ болѣзни они все-таки оканчиваются выздоровленіемъ. (Леченіе: горячія ванны, массажъ,

гряди и т. п.). Подобное же течение обнаруживаютъ и нѣкоторые случаи такъ назыв. *rheumatismus tuberculosus*.

2. Вторую форму представляетъ **первичный хроническій суставной ревматизмъ**. Здѣсь мы имѣемъ передъ собой такую же многообразную и загадочную нозологическую группу, какъ и у взрослого, но встрѣчается она у дѣтей значительно рѣже. Известная часть случаевъ начинается незамѣтно, безъ всякой лихорадки или лишь съ незначительнымъ повышеніемъ температуры. Сперва поражаются суставы большихъ пальцевъ рукъ и ногъ или суставы предплюсны и запястья, а затѣмъ съ неумолимымъ упорствомъ заболѣваютъ постепенно одинъ суставъ за другимъ. Измѣненія со стороны сердца встрѣчаются рѣдко, что одно уже указываетъ на отсутствіе при этомъ заболѣваніи истинной ревматической этиологии. О томъ же свидѣтельствуетъ то обстоятельство, что болѣзнь часто начинается въ возрастѣ отъ 2 до 4 лѣтъ. Сравнительно часто наблюдается неподвижность позвоночника. Замѣчательно, что во многихъ случаяхъ на суставахъ пальцевъ образуются узловыя утолщенія, которыя, впрочемъ, развиваются и при вторичной формѣ, но позднѣе и обыкновенно не въ такой выраженной формѣ. Въ остальномъ между обѣими формами нѣтъ существенныхъ отличій, въ особенности въ болѣе поздней стадіи. На суставныхъ капсулахъ образуются въ дальнѣйшемъ теченіи утолщенія и сморщиваніе; суставные хрящи разъѣдаются, подвергаются фиброзному перерожденію; суставы анкилозируются. Кости и, въ особенности, мышцы подвергаются рѣзкой атрофіи. Въ одномъ случаѣ, закончившемся въ послѣдствіи выздоровленіемъ, я наблюдалъ произвольный вывихъ тазобедреннаго сустава (см. рис. 128). Болѣзнь прогрессируетъ медленно, въ теченіи многихъ лѣтъ, но все-таки быстрѣе, чѣмъ у взрослыхъ. Въ концѣ-концовъ у дѣтей развиваются тяжелыя контрактуры; въ особенности мучительна неподвижность позвоночника. *Arthritis deformans* въ тазобедренномъ суставѣ встрѣчается у старшихъ дѣтей не особенно рѣдко; зачастую его долгое время лечатъ какъ туберкулезный кокситъ (рентгеновскій снимокъ).



Рис. 141. Хроническій суставной ревматизмъ. Дѣвочка 3  $\frac{1}{2}$  лѣтъ. Рѣзкое утолщеніе всѣхъ крупныхъ суставовъ конечностей, а также суставовъ пальцевъ. (Дѣтская клиника въ Гейдельбергѣ, проф. Feeg.)

Своеобразную форму суставного ревматизма описалъ Till: постепенно, почти безъ всякой боли, заболѣваютъ одинъ за другимъ суставы конечностей и шейной части позвоночника; болѣзнь сопровождается лихорадкой и увеличеніемъ селезенки и лимфатическихъ железъ; суставы анкилозируются при отсутствіи въ нихъ явленій разрушенія тканей.

Предсказаніе при вторичной формѣ значительно лучше, чѣмъ при первичной, хотя и при послѣдней наблюдались неоднократно случаи выздоровленія. Смертельный исходъ можетъ быть вызванъ общимъ истощеніемъ или какой-либо вторичной инфекціей, пролежнями, туберкулезомъ.

Въ діагностическомъ отношеніи нужно имѣть въ виду туберкулезъ и сифилисъ: въ исключительныхъ случаяхъ такія же явленія даютъ кровоизліянія въ суставы при кровоточности.

Что касается терапіи, то во всѣхъ случаяхъ нужно испробовать салициловые препараты, которые иногда, при вторичной формѣ, дѣйствуютъ благоприятно; кромѣ того примѣняютъ іодистый калий и мышьякъ; нѣкоторые авторы видѣли въ отдѣльныхъ случаяхъ очень хорошіе результаты отъ препаратовъ щитовидной железы. Но въ большинствѣ случаевъ успѣхъ получается отъ физическихъ методовъ леченія—массажа, пассивныхъ движеній, иногда застойной гипереміи, различныхъ водолечебныхъ процедуръ (разсолныхъ, сѣрнистыхъ, грязевыхъ ваннъ) песочныхъ и солнечныхъ ваннъ. Въ послѣдствіи, если процессъ ограничивается отдѣльными суставами, можно иногда съ пользой примѣнить тенотомию и ортопедическіе аппараты.

## Рожа.

Это прогрессирующее воспалительное заболѣваніе, сопровождающееся приподнятой по краямъ въ видѣ валика инфильтраціей кожи и болѣе или менѣе значительнымъ разстройствомъ общаго состоянія, и обусловливаемое почти всегда стрептококками, встрѣчается въ дѣтскомъ возрастѣ значительно рѣже, чѣмъ у взрослыхъ. Только у новорожденныхъ, гдѣ рожа занимаетъ особое положеніе, она наблюдается сравнительно часто; позднѣе она играетъ совершенно незначительную роль и только къ періоду половой зрѣлости она снова становится чаще.

Этіологія. За исключеніемъ первыхъ дней болѣзни, когда обычнымъ мѣстомъ проникновенія инфекции является пупокъ, мы рѣдко встрѣчаемъ въ дѣтскомъ возрастѣ настоящую раневую рожу; двѣ причины, которыя раньше часто давали эту форму рожи—вакцинація и циркулизація—въ настоящее время благодаря успѣхамъ антисептики исчезли. Въ прежнее время на мѣстѣ прививки очень часто развивалась рожа либо первично—вслѣдствіе загрязненной стрептококками лимфы или вслѣдствіе неосторожности и нечистоплотности при прививкѣ, либо вторично—вслѣдствіе расчесыванія мѣста прививки грязными ногтями, что иногда встрѣчается и въ настоящее время. У дѣтей старшаго возраста—такъ же, какъ у взрослыхъ—рожа въ большинствѣ случаевъ исходитъ изъ носа, гдѣ экскориація при rhinitis ant. sicca являются наиболѣе частымъ мѣстомъ проникновенія инфекции. У дѣтей младшаго возраста входными воротами служатъ также нерѣдко экзематозныя мѣста на тѣлѣ, трещины около рта, далѣе уши, половые органы, задній проходъ, расчесанные пузырьки вѣтряной оспы и т. п.

Очень часто болѣзнь возникаетъ вслѣдствіе самозараженія со стороны организма, такъ какъ нерѣдко въ ротовой полости, въ носу, на нечистой кожѣ, при экземѣ и т. д. имѣются стрептококки, которые по неизвѣстнымъ еще причинамъ могутъ пріобрѣтать вирулентность. У дѣтей чаще, чѣмъ у взрослыхъ, рожа начинается изъ зѣва. Часто причиной развитія рожи является пониженіе сопротивляемости организма, какъ мы это наблюдаемъ у недоношенныхъ или истощенныхъ грудныхъ дѣтей. Замѣчательно, однако что за исключеніемъ первыхъ недѣль жизни, въ грудномъ возрастѣ наблюдается очень мало случаевъ рожи, несмотря на то, что здѣсь часто встрѣчаются случаи сепсиса, опрѣлости, экземы, такъ что для проникновенія стрептококковъ всегда имѣется достаточно возможностей. Получается впечатлѣніе, что лимфатическій аппаратъ дѣтской кожи противодѣйствуетъ поверхностной инфекции.

Въ настоящее время рожа переносится въ большинствѣ случаевъ косвеннымъ путемъ. Въ прежнее время, когда во многихъ госпиталяхъ царствовала крайняя нечистоплотность и когда не знали еще объ антисептикѣ и асептикѣ, зараженіе рожей было очень частымъ явленіемъ, какъ объ этомъ свидѣтельствуютъ многія печальныя событія изъ старыхъ родильныхъ домовъ и хирургическихъ госпиталей. Теперь перенесеніе рожи съ больного на здороваго составляетъ рѣдкость. Даже тамъ, гдѣ мать больна рожей, грудной ребенокъ заболѣваетъ чрезвычайно рѣдко.

Въ клиническомъ отношеніи болѣзнь протекаетъ у дѣтей (за исключеніемъ новорожденныхъ и маленькихъ грудныхъ дѣтей—см.

ниже) такъ же, какъ у взрослыхъ, но, въ общемъ, легче и доброкачественнѣе. Ознобъ, который часто наблюдается у взрослыхъ, у маленькихъ дѣтей въ большинствѣ случаевъ отсутствуетъ. Общее состояніе даже при рѣзко выраженныхъ мѣстныхъ явленіяхъ бываетъ нерѣдко вполне удовлетворительно. Общая инфекція менѣе выражена, потому и рѣже, чѣмъ у взрослыхъ, встрѣчается альбуминурія и нефритъ.

У анемичныхъ и истощенныхъ дѣтей мѣстная инфекція часто бываетъ мало замѣтной. Краснота и поднятіе краевъ могутъ быть незначительны, такъ что краевой валикъ часто совершенно не виденъ и, самое большее, можетъ быть замѣтенъ только при ощупываніи.

Тяжелые случаи встрѣчаются безусловно рѣже, чѣмъ у взрослыхъ; въ такихъ случаяхъ обыкновенно наблюдается рѣзкое распространеніе кожного заболѣванія, высокая лихорадка, безпокойство, бредъ, сонливость; иногда черезъ нѣсколько дней наступаетъ смерть.

Опуханіе селезенки бываетъ обыкновенно значительнымъ, однако, вслѣдствіе мягкой консистенціи увеличенный органъ часто нельзя ощупать. Въ крови наблюдается рѣзко выраженное увеличеніе лейкоцитовъ.

Лихорадка у маленькихъ кахектическихъ дѣтей можетъ совершенно отсутствовать, но малый и слабый пульсъ и прострація показываютъ, что отъ этого болѣзнь не дѣлается легче.

Изъ осложненій нужно указать на бронхонеймонію, которая наблюдается въ особенности часто у маленькихъ рахитическихъ дѣтей и которая также, какъ у взрослыхъ, можетъ сдѣлаться причиной смерти. Общій сепсисъ, за исключеніемъ новорожденныхъ и слабыхъ грудныхъ дѣтей, развивается рѣдко. Въ отдѣльныхъ случаяхъ у грудныхъ дѣтей наблюдается послѣ излеченія рожи распространенный отекъ, который по преимуществу наблюдается на конечностяхъ и можетъ принять характеръ почти самостоятельной болѣзни.

Рецидивы у дѣтей старшаго возраста встрѣчаются сравнительно часто. Предрасположены къ нимъ дѣти съ хронической экземой, ринитомъ, блефаритомъ и т. п.

У новорожденныхъ рожа, повидимому, рѣдко бываетъ врожденной, вслѣдствіе сепсиса матери; въ послѣднемъ случаѣ скорѣе развивается общій сепсисъ. Рожа беременныхъ ведетъ часто къ выкидышамъ и преждевременнымъ родамъ, и только въ рѣдкихъ случаяхъ родившіяся живымъ ребенокъ заболѣваетъ при этомъ рожей.

Зараженіе въ большинствѣ случаевъ совершается уже послѣ родовъ, вслѣдствіе инфекціи пупочной раны, при нечистоплотности акушерки, грязной обстановкѣ и т. п. Поэтому-то въ прежнихъ родильныхъ домахъ всевозможныя инфекціи пупочной раны (язва, лимфангитъ, періумбиликальная флегмона, общій сепсисъ), составляли обычное явленіе. Легче всего заболѣваютъ рожей недоношенные и слабыя дѣти.

Діагнозъ обыкновенно не представляетъ затрудненій. Иногда бываетъ трудно отличить рожу отъ быстро развивающейся экземы лица, флегмоны, лимфангита, но во всѣхъ этихъ заболѣваніяхъ не имѣется рѣзко ограниченнаго приподнятаго валика. Во всякомъ случаѣ на 2 или 3 день діагнозъ выясняется; но существуютъ и настоящія переходныя формы между рожей и флегмоной, въ особенности на черепѣ.

Предсказаніе, начиная со второй половины грудного возраста, у здоровыхъ дѣтей лучше, чѣмъ у взрослыхъ. У новорожденныхъ, гдѣ рожа является однимъ изъ проявленій общаго сепсиса, предсказаніе

неблагоприятно. То же относится къ слабымъ дѣтямъ и къ дѣтямъ искусственно вскармливаемымъ въ первую половину года.

Главное профилактическое мѣропріятіе, это надлежащее примѣненіе асептики и антисептики у новорожденныхъ. Изоляція рожистыхъ больныхъ въ частныхъ домахъ необходима только тогда, если въ домѣ имѣются роженицы, новорожденныя дѣти, или раневые больные. Въ больницахъ желательны болѣе широкія предохранительныя мѣропріятія.

Что касается леченія, то у искусственно вскармливаемыхъ грудныхъ дѣтей, и въ особенности у новорожденныхъ, желательно по возможности перейти къ грудному питанію: безъ этого у новорожденныхъ нѣтъ почти никакихъ шансовъ на выздоровленіе. Отъ примѣненія льда нужно въ грудномъ возрастѣ,—а также и въ позднѣйшемъ возрастѣ у слабыхъ субъектовъ,—отказаться. Мѣстно оказываетъ благоприятное вліяніе ихтіоловый вазелинъ (25%), а также ихтіоловый коллодій или влажныя примочки изъ укуснокислаго глинозема.

### 【Общій сепсисъ.

Въ настоящей главѣ мы укажемъ только въ общихъ чертахъ на громадное значеніе и на особенности септическихъ заболѣваній въ дѣтскомъ возрастѣ; что же касается частностей, то ихъ читатель можетъ найти въ различныхъ отдѣлахъ настоящей книги.

Тѣ времена, когда въ родильныхъ домахъ большая часть новорожденныхъ и грудныхъ дѣтей погибала отъ пуэрперальной лихорадки, къ счастью, прошли. Однако, и въ настоящее время септическія заболѣванія не составляютъ особой рѣдкости и встрѣчаются тѣмъ чаще, чѣмъ моложе ребенокъ, такъ что больше всего приходится ихъ наблюдать у новорожденныхъ и у маленькихъ грудныхъ дѣтей. У послѣднихъ картина сепсиса представляетъ нѣкоторыя особенности, которыя дѣлаютъ необходимыми нѣкоторыя спеціальныя указанія. Мы не касаемся здѣсь сепсиса новорожденныхъ, который находится въ связи съ пуэрперальной инфекціей матери и зараженіемъ пупка.

Возбудителемъ являются въ дѣтскомъ возрастѣ главнымъ образомъ обычныя гноеродныя бактеріи: стрепто- и стафилококки, затѣмъ довольно часто кишечная палочка, нѣкоторые кишечные стрептококки, пневмококки, бактеріи инфлюэнцы и т. д.

Частота септическихъ заболѣваній въ раннемъ грудномъ возрастѣ объясняется отчасти тѣмъ, что обычныя входныя ворота—кожа и слизистыя оболочки въ этомъ возрастѣ гораздо нѣжнѣе и легче ранимы, чѣмъ у взрослыхъ. На мягкомъ, тонкомъ эпидермисѣ легко образуются трещины, эрозіи, опрѣлость, экзема, куда легко—и тѣмъ легче, чѣмъ грязнѣе содержится ребенокъ—проникаютъ возбудители сепсиса, вызывая образованіе нарывовъ, язвъ, флегмонъ, которыя нерѣдко имѣютъ незначительные, почти невидимые размѣры, и тѣмъ не менѣе могутъ сдѣлаться исходнымъ пунктомъ смертельной общей инфекціи. Такая инфекція можетъ исходить также изъ множественныхъ мелкихъ абсцессовъ (фурунгуловъ), которые очень легко развиваются у грудныхъ дѣтей на затылкѣ, спинѣ и ягодицахъ. Очень часто и слизистыя оболочки, еще не достигшія полнаго своего развитія, дѣлаются входными воротами для инфекціи, что послѣ грудного возраста встрѣчается рѣдко, а у взрослыхъ почти никогда. Нѣжный эпителий въ полости рта, дѣлается часто проходи-

мымъ благодаря стоматиту, молочницѣ и т. п., а нерѣдко онъ соскабливается при неосторожномъ вытираніи рта. каковое, къ сожалѣнію, и до сихъ поръ практикуется еще довольно часто, и такимъ образомъ появляются ранки, въ которыя свободно проникаютъ инфекціонные зародыши. Веднаговскія афты, покрывающіяся нерѣдко фибринознымъ налетомъ (ложная дифтерія), создаютъ также возможность легкаго проникновенія бактерій; далѣе послѣднія могутъ проникнуть со стороны воспаленной слизистой оболочки носа (въ особенности при сифилитическомъ ринитѣ) и со стороны аденоидовъ. Небныя миндалины, играющія въ дальнѣйшемъ возрастѣ важную роль, въ грудномъ возрастѣ сравнительно безвредны, тѣмъ болѣе, что воспалительные процессы въ нихъ вообще въ этомъ возрастѣ встрѣчаются рѣдко. Пораженіе легкихъ, которое такъ часто находятъ на вскрытіи при септицеміи и которое иногда удается распознавать при жизни, въ большинствѣ случаевъ представляетъ собою вторичную инфекцію. Что касается кишечнаго эпителия новорожденныхъ, то мы знаемъ, что онъ проходимъ для бактерій и бѣлковыхъ веществъ; позднѣе онъ подвергается многочисленнымъ раненіямъ вслѣдствіе кишечныхъ заболѣваній и дѣлается благодаря этому проходимымъ; однако въ точности значеніе обоихъ этихъ моментовъ намъ еще неизвѣстно. Несомнѣнно одно, что кишечныя заболѣванія, протекающія въ формѣ колитовъ (стрептококковыхъ), часто ведутъ къ общему сепсису.

Очень важными входными воротами считается мочеполовая система, именно для цистопіэлиты, который въ раннемъ грудномъ возрастѣ встрѣчается чрезвычайно часто и о которомъ необходимо подумать во всѣхъ случаяхъ тяжелыхъ лихорадочныхъ заболѣваний неяснаго происхожденія. Септическое зараженіе кишечной палочкой у грудныхъ дѣтей исходитъ очень часто именно отсюда. Впрочемъ осторожнѣе сказать, что сепсисъ идетъ рука объ руку съ колициститомъ, такъ какъ послѣдній является нерѣдко метастазомъ инфекціи изъ крови.

Склонность грудныхъ дѣтей къ септическимъ заболѣваніямъ чаще всего зависитъ отъ недостатка защитительныхъ тѣлъ въ крови и отъ недостаточной способности производить эти тѣла. Этотъ недостатокъ особенно рѣзко выраженъ у искусственно вскармливаемыхъ дѣтей, между тѣмъ какъ дѣти, питающіяся грудью, поставлены въ этомъ отношеніи гораздо лучше (Moro). У искусственно вскармливаемыхъ дѣтей присоединяется еще вредное вліяніе многочисленныхъ разстройствъ питанія, значеніе которыхъ чрезвычайно велико. Въ самомъ дѣлѣ, количество септическихъ заболѣваній у грудныхъ дѣтей, питающихся грудью, если мы оставимъ въ сторонѣ новорожденныхъ, находящихся въ негигіенической обстановкѣ, окажется совершенно ничтожнымъ. Наконецъ, рѣзко выраженную склонность къ септическимъ заболѣваніямъ обнаруживаютъ сифилитическія и недоношенныя дѣти. (О сепсисѣ новорожденныхъ см. выше). Бактерійныя заболѣванія въ грудномъ возрастѣ обнаруживаютъ ту особенность, что они имѣютъ обыкновенно острое начало, быстрое теченіе, распространяются на многіе органы и легко ведутъ къ общей инфекціи. Эту склонность къ генерализаціи обнаруживаютъ въ этомъ возрастѣ и другія болѣзни, которыя не относятся къ септическимъ процессамъ въ строгомъ смыслѣ слова, какъ, напр., туберкулезъ и сифились. И при брюшномъ тифѣ въ грудномъ возрастѣ общая инфекція оттѣсняетъ на задній планъ мѣстную (кишечныя измѣненія). Точно также и пневмококкъ обнаруживаетъ въ дѣтскомъ возрастѣ, въ осо-

бенности въ первые 2—3 года, явную склонность давать распространенные метастазы и нагноенія.

**Течение** часто бываетъ очень бурнымъ. Начавшись не очень тревожными симптомами общаго заболѣванія, болѣзнь внезапно даетъ угрожающіе признаки тяжелой инфекции или интоксикаціи, которая поразительно быстро ведутъ къ коллапсу и къ смерти. Вслѣдствіе быстрого теченія здѣсь рѣже, чѣмъ въ старшемъ возрастѣ, дѣло доходитъ до образованія выраженныхъ піэмическихъ метастазовъ. Чаше всего приходится наблюдать таковыя при пнеймококковомъ сепсисѣ. Ничтожная сопротивляемость грудного ребенка ведетъ къ тому, что изъ первоначальнаго гнѣзда инфекция нерѣдко проникаетъ прямо въ потокъ крови, не встрѣчая по пути препятствія въ лимфатической системѣ (лимфаденитъ).

Въ картинѣ болѣзни выступаютъ на первый планъ токсическіе общіе симптомы: апатія, смѣняющаяся безпокойствомъ, затѣмъ никота, дрожаніе. Испуганный взоръ, налившіеся глаза, обострившійся носъ—все это говоритъ за тяжелое заболѣваніе. У грудныхъ дѣтей часто наблюдается общая гипертонія мускулатуры. Судороги—если нѣтъ заболѣванія мозга (менингита)—встрѣчаются не часто.

Лихорадка неправильная, ремиттирующаго характера, въ началѣ заболѣванія имѣется почти всегда: позднеѣ, вслѣдствіе быстро развивающагося коллапса, температура дѣлается нормальной или даже субнормальной; при общемъ сепсисѣ это наблюдается чаще, чѣмъ при наличности піэмическихъ фокусовъ.

Ознобъ почти никогда не встрѣчается, какъ и вообще у маленькихъ дѣтей (напр., въ началѣ крупозной пнеймоніи).

Пульсъ всегда бываетъ чрезвычайно частымъ и малымъ. Часто наблюдается ціанозъ и похолодѣніе конечностей. Со стороны сердца почти не наблюдается клиническихъ измѣненій. Язвенный эндокардитъ, который у взрослыхъ встрѣчается при сепсисѣ настолько часто, что играетъ роль главнаго симптома, у маленькихъ дѣтей наблюдается только въ видѣ исключенія; то же самое относится и къ простому эндокардиту. Болѣе частое явленіе представляетъ фибринозно-гнойный перикардитъ, обыкновенно въ сопровожденіи гнойнаго плеврита. Діагнозъ перикардита почти никогда не можетъ быть поставленъ при жизни: Одышка и ціанозъ заставляютъ скорѣе думать о пнеймоніи или милиарномъ туберкулезѣ.

При сепсисѣ грудныхъ дѣтей выступаютъ часто на первый планъ нѣкоторые отдѣльные симптомы, въ особенности со стороны дыхательныхъ органовъ, затѣмъ со стороны желудочно-кишечнаго канала и кожи; благодаря этому нерѣдко ошибочно распознаютъ именно отдѣльныя заболѣванія и просматриваютъ основную болѣзнь.

Со стороны дыхательныхъ органовъ на первый планъ выступаетъ часто токсическое дыханіе; такъ что врачъ легко склоняется къ діагнозу пнеймоніи, несмотря на отсутствіе какихъ-либо признаковъ инфилтраты. Это—сильная, мучительная одышка, при которой имѣются однако нѣкоторые симптомы, могущіе навести на вѣрный діагнозъ, именно замѣтное углубленіе дыхательныхъ движеній, незначительное участіе крыльевъ носа, наконецъ, низкая температура выдыхаемаго воздуха, чего никогда не бываетъ при пнеймоніи.

Еще чаще болѣзнь производитъ впечатлѣніе тяжелаго пораженія желудочно-кишечнаго канала, такъ какъ на первый планъ могутъ выступить рвота и поносъ, и тѣмъ рѣзче, чѣмъ моложе ребе-



нокъ. Нужно сознаться, что и въ настоящее время мы еще не въ состояніи рѣшить, являются ли тяжелые симптомы желудочно-кишечнаго расстройства просто признаками интоксикаціи, обусловленной существующимъ въ организмѣ сепсисомъ, или же кишечникъ самъ является исходнымъ пунктомъ сепсиса. Мы можемъ, однако, утверждать, что въ большинствѣ случаевъ желудочно-кишечные симптомы являются вторичными токсическими симптомами. Только тогда, когда мы имѣемъ передъ собой тяжелую кишечную инфекцію (стрептококками) съ образованіемъ язвъ и съ гнойнымъ кровянистымъ стуломъ, мы можемъ принять наличность истиннаго первичнаго кишечнаго сепсиса. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нельзя найти ни первичныхъ фокусовъ, ни метастазовъ, рѣшить этотъ вопросъ очень трудно, если не присоединяются нѣкоторые симптомы, какъ, напр., желтуха и въ особенности кожныя кровоизліянія, которыя при обыкновенномъ желудочно-кишечномъ заболѣваніи не встрѣчаются, а при сепсисѣ составляютъ частое явленіе.

Селезенка обыкновенно сильно увеличивается, но вслѣдствіе мягкой консистенціи ее часто не удается нащупать. Увеличеніе печени составляетъ въ грудномъ возрастѣ такое частое явленіе, что на основаніи этого признака нельзя строить никакихъ выводовъ. Напротивъ, желтуха, лихорадка и тяжелое расстройство общаго состоянія заставляютъ подумать о возможности сепсиса. Нефритъ, какъ легкій, такъ и тяжелый, составляетъ при сепсисѣ обычное явленіе.

Кожа поражается чрезвычайно часто. Во-первыхъ, въ формѣ различнаго рода эритемъ (напоминающихъ скарлатину, краснуху или крапивницу). Но такимъ эритемамъ, однако, нельзя придавать большого значенія, такъ какъ ихъ можно встрѣтить также при различныхъ совершенно доброкачественныхъ заболѣваніяхъ (при кишечныхъ расстройствахъ и т. д.). Гораздо серьезнѣе и скорѣе указываетъ на сепсисъ сыпь въ формѣ пузырей, пемфигуса и пустуль. Громадное значеніе имѣютъ кровоизліянія въ кожу, которыя при сепсисѣ встрѣчаются чрезвычайно часто, а внѣ его у грудныхъ дѣтей очень рѣдко; ихъ нужно разсматривать отчасти какъ результатъ бактеріальныхъ эмболій капиллярныхъ сосудовъ. Въ величинѣ и въ количествѣ этихъ кровоизліяній наблюдаются рѣзкія колебанія. Въ однихъ случаяхъ имѣются точечныя кровоизліянія, а въ другихъ они съ ужасающей быстротой распространяются по поверхности тѣла. Очень часто кровоизліянія появляются преимущественно тамъ, гдѣ кожа подвергается легкому давленію, напр., на мѣстѣ вприскиванія камфоры, въ мѣстахъ, гдѣ кости подходят близко къ кожѣ, въ области пателлярнаго сухожилія, гдѣ молоточкомъ изслѣдуется рефлексъ; однако и такія кровоизліянія имѣютъ очень большое значеніе и часто бываютъ первымъ вѣрнымъ признакомъ сепсиса.

Часто наблюдаются также кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ—изъ желудка и кишки, изъ носа, конъюнктивы и т. д. Иногда кровоизліянія—изъ кожи или изъ слизистыхъ оболочекъ, или изъ того и другого одновременно—занимаютъ въ картинѣ болѣзни преобладающее мѣсто, такъ что неопытный врачъ склоненъ поставить діагнозъ самостоятельнаго геморрагическаго діатеза. Между тѣмъ доброкачественныя формы пурпуры и Werlhof'овой болѣзни какъ разъ на первомъ году жизни чрезвычайно рѣдки. Но по самой сущности вещей здѣсь невозможно провести рѣзкую границу, такъ какъ въ концѣ-концовъ многіе изъ этихъ геморрагическихъ діатезовъ имѣютъ бактеріальное происхожденіе. Однако, при вниматель-

номъ наблюдениі можно въ большинствѣ септическихъ формъ быстро обнаружить ихъ истинный характеръ, либо на основаніи тяжелаго расстройства общаго состоянія, желтухи, нефрита и т. д., либо вслѣдствіе нахождения первоначальнаго фокуса, игравшаго роль этиологическаго момента. Во вторую половину грудного возраста и въ послѣдующіе годы у атрофическихъ дѣтей съ хроническими расстройствами питанія наблюдаются иногда кожныя кровоизліянія, которыя, видимо, указываютъ на поврежденіе сосудовъ и которыя могутъ окончиться выздоровленіемъ.

**Диагнозъ**, если неясно мѣсто проникновенія инфекціи, если нельзя найти первичнаго фокуса и метастазовъ, встрѣчаетъ часто значительныя затрудненія. При этомъ нужно еще помнить, что бактеріемія еще не равнозначуща съ сепсисомъ. Такъ, напр., при крупозной пневмоніи, даже при обычномъ благопріятномъ теченіи можно почти всегда выростить изъ крови пневмококковъ на соответствующей питательной средѣ. Тяжелыя расстройства желудочно-кишечнаго канала въ клиническомъ отношеніи иногда протекаютъ совершенно какъ сепсисъ. Чаше всего діагнозъ облегчается здѣсь появленіемъ кровоизліяній и желтухи.

Предсказаніе въ большинствѣ случаевъ неблагопріятно, но во вторую половину грудного возраста небезнадежно. Благопріятнѣе всего протекаетъ пневмококковый сепсисъ, который можетъ окончиться выздоровленіемъ, даже при наличности метастазовъ въ костяхъ и суставахъ.

Профилактикой можно достигнуть гораздо больше, чѣмъ терапій. Тщательный уходъ и строгая чистоплотность даютъ маленькому грудному ребенку большую защиту противъ инфекціи; такъ же дѣйствуетъ и вскармливаніе грудью, которое одновременно является и лучшимъ лечебнымъ средствомъ; напротивъ, искусственно вскармливаемые дѣти, страдающія расстройствами питанія, быстро погибаютъ отъ сепсиса. Каждая маленькая трещина, каждый гнойный пузырекъ требуютъ тщательнаго леченія асептической или антисептической повязкой.

При развитомъ уже сепсисѣ мы до сихъ поръ, въ сущности говоря, располагаемъ только симптоматическимъ леченіемъ, такъ какъ примѣненіе специфическихъ сыворотокъ пока не дало еще надежныхъ результатовъ. При образованіи абсцессовъ ихъ нужно какъ можно скорѣе вскрыть. Противъ кровотеченій мы въ большинствѣ случаевъ безсильны. Какъ разъ именно невозможность остановить кровотеченія и является характернымъ признакомъ для сепсиса. При долго длящемся носовомъ кровотеченіи примѣняютъ тампонаду. Наружныя кровотеченія стараются остановить компрессами, желатиновыми повязками, гальванокаутеромъ; можно испытать также впрыскиванія желатины. При желудочно-кишечныхъ кровотеченіяхъ даютъ желатину внутрь, а также liq. ferri sesquichlorat. черезъ нѣсколько часовъ по 2—3 капли въ слизистомъ отварѣ или въ молокѣ.

### Литература.

- Filatow, Vorlesungen über akute Infektionskrankheiten im Kindesalter. Deutsch von Polonsky. Wien 1897.  
 Finkelstein, Lehrbuch der Säuglingskrankheiten. 1905—1912.  
 Gerhardt, Handbuch der Kinderkrankheiten 1877, Bd. II.  
 Grancher-Cornby, Traité des maladies de l'Enfance, II. édition 1904, Tome I. Paris.  
 Heubner, Lehrbuch der Kinderkrankheiten, Bd. I. 1911.  
 Hutinel, Maladies des enfants 1909, Tome I. Paris.  
 Nothnagel, Spezielle Pathologie und Therapie, Bd. II—V.  
 Pfaunder-Schlössmann, Handbuch der Kinderheilkunde 1910, Bd. II. 2. Aufl.

## IX.

### Туберкулезъ.

C. Frh. von Pirquet (Вѣна).

Въ прежнее время на туберкулезъ смотрѣли преимущественно какъ на болѣзнь взрослыхъ людей, такъ какъ типичной формой туберкулеза считали легочную чахотку съ образованіемъ кавернъ. Только послѣ того какъ въ 1882 году Koch открылъ туберкулезный бациллъ и доказалъ, что множество заболѣваній самыхъ различныхъ органовъ обуславливается тѣмъ же самымъ возбудителемъ, понятие туберкулеза получило гораздо большее клиническое содержаніе. Въ послѣдніе годы, благодаря тщательнымъ вскрытіямъ и примѣненію мѣстной туберкулиновой реакціи, доказано, что туберкулезъ не только часто встрѣчается въ дѣтскомъ возрастѣ, но что среди городского пролетаріата онъ составляетъ одну изъ самыхъ важныхъ хроническихъ болѣзней дѣтскаго возраста.

Возбудителемъ болѣзни въ подавляющемъ большинствѣ является туберкулезный бациллъ *typus Humanus*. Только въ незначительномъ количествѣ случаевъ мы находимъ *typus Bovinus*, т. е. возбудителя туберкулеза рогатаго скота; этотъ возбудитель, кстати сказать, не вызываетъ у человѣка такого тяжелаго заболѣванія, какъ другая разновидность того же бацилла, именно *typus Humanus*.

По всей вѣроятности, каждый человѣкъ предрасположенъ къ туберкулезу, именно въ томъ смыслѣ, что инфекция вирулентными туберкулезными бациллами можетъ вызвать заболѣваніе туберкулезомъ. Но индивидуальныя различія въ предрасположеніи могутъ сказаться въ томъ, что у различныхъ субъектовъ инфекция ведетъ къ измѣненіямъ неодинаковой тяжести и неодинаковаго распространенія. Въ этомъ отношеніи прежде всего имѣетъ значеніе возрастъ. Инфекція туберкулезными бациллами тѣмъ опаснѣе, чѣмъ въ болѣе раннемъ дѣтскомъ возрастѣ она имѣетъ мѣсто. Уже по одному этому на слѣдственный переносъ туберкулеза имѣетъ для позднѣйшей жизни небольшое значеніе. Дѣти, зараженныя во внѣтробной жизни, умираютъ въ первые мѣсяцы послѣ рожденія; кромѣ того такого рода переносъ составляетъ рѣдкость, такъ что въ клиническомъ отношеніи онъ едва ли имѣетъ какое либо значеніе. Что касается инфекции со стороны туберкулезной плаценты во время родовъ, то такая инфекция, какъ это полагаетъ Rietschel, имѣетъ мѣсто въ извѣстной части случаевъ, гдѣ смерть отъ туберкулеза наступаетъ въ первые годы жизни. Чтобы подобнаго рода инфекция оставалась долгое время въ скрытомъ состояніи и обнаруживалась лишь въ позднѣйшемъ возрастѣ (Baumgarten)—мало вѣроятно, хотя, какъ

показали изслѣдованія Bartels'a, такую возможность и нельзя вполне исключить.

Такъ какъ изъ сопоставленія результатовъ вскрытій и туберкулиновой реакціи выяснилось, что частота туберкулеза въ дѣтскомъ возрастѣ увеличивается съ году на годъ совершенно аналогично тому, какъ увеличивается процентъ дѣтей, перенесшихъ какую-либо острую инфекціонную болѣзнь, то отсюда совершенно очевидно, что инфекція туберкулезомъ не является врожденной, а пріобрѣтается изъ внѣшняго міра въ теченіе внѣтробной жизни. Относительно способа этой инфекціи въ послѣднее время много спорили, но вопросъ все-таки остался не вполне выясненнымъ. Несомнѣнно, что первые явленія почти всегда находятся въ легкихъ и бронхиальныхъ лимфатическихъ железахъ. Такъ какъ при инфекціи черезъ кожу всегда прежде всего заболѣваютъ мѣстныя лимфатическія железы (Cornet), то естественно возникаетъ предположеніе, что заболѣваніе легочныхъ железъ указываетъ на проникновеніе туберкулезныхъ бациллъ черезъ легкія, т. е. на инфекцію путемъ вдыханія зараженныхъ капелекъ (Flügge). Но Behring высказалъ гипотезу, согласно которой самая ранняя инфекція происходитъ черезъ желудочно-кишечный каналъ, откуда туберкулезныя бациллы, проникнувъ черезъ слизистую оболочку, достигаютъ легкихъ, гдѣ и отлагаются. Чтобы доказать или опровергнуть эту точку зрѣнія было произведено множество экспериментовъ. Первоначальный взглядъ Behring'a, что инфекція зависитъ отъ зараженнаго молока, должно считать для большинства случаевъ вполне опровергнутымъ; однако, нельзя исключить возможности, что проглоченныя туберкулезныя бациллы проникаютъ черезъ кишечный каналъ и отлагаются прежде всего въ легкихъ. Въ практическомъ отношеніи важнѣе всего то обстоятельство, что туберкулезныя бациллы, вызывающіе инфекцію, гнѣздятся почти исключительно въ людяхъ, окружающихъ ребенка, именно въ мокротѣ кашляющихъ чахоточныхъ больныхъ. Далѣе несомнѣнно, что эти бациллы проникаютъ черезъ ротъ и, попавъ въ легкія, вызываютъ тамъ патологическія измѣненія; какимъ образомъ бациллы попадаютъ изо рта въ легкія—прямо черезъ дыхательныя пути или косвенно черезъ кишечный каналъ—это вопросъ второстепеннаго значенія.

Первичный очагъ въ легкихъ представляетъ собою по Heinrich Albrecht'у шаровидное ядро величиною отъ чечевичнаго зерна до лѣснаго орѣха, часто имѣющее въ центрѣ тоненькую щель, которая соответствуетъ просвѣту мельчайшаго бронха; ядро это обыкновенно располагается изолированно; рѣже мы находимъ нѣсколько ядеръ въ одномъ и томъ же легкомъ или въ обоихъ легкихъ. Центральная часть ядра имѣетъ сначала творожистый характеръ, затѣмъ она подвергается омѣлтовленію или обызвествленію или же фиброзному сморщиванію, которое въ большинствѣ случаевъ образуетъ по периферіи нѣчто вродѣ капсулы. Въ концѣ-концовъ ядро вмѣстѣ съ отложившейся въ центрѣ его известью можетъ исчезнуть, оставивъ лишь небольшое мозолистое уплотнѣніе, которое удается найти только при очень внимательномъ изслѣдованіи легкаго. Если ядро не исчезаетъ, то образуется маленькая каверна, находящаяся въ соединеніи съ бронхомъ. Въ окружности образуются милиарныя узлы, которые постепенно увеличиваются.

Послѣ образованія первичнаго пораженія заболѣваютъ прежде всего

мѣстныя лимфатическія железы, именно бронхіальныя и трахеальныя железы той же стороны соотвѣтственно закону локализациі железъ, открытому Cornet и Küss'омъ.

Какъ уже сказано выше, туберкулезныя бациллы могутъ проникать въ организмъ и черезъ другія входныя ворота, но это встрѣчается сравнительно рѣдко: такъ Albrecht нашель на 1060 вскрытій туберкулезныхъ дѣтей только 7 несомнѣнныхъ случаевъ первичнаго туберкулеза кишечника и 3 случая различныхъ другихъ локализаций первичнаго пораженія: въ носу, на слизистой оболочкѣ щекъ и въ глоточной миндалинѣ.

Однако, изучая эту болѣзнь, мы не должны ограничить свое вниманіе исключительно бактеріями—такъ, какъ если бы онѣ были единственнымъ рѣшающимъ факторомъ. Инфекція вызываетъ въ организмѣ аллергію, и имѣетъ реактивную способность; образуются специфическія вещества, имѣющія характеръ противотѣль (эргины), и оказывающіе на паразитовъ переваривающее дѣйствіе. Повидимому, именно, продукты этого перевариванія вызываютъ общіе симптомы, какъ лихорадка и т. п., а также воспалительныя явленія въ окружности туберкулезнаго ядра. При острыхъ болѣзняхъ, какъ оспа и корь, нужно предположить такое же новообразование противотѣль, переваривающихъ микроорганизмы и возбуждающихъ воспаленіе. Но здѣсь перевариваніе ведетъ въ концѣ концовъ къ полному умерщвленію паразита и болѣзнь оканчивается кризисомъ. Напротивъ, при туберкулезѣ микроорганизмъ не уничтожается совершенно: бациллы, находящіяся въ центрѣ, остаются живыми и только, если можно такъ выразиться, замуравливаются. Поэтому при благоприятныхъ обстоятельствахъ они могутъ снова попасть въ кругъ кровообращенія и вызвать образованіе новыхъ гнѣздъ.

Это образованіе противотѣль дѣлается замѣтнымъ у человѣка спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ инфекции и достигаетъ наивысшаго пункта спустя нѣсколько мѣсяцевъ. Если въ этотъ моментъ туберкулезныя бациллы еще находятся въ окружности входныхъ воротъ, то они могутъ остаться тамъ на долгое время, и въ большинствѣ случаевъ этимъ болѣзнь оканчивается совершенно. Образованіе противотѣль при этомъ постепенно уменьшается и они медленно исчезаютъ изъ организма. Организмъ, однако, сохраняетъ способность, при повтореніи специфическаго раздраженія, производить противотѣля быстро, чѣмъ въ первый разъ.

Вторичная инфекция, происшедшая въ моментъ наивысшаго образованія противотѣль, протекаетъ совершенно иначе, чѣмъ первая инфекция: теченіе вторичной инфекции, какъ показали изслѣдованія Hamburger'a и Rötter'a, зависитъ существеннымъ образомъ отъ количества туберкулезныхъ бациллъ, проникшихъ въ организмъ. Зараженіе небольшимъ количествомъ бациллъ остается безслѣднымъ: бациллы уничтожаются, причемъ не образуется сколько-нибудь замѣтныхъ количествъ токсическихъ продуктовъ. Если же въ организмъ проникло большое количество бациллъ, то развивается острое тяжелое симптомъ. Въ особенности интересны опыты Trudeau и Rötter'a, которые производили внутривенную инфекцію иммунныхъ животныхъ и наблюдали при этомъ образованіе легочныхъ кавернъ. У людей намъ, однако, не приходится видѣть проникновенія при вторичной инфекции такого большого количества бациллъ, а противъ повседневной инфекции незначительными дозами бациллъ предварительная инфекция даетъ достаточную защиту. Если противотѣля исчезли изъ организма, то новая инфекция не встрѣчаетъ тотчасъ же сопротивленія, но все-таки послѣдовательное образованіе противотѣль происходитъ скорѣе, а слѣдовательно и въ этомъ случаѣ мы имѣемъ извѣстное противодѣйствіе инфекции. Такъ можно объяснить образованіе у взрослыхъ бородавчатыхъ туберкулезныхъ гнѣздъ, которыя наблюдаются на рукахъ при инфекции во время боя туберкулезнаго скота или при вскрытій туберкулезныхъ больныхъ.

Введеніе въ организмъ малыхъ дозъ туберкулина даетъ также толчокъ къ образованію противотѣль; это объясняетъ намъ «вторичную реакцію», о которой мы будемъ говорить ниже.

Спрашивается, однако, какимъ образомъ, несмотря на только что описанный защитительный процессъ, туберкулезъ можетъ продолжаться развиваться, или можетъ наступить новое туберкулезное заболѣваніе имъ? Въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ устойчивость противъ туберкулезной

заразы вообще незначительна; при патолого-анатомическомъ изслѣдованіи мы рѣдко находимъ здѣсь явленія инкапсуляціи и рубцованія, почему мы должны предположить, что ребеномъ въ первые годы жизни также, какъ и морскія свинки, почти беззащитенъ противъ инфекции. Тѣмъ не менѣе уже въ этомъ возрастѣ находятъ очень интенсивную туберкулиновую реакцію, изъ чего можно заключить, что степень устойчивости противъ туберкулеза и интенсивность туберкулиновой реакціи не идутъ вполне рука объ руку; мы имѣемъ здѣсь дѣло съ очень сложными отношеніями, которыя еще не вполне выяснены. Послѣ перваго года жизни устойчивость противъ туберкулеза увеличивается; съ этого возраста мы находимъ все больше и больше дѣтей, которыя даютъ положительную туберкулиновую реакцію, не обнаруживая никакихъ замѣтныхъ клиническихъ признаковъ болѣзни. Очевидно ихъ туберкулезъ не вышелъ за предѣлы первичнаго пораженія и заболѣванія мѣстныхъ лимфатическихъ железъ.

Начиная съ этого возраста, туберкулезъ, повидимому, развивается только при наличности определенныхъ условий. Сюда относится, во 1-хъ, очень интенсивная и часто повторяемая инфекция изъ внѣшняго міра, какъ это, напр., бываетъ, если среди окружающихъ имѣется кашляющій чахоточный больной; во 2-хъ—интенсивная инфекция изнутри. Какъ уже упомянуто выше, внутри твѳоржисто-перерожденныхъ железъ остаются въ живыхъ туберкулезныя бациллы, которые могутъ ускользнуть изъ этого убѣжища, состоящаго изъ зоны некротической ткани, пропитанной противотѣлами,—могутъ ускользнуть либо вслѣдствіе того, что капсула механически разрывается, либо же вслѣдствіе того, что она съ теченіемъ времени становится слабѣе. Механическая причина вѣроятна въ нѣкоторыхъ случаяхъ туберкулезнаго менингита, гдѣ черезъ нѣсколько недѣль послѣ паденія или ушиба появляются симптомы болѣзни. Мы можемъ себѣ здѣсь представить, что вслѣдствіе разрыва капсулы бациллы проникаютъ въ потокъ крови; при этомъ образуется высѣваніе такого большого количества бурговокъ, что имѣющіяся въ наличности противотѣла уже не могутъ оказать имъ сопротивленія и постепенно поглощаются растущей массой бактерий. Этимъ можно было бы объяснить отсутствіе туберкулиновой реакціи въ послѣдней стадіи милиарнаго туберкулеза.

Другая возможность распространенія бактерий дана въ томъ случаѣ, если противотѣла по какой-либо причинѣ считаются недѣйствительными, такъ что бактерии могутъ размножиться за предѣлы ограничивающей ихъ зоны. Это можетъ имѣть мѣсто во время «анэргического періода», существованіе котораго доказано напр., для коры. При этой болѣзни съ наступленіемъ сыпи наблюдается всегда ослабленіе туберкулиновой реакціи, затѣмъ реактивная способность остается на уровнѣ минимума въ теченіе одной недѣли, послѣ чего постепенно восстанавливается. Но мы знаемъ изъ клинки, что какъ разъ въ это время наблюдается очень часто быстрое распространеніе туберкулеза. По всей вѣроятности, такое же вліяніе, какъ корь, оказываютъ и другія острыя инфекціонныя болѣзни. Возможно, что такъ же вліяютъ и нѣкоторыя другія разстройствва, какъ, напр., беременность или истощеніе отъ сильной работы.

Хроническая форма легочнаго туберкулеза, идущая съ образованіемъ кавернь, встрѣчается рѣдко въ первые годы жизни, а въ позднѣйшемъ возрастѣ составляетъ, наоборотъ, самую частую форму туберкулеза; она можетъ быть объяснена распространеніемъ приобретеннаго въ раннемъ возрастѣ скрытаго туберкулеза (Behring, Hamburger, Römer), тѣмъ болѣе, что, какъ показали опыты на животныхъ, введеніе въ вену туберкулезнаго животнаго его собственныхъ бациллъ вызываетъ образованіе кавернь (Römer).

По F. Hamburger'у нужно различать три этапа въ развитіи туберкулеза: во 1-хъ, первичное пораженіе съ заболѣваніемъ мѣстныхъ лимфатическихъ железъ и окружающей ткани. Этой стадіей болѣзни можетъ закончиться, но она можетъ перейти и во вторичную стадію съ гематогеннымъ и лимфогеннымъ распространеніемъ по различнѣйшимъ органамъ, и наконецъ спустя много лѣтъ можетъ наступить третичная стадія, которая выражается главнымъ образомъ въ образованіи кавернь.

**Частота туберкулеза.** Вслѣдствіе неравномѣрнаго распространенія и различнаго характера туберкулеза въ различныхъ возрастахъ жизни мы получаемъ различные представленія о частотѣ туберкулеза въ зависимости отъ того, кладемъ ли мы въ основу статистики смертель-

ные случаи, или клиническія явленія, или данныя вскрытія, или, наконецъ, результаты туберкулиновой реакціи.

Смертность отъ туберкулеза даетъ максимумъ въ первые годы жизни вслѣдствіе незначительной устойчивости этого возраста, затѣмъ она остается низкой въ теченіе всего дѣтскаго возраста и только на исходѣ его начинаетъ увеличиваться, вслѣдствіе появленія третичной формы туберкулеза именно въ формѣ легочной чахотки.

Такъ, напр., статистика Соединенныхъ Штатовъ, относящаяся къ 1900 году, даетъ слѣдующее количество смертельныхъ случаевъ, распределенное по 5-лѣтнимъ періодамъ.

Изъ тысячи умершихъ отъ туберкулеза находились въ возрастѣ

0—5	10—15	20—25	30—35	40—45	50—55	60—65	70—75	80—100								
39	11	17	71	137	154	133	114	82	57	50	40	31	26	16	11	6

лицъ.

Такія же данныя мы имѣемъ и въ Европѣ (Schellmann):

Въ Пруссіи изъ 1000 умершихъ отъ туберкулеза находились въ возрастѣ:

0	1	2	3	5	10	15	20	25	30	40
42	26	14	18	29	26	78	103	110	169	лицъ.

Если руководиться клиническими явленіями, то, напротивъ, больше всего пораженъ туберкулезомъ средній дѣтскій возрастъ, такъ какъ здѣсь наблюдаются многочисленныя формы вторичной стадіи (туберкулезъ железъ, костей, суставовъ), которыя не ведутъ къ смерти. Однако статистика клиническихъ явленій имѣетъ очень незначительную цѣну, такъ какъ она слишкомъ сильно зависитъ отъ субъективной оцѣнки случая. Она, напр., существенно измѣняется въ зависимости отъ того, причисляютъ ли къ туберкулезу многочисленные случаи съ неопредѣленнымъ диагнозомъ (малокровіе, пораженіе верхушекъ).

Напротивъ чрезвычайно опредѣленные данныя мы получаемъ изъ результатовъ вскрытій, если только, какъ это сдѣлали Ghon и Albrecht, обращается самое тщательное вниманіе на то, чтобы найти въ легкихъ и железахъ самыя незначительныя туберкулезныя измѣненія. Въ такомъ случаѣ получается непрерывное учащеніе туберкулеза, начиная съ перваго года жизни:

0	1	2	4	6	10	14
15	40	60	56	63	70	% туберкулезныхъ среди лицъ соответствующаго возраста (F. Hamburger).

Однако результаты вскрытій не даютъ еще картины распространенія туберкулеза вообще, такъ какъ туберкулезъ только въ одной части случаевъ является причиной смерти или одной изъ причинъ смерти, въ другихъ же случаяхъ представляетъ только второстепенную находку при вскрытіи.

Чтобы опредѣлить частоту туберкулезной инфекціи среди дѣтей, кажушихся здоровыми, можно прибѣгнуть къ туберкулиновой реакціи. Hamburger и Monti произвели тщательное изслѣдованіе туберкулиномъ 500 дѣтей, не обнаруживавшихъ никакихъ клиническихъ признаковъ туберкулеза. При этомъ оказалось:

Возрастъ и % случаевъ съ положительной туберкулиновой реакціей

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	9	20	32	52	51	61	73	71	85	93	95	94	94	

Изъ всего этого видно, какъ необычайно часто встрѣчается туберкулезъ въ дѣтскомъ возрастѣ; но мы не должны

забывать, что всё эти цифры получены въ дѣтскихъ клиникахъ, обслуживающихъ самое бѣдное городское населеніе. Schlosmann правильно указываетъ, что эти цифры свидѣтельствуютъ лишь о частотѣ туберкулеза среди пролетаріата, и что въ болѣе состоятельныхъ классахъ дѣло обстоитъ совершенно иначе: изслѣдовавъ большое количество дѣтей состоятельныхъ родителей, онъ нашелъ только приблизительно 5% случаевъ съ положительной реакціей.

Разница между богатыми и бѣдными зависитъ, по всей вѣроятности, отъ того, что среди бѣдныхъ имѣется большее число взрослыхъ больныхъ съ открытымъ туберкулезомъ, которые находятся въ болѣе тѣсномъ соприкосновеніи съ дѣтьми. Если въ семьѣ имѣется больной, распространяющій бациллы, то онъ заражаетъ всѣхъ дѣтей. Pollak нашелъ, что среди 285 дѣтей, жившихъ среди туберкулезныхъ больныхъ, только 6 дали отрицательную реакцію, между тѣмъ какъ 279 дали реакцію положительную. Затѣмъ онъ заинтересовался вопросомъ, оказываетъ ли вліяніе на форму заболѣванія моментъ инфекціи. Онъ узнавалъ, когда начался туберкулезъ у лица, распространявшаго бациллы, и отсюда вычислялъ, въ какомъ возрастѣ получали инфекцію дѣти. Отсюда получился очень важный выводъ, что изъ 57 дѣтей, которыя пришли въ соприкосновеніе съ чахоточнымъ больнымъ въ возрастѣ старше 3 лѣтъ, только 7 обнаружили признаки клиническаго заболѣванія, между тѣмъ какъ всѣ остальные давали лишь положительную туберкулиновую реакцію, т. е. у нихъ дѣло ограничилось лишь первичнымъ пораженіемъ и заболѣваніемъ сосѣднихъ лимфатическихъ железъ. Изъ 61 ребенка, заразившихся на 2 и 3 году жизни, 45 заболѣло явными симптомами туберкулеза, причемъ въ 7 случаяхъ дѣло кончилось смертью. Только у 18 дѣтей процессъ не получилъ распространенія.

Но всего важнѣе данныя, полученныя для перваго года жизни. Изъ 207 дѣтей, которыя имѣли возможность заразиться на первомъ году жизни, только у 7, т. е. у 3% не было симптомовъ болѣзни; всѣ остальные заболѣли и притомъ 91 со смертельнымъ исходомъ.

### Клиническія явленія.

#### Первичная стадія. Туберкулезъ грудныхъ дѣтей.

Хотя нужно допустить, что туберкулезная инфекція можетъ произойти въ каждомъ возрастѣ и что, слѣдовательно, въ каждомъ возрастѣ можно наблюдать первичное пораженіе, мы однако знакомы съ клиническими симптомами этой стадіи только у грудныхъ дѣтей; у старшихъ дѣтей эти симптомы съ увѣренностью до сихъ поръ не наблюдались.

Общія явленія, свойственныя первичной стадіи, состоятъ изъ лихорадки, исхуданія и малокровія. Лихорадка можетъ имѣть типичный характеръ съ вечерними повышеніями или же можетъ быть совершенно неправильна; нерѣдко находятъ только чрезвычайно незначительныя повышенія сравнительно съ нормой. Исхуданіе можетъ наступить совершенно внезапно, что особенно часто имѣетъ мѣсто у грудныхъ дѣтей. У дѣтей старшаго возраста,—въ рѣдкихъ случаяхъ также и у грудныхъ дѣтей—она можетъ въ продолженіе долгаго времени совершенно отсутствовать. При рѣзкомъ исхуданіи мы находимъ сухую, какъ бы увядшую кожу, что въ дѣтскомъ возрастѣ сопровождается всякою кахексію. У старшихъ дѣтей часто



встрѣчаются ночные поты, у грудныхъ дѣтей рѣже. Такъ же, какъ съ исхуданіемъ, обстоитъ дѣло и съ анеміей: иногда она бываетъ очень интенсивной, иногда она совершенно отсутствуетъ. Въ общемъ нужно сказать, что начальные общіе симптомы очень неопредѣленны и могутъ только служить основаніемъ для подозрѣнія на туберкулезъ: только туберкулиновая реакція или появленіе мѣстныхъ симптомовъ можетъ подтвердить подозрѣніе.

Мѣстныя явленія первичной стадіи зависятъ, конечно, вполнѣ отъ локализациі первичнаго пораженія. Въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ первичное пораженіе локализируется въ легкихъ и тогда мы имѣемъ передъ собой симптомы, зависящіе отчасти отъ легочнаго фокуса, отчасти же и въ гораздо большей степени отъ припуханія мѣстныхъ бронхиальныхъ железъ.

**Туберкулезъ бронхиальныхъ железъ.** Въ большинствѣ случаевъ первымъ, бросающимся въ глаза симптомомъ является кашель. Кашель этомъ имѣетъ громкій, лающий характеръ съ металлическимъ оттѣнкомъ и въ особености часто появляется приступами. Онъ можетъ сдѣлаться настолько сильнымъ, что является предположеніе о начинающемся коклюшѣ, но въ дальнѣйшемъ теченіи выясняется, что здѣсь дѣло идетъ не о коклюшѣ. При истинномъ коклюшѣ развиваются въ теченіе нѣсколькихъ недѣль тяжелые инспираторные приступы съ ціанозомъ и рвотой между тѣмъ какъ туберкулезный кашель остается въ одномъ и томъ же положеніи или же появляются признаки экспираторной одышки. Послѣдняя обусловливается давленіемъ припухшихъ перитрахеальныхъ железъ на трахею и бронхи и наблюдается тѣмъ чаще, чѣмъ легче можетъ наступить сдавленіе, т. е. чѣмъ тоньше и мягче дыхательныя трубки, другими словами, чѣмъ моложе ребенокъ.

При патолого-анатомическомъ изслѣдованіи находятъ въ большинствѣ случаевъ сдавленіе праваго главнаго бронха увеличенными и твoroжисто-перерoжденными лимфатическими железами: сдавленіе находится чаще всего между бифуркаціей и мѣстомъ отвлѣтвенія бронха для верхней легочной доли (Schick).

Экспираторная одышка характеризуется громкимъ свистящимъ звукомъ, удлиняющимъ выдохъ и придающимъ ему характеръ напряженности. Вдыханіе, напротивъ, едва слышно, но часто сопровождается вдыхательными втягиваніями грудной клѣтки. Частота дыхательныхъ движеній существеннымъ образомъ не увеличивается. Если ребенокъ покричитъ или покашляеть, то на нѣкоторое время дыханіе становится очень напряженнымъ; при покойномъ состояніи выдыханіе постепенно становится снова легкимъ, такъ что въ легкихъ случаяхъ шумъ совершенно исчезаетъ (Schick).

При долгомъ существованіи сдавленія трахеи и обусловленнаго имъ затрудненія выдыханія развивается вздутіе легкихъ. давленіе же на сосуды ведетъ къ одутловатости лица, расширенію венъ и къ ціанозу головы и грудной клѣтки, а также къ утолщенію пальцевъ въ формѣ барабанныхъ палочекъ.

При физическомъ изслѣдованіи не всегда удается установить наличность припухшихъ лимфатическихъ железъ; чаще всего ихъ можно открыть съ помощью рентгеновскихъ лучей, и только въ рѣдкихъ случаяхъ съ помощью перкуссіи.

При рентгеновскомъ изслѣдованіи мы находимъ около позвоночника пятна, расположенныя преимущественно справа; съ лѣвой

стороны железы часто бывают прикрыты сердцем. Но нужно имѣть въ виду, что въ этомъ мѣстѣ кровеносные сосуды корня легкихъ также даютъ тѣнь; поэтому только при большомъ распространѣніи и интенсивности тѣни можно съ полной увѣренностью діагностировать туберкулезъ.

Впрочемъ въ тѣхъ случаяхъ туберкулеза бронхіальныхъ железъ,



Рис. 142. Туберкулезъ бронхіальныхъ железъ съ правой стороны (Вѣнская дѣтская клиника).

наго туберкулеза: именно къ непосредственному распространѣнію ба-  
циллярнаго легочнаго ядра на окружающую ткань.

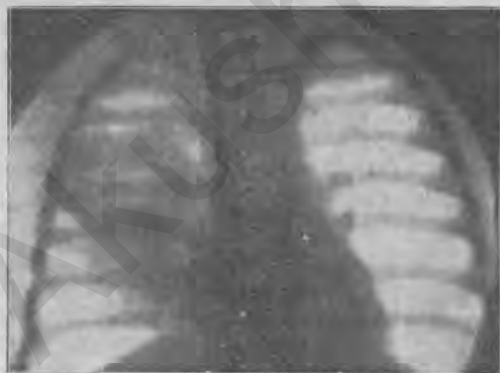


Рис. 143. Туберкулезъ бронхіальныхъ железъ и верхней правой части легкаго у 10-мѣсячнаго ребенка (Schick-Sluka).

гдѣ дѣло доходить до явленій экспираторной одышки, рентгеновская картина бываетъ обыкновенно очень доказательна (см. рис. 142, 143). При постукиваніи вдоль остистыхъ отростковъ получается легкая тупость въ области верхнихъ грудныхъ позвонковъ (de la Camp); однако, установить эту тупость съ полной увѣренностью не легко. Большое значеніе имѣетъ тупость межлопаточной области (въ особенности справа): притупленіе звука спереди, справа около грудины, зависитъ обыкновенно не только отъ припуханія железъ, но и отъ туберкулезнаго перибронхита.

**Первичный легочный туберкулезъ.** Здѣсь мы подходимъ къ другому мѣстному симптому первичнаго туберкулеза: именно къ непосредственному распространѣнію ба-  
циллярнаго легочнаго ядра на окружающую ткань. У дѣтей старшаго возраста первичная стадія обыкновенно ограничивается инфекціей железъ, у груднаго же ребенка зараженіе переходитъ на сосѣднія ткани. Изъ первичнаго легочнаго ядра или вслѣдствіе разрыва творожисто-перерожденной лимфатической железы возникаетъ инфекция сосѣднихъ легочныхъ частей и образуется либо туберкулезный бронхитъ, либо творожистая пневмонія.

Туберкулезный бронхитъ можно отличить отъ обыкновеннаго катаральнаго бронхита только по сопровож-

дающимъ его общимъ явленіямъ или по хроническому теченію. Мы находимъ здѣсь сухой кашель безъ мокроты, септическую лихорадку и нарушеніе общаго состоянія. Болѣе характерные симптомы даетъ туберкулезная пневмонія. Отъ крупозной пневмоніи она отличается отсутствіемъ высокой постоянной лихорадки и кризисомъ, а отъ дольчатой пневмоніи — незначительными общими субъективными симпто-

мами и длительнымъ теченіемъ. Отъ хроническихъ дольчатыхъ пнеймоній, какія мы такъ часто встрѣчаемъ послѣ кори, коклюша, дифтеріи, можно отличить туберкулезную пнеймонію только путемъ туберкулиновой реакціи. Если туберкулезное ядро достигаетъ плевры, то и она втягивается въ болѣзненный процессъ и тогда возникаетъ слипчивый плевритъ, который въ большинствѣ случаевъ остается при жизни нераспознаннымъ.

При туберкулезѣ грудныхъ дѣтей мы имѣемъ дѣло преимущественно съ первичнымъ распространеніемъ процесса, но встрѣчаются также и вторичныя явленія, въ особенности въ случаяхъ, ведущихъ къ смерти.

Чтобы получить представленіе о частотѣ отдѣльныхъ симптомовъ мы можемъ привести слѣдующія цифры Pollak'a: среди 92 туберкулезныхъ грудныхъ дѣтей у 46, слѣдовательно у половины, были клиническіе симптомы со стороны бронхиальныхъ железъ: либо громкій кашель, либо экспираторный свистъ, либо то и другое. 17 разъ были найдены явленія легочной инфильтраціи или образованіе кавернъ. 2 раза серозный плевритическій экссудатъ.

Изъ признаковъ вторичнаго распространенія были найдены 22 раза кожные туберкулиды, 3 раза различныя другія заболѣванія кожи, 6 разъ фликтены, 6 разъ туберкулезъ частей (*fungus, spina ventosa*). 17 дѣтей умерло отъ милиарнаго (въ томъ числѣ и менингеальнаго) туберкулеза.

### Вторичная стадія. Распространеніе процесса по всему организму.

Вторичная стадія характеризуется проникновеніемъ туберкулезныхъ бациллъ въ токъ крови; но такое распространеніе процесса не представляетъ необходимой составной части въ картинѣ болѣзни: по всей вѣроятности, въ большинствѣ тѣхъ инфекцій, которыя наступаютъ въ позднѣйшемъ дѣтскомъ возрастѣ, вторичной стадіи не наблюдается вовсе. Зато она является почти постоянной причиной смерти у тѣхъ дѣтей, которыя приходятъ въ соприкосновеніе съ туберкулезными бациллами уже въ грудномъ возрастѣ, если только они не погибаютъ отъ первичныхъ проявленій туберкулеза.

Самое тяжелое проявленіе вторичной стадіи—это милиарное высѣваніе, т. е. появленіе большого числа туберкулезныхъ бациллъ въ самыхъ различныхъ органахъ. Обыкновенно, въ особенности у дѣтей между 2 и 6 годовъ, поражаются при этомъ преимущественно мозговые оболочки, такъ что смерть наступаетъ при картинѣ **туберкулезнаго менингита**, о которомъ въ этой книгѣ сказано въ другомъ мѣстѣ.

Если въ мозгъ не попало вовсе бациллъ или попало ихъ немного, то мы получаемъ картину **милиарнаго туберкулеза** въ собственномъ смыслѣ слова. У грудныхъ дѣтей очень часто не удается при жизни замѣтить развитіе милиарнаго туберкулеза, и послѣдній оказывается случайной находкой при вскрытіи. У старшихъ же дѣтей онъ обыкновенно развивается какъ острая инфекціонная болѣзнь.

Здѣсь мы также можемъ допустить существованіе инкубационнаго періода; отъ момента высѣванія до появленія первыхъ признаковъ проходитъ, вѣроятно, 1—2 недѣли. Этотъ періодъ можетъ протекать безъ всякихъ симптомовъ, либо же мы находимъ неопредѣленныя продромальныя явленія, какъ отсутствіе аппетита, слабость и т. п.; затѣмъ въ видѣ перваго признака появляются высокая лихорадка неправильнаго типа, ускореніе пульса и легкой кашель. Въ большинствѣ случаевъ селезенка дѣлается доступной ощупыванію.

Симптомы милиарного туберкулеза длятся обыкновенно 10—14 дней, въ рѣдкихъ случаяхъ нѣсколько недѣль. Бронхитъ усиливается и иногда до такой степени, что получается впечатлѣніе трахеального стеноза; почти всегда существуетъ легкій ціанозъ. Сознаніе обыкновенно слегка помрачено; часто на-лицо имѣются отдѣльные менингитическіе симптомы.

Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи нужно прежде всего исключить тифъ; положительная реакція Widal'я говоритъ за тифъ, а положительная туберкулиновая реакція—за туберкулезъ. Но подобно тому, какъ реакція Widal'я можетъ быть вначалѣ тифа отрицательной, такъ очень часто и туберкулиновая реакція при милиарномъ распространеніи туберкулеза даетъ отрицательные результаты. По-



Рис. 144. Золотуха. Дѣвочка 1½ лѣтъ. Характерное лицо: экзема, въ особенности въ окрестности рта, носа и глазъ, утолщеніе верхней губы. Свѣтлобоязнь. (Conjunctiv. phlycten.) Гейдельбергская лѣтская клиника (проф. E. Feer).

этому на основаніи отрицательной реакціи нельзя дѣлать никакихъ выводовъ. Напротивъ, постепенное исчезновеніе реакціи при неоднократныхъ пробахъ или появленіе кахектическихъ реакцій имѣетъ діагностическое значеніе. Рѣшающее значеніе для милиарного туберкулеза имѣетъ появленіе бугорковъ на сосудистой оболочкѣ глаза; поэтому во всѣхъ случаяхъ необходимо производить изслѣдованіе глазного дна, хотя положительные результаты получаются при этомъ рѣдко.

Клинически діагносцируемый милиарный туберкулезъ ведетъ, повидимому, во всѣхъ случаяхъ къ смертельному исходу; то же относится къ высѣванію бугорковъ въ мозговыхъ оболочкахъ, если только имѣются ясные симптомы послѣдняго. Терапевтическому воздѣйствію милиарный туберкулезъ совершенно не поддается.

Нужно предположить, что теченіе свѣжаго туберкулеза часто сопровождается періодическимъ высѣваніемъ небольшого количества бациллъ, не ведущимъ къ смерти; это можетъ быть объяснено либо тѣмъ, что при этомъ образуется лишь ничтожное количество туберкулезныхъ гнѣздъ, либо тѣмъ, что эти гнѣзда не локализируются въ важныхъ для жизни органахъ.

Большинство туберкулезныхъ проявленій вторичной стадіи нужно объяснить тѣмъ, что туберкулезные бациллы проникаютъ въ токъ крови и, задерживаясь въ какомъ-либо мѣстѣ большого круга кровообращенія, образуютъ тамъ новыя колоніи, вокругъ которыхъ возникаютъ реактивные процессы. Сюда принадлежатъ разнообразныя пораженія кожи и слизистыхъ оболочекъ, серозныхъ покрововъ, костей мозга и полового аппарата. Железистый аппаратъ, который почти всегда участвуетъ въ страданіи, можетъ быть инфицированъ непосредственно изъ крови либо черезъ лимфатическіе пути изъ периферическихъ туберкулезныхъ гнѣздъ.

Затѣмъ существуетъ еще третій путь, по которому можетъ распространяться туберкулезъ: изъ легочныхъ гнѣздъ бациллы могутъ проникнуть черезъ трахею въ полость рта, а оттуда въ пищеварительный каналъ, въ которомъ могутъ вызвать пораженіе слизистыхъ оболочекъ (язвы кишечника), или лимфатическаго аппарата (миндалины зѣва, глоточную миндалину и мѣстныя железы въ углу нижней челюсти, на шеѣ и въ брыжейкѣ).

**Золотуха.** Вторичная стадія туберкулеза ведетъ въ дѣтскомъ возрастѣ у очень многихъ индивидуумовъ къ цѣлому ряду симптомовъ, которые въ совокупности носятъ названіе золотухи. Въ то время, когда еще Лаеннез считалъ эти симптомы туберкулезными, Virchow раздѣлилъ оба эти понятія, и только послѣ открытій туберкулезнаго бацилла они были соединены воедино.

Вопросъ, почему туберкулезная инфекція не даетъ этихъ явленій у всѣхъ людей, остается еще нерѣшеннымъ; въ настоящее время большинство авторовъ придерживаются того предположенія, что такая реакція на туберкулезнаго возбудителя объясняется наследственнымъ предрасположеніемъ и именно извѣстнаго рода аномаліей тканей и обмѣна веществъ (Escherich, Moro).

Предполагается, что дѣти, страдающія лимфатизмомъ или эксудативнымъ діатезомъ, будучи заражены туберкулезными бациллами, даютъ вслѣдствіе особенностей ихъ ткани тѣ явленія, которыя мы обозначаемъ терминомъ золотуха, именно многочисленныя творожистыя ядра въ железахъ, хроническіе катарры слизистыхъ оболочекъ, пораженіе костей и т. п., между тѣмъ какъ при отсутствіи подобной инфекціи у нихъ наблюдаются лишь незначительныя симптомы: въ видѣ легкой экземы, бронхита, наклонности къ опуханію лимфатическаго аппарата и т. д.

Утверженіе, что такая аномалія обмѣна веществъ создаетъ благоприятную почву для самой инфекціи туберкулезными бациллами, я считаю невѣроятнымъ; точно также я считаю недоказаннымъ, что предрасположеніе къ золотухѣ должно быть врожденнымъ; возможно, что оно зависитъ отъ зараженія туберкулезомъ въ прежнемъ возрастѣ или отъ предварительной инфекціи другими возбудителями, или отъ частаго повторенія инфекцій небольшими количествами бациллъ.

Самыя важныя золотушныя заболѣванія мы находимъ въ слѣдующихъ органахъ:

1. Железистый аппаратъ. Чаще всего видимое участіе въ процессѣ принимаютъ железы у угла нижней челюсти: образуется твердая, нечувствительная къ давленію опухоль, величиною въ бобъ или голубиное яйцо; опухоль переходитъ на другія сосѣднія железы, въ особенности на тѣ, которыя расположены позади грудино-ключично-сосковой мышцы, надъ ключицей и на днѣ полости рта. Такимъ образомъ можетъ получиться обширная припухлость всего лимфатическаго аппарата шеи. Отъ лейкеміи эта припухлость отличается на основаніи изслѣдованія крови; за псевдолейкемію говоритъ рѣзкое увеличеніе селезенки при отрицательной туберкулиновой реакціи.

Если железы размягчаются и нагнаиваются, то діагнозъ туберкулеза становится очевиднымъ. Кожа на мѣстѣ нагноенія становится темноватой; вслѣдствіе самопроизвольнаго вскрытія железъ образуются фистулы, которыя заживаютъ очень медленно и оставляютъ послѣ себя неправильныя рубцы.

Такое же заболѣваніе мы наблюдаемъ и на железахъ другихъ ча-

стей тѣла, гдѣ онѣ доступны зрѣнію: въ большинствѣ случаевъ железы заболѣваютъ только тогда, если въ относящемся къ нимъ участкѣ тѣла имѣются туберкулезныя образованія, напр., въ костяхъ или суставахъ.

О железахъ медиастинальныхъ и перибронхіальныхъ, которыя почти всегда сильно опухаютъ при золотухѣ, мы уже говорили выше.

2. Костная система. Туберкулезныя образованія могутъ появиться въ самыхъ различныхъ костяхъ: къ золотухѣ относятъ преимущественно тѣ пораженія, которыя не нарушаютъ общаго хорошаго состоянія больного, именно небольшіе фокусы въ суставахъ пальцевъ,



Рис. 145. Множественныя spinae ventosae. (Бреславская дѣтская клиника, проф. Tobler).

кисти и стопы. Туберкулезное воспаленіе ведетъ съ одной стороны къ размягченію, омертвѣнію и образованію секвестровъ, а съ другой стороны къ періостальнымъ разрошеніямъ. На фалангахъ пальцевъ наблюдается характерное веретенообразное утолщеніе. Туберкулезныя ядра могутъ разсасываться, но чаще они прорываются наружу, причемъ образуются фистулы и большія язвы, а послѣ заживленія ихъ остаются спаянные съ костью рубцы. Конечный исходъ болѣзни въ большинствѣ случаевъ благоприятный, если только улучшается общее состояніе ребенка.

3. Слизистыя оболочки. Гипертрофію глоточной миндалины и хроническіе катарры дыхательныхъ органовъ у дѣтей съ лимфатическимъ habitus'омъ или эксудативнымъ діатезомъ нельзя относить къ золотухѣ, такъ какъ это можетъ наблюдаться и безъ туберкулезной инфекции. Напротивъ, заболѣванія слизистыхъ оболочекъ носа, ушей и въ особенности глазъ почти патогномичны для туберкулезнаго процесса. Conjunctivitis lymphatica или phlyctaenulosa имѣютъ своимъ исходнымъ пунктомъ мелкіе узелки, которые быстро окружаются сосудистыми пучками; эти узелки, по всей вѣроятности, аналогичны узелкамъ, которые мы видимъ при lichen scrofulosorum или при папулезныхъ туберкулидахъ кожи. Нужно ли для возникновенія этихъ бугорковъ отложенія въ нихъ туберкулезныхъ бациллъ—этотъ вопросъ еще не рѣшенъ, такъ какъ такого же рода образованія наблюдаются иногда и послѣ впрысканія въ глазъ туберкулина.

Узелки лежатъ въ большинствѣ случаевъ около limbus corneae, рѣже въ среднихъ частяхъ роговицы. Поверхность ихъ быстро маце-

рируется, вслѣдствіе чего образуется маленькая язва, которая обыкновенно заживаетъ въ теченіе 2—3-хъ недѣль. Заболѣваніе, слѣдовательно, само по себѣ протекаетъ благопріятно, но вслѣдствіе механическихъ причинъ оно можетъ сдѣлаться опаснымъ для глаза, если напр., узелки лежатъ въ самой роговицѣ или если язвочка захватываетъ болѣе глубокіе слои послѣдней, такъ что остается тонкій слой, который можетъ быть выпяченъ и разорванъ подъ вліяніемъ внутриглазного давленія. При этомъ содержимое передней камеры выливается и радужная оболочка выпадаетъ въ рану; вслѣдствіе приращенія ея образуется стойкое обезображеніе глаза и создается предрасположеніе для различнаго рода вторичныхъ заболѣваній.

Если заболѣваніе роговицы имѣетъ болѣе поверхностный характеръ, то дѣло въ большинствѣ случаевъ оканчивается помутнѣніемъ, остающимся на всю жизнь. Только очень поверхностныя фликтены не оставляютъ послѣ себя помутнѣнія. Отдѣльный узелокъ длится въ общемъ недолго, но склонность къ рецидивамъ чрезвычайно велика, такъ что постоянно возникаютъ все новыя маленькія язвочки; иногда же одна язва, постепенно распространяется до самой середины роговицы въ сопровожденіи пучковъ сосудовъ. Наконецъ можетъ развиться и разлитое заболѣваніе—*rannus scrofulosus corneae*, въ особенности въ нижнихъ частяхъ роговицы; это заболѣваніе обыкновенно держится долгое время.

Пораженіе роговицы сопровождается интенсивнымъ слезоотдѣленіемъ и катарромъ соединительной оболочки; вслѣдствіе этого вѣки припухаютъ, а при долгомъ существованіи болѣзни утолщаются; въ окружности внутренняго угла глаза образуется экзема, затѣмъ дѣло можетъ дойти до *ectropium'a* и неправильности въ ростѣ рѣсницы.

Очень характерна для золотушнаго заболѣванія глазъ рѣзкая свѣтобоязнь, которая иногда позволяетъ поставить діагнозъ на разстояніи. Дѣти сжимаютъ глаза, отворачиваютъ голову отъ свѣта и начинаютъ сильно кричать, когда пытаются осмотрѣть имъ глаза.

Заболѣваніе носа, именно хроническій насморкъ съ припуханіемъ входа въ носъ и экзематозными явленіями на кожѣ въ окружающихъ частяхъ представляетъ типическую картину. О немъ мы уже говорили при описаніи болѣзни дыхательнаго тракта; точно также было сказано о хроническихъ пораженіяхъ средняго уха, которыя могутъ вести къ разрушенію внутренняго уха именно въ тѣхъ случаяхъ, когда присоединяется *caries* пирамидки.

Къ припуханію носа присоединяется часто также припуханіе верхней губы; слизистая оболочка губы становится сухой и покрывается трещинами. Въ остальной части лица появляются различнаго рода сыпи, то на подобіе лишая, то въ видѣ коревой или пустулезной высыпи; то же самое, но рѣже, наблюдается и на кожѣ тѣла. Сыпи могутъ принимать самую различную форму, такъ что трудно даже сказать, можно ли ихъ разсматривать какъ туберкулезныя явленія въ собственномъ смыслѣ слова. Таковыми можно несомнѣнно считать бородавчатые и папулезно-чешуйчатые туберкулиды, о которыхъ будетъ рѣчь въ главѣ о кожныхъ болѣзняхъ.

Золотушныя явленія, какъ бы грозны они ни были, рѣдко оказываются опасными, такъ какъ тѣ туберкулезныя измѣненія, которыя ведутъ къ смерти, не локализируются въ наружной кожѣ или въ слизистыхъ оболочкахъ, а также и не въ костяхъ кисти и стопы. Конечно, такъ же, какъ и при туберкулезѣ бронхіальныхъ железъ, можетъ произойти проникновеніе туберкулезныхъ бациллъ изъ какого нибудь ядра въ токъ крови и получиться миліарный туберкулезъ или менингитъ, но вѣроятность такого осложненія едва ли больше, чѣмъ у большинства тѣхъ дѣтей, у которыхъ туберкулезныя образованія не проявляются на наружной поверхности тѣла.

Къ концу дѣтскаго возраста собственно золотушные симптомы на-

чинают исчезать: недостаток их, сравнительно съ внутренними туберкулезными процессами, заключается въ томъ, что они очень часто оставляют послѣ себя обезображеніе: костные и железистые рубцы и помутнѣніе роговицы.

Старые врачи различали при золотухѣ пастозный и эретическій habitus. Первый это именно то, что мы въ настоящее время называемъ золотухой; второй соотвѣтствуетъ нашему нынѣшнему «habitus phthisicus». Послѣдній слагается главнымъ образомъ изъ исхуданія (узкогрудость, которая послѣ наступленія половой зрѣлости, такъ типична для туберкулеза, у дѣтей бываетъ выражена едва замѣтно); затѣмъ мы имѣемъ признаки плохого питанія кожи; сухость ея, шелушеніе, обильный ростъ волосъ. Въ особенности бросаются въ глаза длинная рѣсницы. Лицо имѣетъ сравнительно свѣжій видъ. Щеки бываютъ покрыты румянцемъ (гектической румянецъ) и не обнаруживаютъ существеннаго исхуданія.



Рис. 146. Habitus phthisicus. Дѣвочка 8 лѣтъ. (Университетская дѣтская клиника въ Бреславлѣ, проф. Tobler).

Кахектической habitus наблюдается часто при висцеральномъ туберкулезѣ, въ особенности при туберкулезѣ серозныхъ оболочекъ и легкихъ.

Почти всѣ серозныя оболочки могутъ быть поражены туберкулами, причемъ образуется либо жидкій, либо серозно-творожистый экссудатъ. Сюда относятся заболѣванія плевры, брюшины, перикарда, суставовъ и сухожильныхъ влагалищъ.

Наиболѣе важными изъ этихъ болѣзней является туберкулезный перитонитъ и слипчивый перикардитъ, о которыхъ было уже сказано въ соотвѣствующихъ главахъ.

Особенно тяжелая картина болѣзни получается при пораженіи костей, въ особенности при заболѣваніи крупныхъ суставовъ и позвоночника. Отсюда или изъ туберкулезныхъ

фокусовъ въ ребрахъ возникаютъ холодные абсцессы, которые могутъ спускаться въ тазъ.

Туберкулезные фокусы могутъ возникать и въ другихъ костяхъ, а также въ яичкахъ и ихъ придаткахъ и въ женскихъ половыхъ органахъ. Наконецъ, туберкулы могутъ образоваться въ мозгу, въ особенности въ мозжечкѣ. Они относятся къ самымъ частымъ мозговымъ опухолямъ дѣтскаго возраста.

### Легочный туберкулезъ. Третичная стадія.

По мѣрѣ приближенія къ концу дѣтскаго возраста становится все чаще изолированное заболѣваніе легкихъ, именно въ формѣ характернаго для взрослыхъ пораженія верхушекъ.

На основаніи данныхъ вскрытія и опытовъ на животныхъ мы считаемъ, что легочный туберкулезъ развивается на почвѣ первичнаго



пораженія въ качествѣ третичной стадіи; но клинически мы только въ рѣдкихъ случаяхъ можемъ найти связь его съ первичными и вторичными симптомами, хотя очень часто находимъ наслѣдственное предрасположеніе, что, согласно нашимъ современнымъ взглядамъ, есть не что иное, какъ ранняя инфекція со стороны туберкулезныхъ родителей.

Поводомъ къ развитію легочнаго туберкулеза бываютъ иногда различныя инфекціонныя болѣзни, особенно корь и коклюшь, въ другихъ случаяхъ—бронхонеймонія, часто же не находятъ никакой видимой причины.

Первые симптомы легочнаго туберкулеза очень неопредѣленны: остановка вѣса или незначительное исхуданіе, утомляемость, блѣдность по утрамъ и румянецъ на щекахъ по вечерамъ.

При внимательномъ измѣреніи температуры находятъ колебанія ея съ повышеніями по вечерамъ. Кашель не обязательнъ, мокрота появляется обыкновенно только послѣ того, какъ уже долго имѣлись явленія бронхита; кровохарканье, которое у взрослыхъ часто бываетъ первымъ симптомомъ туберкулеза, встрѣчается у дѣтей очень рѣдко. Если имѣется кровянистая мокрота, то нужно скорѣе подумать о кровотеченіи изъ носа, десенъ или глотки, чѣмъ изъ легкихъ. По прошествіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ или только спустя 2—3 зимы, послѣ улучшеній лѣтомъ лихорадка становится интенсивнѣе, кашель сильнѣе, въ особенности по утрамъ. Только въ этомъ періодѣ можно обыкновенно найти первыя физическія симптомы.

Мы находимъ тимпаническій или укороченный звукъ на верхушкахъ, выдохъ или бронхиальное дыханіе, обыкновенно также влажные хрипы. Часто наблюдается процессъ и въ нижнихъ доляхъ; здѣсь легче открывается присутствіе кавернъ, на что указываютъ въ особенности металлическія влажные хрипы, появляющіеся послѣ сильнаго кашля.

Въ этой стадіи обыкновенно мокрота уже не проглатывается совсѣмъ—въ ней могутъ быть найдены бациллы. Вслѣдствіе самозараженія отъ содержащей бациллы мокроты можетъ возникать туберкулезъ кишечника съ тяжелыми поносами, затѣмъ туберкулезъ гортани, проявляющійся охриплостью голоса. Смерть, какъ и у взрослыхъ, наступаетъ послѣ рѣзкаго исхуданія, вслѣдствіе самого туберкулеза и его осложнений.

Наклонность къ излеченію въ дѣтскомъ возрастѣ значительно сильнѣе, чѣмъ у взрослыхъ; при надлежащемъ леченіи могутъ окончиться выздоровленіемъ даже чрезвычайно тяжелые случаи.

**Діагнозъ.** Въ нашемъ распоряженіи имѣются три пути для діагноза туберкулеза; 1) установленіе типичныхъ для туберкулеза болѣзненныхъ формъ; 2) нахожденіе туберкулезныхъ бациллъ; 3) установленіе наличности специфическихъ противотѣлъ (эргиновъ) съ помощью туберкулиновой реакціи.

1. Къ болѣзненнымъ формамъ, которыя даютъ возможность съ увѣренностью діагносцировать туберкулезъ, относятся прежде всего извѣстныя заболѣванія костей и суставовъ: Pott'овскій горбъ, фунгозное воспаленіе суставовъ, *spina ventosa*. Точно также патогномоничны различныя виды туберкулидовъ кожи, а также волчанка, встрѣчающаяся, впрочемъ, въ дѣтскомъ возрастѣ рѣдко.

Сравнительно надежнымъ указаніемъ на туберкулезъ является

также хроническій эксудативный перитонитъ, кавернозное заболѣваніе въ верхнихъ доляхъ легкихъ и типическая картина туберкулезнаго менингита.

Менѣе доказательно находеніе серознаго плеврита или экспираторнаго пытящаго шума у грудныхъ дѣтей. Въ этихъ случаяхъ для постановки діагноза требуется, кромѣ клиническихъ явленій, еще какое-либо другое доказательство; то же можно сказать о лимфатическихъ железахъ.

Правда, большинство случаевъ хроническаго затвердѣнія лимфатическихъ железъ въ дѣтскомъ возрастѣ относится къ туберкулезу. Однако, не нужно заходить слишкомъ далеко и діагносцировать туберкулезъ только на основаніи наличности многочисленныхъ мелкихъ лимфатическихъ железъ. Такая „полиаденія“ можетъ наблюдаться и безъ туберкулеза. Для того, чтобы діагнозъ туберкулеза былъ вѣроятнымъ, нужно, чтобы лимфатическая железа имѣла по крайней мѣрѣ величину съ лѣсной орѣхъ и держалась въ теченіе долгаго времени. Въ особенности при шейныхъ лимфатическихъ железахъ нужно быть осторожнымъ и не особенно торопиться съ діагнозомъ, такъ какъ здѣсь бываютъ и другого рода инфекціи со стороны полости рта, вызывающія подострое припуханіе. Лимфатическія железы, сросшіяся съ кожей и имѣющія на себѣ неправильной формы „узорчатые“ рубцы, указывающіе на бывшія ранѣе нарывы, съ большой вѣроятностью говорятъ за туберкулезъ. То же самое относится и къ срощеніямъ кожи съ костью.

Явленія со стороны легкихъ нужно у ребенка оцѣнивать съ большой осторожностью. Катарры верхнихъ долей не такъ характерны, какъ у взрослыхъ, а простое притупленіе съ хрипами въ нижней долѣ можетъ зависѣть отъ хронической пневмоніи какого-либо иного происхожденія.

Если имѣется сильно выраженное кахектическое общее состояніе у ребенка въ возрастѣ 3—14 лѣтъ, то это всегда и прежде всего говоритъ за туберкулезъ, точно такъ же, какъ на первомъ году жизни такое явленіе указываетъ на существованіе хроническаго пораженія кишечника. Нужно остерегаться ставить діагнозъ на основаніи одного этого признака или на основаніи наличности сухой волосатой кожи. Волосатость можетъ быть наследственной, въ другихъ случаяхъ она можетъ быть результатомъ самой кахексіи, какъ таковой, а не специфическимъ продуктомъ туберкулеза.

2. Находеніе туберкулезныхъ бациллъ. Въ то время, какъ у взрослыхъ находеніе бациллъ составляетъ самое важное требованіе въ діагностикѣ туберкулеза, у дѣтей мы только въ рѣдкихъ случаяхъ имѣемъ возможность его выполнить. Причина этого лежитъ, прежде всего, въ томъ, что въ дѣтскомъ возрастѣ открытый туберкулезъ встрѣчается рѣже, а, во-вторыхъ, что даже при открытомъ туберкулезѣ дѣти рѣдко отдѣляютъ мокроту, въ большинствѣ же случаевъ проглатываютъ ее. Исключеніе составляетъ хроническая чахотка дѣтей старшаго возраста.

Чтобы открыть туберкулезныя бациллы у маленькихъ дѣтей можно либо вызвать у нихъ кашлевое раздраженіе прикосновеніемъ къ зѣву ватнымъ тампономъ, либо выкачать натошакъ желудочный сокъ, либо изслѣдовать испраженія.

Для изслѣдованія удаленныхъ миндалинъ можно воспользоваться окрашенными срѣзами: если имѣется подозрительный матеріалъ, въ

которомъ предполагается очень мало бациллъ.—какъ, напр., эксудатъ, мочевой осадокъ, спинномозговая жидкость,—то изслѣдуютъ съ помощью метода съ антиформинонь, а если и такое изслѣдованіе даетъ отрицательный результатъ, то дѣлаютъ впрыскиванія морскимъ свинкамъ, получивъ предварительно концентрированный твердый осадокъ.

3. Гораздо большее значеніе, чѣмъ изслѣдованіе на бациллы, имѣетъ въ дѣтскомъ возрастѣ **туберкулиновая реакція**. У маленькихъ дѣтей ее нужно производить при всякомъ малѣйшемъ подозрѣніи на туберкулезъ, у дѣтей старшаго возраста—только въ тѣхъ случаяхъ, когда положительный или отрицательный исходъ реакціи можетъ имѣть практическое значеніе.

Мы не должны однако забывать, что туберкулиновая реакція составляетъ только одинъ изъ моментовъ клиническаго изслѣдованія; чтобы правильно ее оцѣнить, необходимо одновременно принять во вниманіе клиническія симптомы.

У дѣтей, страдающихъ бугорчаткой, туберкулинъ производитъ специфическое воспаленіе, между тѣмъ какъ у лицъ, свободныхъ отъ туберкулеза, онъ не вызываетъ никакого раздраженія. Какъ уже указано было выше, инфекція туберкулезными бациллами вызываетъ образованіе веществъ, содержащихъ противотѣла (эргины); вещества эти при соприкосновеніи съ бациллами или туберкулиномъ образуютъ продукты перевариванія токсическаго характера (апотоксины). Противотѣла распространены по всему организму и поэтому, вводя туберкулинъ, мы можемъ вызвать реакцію въ любомъ мѣстѣ тѣла. Вездѣ, гдѣ туберкулинъ встрѣчается съ противотѣлами, возникаетъ апотоксинъ. Происходитъ это, прежде всего, на мѣстѣ введенія туберкулина (мѣстная реакція), затѣмъ на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ происходитъ образованіе туберкулезныхъ продуктовъ и гдѣ вслѣдствіе этого, по всей вѣроятности, имѣется большое количество противотѣла (гнѣздная реакція), далѣе тамъ, гдѣ поселились туберкулезныя бациллы (въ самомъ туберкулезномъ ядрѣ) и наконецъ, гдѣ уже прежде имѣло мѣсто введеніе туберкулина (обостреніе старой мѣстной реакціи). Въ-третьихъ, мы различаемъ еще общую реакцію (лихорадка, недомоганіе), которая объясняется образованіемъ апотоксиновъ въ центральныхъ органахъ или всасываніемъ ихъ изъ туберкулезныхъ гнѣздъ.

Гнѣздная и общая реакціи могутъ возникнуть только тогда, когда туберкулинъ вводится въ кровяной токъ въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ. При введеніи туберкулина въ малыхъ дозахъ въ кожу и слизистыя оболочки его всасывается такъ мало, что общая реакція наступаетъ только въ исключительныхъ случаяхъ; точно также можно избѣгать общей реакціи и при подкожныхъ впрыскиваніяхъ, если употреблять минимальныя количества.

По мѣсту примѣненія туберкулина нужно различать подкожныя и внутрикожныя впрыскиванія, прививку на кожу, втираніе въ кожу и впусканіе туберкулина въ конъюнктивальный мѣшокъ.

Я рекомендую, прежде всего, производить прививку на кожу; если отъ такой прививки пациентъ отказывается, я дѣлаю втираніе; для проверки отрицательнаго результата служитъ интрадермальная проба, для полученія гнѣздной реакціи—подкожное впрыскиваніе.

Кожная туберкулиновая реакція производится слѣдующимъ образомъ:

Вытираютъ эфиромъ кожу предплечья и наносятъ на нее при помощи пипетки двѣ капли туберкулина на разстояніи 10 см. одну отъ другой. Затѣмъ берутъ оспенный ланцетъ съ платиновымъ остриемъ, проводятъ послѣднее черезъ пламя, затѣмъ просверливаютъ три поверхностныя ранки, одну между каплями, служащую для контроля, двѣ другія въ центрѣ нанесенныхъ капель.

Изъ различныхъ сортовъ туберкулина я примѣняю старый туберкулинъ Косч'а (фабрика Höchst) въ неразведенномъ видѣ. Первоначально я употреблялъ 25% растворъ, но затѣмъ перешелъ къ неразведенному, такъ какъ такой туберкулинъ можетъ сохраняться неопредѣленно долгое время и вызываетъ болѣе интенсивную реакцію.

Инструментъ, который я употребляю для прививки, имѣетъ остріе въ формѣ рѣзца изъ платинъ-иридія и употребляется не для рѣзанія, а для пробуравливанія: при легкомъ надавливаніи производятъ имъ вращательныя движенія, такъ что получается нѣжное поврежденіе эпидермиса. Кровь при этомъ не должна показываться. Но, съ другой стороны, прививка не должна производиться и слишкомъ нѣжно, какъ это склонны дѣлать начинающіе: въ такомъ случаѣ туберкулинъ не попадаетъ въ кожу, а получающійся результатъ не имѣетъ никакой цѣнны. Если прививка сдѣлана *lege artis*, то на слѣдующій день ранка должна покрыться струпикумъ.

Контрольный разрѣзъ служитъ для того, чтобы выяснитъ, какъ реагируетъ кожа на простое поврежденіе. Эта «травматическая реакція» бываетъ у различныхъ людей неодинаково сильно. Иногда случается, что туберкулинъ попадаетъ и на мѣсто контрольнаго разрѣза, тогда и здѣсь получается положительная реакція; если результатъ вызываетъ почему-либо сомнѣніе, то повторяютъ реакцію на другомъ мѣстѣ тѣла.



Рис. 147. Производство кожной туберкулиновой реакціи.  
а) Нанесеніе туберкулина. б) Пробуравливаніе ранки.

Вмѣсто предплечья я производю реакцію на спинѣ, въ особенности, если приходится производить цѣлую серію прививокъ (ежедневныя прививки при туберкулезномъ менингитѣ, кори); въ такихъ случаяхъ я дѣлаю каждый разъ только одну ранку. Двѣ ранки я производю только при первомъ изслѣдованіи, чтобы получить большую вѣрность при оцѣнкѣ результатовъ. Само собой разумѣется, что для прививки можно выбрать любое мѣсто кожи; рука имѣетъ только то преимущество, что ее можно осматривать, не снимая платья; зато кожа спины имѣетъ другія выгоды; пациентъ не видитъ реакціи, не волнуется, если она очень рѣзка. Для подкожныхъ впрыскиваній, которыя вызываютъ иногда очень значительное припуханіе, нужно поэтому предпочесть спину.

Положительная реакція появляется, самое раннее, черезъ нѣсколько часовъ, рѣже въ теченіе первыхъ сутокъ. Красный кружокъ, появляющійся непосредственно послѣ прививки, представляетъ собой травматическую реакцію, его можно видѣть также на контрольной ранкѣ. Специфическая реакція состоитъ изъ красной возвышающейся твердой папулы діаметромъ отъ 5 до 15 мм. Спустя 48 часовъ наблюдается иногда въ окружности папулы слегка приподнятый свѣтло-розовый ободокъ (*area*), который нужно отличать отъ центральной папулы.

При интенсивной реакціи образуются нѣжныя пузырьки съ сероз-

нымъ содержимымъ, только въ исключительныхъ случаяхъ пузыри проникаютъ въ болѣе глубокіе слои; тогда образуется изъязвленіе на подобіе вакцины, заживающее рубцомъ, между тѣмъ какъ нормальная реакція оставляетъ послѣ себя только пигментацию на короткое время.

Реакцію я опредѣляю размѣрами поперечника въ миллиметрахъ и ощутимостью папулы. (☞ ясно ошутима ∞ неясно, — неощутима). Хотя и при такомъ способѣ оцѣнки не можетъ быть рѣчи о полной точности опредѣленія, тѣмъ не менѣе цифры все-таки говорятъ больше, чѣмъ простая оцѣнка. Реакціи съ малымъ распространеніемъ по поверхности часто бываютъ мало ошутимы. Если имѣется сильная реакція, то плохая ошутимость указываетъ на ненормальность въ туберкулезномъ обмѣнѣ веществъ; такія формы встрѣчаются при менингитѣ и кори; при этихъ болѣзняхъ встрѣчается и противоположная аномалія—именно папула безъ красноты или реакція съ измѣнчивой окраской. Всѣ эти ненормальности я обозначаю терминомъ „кахектическія реакціи“. Если папула не имѣетъ въ діаметрѣ 5 мм., то я не считаю результатъ реакціи достовѣрно-положительнымъ, даже въ томъ случаѣ, если реакція на мѣстѣ прививки нѣсколько больше, чѣмъ реакція контрольной ранки. Такія легкія реакціи туберкулинъ могутъ вызвать у лицъ, не страдающихъ туберкулезомъ—вотъ почему въ этихъ случаяхъ рекомендуютъ реакцію производить повторно; если она была положительной, то при повтореніи она еще усилится.

Постепенное усиленіе положительныхъ реакцій происходитъ оттого, что введеніе даже незначительнаго количества туберкулина оказываетъ у туберкулезнаго индивидуума вліяніе на образованіе противотѣла, именно даетъ толчекъ къ послѣдовательному образованію эргиновъ. Этимъ объясняется существованіе «торпидныхъ» и «вторичныхъ» реакцій. Обыкновенно, какъ уже сказано, реакція наступаетъ въ теченіе 24 часовъ, рѣже въ теченіе 24—48 часовъ; но бываютъ случаи, гдѣ папулы появляются только спустя 2, 3, даже 8 дней («торпидная реакція»). Въ такихъ случаяхъ почти всегда дѣло идетъ о субъектахъ, свободныхъ отъ туберкулеза или излечившихся отъ него. То же самое относится къ вторичной реакціи. У дѣтей старшаго возраста и у взрослыхъ часто встрѣчается, что въ первый разъ реакція не удается, а при повтореніи черезъ 8 дней получается положительный результатъ (вторичная реакція). Здѣсь однако, и съ самаго начала нѣтъ полной нечувствительности къ туберкулину, а имѣется только пониженная чувствительность. Если тотчасъ послѣ отрицательной кожной реакціи дѣлаютъ подкожное или внутрикожное впрыскиваніе сравнительно большими дозами туберкулина, то оказывается, что такіе субъекты способны давать реакцію (F. Hamburger). Они переносятъ большія дозы безъ общей реакціи только потому, что реактивная способность у нихъ понижена.

Полное изслѣдованіе производится поэтому такимъ образомъ:

Прежде всего дѣлаютъ кожную реакцію описаннымъ выше способомъ и черезъ 24 часа осматриваютъ мѣсто прививки. Если имѣется налицо положительная реакція, то отмѣчаютъ степень ея распространенія и производятъ вторичный осмотръ спустя 24 часа.

Если реакція даетъ отрицательный результатъ, несмотря на то, что на мѣстѣ прививки имѣется ясный слѣдъ пораненія если желаютъ убѣдиться, отсутствуютъ ли вообще всякая реактивная способность, то дѣлаютъ подкожное впрыскиваніе одного миллигр., т. е.  $\frac{1}{10}$  куб. стм. 1% раствора стараго туберкулина; впрыскиваніе это производятъ возможно болѣе поверхностно при помощи Pravaz'евского шприца съ очень тонкой канюлей

Лучше всего приготовить растворъ въ самомъ Pravaz'евскомъ шприцѣ. Для этого набираютъ въ шприцъ  $\frac{3}{4}$  куб. стм. туберкулина и  $\frac{9}{10}$  куб. стм. воды. Затѣмъ смѣсь взбалтываютъ, выливаютъ изъ шприца  $\frac{9}{10}$  куб. стм. смѣсь и снова набираютъ воды до дѣленія, соответствующаго 1 куб. стм. Можно также взять часовое стекло, влить въ него 5 куб. стм. воды, прибавить 1 каплю

(около 0,05 куб. стм.) старого туберкулина, затѣмъ смѣшать жидкость, втягивая ее нѣсколько разъ въ Раваз'евскій шприцъ. Абсолютная точность въ дозировкѣ не имѣетъ существеннаго значенія.

На слѣдующій день осматриваютъ мѣсто впрыскиванія. Подкожныя или внутрикожныя реакціи (реакціи на уколъ) слагаются изъ двухъ реакцій, именно изъ реакціи въ томъ мѣстѣ, гдѣ отлагается жидкость, и затѣмъ изъ реакціи по ходу сдѣланнаго иглой канала. Реакція на уколъ обнаруживается также, какъ и кожная реакція, обыкновенно въ теченіе 24 часовъ. Положительная реакція представляетъ собой красный болѣзненный инфильтратъ, который можно прощупывать въ теченіе нѣсколькихъ дней. Оцѣнка интенсивныхъ реакцій не представляетъ трудностей, слабыя же реакціи часто возбуждаютъ сомнѣнія. Какъ и при кожной реакціи, здѣсь также можно рассчитывать на ясный результатъ только въ большинствѣ случаевъ, но отнюдь не всегда.

Г. Hamburger измѣряетъ продольный и поперечный діаметръ красноты и опредѣляетъ по субъективной скалѣ интенсивность красноты, инфильтрата и болѣзненности. Напр., 25:15:К<sub>3</sub> И<sub>2</sub> В<sub>1</sub> должно означать, что реакція имѣетъ діаметръ 25:15 мм., среднюю красноту, сильный инфильтратъ и легкую болѣзненность.

Если не хотятъ производить впрыскиванія туберкулина въ виду возможности поднятія температуры, то можно, вмѣсто того, чтобы производить реакцію на уколъ, подождать одну недѣлю и снова повторить кожную. Въ большинствѣ случаевъ къ этому сроку уже наблюдается усиленіе реактивной способности, если вообще только существуетъ аллергия.

Если реакція на уколъ или повторная кожная реакція даетъ отрицательный результатъ, то можно почти съ полной увѣренностью исключить существованіе туберкулеза, имѣя, однако, въ виду, что существуютъ случаи съ пониженіемъ реактивной способности, о чемъ мы будемъ говорить ниже.

Если пациентъ отказывается отъ прививки, то можно примѣнить реакцію втиранія въ кожу по Мого. Она основана на томъ, что съ помощью сильнаго втиранія можно ввести въ кожу достаточно туберкулина, чтобы вызвать реакцію.

Для этого употребляютъ либо неразведенный старый туберкулинъ, либо туберкулиновую мазь, которая состоитъ изъ равныхъ частей Косч'овскаго туберкулина и безводнаго ланолина. Берутъ кусокъ мази величиною съ горошину и втираютъ въ теченіе одной минуты въ кожу спины или живота на пространствѣ приблизительно въ 5 кв. стм.

Положительная реакція появляется здѣсь въ теченіе того же срока, что и кожная папула, представляя собой небольшой узелокъ; при повышенной чувствительности узелки располагаются очень близко одинъ къ другому и имѣютъ подъ собой покраснѣвшее основаніе. При интенсивномъ, тщательномъ втираніи реакція почти такъ же чувствительна, какъ кожная, но при недостаточной опытности она часто даетъ поводъ къ ошибкамъ.

Впусканіе въ соединительную оболочку глазъ (Wolff-Eisner-Calmette) 1% раствора туберкулина вызываетъ у туберкулезныхъ лицъ конъюнктивитъ; въ дѣтскомъ возрастѣ эту реакцію нельзя рекомендовать, такъ какъ здѣсь можно получить иногда очень упорное воспаленіе глаза.

Старое пробное впрыскиваніе по Косчу для установленія температурной реакціи едва ли когда-либо употребляется въ настоящее время въ дѣтскомъ возрастѣ, такъ какъ безъ предварительнаго установленія чувствительности съ помощью мѣстной реакціи можно получить очень значительное повы-

шеніе температуры, если не производить реакцію отдѣльными приемами въ продолженіе нѣсколькихъ дней (Löwenstein и Rappaport). Въ послѣднемъ случаѣ, однако, методъ оказывается слишкомъ хлопотливымъ. Затѣмъ при немъ имѣется еще одно неудобство, имъ можно пользоваться въ безлихорадочные періоды. Впрочемъ, впрыскиваніе умѣстно тамъ, гдѣ имѣютъ въ виду вызвать гнѣздную реакцію, какъ, напр., при подозрѣніи на туберкулезъ мочевого пузыря. Предварительно производятъ кожную пробу; если послѣдняя даетъ отрицательный результатъ, то можно тотчасъ же начать съ 1 миллигр. туберкулина; если же кожная реакція даетъ положительный результатъ, то начинаютъ съ  $\frac{1}{100}$  миллигр. и при отсутствіи гнѣздной или общей реакціи повышаютъ каждый разъ дозу на  $\frac{1}{10}$  миллигр. до максимальной дозы въ 1 миллигр.

Что означаетъ положительная туберкулезная реакція?

До сихъ поръ приходится часто слышать такое толкованіе положительной реакціи, будто она указываетъ, что данный субъектъ боленъ туберкулезомъ. Это невѣрно: положительная реакція показываетъ только, что субъектъ имѣетъ въ своемъ организмѣ противотѣла для туберкулеза, т. е., что онъ однажды перенесъ туберкулезную инфекцію. Это не доказываетъ, однако, что инфекція повела къ дѣйствительному заболѣванію; она могла ограничиться пораженіемъ двухъ-трехъ. незначительныхъ лимфатическихъ железокъ.

Количество противотѣлъ въ организмѣ обильнѣе всего въ первые годы послѣ инфекціи или же при обостреніи процесса, также послѣ повторной инфекціи. Поэтому, если при первой пробѣ получается очень интенсивная реакція, то это указываетъ, что въ отношеніи туберкулезнаго процесса произошло что-то новое; такой фактъ не говоритъ, однако, что процессъ прогрессируетъ; столь же возможно, что онъ уже находится въ періодѣ обратнаго развитія.

Если же одновременно съ положительной реакціей клиническое изслѣдованіе заставляетъ подозрѣвать существованіе туберкулезныхъ фокусовъ или если мы находимъ общіе симптомы—исхуданіе и т. п., то съ большой долей вѣроятности можемъ діагносцировать туберкулезъ. Вѣроятность эта тѣмъ больше, чѣмъ моложе дѣти, такъ какъ скрытое теченіе туберкулеза встрѣчается у дѣтей вообще рѣдко.

Что означаетъ слабая положительная реакція? Незначительныя торпидныя или вторичныя реакціи, или же реакціи, появляющіяся при подкожномъ введеніи большихъ дозъ туберкулина, имѣютъ одинаковое значеніе: онѣ показываютъ, что хотя организмъ и былъ инфицированъ туберкулиномъ, но въ данный моментъ не находится въ стадіи наивысшаго образованія противотѣлъ. Въ большинствѣ случаевъ это относится къ излеченнымъ процессамъ, но можетъ встрѣчаться также у больныхъ, страдающихъ старымъ, далеко зашедшимъ туберкулезомъ. Такъ, напр., взрослые чахоточные больные очень часто даютъ слабую реакцію.

Затѣмъ существуетъ цѣлый рядъ процессовъ, которые понижаютъ или уничтожаютъ у туберкулезныхъ лицъ чувствительность къ туберкулезу (анергія):

1. Миліарный туберкулезъ. У дѣтей старшаго возраста въ послѣднія недѣли миліарнаго туберкулеза и туберкулезнаго менингита туберкулиновая реакція почти всегда даетъ отрицательный результатъ; точно также и отдѣльныя миліарныя высѣванія не смертельнаго характера могутъ уничтожить эту реакцію.

2. Корь, какъ уже указано выше, почти всегда понижаетъ чувствительность къ туберкулину до минимума. По наблюденію нѣкоторыхъ авторовъ точно также дѣйствуетъ и крупозная пневмонія.

3. Предварительное лечение туберкулиномъ. Въ то время, какъ введеніе минимальныхъ дозъ туберкулина повышаетъ въ теченіе нѣсколькихъ дней реактивную способность, отъ впрыскиванія большихъ дозъ послѣдняя, напротивъ, падаетъ (Vallée, F. Hamburger). Имунитетъ къ туберкулину, появляющийся послѣ быстрого увеличенія большихъ дозъ (старый способъ Koch'a, Schlossmann) зависитъ отъ всасыванія противотѣль (F. Hamburger). Объясняется ли такимъ образомъ также и нечувствительность, появляющаяся при медленномъ повышеніи дозъ, какъ это, напр., производится въ способѣ Sahli, или въ такихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ дѣйствительнымъ имунитетомъ противъ туберкулина—вопросъ этотъ еще не выясненъ.

#### Что означаетъ отрицательная реакція?

Однократная отрицательная реакція, если не имѣется налицо ни одного изъ трехъ перечисленныхъ выше факторовъ, указываетъ, что въ организмѣ вовсе нѣтъ противотѣль или что ихъ очень мало, т. е. съ вѣроятностью говорить противъ наличности активнаго процесса, у маленькихъ дѣтей вообще противъ существованія туберкулеза.

Исключеніе изъ этого правила мы наблюдаемъ въ 1-ю недѣлю послѣ зараженія. Требуется извѣстное время для того, чтобы выработалась чувствительность; при этомъ реакція на уколъ начинаетъ давать положительный результатъ раньше, чѣмъ кожная реакція. Поэтому при отрицательномъ результатѣ кожной реакціи лучше всего произвести для контроля реакцію путемъ укола или по крайней мѣрѣ повторить кожную.

Двукратной отрицательной реакціей можно почти съ абсолютной увѣренностью закончить изслѣдованіе.

Производство туберкулиновой реакціи различными степенями разведенія, какъ это изображено на рис. 130, имѣетъ преимущественно теоретическій интересъ. Чѣмъ больше разведеніе туберкулина, при которомъ получается положительный результатъ, тѣмъ большая папула получается при прививкѣ неразведеннымъ туберкулиномъ, такъ что уже по діаметру папулы можно составить приблизительное представленіе объ интенсивности образованія противотѣль въ организмѣ.

**Предсказаніе.** Туберкулезъ не представляетъ собою болѣзни, которая имѣетъ опредѣленное теченіе въ смыслѣ времени и распространенія, какъ, напр., корь, которая совершенно заканчивается въ теченіе 14 дней или проказа, которая тянется долго и безусловно приводитъ къ смерти. При туберкулезѣ необходимымъ слѣдствіемъ инфекціи является только первичное пораженіе и припуханіе мѣстныхъ лимфатическихъ железъ; получаетъ ли процессъ дальнѣйшее распространеніе, образуются ли множественныя или единичныя пораженія, заболѣваютъ ли важные для жизни органы все это въ большей или меньшей степени зависитъ отъ побочныхъ обстоятельствъ.

Если мы имѣемъ возможность поставить діагнозъ въ первичной стадіи (первичное пораженіе кожи, экспираторная одышка или положительная туберкулиновая реакція при отсутствіи другихъ симптомовъ), то мы въ прогностическомъ отношеніи можемъ руководиться только возрастомъ; на первомъ году жизни можно съ большой вѣроятностью высказаться, что ребенокъ погибнетъ или по крайней мѣрѣ появятся ясные клиническіе симптомы; напротивъ, у 14-лѣтняго ребенка вѣроятнѣе, что совѣмъ не образуется никакихъ дальнѣйшихъ симптомовъ и что вообще дѣло не дойдетъ до вторичной



Старый туберку-  
линг неразве-  
денный

Разведение 1 : 4.

Разведение 1 : 16.

Разведение 1 : 64.

Контрольное место.



Рис. 148. Кожная реакция въ количественной  
постепенности.

Рис. 149. Сильная кожная реакция съ образованиемъ аггза. Черезъ 48 часовъ  
послѣ производства (2 укола, посрединѣ контрольное мѣсто).

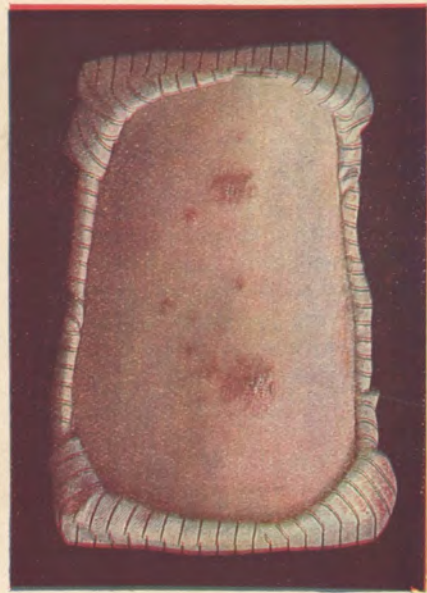


Рис. 150. Реакція средней силы. (Рис. 148 -150 слѣдуютъ)

и третичной стадіи; но исключить дальнѣйшее распространеніе процесса мы все-таки не можемъ съ абсолютной увѣренностью. Ребенокъ, у котораго имѣется туберкулезное гнѣздо, можетъ въ каждый данный моментъ получить милиарный туберкулезъ.

Во вторичной стадіи предсказаніе зависитъ исключительно отъ распространенія процесса. Такъ, обильная милиарная сыпь, ведущая къ мозговымъ симптомамъ, абсолютно смертельна; изолированныя туберкулезныя пораженія нужно оцѣнивать по степени важности заболѣвшихъ органовъ.

Туберкуль величиною съ орѣхъ, помѣщаяся въ бронхиальной лимфатической железнѣ, можетъ оставаться совершенно незамѣтнымъ, самое большое вызвать незначительный кашель, но тотъ же туберкуль въ мозгу обуславливаетъ смертельное заболѣваніе. Фунгозное разрощеніе въ колѣнномъ суставѣ нарушаетъ функцію ноги, но не представляетъ опасности для жизни, между тѣмъ какъ тотъ же процессъ въ позвоночникѣ ведетъ за собой сдавленіе спинного мозга, параличи и т. п.; слипчивый туберкулезъ во влагалищѣ сухожилія не имѣетъ никакихъ вредныхъ послѣдствій, но такія же сращения въ перикардѣ нарушаютъ функцію сердца. Милиарный бугорокъ, не дающій въ легкихъ никакихъ симптомовъ, локализуясь на роговицѣ, можетъ вести къ потерѣ зрѣнія. Въ общемъ, все-таки вторичная стадія сама по себѣ даетъ хорошее предсказаніе. Громадное количество дѣтей выходитъ побѣдителями изъ борьбы, у нѣкоторыхъ остаются неприятныя послѣдствія на всю жизнь; анкилозы суставовъ, помутнѣніе роговицы, кифозъ или по крайней мѣрѣ рубцы послѣ нагноившихся лимфатическихъ железъ.

Въ третичной стадіи и вообще при туберкулезѣ легкихъ нужно ставить прогнозъ главнымъ образомъ на основаніи распространенія процесса и общаго состоянія паціента. Если нѣтъ возможности улучшить общее состояніе, то и маленькій фокусъ получить широкое распространеніе. Плевритъ, если одновременно не имѣется тяжелаго пораженія легкихъ, даетъ въ общемъ хорошее предсказаніе. При туберкулезѣ гортани и кишечника предсказаніе обыкновенно болѣе серьезно, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ такой туберкулезъ является результатомъ интенсивнаго пораженія легкихъ.

**Профилактика.** Главнымъ средствомъ борьбы съ туберкулезомъ является изолированіе отъ дѣтей тѣхъ лицъ, которыя выдѣляютъ при кашлѣ туберкулезныя бациллы. Для грудного младенца всякая инфекция туберкулезомъ означаетъ почти вѣрную смерть. Поэтому всякое соприкосновеніе съ чахоточнымъ представляетъ для грудного младенца опасность для жизни. Въ нѣкоторыхъ семьяхъ умираетъ одинъ ребенокъ за другимъ вслѣдствіе зараженія отъ прислуги, сосѣдки, бабушки, которыя сами и не подозреваютъ, что хроническій кашель, съ которымъ они состарились, имѣютъ инфекціонный характеръ. Поэтому нужно обращать вниманіе родителей на необходимость охранять дѣтей отъ всякаго общенія съ кашляющими лицами.

Большія трудности встрѣчаетъ профилактика въ томъ случаѣ, когда сама мать подозрительна по отношенію къ туберкулезу. При выраженной чахоткѣ нужно запретить кормленіе уже въ интересахъ самой матери, а ребенка лучше всего удалить изъ дому. При незначительномъ пораженіи можно разрѣшить кормленіе, но нужно внушить матери, что она должна избѣгать поцѣлуевъ и не должна кашлять въ лицо ребенку.

Въ состоятельныхъ семьяхъ эти мѣры легче провести, чѣмъ тамъ, гдѣ туберкулезъ является постояннымъ гостемъ, т. е. у бѣдныхъ людей. Благодаря тѣсному сожителству хроническихъ больныхъ съ дѣтьми инфекция распространяется здѣсь все дальше и дальше. Лучшимъ и легко выполнимымъ средствомъ для борьбы съ этимъ зломъ является широкая изоляція чахоточныхъ больныхъ въ лечебныхъ заведеніяхъ и пріютахъ.

### Лечение.

Въ первичной стадіи мы едва ли можемъ сдѣлать что-либо въ терапевтическомъ отношеніи; во вторичной стадіи мы еще скорѣе можемъ оказать общее воздѣйствіе; въ хроническихъ случаяхъ, особенно въ третичной стадіи можно искусственными мѣрами поддержать естественную склонность организма къ выздоровленію.

Существуетъ три пути, по которымъ мы можемъ идти въ этомъ направленіи: общее укрѣпленіе обмѣна веществъ путемъ улучшенія питанія, вызваніе въ организмѣ защитительныхъ веществъ противъ специфической инфекции съ помощью туберкулиннаго леченія, наконецъ, такъ какъ непосредственное умерщвленіе микроорганизмовъ невозможно, мы можемъ прибѣгнуть къ хирургическимъ мѣропріятіямъ въ тѣхъ случаяхъ, когда туберкулезный фокусъ находится поверхностно, вообще доступенъ нашему воздѣйствію. При этомъ, однако, мы не должны забывать, что туберкулезъ представляетъ собой общее заболѣваніе и что *therapia sterilisans magna* въ настоящее время для насъ еще недоступна.

Первый путь, именно общее укрѣпленіе организма, заключается прежде всего въ томъ, чтобы сохранить или поднять аппетитъ, доставивъ больному обильное питаніе \*). Лучшимъ средствомъ для этого являются воздухъ, свѣтъ и перемѣна окружающей обстановки, діета, мѣста жительства. Самые различные климатическіе курорты предлагались въ разное время для леченія туберкулеза: теплый влажный климатъ Ривьеры, сухой теплый воздухъ пустынь, сырой холодный воздухъ сѣверныхъ курортовъ, наконецъ, сухой холодъ альпійскихъ высотъ. Общее, что свойственно всѣмъ этимъ курортамъ, лежитъ, во-первыхъ, въ перемѣнѣ обстановки и въ дѣйствіи внушенія, повышающаго въ особенности аппетитъ, во вторыхъ, въ возможности долгое время находиться на открытомъ воздухѣ, на солнцѣ. Для этого, собственно говоря, не требуется никакихъ курортовъ; тѣ же условія можно получить въ соответственнымъ образомъ устроенныхъ городскихъ санаторіяхъ. Но лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ можно встрѣтить со стороны больного такую энергію, чтобы въ его собственномъ

\*) Пора бы намъ бросить такія общія, мало выражающія указанія, какъ обильное питаніе. Необходимо категорически заявить, что діета должна въ точности соответствовать спросу на тотъ или другой ингредиентъ пищи. Дѣти, организмъ которыхъ до заболѣванія жилъ, главнымъ образомъ, бѣлками, быстро поправляются, какъ только въ ихъ питательный режимъ вносится поправка въ смыслѣ ограниченія названной составной части съ замѣною ея углеводами и жирами. Бывшее раньше преобладаніе въ пищѣ крахмалистыхъ веществъ требуетъ уменьшенія ихъ за счетъ бѣлковъ. То же нужно сказать про жиры и сахаристыя вещества. Во многихъ случаяхъ повышеніе въ ежедневномъ пищевомъ меню ребенка солей путемъ введенія ихъ въ формѣ компотовъ, киселей, пюре изъ овощей и проч. производитъ прямо-таки чудеса, сразу поднимая общее питаніе, уменьшая малокровіе, регулируя отправленія кишечника, улучшая сонъ, понижая нервозность и т. д.

домъ произвести необходимыя измѣненія обстановки, чтобы онъ, напр., находился столько времени на воздухѣ, какъ это безъ всякаго труда достигается на берегу моря. Самымъ печальнымъ обстоятельствомъ при домашнемъ леченіи является, во всякомъ случаѣ, постоянное лежаніе въ постели въ закрытомъ помѣщеніи, что совершенно парализуетъ аппетитъ.

Важно вовсе не то, чтобы пациенты проводили опредѣленное количество часовъ на воздухѣ, чтобы они дышали воздухомъ опредѣленной температуры, чтобы они проглатывали то или иное лекарство: важно, чтобы у нихъ тѣмъ или инымъ путемъ появились аппетитъ и жизнерадостность. Цѣлью индивидуальной терапіи является созданіе тѣхъ условій, при которыхъ можно добиться этой цѣли у каждого даннаго больного.

Нужно ли лечить простой туберкулезъ бронхіальныхъ железъ, если онъ не ведетъ ни къ какому видимому вторичному измѣненіямъ? Если у ребенка, помимо случайныхъ повышеній температуры, не обнаруживается никакихъ симптомовъ, если онъ не отстаётъ въ вѣсѣ, не малокровенъ, имѣетъ хорошей аппетитъ, то леченіе, по моему мнѣнію, не является необходимымъ. Если же одновременно съ положительной туберкулиновой реакціей развивается малокровіе и исхуданіе, то я рекомендую, прежде всего, провести леченіе покоемъ и откармливаніемъ по слѣдующей системѣ:

1-я недѣля: полнѣйшій покой въ кровати, въ хорошо вентилируемой комнатѣ, на кушеткѣ подъ открытымъ небомъ. Зимой нужно для этого пользоваться верандой, обращенной на югъ, лѣтомъ достаточно имѣть освѣщаемый солнцемъ садъ. Дѣти могутъ играть и читать, но систематическое ученіе должно быть отмѣнено.

2-я недѣля: постельное содержаніе прерывается на полчаса передъ обѣдомъ и на полчаса послѣ обѣда.

3-я недѣля: перерывъ на часъ до и послѣ обѣда.

4-я недѣля: по 2 часа внѣ постели до и послѣ обѣда.

Находясь внѣ постели, дѣти могутъ играть и бѣгать, но не до утомленія. Послѣ перваго мѣсяца ведется дополнительное леченіе (Nachkur) въ теченіе 4—8 недѣль, которое состоитъ въ томъ, что дѣти не ходятъ въ школу, принимаютъ первый завтракъ въ постели, лежатъ послѣ обѣда въ теченіе часа (въ постели или на верандѣ), вечеромъ ложатся спать раньше 8 часовъ.

Во все время леченія нужно въ особенности обращать вниманіе на аппетитъ. Обыкновенно я даю два раза въ день днемъ и вечеромъ какое-либо stomachicum (t-га Chinae composita, vinum condurango, вино, содержащее желѣзо) за 10 минутъ до ѣды; во время ѣды нужно обращать вниманіе на то, чтобы дѣти хорошо разжевывали пищу и ѣли медленно. Пища дается 5 разъ въ день: два завтрака, обѣдъ и два послѣобѣденныхъ пріема пищи. Я обращаю вниманіе на то, чтобы дѣти принимали большое количество молока либо въ чистомъ видѣ, либо съ примѣсью какао, солодового экстракта (смотря по консистенціи стула), солодового кофе, легкаго бобоваго и т. д. Если ребенокъ переноситъ хорошо яйца, то нужно давать ежедневно отъ 1 до 3 яицъ. Если замѣчаютъ, что отъ обильнаго употребленія молока уменьшается аппетитъ къ твердой пищѣ, то нужно уменьшить количество молока. Дѣтямъ, засыпающимъ съ трудомъ, я даю на ночь стаканъ (100 куб. см.) солодоваго пива. (? Ред.).

Затѣмъ нужно обращать вниманіе на правильное функционированіе кишечника. Если, какъ это часто бываетъ въ первыя недѣли леченія, развивается запоръ, то нужно назначить соотвѣтствующую діету (солодовый экстрактъ, компоты, въ особенности компотъ натошакъ) или давать небольшія дозы слабительныхъ для того, чтобы получить стулъ каждые 48 часовъ \*).

\*) Съ подобнымъ мнѣніемъ мы не согласны, такъ какъ наблюдали сплошь да рядомъ ухудшеніе общаго состоянія, особенно же усиленіе нервозности; которой мы такъ боимся, въ тѣхъ случаяхъ, когда отправленія желудка совершались не каждый день. Не нужно, кромѣ того, забывать, что при туберкулезѣ кишечника и безъ того склоненъ къ торпидности, разъ только самъ онъ не представляетъ основной локализациі болѣзненнаго процесса.

Прим. ред.

Температуру нужно вначалѣ измѣрять 4—6 разъ въ день, пока не выяснится, имѣется ли лихорадка, а если имѣется, то какого типа; позднѣе можно ограничиться однимъ измѣреніемъ въ сутки.

Каждую недѣлю нужно дѣтей взвѣшивать. Я обыкновенно сравниваю вѣсъ больныхъ съ среднимъ вѣсомъ дѣтей того же роста. Напр., 10-лѣтній мальчикъ имѣетъ, въ среднемъ, ростъ въ 130 см. и вѣситъ 30 килогр. (по С a m e r e g y). Если больной при ростѣ въ 130 см. вѣситъ только 26 килогр., то я считаю, что у него недостаетъ 4 килогр. и стараюсь довести его до надлежащаго вѣса.

Въ первые мѣсяцы леченія покоемъ получается иногда очень значительное улучшение. Прибыль вѣса на 1 килогр. въ недѣлю составляетъ частое явленіе. въ особенности у дѣтей, очень подвижныхъ, безпокойныхъ или отличавшихся въ школѣ особымъ честолюбіемъ.

Если въ теченіе перваго мѣсяца не получается никакой прибыли въ вѣсѣ я начинаю со втораго мѣсяца легкой курсъ туберкулиннаго леченія (см. ниже).

Леченіе открытаго туберкулеза ведется на тѣхъ же основаніяхъ. Если питаніе неудовлетворительно, то мы прежде всего назначаемъ лежаніе и усиленное питаніе. По окончаніи курса леченія, если даже полученный результатъ и не вполне удовлетворителенъ, лучше разрѣшить дѣтямъ снова встать съ постели. Изъ-за незначительныхъ повышеній температуры не нужно держать дѣтей долгое время въ постели, самое большее—можно ихъ укладывать въ постель послѣ обѣда, если они сами чувствуютъ себя усталыми. Такія дѣти должны долго спать, хорошо завтракать, лучше всего въ постели, должны находиться въ теченіе дня какъ можно больше на воздухѣ; при этомъ, если они двигаются, ихъ не нужно одѣвать слишкомъ тяжело; лѣтнему одежде должна быть возможно легче. Если дѣти лежатъ на открытомъ воздухѣ, то ихъ нужно тепло закутать, въ холодное время года обложить теплыми бутылками. Если условія не позволяютъ провести общее леченіе воздухомъ и питаніемъ, то мы въ качествѣ суррогата назначаемъ питательные препараты или средства, возбуждающія аппетитъ, желѣзо, мышьяковистыя воды, creosotum carbonicum (2 раза въ день по 5 кап. въ подсахаренномъ молокѣ). Излюбленную комбинацію представляетъ ol. jecoris Aselli 100,0, Creosoti 0,5, ежедневно по 2 десертныя ложки.

Въ тяжелыхъ случаяхъ чахотки и при туберкулезѣ мозга можно смѣло давать hypnotica и narcotica; то же относится къ случаямъ болѣзненнаго туберкулеза кишечника (Morphini hydroch. 0,02, Syr. Altheae 10,0, Aq. dest. 100,0, чайными ложками, впрыскиванія по 0,005 морфия).

Другой способъ леченія—примѣненіе туберкулина. Такъ же, какъ и общее леченіе, туберкулинная терапія примѣнима, главнымъ образомъ, при хроническихъ процессахъ вторичной и третичной стадіи, но не при пораженіи легкихъ у маленькихъ дѣтей и не при интенсивныхъ общихъ явленіяхъ золотушнаго характера. Леченіе начинаютъ съ  $\frac{1}{1000}$  миллигр., дѣлаютъ впрыскиванія каждые 3 дня; если не наступаетъ общей реакціи и повышеія температуры, то повышаютъ каждый разъ дозу на половину прежней дозы, до тѣхъ поръ, пока не дойдутъ до одного миллигр. Впрыскиванія дѣлаются въ кожу спины: появляющаяся реакція на уколъ не можетъ служить препятствіемъ для повышеія дозы. Если появляется лихорадка выше 38°, то повторяютъ прежнюю дозу; если же снова поднимается t°, то уменьшаютъ дозу на половину. Если ребенокъ съ каждымъ впрыскиваніемъ становится чувствительнѣе, то леченіе прекращаютъ; у дѣтей же, которыя привыкаютъ къ туберкулину, достигнувъ 1 миллигр., остаются на той же дозѣ въ теченіе 1—2 мѣсяцевъ.

Золотуха среди дѣтей бѣдныхъ классовъ лучше всего лечится удаленіемъ дѣтей на нѣсколько мѣсяцевъ изъ ихъ обстановки и предоставленіемъ имъ возможности хорошо питаться, жить въ чистотѣ и пользоваться тщательнымъ уходомъ, въ особенности находиться на свѣжемъ воздухѣ, лучше всего на берегу моря, въ горахъ, а также другихъ мѣстахъ, свободныхъ отъ пыли, дыма и богатыхъ солнцемъ.

Особенно хорошее дѣйствіе при золотухѣ оказываютъ ванны изъ морской воды, изъ разсоловъ, а также изъ іодъ-содержащихъ источниковъ (Hall).

Дома дѣлаютъ 1—2 раза въ недѣлю соленыя ванны. Берутъ 2 кил. каменной соли и растворяютъ ее въ 50 литрахъ теплой воды. Ребенокъ остается въ ваннѣ (при температурѣ въ 29° по Реомюру) 10 минутъ. Послѣ ванны дѣтей кладутъ на 2 часа въ постель или дѣлаютъ ванну передъ отходомъ ко сну. Въ качествѣ суррогата для замѣны разсолныхъ ваннъ можно примѣнять втираніе зеленого мыла 3 раза въ недѣлю (по 20 грам. въ кожу спины и живота). Мыло оставляютъ на 10—30 минутъ, а затѣмъ тщательно смываютъ.

Изъ медикаментовъ даютъ рыбій жиръ съ 1% креозота или 5% креозотала. Можно также назначать внутрь воду, содержащую іодъ и желѣзо, но ни іодъ, ни желѣзо, ни мышьякъ не имѣютъ специфическаго дѣйствія на основную болѣзнь. Вліяніе этихъ препаратовъ называется главнымъ образомъ въ томъ, что они измѣняютъ обмѣнъ веществъ. Лечение туберкулиномъ при золотушныхъ страданіяхъ не даетъ особенно благоприятныхъ результатовъ; главнымъ показаніемъ для примѣненія этой терапіи являются хроническія пораженія съ незначительной реактивной способностью, какъ, напр., заболѣваніе легочныхъ верхушекъ, хроническія страданія крупныхъ костей.

Можетъ ли извѣстный способъ питанія воспрепятствовать появленію золотушныхъ симптомовъ у туберкулезныхъ лицъ — это кажется мнѣ сомнительнымъ. То обстоятельство, что золотухой заболѣваютъ главнымъ образомъ бѣдныя дѣти, говоритъ за необходимость бороться не съ неправильностями питанія, не перекармливаніемъ, а съ дурными гигиеническими условіями.

При мѣстномъ туберкулезѣ примѣняютъ симптоматически хирургическія мѣропріятія, но только въ томъ случаѣ, когда убѣдились, что самоизлеченіе не дѣлаетъ никакихъ шаговъ впередъ. Съ каждымъ годомъ хирурги становятся все болѣе и болѣе консервативными при лечении туберкулеза. Въ особенности нужно предостеречь отъ полнаго изсѣченія затвердѣвшихъ железъ и фунгозныхъ суставовъ, отъ ампутации пальцевъ при *spina ventosa* и т. п. Нужно, конечно, много терпѣнія для того, чтобы дождаться самостоятельнаго излеченія, много опытности для того, чтобы сказать, гдѣ можно еще рассчитывать на самоизлеченіе и гдѣ на него рассчитывать нельзя.

### Литература.

- Albrecht, Heinrich, Ueber Tuberkulose des Kindesalters. Wien. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 10.  
 Bauer u. Engel, Klinische und experimentelle Studien zur Pathologie und Therapie der Tuberkulose im Kindesalter. Würzburg 1910, Kabitsch.  
 Bartel, Probleme der Tuberkulosefragen. Wien 1909, Deuticke.  
 Cornet, Skrofulose. Nothnagels Handbuch.  
 Escherich, Die Infektionswege der Tuberkulose, insbesondere im Säuglingsalter. Wien. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 15.

- Онъ-же, Was nennen wir Skrofulose? Wiener. klin. Wochenschr. 1909.  
Finkelstein, Lehrbuch der Säuglingskrankheiten. Berlin 1905, Kornfeld, S. 161.  
Hamburger, F., Allgemeine Pathologie und Diagnostik der Kindertuberkulose.  
Wien 1910, Deuticke.  
v. Pirquet, Allergie. Berlin 1910, Springer.  
Онъ-же, Die lokalen Tuberkulinreaktionen. Handb. v. Kraus u. Levaditi 1908.  
Pollak, R., Das Kind im tuberkulösen Milieu. Brauers Beiträge 1911.  
Salge, Skrofulose. Pfandler-Schlossmanns Handb., Bd. II, S. 569. Leipzig 1910,  
Vogel.  
Schick, B., Expiratorisches Keuchen als Symptom der Lungendrüsentuberkulose  
im 1. Lebensjahre. Wiener klin. Wochenschr. 1910, 5.  
Schlossmann, Tuberkulose in Pfandler-Schlossmanns Handb. d. Kinderheilk.,  
Bd. II, S. 488. Leipzig 1910, Vogel.

Akusher-Lib.ru

## Х.

### Сифились.

Ernst Mogo (Гейдельберг).

#### Этіологія и сущность.

Возбудителем сифилиса является блѣдная спирохета, открытая въ 1905 г. Schaudinn'омъ и E. Hoffmann'омъ.

Блѣдная спирохета принадлежитъ къ классу протозоевъ и представляетъ чрезвычайно нѣжную, утонченную по концамъ нить различной длины (4—14  $\mu$ ); она изогнута на подобіе штопора, причемъ извилины ея узки и круты. Иногда въ одной спирохетѣ находятъ 20 и болѣе такихъ извилинъ; въ большинствѣ же случаевъ ихъ значительно меньше, что, впрочемъ, можетъ зависѣть и отъ разрыва спирохетъ при растираніи мазковъ. Свѣжія спирохеты оживленно двигаются, то вращаются вдоль продольной оси, то изгибаются или скользятъ впередъ и назадъ. Часто встрѣчаются два или нѣсколько экземпляровъ, сложенныхъ вмѣстѣ. Фигуры въ формѣ Y указываютъ, по всей вѣроятности, на процессъ дѣленія. Родственныя формы спирохетъ отличаются отъ блѣдной спирохеты своимъ болѣе грубымъ строеніемъ, меньшимъ количествомъ извилинъ, менѣе нѣжными полюсами и болѣе легкой способностью краситься анилиновыми красками.

Спирохеты лучше всего видны на мазкахъ, приготовленныхъ съ помощью туши по Burri. Препараты эти готовятся слѣдующимъ образомъ:

На предметное стекло помѣщаютъ небольшое количество изслѣдуемаго матеріала (лучше всего воспалительной сыворотки). Къ этому прибавляютъ 1—2 петли продажной жидкой туши (предварительно очищаемой полчасовымъ центрифугированіемъ); сыворотку съ тушью смѣшиваютъ, затѣмъ, подобно тому какъ приготавливаются препараты крови, черная капля размазывается тонкимъ слоемъ, для чего по ней быстро проводятъ краемъ другого предметнаго стекла. Мазокъ высушивается на воздухѣ и разсматривается въ маслѣ. Спирохеты (и другіе корпускулярные элементы) остаются неокрашенными (бѣлыми) и потому ясно выдѣляются на черномъ фонѣ.

На инфекцію блѣдной спирохетой человѣческой организмъ отвѣчаетъ образованіемъ специфическихъ противотѣлъ. О природѣ этихъ противотѣлъ мы знаемъ еще мало; одно, повидимому, установлено прочно—клиническая реакція организма находится въ самой тѣсной связи съ дѣйствіемъ образовавшихся противотѣлъ. Съ самымъ дѣлѣмъ, только такимъ образомъ можетъ быть объясненъ продолжительный и типически протекающій инкубаціонный періодъ, который тянется отъ момента инфекціи до появленія такъ наз. первичнаго пораженія; только такимъ образомъ удовлетворительно объясняется та перемѣна, которая происходитъ въ однажды зараженномъ организмѣ и остается въ немъ на всю жизнь—перемѣна, выражающаяся, между прочимъ, въ томъ, что у сифилитиковъ кожная реинфекція вирулентнымъ матеріаломъ либо вовсе не удается, либо ведетъ къ совершенно другимъ, болѣе легкимъ и скоротечнымъ формамъ реакціи, чѣмъ при инфекціи въ первый разъ. Въ пробиркѣ намъ до сихъ поръ удалось получить



только одно из этих реактивных веществ; это вещество свободно циркулирует в крови, характеризуясь сильным сродством к растворимым в алкоголь липоидным веществам человеческого и животного организма. Указанное вещество благодаря этим свойствам приобрело выдающееся значение в качестве специфического реактива для диагностики сифилиса.

Борьба с антигеном является здесь, как и при многих других инфекционных болезнях, именно тем, что представляется нам в образе „болезни“. Конечно, защитительный аппарат против спирохеты, имеющийся в человеческом организме, только в особо исключительных случаях оказывается достаточным для того, чтобы совершенно уничтожить проникших в организм возбудителей болезни. Болезненные фокусы все развиваются и развиваются, побуждая организм каждый раз к образованию свежих противотел; получается почти непрерывная реакция между антигеном и противотелами, таким образом получается картина хронической инфекционной болезни.

В этом отношении и в некоторых других сифилис имеет много общего с туберкулезом. При обеих болезнях на месте проникновения антигена через известное время развивается первичное поражение, протекающее скрыто без всяких симптомов; при обеих болезнях наблюдается затемнение специфическое заболванье местных, примыкающих к первичному поражению лимфатических желез. Таким образом, с патогенетической точки зрения люэтической бубон может быть с высокой степенью вероятности поставлен на одну ступень со специфическими изменениями бронхальных желез, расположенных в области пораженной туберкулезом части легких. Почти одновременно с первоначальным поражением наступает, при той и другой болезни, известное изменение организма, которое проявляется в виде изменения реактивной способности (аллергии) по отношению к антигену. Организм приобретает повышенную чувствительность по отношению к соответствующему антигену. Эта повышенная чувствительность сообщает всем последующим формам реакции своеобразную физиономию и играет поэтому выдающуюся роль в клиническом характере, так наз., вторичных и третичных явлений. С этой точки зрения типические сыпи и поражения слизистых оболочек, свойственные вторичному периоду сифилиса, соответствуют разнообразным кожным проявлениям и катаррам туберкулеза, а характерная для третичного сифилиса гумма с ее выраженной склонностью к некротическому распаду соответствует быстро распространяющемуся язвенному распаду при чахотке.

Рис. 151. Мазок из воспалительной жидкости люэтической папулы (папулезно-пустулезный сифилис грудного ребенка). Окраска тушью по Вигги.



Необходимо, однако, с самого начала оговориться, что в такой форме приведенная схема имеет значение только для приобретенного

сифилиса. При врожденномъ сифилисѣ, о которомъ мы будемъ говорить въ послѣдующемъ изложеніи, наблюдаются совершенно иныя отношенія. Въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ не имѣется первичнаго пораженія, такъ какъ первоначальная инфекция плода происходитъ, какъ мы увидимъ дальше, черезъ кровообращеніе—моментъ, имѣющій чрезвычайно большое значеніе для теченія сифилиса въ грудномъ возрастѣ. Къ этому нужно прибавить еще то обстоятельство, что какъ плодъ, такъ и грудной младенецъ въ первыя недѣли жизни вообще плохо продуцируютъ противотѣла, что открываетъ для спирохеты широкую дорогу для распространенія и размноженія. Часто даже дѣло не доходитъ до упомянутыхъ выше взаимореакцій между антигеномъ и противотѣлами; безоружный организмъ остается пассивнымъ, болѣзненные зародыши ведутъ его къ гибели. Здѣсь, впрочемъ, имѣется аналогія съ внутриутробнымъ туберкулезомъ, когда туберкулезный бациллъ поселяется въ организмѣ, еще совершенно не способномъ къ борьбѣ.

### Способъ зараженія.

Зараженіе блѣдной спирохетой происходитъ либо передъ родами, либо послѣ нихъ. Если инфекция происходитъ въ утробѣ матери или даже во время родового акта, то говорятъ о врожденномъ сифилисѣ, которому противопоставляютъ пріобрѣтенный сифилисъ, который получается, если инфекция происходитъ послѣ родовъ.

Зараженіе до родовъ является самымъ частымъ и самымъ важнымъ источникомъ дѣтскаго сифилиса; при этомъ плодъ инфицируется спирохетами исключительно отъ матери. Мать заражается либо до, либо во время, либо послѣ зачатія; въ крови ея циркулируютъ спирохеты, онѣ достигаютъ плаценты, производятъ здѣсь специфическія измѣненія; послѣдняя заболѣваетъ, становится проходимою для спирохетъ, такъ дѣло доходитъ до зараженія плода.

Само собой разумѣется, что зараженіе можетъ произойти во всякій періодъ беременности. Конечно, чѣмъ раньше оно происходитъ, тѣмъ меньше шансовъ на жизнеспособность плода. Если допустить такой случай, что сперма оплодотворяетъ уже зараженное ранѣе яйцо, то, по всей вѣроятности, вовсе не происходитъ дальнѣйшаго развитія. Такое яйцо должно умереть. По той же самой причинѣ не можетъ играть въ патогенезѣ врожденнаго сифилиса существенной роли такъ называемый *lues ex patre*, т. е. проникновеніе въ яйцо спирохетъ вмѣстѣ съ сѣменной жидкостью, при отсутствіи заразы въ организмѣ матери.

Только что приведенныя представленія о плацентарной инфекціи при врожденномъ сифилисѣ очень просты и ясны. Одинъ только фактъ кажется непонятнымъ и поразительнымъ, именно тотъ, что, какъ извѣстно уже давно, у матерей сифилитическихъ дѣтей очень часто не находятъ ни малѣйшихъ слѣдовъ болѣзни, и что такія матери, по всѣмъ видимостямъ, остаются иммунными къ сифилису въ теченіе всей своей жизни. Послѣднее правило, открытое Colles'омъ и Ваumes'омъ, не допускаетъ никакихъ исключеній, а потому справедливо можетъ быть названо закономъ; такимъ образомъ этотъ законъ Colles'a гласитъ: мать, рождающая сифилитическаго ребенка, несмотря на отсутствіе у нея какихъ-либо признаковъ сифилиса, остается иммунной по отношенію къ сифилису.

Для объясненія этого иммунитета было въ прежнее время пред-

ложено множество теорій; въ особенности охотно прибѣгали къ такому объясненію: зараженный отъ отца плодъ даетъ организму матери иммунныя вещества, которыя и создаютъ ей на остальное время жизни защиту противъ болѣзни. Если даже допустить, что лишенный защитительныхъ приспособленій плодъ въ состояніи выработать столь дѣйствительныя иммунныя вещества, что эти вещества могутъ пройти черезъ плаценту въ организмъ матери, то все-таки невозможно, чтобы такой приобрѣтенный пассивный иммунитетъ могъ бы держаться долгое время. Это мы съ полной опредѣленностью можемъ утверждать на основаніи экспериментальныхъ изслѣдованій иммунитета. Иммунитетъ, который переходитъ отъ матери къ плоду, держится самое большее нѣсколько мѣсяцевъ: такова же должна быть продолжительность иммунитета и въ обратномъ случаѣ. Возможность же переноса сифилитического антигена въ формѣ токсина изъ зараженного плода къ здоровой матери далеко не безспорно. Тогда была бы возможна и выработка активного иммунитета неограниченной продолжительности. Но для такого предположенія мы до сихъ поръ не имѣемъ ни малѣйшаго основанія.

*Simplex sigillum veri!* Мать сифилитического ребенка потому иммунна къ сифилису, что она носитъ въ себѣ сифилитическую инфекцію. Это — непосредственный результатъ, вытекающій изъ теоріи унаслѣдованія сифилиса со стороны матери, въ то же время сильный аргументъ въ пользу вѣрности этой теоріи. Въ крови такихъ матерей, не дававшихъ клинически никакихъ признаковъ сифилиса, были въ большемъ % случаевъ найдены упомянутыя выше противотѣла, въ материнской части плаценты находили часто спирохеты.

Такъ называемый законъ *Propheta*, который гласитъ, что ребенокъ, родившійся «здоровымъ» отъ больной свѣжимъ сифилисомъ матери, защищенъ противъ сифилитической инфекціи, т. е. тоже иммуненъ къ сифилису, имѣетъ очень небольшое значеніе. По всей вѣроятности и здѣсь мы имѣемъ передъ собой дѣтей, зараженныхъ сифилисомъ, который, однако, остается нераспознаннымъ вслѣдствіе отсутствія видимыхъ проявленій.

Необъяснимымъ остается только тотъ фактъ, что у матерей сифилитическихъ дѣтей сифилисъ такъ часто протекаетъ безъ всякихъ симптомовъ. Что первичное пораженіе и бубонъ остаются скрытыми, въ этомъ нѣтъ ничего удивительнаго. Они могутъ помѣщаться гдѣ-либо въ маткѣ или въ окружающихъ ее железахъ. Но что такія матери часто остаются свободными отъ вторичныхъ и третичныхъ явленій и во всю свою остальную жизнь пользуются прекраснымъ здоровьемемъ, это — въ высокой степени поразительное явленіе. Здѣсь должны существовать еще какія-то особыя отношенія, создаваемые условіями вынашиванія сифилитического плода въ организмѣ матери.

Зараженіе во время родовъ встрѣчается очень рѣдко, во всякомъ случаѣ его трудно доказать. Такое зараженіе можно съ большой долей вѣроятности признать только въ томъ случаѣ, если черезъ нѣсколько недѣль послѣ родовъ у ребенка развивается на кожѣ ясное первичное пораженіе. Такъ, напр., извѣстны случаи, когда при наличности у матери свѣжаго склероза на половыхъ органахъ дѣти, рождавшіяся въ лицевомъ положеніи, получали черезъ три недѣли типичную язву на корнѣ носа. Конечно, въ такихъ случаяхъ не исключена возможность зараженія и послѣ родовъ.

Возможно, что переходу спирохетъ изъ материнской плаценты въ кровь плода способствуетъ отрываніе плаценты и выдавливаніе ея во время родовъ. Возможно, что въ этой стадіи родовъ защитный эпителий хоріона мѣстами разрывается, такъ что кровь матери и плода приходятъ въ непосредственное со-

прикосновеніе. Rietschel приписываетъ этому способу инфекціи во время родовъ большую роль и объясняетъ имъ тотъ фактъ, что дѣти сифилитическихъ матерей часто рождаются въ клиническомъ отношеніи совершенно здоровыми и заболѣваютъ только спустя нѣсколько недѣль. Періодъ, протекающій безъ симптомовъ, соотвѣтствуетъ, по его мнѣнію, инкубационному періоду.

Зараженіе родившихся здоровыми дѣтей послѣ родовъ можетъ произойти различными путями. Подробности объ этомъ см. ниже, гдѣ рѣчь идетъ о приобретенномъ дѣтскомъ сифилисѣ.

## I. Врожденный сифилисъ.

Врожденный сифилисъ рассматривается обыкновенно въ двухъ отдѣльныхъ главахъ, именно въ главѣ о сифилисѣ внутриутробнаго періода и въ главѣ о сифилисѣ грудного возраста. Строго говоря, нѣтъ достаточныхъ основаній для раздѣленія обоихъ видовъ врожденнаго сифилиса, ибо сифилисъ грудныхъ дѣтей, если оставить въ сторонѣ инфекцію во время родовъ, есть не что иное, какъ прямое продолженіе болѣзни, приобретенной во внутриутробной жизни плода, что въ особенности приложимо, какъ мы увидимъ ниже, къ сифилису внутреннихъ органовъ. Neubner поэтому очень мѣтко говоритъ о „продолженіи висцеральнаго сифилиса плода во время грудного возраста“. Однако, патологія сифилиса обоихъ періодовъ имѣетъ столь различную физиологію, что отдѣльное разсмотрѣніе ихъ оправдывается чисто дидактическими соображеніями. Къ этому нужно прибавить еще то обстоятельство, что изслѣдованія о сифилисѣ плода, по вполне понятнымъ причинамъ, лежатъ всецѣло въ области патологической анатоміи, между тѣмъ какъ сифилисъ грудныхъ дѣтей представляетъ одну изъ наилучше изученныхъ, наиболѣе важныхъ и интересныхъ областей клинической педиатріи.

### Сифилисъ плода.

Въ организмѣ плода спирохеты находятъ, повидимому, прекрасную питательную среду. Причина этого лежитъ, какъ мы упомянули выше, между прочимъ, въ безоружности плода, въ отсутствіи у него естественныхъ защитительныхъ веществъ. Этимъ объясняется, что въ очень рѣзкихъ случаяхъ всѣ органы плода бывають въ буквальномъ смыслѣ слова пронизаны возбудителями сифилиса, непосредственнымъ слѣдствіемъ чего является гибель подобныхъ плодовъ, т. е. сифилитическій абортъ, при которомъ плодъ въ большинствѣ случаевъ выдѣляется въ состояніи гнилостнаго разложенія. Мацерация плода въ высокой степени характерна для сифилиса. Graefen berg нашель въ 80% мацерированныхъ плодовъ спирохеты. Чаще всего сифилитическій абортъ наблюдается при свѣжемъ нелеченномъ сифилисѣ, преимущественно между 4 и 7 мѣсяцами беременности, но онъ можетъ появиться и въ другое время. Если въ анамнезѣ имѣется указаніе на цѣлый рядъ послѣдовательныхъ абортвовъ (привычный абортъ), то всегда нужно подумать о сифилисѣ.

Анатомическія измѣненія въ первые мѣсяцы беременности, именно въ первую ея половину, не очень типичны. Инфузная клѣточная инфильтрація, скопленіе клѣтокъ, выраженные процессы пролифераціи, увеличеніе объема и уплотненіе консистенціи органовъ—все это представляетъ обычное явленіе и въ нормальныхъ плодахъ этого возраста, въ органахъ, находящихся въ состояніи быстраго развитія и дифференціаціи. Точно также лишь въ чрезвычайно рѣдкихъ случаяхъ удается найти въ этомъ періодѣ спирохеты. По всей вѣроятности, смерть плода вызывается здѣсь косвеннымъ образомъ благодаря заболѣ-

ванію плаценты (измѣненіе сосудовъ, образованіе мозолистой ткани и процессы рубцеванія въ ворсинкахъ), которое ведетъ къ недостаточному питанію плода, къ нарушенію обмѣна веществъ между материнскимъ организмомъ и организмомъ плода.

Напротивъ, во вторую половину беременности сифилитическія измѣненія въ органахъ плода становятся уже ясно выраженными: на первый планъ здѣсь выступаютъ два процесса:

### 1. Диффузная клѣточная инфильтрація.

#### 2. Задержка роста.

1. Что касается диффузной клѣточной инфильтраціи, то ни при одной другой болѣзни мы не встрѣчаемъ ее въ столь выраженной формѣ, какъ при дѣтскомъ сифилисѣ. Она является самымъ характернымъ гистологическимъ признакомъ этой болѣзни. При микроскопическомъ изслѣдованіи этотъ процессъ выражается въ значительномъ увеличеніи объема и уплотнѣніи консистенціи пораженного органа—особенно печени и селезенки; микроскопъ же показываетъ, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ общимъ процессомъ, который въ одинаковой степени поражаетъ всѣ висцеральные органы (печень, селезенку, почки, легкія, поджелудочную железу и костную систему).

Исходнымъ пунктомъ диффузной клѣточной инфильтраціи является интерстиціальная соединительная ткань, расположенная вокругъ мелкихъ сосудовъ. Въ далеко зашедшихъ случаяхъ процессъ пролиферации можетъ быть настолько интенсивнымъ, что дѣло доходитъ до настоящихъ клѣточныхъ скопленій, видимыхъ даже макроскопически, такъ что получается картина, обозначаемая терминомъ миліарныя сифиломы. Замѣчательно, что въ разрастающейся периваскулярной ткани находится больше всего спирохетъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи гипертрофированная соединительная ткань обнаруживаетъ ясную наклонность къ рубцеванію.

2. Клѣточная инфильтрація ведетъ къ задержкѣ въ развитіи отдѣльныхъ органовъ. Рука объ руку съ интенсивной гиперплазіей интерстиціальной соединительной ткани идетъ рѣзкая гиперплазія самой паренхимы органовъ.

Такъ нерѣдко въ центрѣ интерстиціальныхъ клѣточныхъ инфильтратовъ находятъ остатки паренхимы отъ какого-нибудь болѣе ранняго періода развитія (агломераты цилиндрическихъ и кубическихъ клѣтокъ, цѣлыя эпителиальныя трубки и т. п.). Легкія, въ которыхъ наряду съ разрощеніемъ соединительной ткани происходитъ энергичное отторженіе перерожденного альвеолярнаго эпителия, приобретаютъ вслѣдствіе этого на разрѣзѣ особую гомогенную свѣтло-желтую поверхность: *pneumonia alba*. Точно такіе же процессы могутъ наблюдаться и въ зобной железѣ; въ такихъ случаяхъ железа оказывается пронизанной многочисленными кистами, наполненными гноевиднымъ секретомъ.

Общая задержка въ ростѣ и развитіи является причиной того, что при преждевременныхъ родахъ на почвѣ сифилиса плоды имѣютъ обыкновенно болѣе низкій вѣсъ и меньшую длину тѣла, чѣмъ плоды того же возраста, не пораженные сифилисомъ. Ненормально низкій вѣсъ въ этомъ случаѣ тѣмъ замѣчательнѣе, что какъ разъ здѣсь отмѣчается значительное увеличеніе объема внутреннихъ органовъ.

Чрезвычайно интересенъ тотъ фактъ, что кожа, которая при сифилисѣ грудныхъ дѣтей играетъ такую выдающуюся клиническую роль, у плода остается въ большинствѣ случаевъ незатронутой болѣзненнымъ процессомъ. Иногда только такія дѣти рождаются съ сифилитическими пузырями на кожѣ, съ пемфигусомъ. Другія кожныя сыпи появляются всегда только позднѣе, уже во внѣутробной жизни. Этотъ паразитальный контрастъ, именно здоровое состояніе кожи при преимущественномъ пораженіи внутреннихъ органовъ Нос-сінгер ставитъ въ связь съ тѣмъ обстоятельствомъ, что кожа дифференцируется сравнительно поздно, во всякомъ случаѣ значительно позже, чѣмъ внутренніе органы, которые уже во внутриутробной жизни

обнаруживают энергичное развитие и быстрый рост. Повидимому, къ тканямъ, пронизаннымъ многочисленными сосудами и обильно орошаемымъ кровью сифилитическій возбудитель имѣетъ особо сильное средство. Нужно, впрочемъ, принять во вниманіе еще то обстоятельство, что во внѣтробной жизни кожа раздражается со стороны внѣшняго міра и потому болѣе расположена къ различнымъ высыпямъ. Существуетъ еще одно обстоятельство, которое говоритъ за существованіе связи между сифилитическимъ процессомъ и дифференціаціей органовъ (формативное раздраженіе) въ смыслѣ Hochsinger'a, именно та область, въ которой происходитъ самый энергичный процессъ роста, т. е. пограничная часть между костью и хрящемъ, даетъ у плода характерное сифилитическое заболѣваніе.

Воспаленіе пограничной области между хрящемъ и костью—*osteochondritis syphilitica*, подробно описанное впервые Wegner'омъ, является наряду съ гиперплазіей селезенки однимъ изъ самыхъ вѣрныхъ и самыхъ доступныхъ распознаванію признаковъ сифилиса плода. Излюбленной его локализацией считаются длинныя трубчатыя кости и передніе концы реберъ.

На продольныхъ разрѣзахъ можно уже невооруженнымъ глазомъ видѣть, что граница между хрящемъ и костью, которая при нормальныхъ условіяхъ имѣетъ видъ бѣлой линіи, шириной не болѣе  $\frac{1}{2}$  миллим., оказывается расширенной. Она можетъ достигнуть болѣе 2 миллим. въ поперечникѣ. Далѣе, обращаетъ на себя вниманіе, что эта линія пріобрѣтаетъ болѣе желтоватый оттѣнокъ, что она теряетъ характеръ правильной черты, дѣлается зигзагообразной, причѣмъ зазубрины ея обращены въ сторону хрящевого вещества. Въ далеко зашедшихъ случаяхъ разрѣзъ въ этомъ мѣстѣ даетъ своеобразный звукъ, какъ если бы ножъ проникалъ въ массу мелкаго известковаго песка; иногда куски вещества при этомъ выпадаютъ.

Такое впечатлѣніе, какъ показываетъ микроскопическое изслѣдованіе, является вполне обоснованнымъ и понятнымъ. Весь процессъ локализируется въ той зонѣ, гдѣ совершается обызвѣствленіе. Зона эта ненормально расширена. Обызвѣствленіе совершается быстро, хотя и неправильно, но всасываніе идетъ замедленнымъ темпомъ. Превращенія хряща въ кость не происходитъ, такъ какъ въ остеогенной ткани нѣтъ остеобластовъ, такъ что она уподобляется ненужной грануляціонной ткани. Зигзагообразная граница объясняется присутствіемъ обызвѣствленныхъ остатковъ клѣтокъ, желтый цвѣтъ зависитъ отъ наличности болѣе или менѣе характерной грануляціонной ткани, въ которой находятся иногда и типическія сифилитическія измѣненія въ формѣ мелкихъ гуммъ. Такъ какъ между костными перекладинами не совершается правильного образованія анастомозовъ, то грануляціонная ткань лишается всякаго питанія и притомъ тѣмъ раньше, чѣмъ интенсивнѣе сифилитическое воспаленіе. Такимъ образомъ, дѣло доходитъ до того, что возникновеніе костныхъ перекладинъ не только ослаблено, но совершенно уничтожается, а такое явленіе ведетъ къ полному отдѣленію діафиза отъ эпифиза въ области зоны обызвѣствленія.

Само собой разумѣется, что подобнаго рода глубокія измѣненія висцеральныхъ органовъ, какъ мы ихъ только что описали, наблюдаются далеко не въ каждомъ случаѣ сифилиса плода. Въ случаяхъ, гдѣ діагнозъ представляетъ затрудненія, можно скорѣе всего придти къ цѣли путемъ гистологическаго изслѣдованія почекъ. Нескеръ нашелъ въ 90% сифилитическихъ плодовъ специфическія измѣненія почекъ (особенно въ формѣ мелкоочечной инфильтраціи вокругъ сосудовъ корковаго слоя). Къ тому же этотъ органъ при мацерированныхъ плодахъ оказывается сравнительно лучше сохранившимся. Впрочемъ, въ такихъ случаяхъ можно иногда выяснитъ вопросъ изслѣдованіемъ на спирохеты. Послѣднія гнѣзятся больше всего въ надпочечныхъ железахъ, затѣмъ въ пупочномъ канатикѣ, въ особенности на мѣстѣ соединенія его съ плодомъ (Graefenberg).

### Сифились грудныхъ дѣтей.

Врожденный сифились обнаруживается у ребенка либо тотчасъ послѣ родовъ, либо позже, именно въ первыя недѣли утробной жизни. Нерѣдко болѣзнь даетъ себя знать только на второмъ мѣсяцѣ. Изъ признаковъ, которые приносятся сифилитическими дѣтьми на свѣтъ Божій, нужно въ особенности отмѣтить слѣдующіе:

1. Насморкъ.
2. Пузырчатую сыпь на кистяхъ и стопахъ.
3. Увеличеніе селезенки.

Названные три симптома не представляютъ собой какой-либо обязательной триады. Иногда они встрѣчаются, правда, и одновременно (въ особенности у дѣтей съ пемфигусомъ почти всегда имѣется увеличеніе селезенки); но и въ отдѣльности они настолько характерны, что наличіе одного изъ нихъ уже достаточна, чтобы заставить искать другіе. Врожденный пемфигусъ на кистяхъ и стопахъ, впрочемъ, исключаетъ уже а priori всякія діагностическія сомнѣнія.

*Coryza* или *rhinitis syphilitica*, какъ и всякій другой насморкъ, выражается, прежде всего, въ затрудненіи носового дыханія. Носовыя отверстія сужены и заложены. Вслѣдствіе этого при прохожденіи воздуха образуется своеобразное сопѣніе, которое иногда слышно на разстояніи. Ясно, что у такихъ дѣтей кормленіе грудью становится труднымъ.

При изслѣдованіи носа часто не находятъ никакихъ особенныхъ измѣненій, за исключеніемъ припухлости слизистой оболочки, особенно въ заднихъ частяхъ. Секрета вначалѣ очень мало или вовсе нѣтъ; во всякомъ случаѣ никогда не наблюдаются тѣ бѣлыя, пѣнистыя выдѣленія, которыя характерны для простого простуднаго насморка. Только позднѣе, при дальнѣйшемъ развитіи процесса появляется гнойное отдѣляемое, иногда съ примѣсью крови. Нерѣдко этотъ насморкъ исчезаетъ уже черезъ нѣсколько недѣль. Въ другихъ случаяхъ онъ бываетъ очень упорнымъ, оставаясь въ неизмѣненномъ видѣ въ теченіе многихъ мѣсяцевъ.

Симптомъ этотъ, конечно, имѣется не у всѣхъ сифилитическихъ дѣтей. Многія изъ нихъ свободны отъ насморка. Но если имѣется насморкъ, то онъ въ большинствѣ случаевъ является врожденнымъ или же появляется тотчасъ послѣ родовъ, самое позднее на 4—8 недѣль жизни. Этотъ врожденный насморкъ настолько бросается въ глаза матерямъ, что онѣ въ большинствѣ случаевъ не забываютъ о немъ и въ послѣдствіи. Поэтому вопросъ, „былъ ли у ребенка въ первую недѣлю насморкъ?“ имѣетъ кардинальное значеніе при собраніи анамнеза насчетъ лues.

Отъ насморка зависитъ, по всей вѣроятности, и встрѣчающіяся у сифилитическихъ грудныхъ дѣтей деформациіи носа, именно курносость и сѣдловидный носъ: повидимому въ этихъ случаяхъ уже въ періодѣ утробной жизни развивается тяжелый ринитъ, ведущій за собой задержку въ ростѣ, развитіи хрящевого и костнаго остова носа (см. ниже).

*Pemphigus syphiliticus* состоитъ изъ кругловатыхъ пузырей величиною отъ чечевичнаго зерна до вишни, которые располагаются на воспаленномъ основаніи. Вначалѣ пузыри эти имѣютъ серозное, слегка мутноватое содержимое, которое, однако, скорѣе становится гнойнымъ; часто въ немъ можно найти многочисленныя спирохеты. Въ высокой степени характерна локализациія пузырей на ладоняхъ и подошвахъ, а также на поверхностяхъ рукъ и ногъ. *Pemphigus syphiliticus*

въ большинствѣ случаевъ бываетъ врожденнымъ; иногда онъ появляется на первой недѣлѣ послѣ рожденія и только въ очень рѣдкихъ случаяхъ на 2-й—4-й. Въ послѣднемъ случаѣ онъ поражаетъ и другія части тѣла. Впрочемъ, пемфигусъ никогда не сохраняетъ долгое время характеръ пузырей. Послѣдніе быстро ссыхаются, покрываются струпами или лопаются такъ, что остается обнаженный, кровоточащій ворсинчатый слой, окруженный со всѣхъ сторонъ разложившимися остатками пузыря. Опытъ показываетъ, что если дѣти рождаются съ сыпью, то такое явленіе нужно считать очень плохимъ признакомъ. Почти безъ исключенія такія дѣти рано или поздно погибаютъ.

**Врожденное увеличеніе селезенки** всегда въ высокой степени подозрительно относительно сифилиса. Это одинъ изъ наиболѣе доступныхъ признаковъ висцеральнаго сифилиса, приносимаго съ собой новорожденнымъ ребенкомъ изъ утробной жизни. Впрочемъ, опуханіе



Рис. 152. Pemphigus syphiliticus neonatorum на подошвахъ. (Мюнхенская дѣтская клиника, проф. Pfaundler).

селезенки клинически не всегда ясно выражено. Часто опухшій органъ едва выходитъ изъ-за нижняго края реберъ.

Увеличеніе селезенки является постояннымъ спутникомъ сифилиса грудныхъ дѣтей. Если его нѣтъ въ первые дни жизни, то онъ рано или поздно появляется впослѣдствіи, хотя бы на короткое время. Отъ внимательнаго наблюдателя этотъ признакъ едва ли когда-либо ускользаетъ. Тѣмъ не менѣе я поставилъ его на третье мѣсто, такъ какъ онъ не настолько существенъ, какъ первые два признака, которые являются признаками патогномичными *par excellence* и сразу наводятъ врача на вѣрный путь.—Если исключить какіе-либо очень рѣдкіе случаи, то хорошо прощупываемая твердая селезенка въ первые 3 мѣсяца жизни, т. е. до періода развитія рахита, можетъ указывать только на сифилисъ или туберкулезъ.

Сифилитическія заболѣванія печени даютъ у грудныхъ дѣтей сравнительно рѣдко ясно выраженные симптомы \*). У новорожденныхъ

\*) Мы убѣждались раньше, какъ убѣждаемся и теперь, въ томъ, что дѣтская печень служитъ самымъ вѣрнымъ показателемъ унаслѣдованнаго сифилиса, такъ какъ представляетъ собою единственный, въ своемъ родѣ, органъ, служащій одновременно складочнымъ мѣстомъ для инфекцій съ продуктами ихъ дѣятельности и той удивительной лабораторіей, гдѣ имѣется сложная система



печень и при нормальныхъ условіяхъ бываетъ часто увеличенной и потому здѣсь не всегда легко провести границу между физиологическимъ и патологическимъ увеличеніемъ. При изслѣдованіи этого органа нужно, прежде всего, обращать вниманіе на уплотнѣніе его консистенціи.

Если печень подверглась значительнымъ измѣненіямъ уже въ утробной жизни, то грудныя дѣти могутъ рождаться съ настоящимъ циррозомъ печени. Послѣдняя у такихъ дѣтей бываетъ твердой, плотной и въ большинствѣ случаевъ сильно увеличенной; животъ вздутъ, напряженъ, а на кожѣ его имѣется венозная сѣть. Почти всегда въ этихъ случаяхъ существуетъ и увеличеніе селезенки. Иногда бываютъ желтуха и асцитъ, но въ большинствѣ случаевъ они отсутствуютъ. Если процессъ рубцеванія приводитъ къ задержкѣ желчи, то, естественно, развивается тяжелая желтуха, которая тогда играетъ въ картинѣ болѣзни главную роль. Если физиологическая желтуха новорожденныхъ дѣтей приобретаетъ тяжелый и длительный характеръ, причѣмъ дѣти нерѣдко въ продолженіе недѣль или даже мѣсяцевъ сохраняютъ канаречно-желтый цвѣтъ, выдѣляютъ ахолическій стулъ и темнокоричневую мочу, то нужно подумать либо о врожденной аномалии, либо о сифилисѣ. Замѣчательно, что у такихъ дѣтей часто не наблюдается дальнѣйшихъ проявленій сифилиса.

При ясно выраженномъ сифилисѣ грудныхъ дѣтей часто находятъ въ мочѣ бѣлокъ и цилиндры. Этотъ признакъ совершенно правильно относятъ на счетъ специфическихъ измѣненій почекъ, тѣмъ болѣе, что патологическія измѣненія этого органа могутъ быть легко установлены при помощи микроскопическаго изслѣдованія, не только у плода, но и у грудного ребенка. Но нужно всегда помнить, что альбуминурія грудного ребенка представляетъ собой обычный симптомъ, свойственный всевозможнымъ болѣзненнымъ состояніямъ и особенно часто встрѣчающийся у грудныхъ дѣтей при разстройствѣхъ питанія.

Объ остеохондритѣ, представляющемъ чрезвычайно характерный симптомъ при сифилисѣ плода, мы уже вкратцѣ говорили выше. Впрочемъ ниже мы еще разъ вернемся къ этому вопросу. Здѣсь слѣдуетъ только указать, что у нѣкоторыхъ дѣтей это заболѣваніе костей находится въ значительно развитомъ состояніи уже при рожденіи. Такія новорожденныя не могутъ вовсе производить движеній больнымъ членомъ. Больная конечность лежитъ совершенно неподвижно. Если болѣзнь локализуется въ рукѣ, то вначалѣ можно подумать о родовомъ параличѣ и бросить, такимъ образомъ, подозрѣніе на акушера, причинивъ ребенку значительный вредъ неправильнымъ леченіемъ. Но внимательный анализъ мѣстныхъ явленій вмѣстѣ съ общимъ впечатлѣніемъ, какое производитъ ребенокъ, легко наводитъ на правильный путь.

Сифилитическія заболѣванія нервной системы и органовъ чувствъ въ большинствѣ случаевъ появляются только позднѣе. Изъ врожденныхъ страданій глаза нужно указать только на первичный пластическій иритъ, сопровождаемый часто обширными задними синехіями, что является патогномичнымъ признакомъ для сифилиса.

То обстоятельство, что сифилитическія дѣти—даже вполне доношенныя—часто или почти всегда имѣютъ при рожденіи слишкомъ низкій вѣсъ, не представляетъ ничего страннаго. Во-первыхъ, какъ уже сказано выше, это зависитъ несомнѣнно отъ задержки

для обеззараживанія вредныхъ началъ и удержанія ихъ на мѣстѣ до тѣхъ поръ, пока не будетъ примѣнено то или другое специфическое леченіе. Но говоря такимъ образомъ, мы ставимъ на видъ болѣе значительную плотность печени, теряющей, въ такихъ случаяхъ, свойства губки, то набухающей, то спадающей въ зависимости отъ поступающихъ въ нее раздражителей инфекціоннаго или токсическаго характера.

Прим. ред.

въ ростѣ органовъ, а во-вторыхъ, внутриутробная инфекция препятствуетъ нормальному накопленію вещества. Впрочемъ, при рациональномъ уходѣ и леченіи такія дѣти, несмотря на ихъ врожденную слабость, поправляются значительно быстрее, чѣмъ это можно было бы ожидать.

Однако, при тяжеломъ сифилисѣ условія внутриутробнаго существованія ребенка настолько плохи, что рожденіе по большей части наступаетъ слишкомъ рано. Все то, что было выше сказано по поводу привычнаго аборта, относится также къ повторнымъ преждевременнымъ родамъ. Они, до извѣстной степени, типичны для lues, и фигурируютъ почти въ каждомъ анамнезѣ сифилитички.

\* \* \*

Какъ мы уже сказали выше, всѣ приведенные симптомы сифилиса не бываютъ во всѣхъ случаяхъ врожденными. Младенецъ можетъ ро-



Прав.

Лѣв.

Рис. 153. Близнецы при соврожденномъ сифилисѣ.

Прав. Сплошная инфильтрація кожи, очень рѣзко выраженная въ особенности на кистяхъ, рукахъ и стопахъ. Крустозный сифилидъ въ окружности рта и на подбородкѣ.

Лѣв. Ограниченный пустулезный сифилидъ на лицѣ, особенно на лбу. Трещины на губахъ. (Мюнхенская дѣтская клиника, проф. Pfaunder).

даться здоровымъ и проявить въ теченіе внутриутробной жизни тотъ или иной симптомъ сифилиса. Насморкъ, пемфигусъ, увеличеніе селезенки и печени, альбуминурія, остеохондритъ могутъ появиться во всякое время, рѣдко однако позже второго мѣсяца жизни; чаще всего припадки появляются въ теченіе первыхъ 2—3 недѣль.

Въ особенности это относится къ обширной области наследственныхъ сифилитическихъ кожныхъ поражений и къ разнообразнымъ сыпямъ сифилиса грудныхъ дѣтей, изъ числа которыхъ до сихъ поръ нами упомянуть только сифилитическій пемфигусъ новорожденныхъ, такъ

какъ онъ часто сопровождаетъ дѣтей при рожденіи ихъ на свѣтъ или появляется въ первые дни жизни, между тѣмъ какъ другія формы сыпей по большей части выступаютъ значительно позже. Иногда сыпь постепенно присоединяется къ имѣющимся симптомамъ, въ другихъ случаяхъ она появляется внезапно у дѣтей, родившихся совершенно здоровыми, открывая такимъ образомъ сразу всю печальную картину заболѣванія.

Различаютъ двѣ большія группы сифилитическихъ дерматозовъ у грудныхъ дѣтей, группы, которыя въ клиническомъ отношеніи совершенно естественно отдѣляются одна отъ другой.

1. Плоскій диффузный сифилидъ или диффузная кожная инфильтрація.

2. Ограниченныя кожныя сыпи или сифилитическія сыпи въ тѣсномъ смыслѣ слова.

1. О диффузной клѣточной инфильтраціи мы уже говорили выше, какъ о главномъ гистологическомъ признакѣ врожденныхъ сифилитическихъ измѣненій органовъ. Но совершенно подобно тому, какъ заболѣваютъ во внѣтробной жизни внутренніе органы, такъ могутъ позднѣе заболѣть и кожныя покровы. Образуются глубоко проникающія, непрерывно прогрессирующія клѣточные разрошенія, занимающія обширные участки и ведущія въ концѣ-концовъ къ диффузной кожной инфильтраціи, которую легко распознать уже при первомъ взглядѣ на кожу. Клинически инфильтрація выражается въ утолщеніи и уплотнѣніи кожи. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ кожа совершенно теряетъ свою эластичность. Образуются трещины и морщины, особенно тамъ, гдѣ неподатливая твердая ткань подвергается механическому раздраженію. Очень часто на пораженныхъ участкахъ кожи имѣется воспалительная краснота. Диффузная инфильтрація кожи никогда не бываетъ врожденной, она всегда появляется позднѣе. Она представляетъ исключительную особенность врожденного сифилиса и никогда не встрѣчается при приобретенномъ.

Иногда описанныя измѣненія кожи занимаютъ всю поверхность тѣла отъ головы до пальцевъ ногъ; однако, чаще бываютъ поражены лишь отдѣльные участки: лицо, конечности—здѣсь особенно кисти и стопы—тогда какъ туловище остается свободнымъ.

Описанное патологическое состояніе кожи объясняетъ намъ многіе, характерныя для сифилиса признаки. Такъ, оно объясняетъ намъ своеобразную блѣдность лица у младенцевъ съ наслѣдственнымъ сифилисомъ, которая встрѣчается хотя и не всегда, но довольно часто. Было не мало попытокъ найти надлежащее выраженіе для обозначенія типической окраски лица при врожденномъ сифилисѣ. Но такое выраженіе, судя по всему, еще не найдено. Одни называютъ его землистымъ, другіе блѣднымъ; Trousseau сравнивалъ оттѣнокъ лица съ окраской слабого молочнаго кофе, а пигментированную кожу, появляющуюся при долгомъ существованіи сифилиса—съ окраской пальцевъ у курящихъ папирсы. Часто окраска лица у этихъ дѣтей со всѣмъ не отличается отъ блѣднорозовыхъ губъ, такъ что между губами и окружающей кожей нѣтъ разницы въ окраскѣ—одна непосредственно переходитъ въ другую. Такимъ образомъ, не недостатокъ кровонаполненія, а утолщеніе и повышенное напряженіе кожи лица являются причиной этой кажущейся анеміи сифилитическихъ младенцевъ.

Въ особенности сильно бываетъ выражена инфильтрація въ окружности рта, носа и вѣкъ. Вслѣдствіе постояннаго движенія этихъ частей лица легко образуются глубокія и поверхностныя трещины, въ осо-

бенности общеизвестныя радиально-расположенныя трещины по краю губъ, которыя представляютъ чрезвычайно важную черту въ физиономіи люэтика. Если инфильтраты занимаютъ все лицо равномерно, то послѣднее, естественно, приобретаетъ оцѣпенѣлый видъ на подобіе маски.

Очень часто на почвѣ диффузной кожной инфильтраціи развивается чешуйчатая струпьевидная сыпь, чрезвычайно похожая на обыкновенную импетинозную экзему. Особенное предрасположеніе къ этому обнаруживаютъ тѣ мѣста, гдѣ легко образуются трещины. Поэтому чешуйчатая сыпь особенно часто образуется въ окружности

рта и носа, также на бровяхъ, на лбу, на волосистой части головы, гдѣ она иногда образуетъ нѣчто вродѣ шлема, покрывающаго голову. Корки удаляются легко и подъ ними въ большинствѣ случаевъ не на-



Рис. 154. Диффузный крустозный сифилидъ на кожѣ лица. Рѣзко выраженыя глубокія трещины въ окружности рта. (Мюнхенская дѣтская клиника, проф. Pfaundler).



Рис. 155. Типическая алоpecia у сифилитическаго младенца 4½ недѣль. (Мюнхенская дѣтская клиника, проф. Pfaundler).

блюдается кровотеченія. Подъ коркой оказывается слегка покраснѣвшее основаніе, имѣющее своеобразный атласный блескъ. Все сказанное представляетъ очень важныя дифференціальныя признаки по отношенію къ импетинозной формѣ конституціональной экземы лица; впрочемъ, послѣдняя развивается обыкновенно въ позднѣйшемъ періодѣ жизни.

Ясно, что процессъ инфильтраціи ведетъ, при долгомъ существованіи, къ тяжелымъ разстройствамъ питанія кожи. Такъ, мы часто наблюдаемъ на этихъ мѣстахъ исчезновеніе волосъ. Брови и рѣсницы выпадаютъ, на волосистой части головы могутъ уже въ ранней стадіи сифилиса развитыя обширныя лысины. Нерѣдко волосы выпадаютъ участками, въ другихъ случаяхъ наблюдается, что передняя половина головы отъ темени до лба становится лысой, между

тѣмъ какъ сзади, въ затылочной области волосы удивительнымъ образомъ остаются нетронутыми. Такимъ образомъ, здѣсь мы наблюдаемъ какъ-разъ обратное тому, что при облысѣніи на почвѣ рахита.

Другими излюбленными мѣстами для диффузной инфильтраціи кожи являются всѣ тѣ участки, которые сильно подвержены внѣшнему раздраженію. Такъ, мы часто находимъ обширную инфильтрацію на ягодицахъ и на сгибаемыхъ поверхностяхъ, въ особенности, если эти части были раньше поражены опрѣлостью. Въ этихъ случаяхъ красная мокнущая кожа становится постепенно сухой, плотной и приобретаетъ коричневый, нѣсколько блестящій цвѣтъ.

Большое значеніе имѣетъ еще одно излюбленное мѣсто диффузной инфильтраціи, именно подошвы и ладони. Эти мѣста преимущественно поражаются сифилитическимъ пемфигусомъ, а равно различными пятнистыми формами, о которыхъ мы будемъ говорить позже. То же относится и къ диффузному плоскому сифилиду. Чѣмъ объясняется эта излюбленная локалізація сифилитическихъ пораженій



Рис. 156. *Ragonychia luetică* на кистяхъ и стопахъ. Папулезно-пустулезный сифилидъ въ окружности рта. Трещины губъ. Выпаденіе волосъ на бровяхъ и головѣ. (Мюнхенская дѣтская клиника, проф. Pfaundler).

трудно сказать. Возможно, что существенную роль при этомъ играетъ раннее и интенсивное развитіе въ этихъ областяхъ потовыхъ железъ (Hochsinger). Во всякомъ случаѣ такая локалізація чрезвычайно характерна для сифилиса. Часто подошвы бываютъ единственнымъ мѣстомъ, гдѣ находятъ диффузную кожную инфильтрацію. Опытный врачъ поэтому никогда не упуститъ случая, при изслѣдованіи грудныхъ дѣтей на сифилисъ, осмотрѣть подошвы съ особеннымъ вниманіемъ.

Инфильтрированная кожа подошвъ бываетъ въ большинствѣ случаевъ покраснѣвшей. Въ особенности типиченъ ея своеобразный блескъ. Часто получается такое впечатлѣніе, какъ если бы она была слегка покрыта лакомъ или растворимымъ стекломъ. Въ такихъ случаяхъ говорятъ о зеркальныхъ подошвахъ. Блескъ этотъ зависитъ отъ крайняго напряженія инфильтрированной кожи. При попыткѣ собрать ее въ складку это либо вовсе не удастся, либо сморщиваются только поверхностные слои эпидермиса, которые часто бываютъ очень слабо связаны съ подлежащей кожей. Этимъ, между прочимъ, объясняется, что иногда на такихъ участкахъ роговой слой отдѣляется большими пластинками. Нерѣдко приходится наблюдать, что первые элементы позднѣйшихъ высыпаній появляются на фонѣ инфильтраціи подошвъ.

Очень типичныя явленія даетъ диффузная кожная инфильтрація на ногтяхъ. Появляется воспитательное припуханіе ногтевого ложа, которое ведетъ къ глубокимъ трофическимъ расстройствамъ ногтей.

*paronychia luetic*. Края ногтевого ложа имѣютъ темнокрасный цвѣтъ, утолщены, вздуты, блестящи, шелушатся, иногда бываютъ покрыты маленькими корочками и струпиями. Ногти сами по себѣ нѣжны, утончены, покрыты полосками или желобками: они могутъ отламываться или размягчаться, совершенно отпадать. Въ легкихъ случаяхъ характерно нитевидное расщепленіе свободного края ногтя, который вслѣдствіе этого приобретаетъ яркій бѣлый цвѣтъ.

**Ограниченныя кожныя сыпи** врожденнаго сифилиса приближаются по своему характеру къ сыпямъ приобретеннаго. Въ отличіе отъ только что описанной диффузной кожной инфильтраціи эти сыпи не составляютъ, слѣдовательно, исключительной особенности сифилиса грудныхъ дѣтей.

О сифилитическомъ пемфигусѣ мы говорили выше; было также указано, что это кожное пораженіе не всегда бываетъ врожденнымъ, что почти такого же характера пустулезная сыпь можетъ появиться и позже, впрочемъ, въ большинствѣ случаевъ въ первыя недѣли жизни.



Рис. 157. Пятнисто-папулезная сыпь на лицѣ и конечностяхъ. Туловище свободно. Запавшая спинка носа. (Дрезденскій пріютъ новорожденныхъ, проф. Schlossmann).

Эта сыпь также предпочитаетъ ладони и подошвы, но можетъ развиваться и на остальныхъ частяхъ тѣла. Въ большинствѣ случаевъ сыпь эта бываетъ скудная. Дѣти, пораженныя этимъ позднимъ пемфигусомъ (Hochsinger), не даютъ, однако, такого неблагоприятнаго предсказанія, какъ тѣ, у которыхъ пузырчатая сыпь имѣется уже при рожденіи или развивается въ теченіе первыхъ дней.

Часто пустулы имѣютъ съ самаго начала нѣсколько папулезный характеръ, напоминая оспенныя пустулы. Въ такихъ случаяхъ говорятъ о папулезно-пустулезномъ сифилидѣ. Содержимое пустуль засыхаетъ въ толстыя корки на-подобіе чашечекъ или устричныхъ раковинъ (рупеvidный сифилидъ). Рѣже наблюдается пустулезная сыпь на тыльной поверхности кисти и стопы, гдѣ она развивается изъ мелкихъ папулезныхъ высыпей, тѣсно расположенныхъ въ формѣ колець. Въ такихъ случаяхъ пустулезная сыпь приобретаетъ характеръ правильнаго узора, который сохраняется до образованія сливной сыпи.

Но самую частую форму сифилитическихъ сыпей у грудныхъ младенцевъ составляетъ такъ наз. пятнисто-папулезный сифилидъ. Названіе это дано потому, что на первый взглядъ получается впечатлѣніе, будто сыпь состоитъ изъ простыхъ пятенъ, между тѣмъ какъ при болѣе внимательномъ разсматриваніи оказывается, что мы имѣемъ дѣло съ легкими плоскими возвышеніями. Это настоящіе маленькіе

инфильтраты. Слѣдовательно, въ дерматологическомъ отношеніи эта сыпь не равнозначуща розеолѣ, которая наблюдается при сифилисѣ приобрѣтенномъ. Розеола же при врожденномъ сифилисѣ грудныхъ дѣтей вообще не встрѣчается (Hochsinger).

Пятнисто-папулезная сыпь, повидимому, никогда не появляется тотчасъ послѣ рожденія, а всегда требуетъ для своего развитія инкубаціи въ теченіе нѣсколькихъ недѣль. Она состоитъ изъ маленькихъ кружковъ величиною отъ чечевичнаго зерна до 10-копѣчной монеты, имѣетъ вначалѣ ярко-красный, а затѣмъ желтовато-коричневый цвѣтъ или цвѣтъ семги и появляется преимущественно на конечностяхъ, особенно на разгибательныхъ поверхностяхъ и на боковыхъ частяхъ ногъ, на подошвахъ и ладоняхъ, на шеѣ и лицѣ. между тѣмъ какъ туловище удивительнымъ образомъ почти всегда остается свободнымъ. Въ иныхъ случаяхъ сыпь бываетъ настолько скудной, что только съ трудомъ удается найти отдѣльныя появленія ея на подошвахъ, на лбу или подбородкѣ: но бывають и такіе случаи, когда все тѣло густо усыяно сыпью, такъ что больной на первый взглядъ производитъ впечатлѣніе коревого больного, а въ мѣстахъ, подвергающихся механическому или какому-либо другому раздраженію, напр. въ окружности задняго прохода въ особенности, сыпь разрастается по всѣмъ направленіямъ и приобрѣтаетъ характеръ такъ наз. широкихъ кондиломъ.

Дальнѣйшая судьба сыпи заключается въ томъ, что либо верхняя кожа ея слѣзаетъ, оставляя подъ собой гладкую, круглую, блестящую поверхность, либо сыпь подвергается всасыванію, начиная съ центра и оставляя послѣ себя характерную свѣтло-коричневую пигментацию, которая придаетъ кожѣ пятнисто-мраморный видъ.

Внезапное появленіе пятнисто-папулезнаго сифилида не имѣетъ еще для грудного младенца безусловно дурнаго значенія. Напротивъ—это обстоятельство говоритъ за то, что организмъ находится въ періодѣ энергичной реакціи съ сифилитическимъ антигеномъ. И дѣйствительно, у слабыхъ, хрупкихъ дѣтей и сыпь бываетъ выражена очень слабо, что вполне соотвѣтствуетъ клиническому наблюденію. Въ общемъ, у сифилитическихъ дѣтей съ очень рѣзкими кожными симптомами имѣются лишь незначительныя измѣненія внутреннихъ органовъ; между тѣмъ какъ опухоль печени и селезенки находятъ какъ разъ у тѣхъ дѣтей, у которыхъ кожа оставалась все время свободной отъ сыпи. Такіе случаи встрѣчаются нерѣдко. на что указалъ въ особенности Hochsinger, описавшій подобные случаи подъ названіемъ *sypilis congenita sine exanthemate*.

Въ противоположность той частотѣ, которую обнаруживаютъ сифилитическія пораженія кожи (изъ нихъ мы указали здѣсь только важнѣйшія группы), специфическія заболѣванія слизистыхъ оболочекъ наблюдаются въ раннемъ грудномъ возрастѣ рѣдко. Иногда приходится видѣть отдѣльныя, болѣе или менѣе крупныя бляшки на языкѣ, на губахъ, на мягкомъ небѣ. Чаще встрѣчаются охриплость голоса и афонія, зависящія, по всей вѣроятности, отъ пораженія слизистой оболочки гортани.

Напротивъ, сифилитическія заболѣванія костей представляютъ въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ частое явленіе. На первомъ мѣстѣ нужно опять таки поставить уже неоднократно упомянутый остеохондритъ, патологическая анатомія котораго была изложена въ отдѣлѣ о сифилисѣ плода. Болѣе легкіе случаи остеохондрита не даютъ клинически никакихъ явленій. Но если процессъ заходитъ да-

леко, достигая тяжелыхъ формъ, тогда онъ рано или поздно даетъ типическую картину, которую впервые описалъ Parrot, и которая поэтому получила названіе псевдопаралича Parrot. Соответственно своей природѣ, болѣзненный процессъ всегда локализуется первично въ эпифизѣ и именно—чаще всего въ нижнемъ концѣ плечевой кости, въ области колѣннаго сустава, въ бедрѣ и въ большой берцовой кости. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ процессъ поражаетъ всѣ четыре конечности. Если, какъ это часто бываетъ, остеохондритъ помѣщается въ нижнемъ концѣ плечевой кости, то въ сосѣдствѣ съ локтевымъ суставомъ наблюдается часто веретенообразное утолщеніе, слегка покраснѣвшее и горячее на ошупь. Но наиболѣе рѣзкимъ симптомомъ будетъ полное разстройство движенія всей руки. Конечность лежитъ рядомъ съ туловищемъ, какъ бы въ парезѣ, повернута внутрь, причемъ тыльная поверхность ея обращена къ туловищу. Если взять конечность за пальцы, которые, кстати сказать, всегда сохраняютъ подвижность, и поднять ее вверхъ, то она падаетъ затѣмъ въ постель, какъ парализованная. Между тѣмъ, истиннаго паралича здѣсь нѣтъ, какъ это, напр., бываетъ при травматическомъ параличѣ плечевого сплетенія во время родовъ, дающемъ приблизительно такую же картину. Нервный аппаратъ остается здѣсь совершенно нетронутымъ, мы имѣемъ здѣсь дѣло только съ кажущимся параличемъ. Этотъ параличъ можетъ быть обусловленъ различными моментами.

а) Остеохондритическій воспалительный процессъ можетъ вести къ полному отдѣленію эпифиза отъ діафиза и дать, въ общемъ, тѣ же симптомы, какіе даетъ переломъ. б) Полнаго отдѣленія можетъ и не быть, но воспалительный процессъ переходитъ на окружающую надкостницу и сосѣдную мускулатуру, что можетъ давать чрезвычайно сильныя боли при каждой попыткѣ къ движенію, даже при легкомъ прикосновеніи. Эта болѣзненность объясняется въ достаточной степени тотъ фактъ, что ребенокъ не двигаетъ пораженной конечностью, стараясь держать ее въ полномъ покоѣ. Періоститомъ и миозитомъ объясняется та характерная веретенообразная припухлость въ области суставовъ, о которой была уже рѣчь выше. в) Если не имѣется отдѣленія эпифиза, но нѣтъ и значительной болѣзненности,—что при подобнаго рода псевдо-параличахъ не составляетъ большой рѣдкости,—то активныя движенія могутъ отсутствовать вслѣдствіе разлитого опуханія мышцъ (полимиозита).

На рентгеновскомъ снимкѣ остеохондритъ даетъ часто чрезвычайно поучительную картину: эпифизарная линия оказывается расширенной, неправильной, мѣстами она прерывается и имѣетъ зигзагообразныя контуры; рядомъ съ ней, по направленію къ діафизу имѣется свѣтлая полоса, соответствующая расположенной здѣсь грануляціонной ткани. Объ оссифицирующемъ періоститѣ свидѣтельствуетъ очень темная линейная тѣнь, которая окружаетъ стержень кости со всѣхъ сторонъ.



Рис. 158. Псевдопараличъ Parrot. Типическое положеніе правой руки и правой кисти. Веретенообразное утолщеніе въ области локтевого сустава. (Гейдельбергская дѣтская клиника, проф. Feeg).



Менѣ рѣзко выражается воспаленіе пальцевъ, которое у грудныхъ дѣтей составляетъ не рѣдкое явленіе; этотъ *phalangitis syphilitica* (Hochsinger) начинается всегда незамѣтно, безболѣзненно и никогда не ведетъ къ болѣе или менѣе серьезнымъ расстройствамъ функціи. Въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ его легко распознать. Пораженная фаланга бываетъ сильно утолщена (въ формѣ оливы), кожа на ней напряжена, блестяща и красна. Процессъ локализируется въ большинствѣ случаевъ на основной фалангѣ, такъ что пальцы принимаютъ форму бутылки. Но иногда заболѣваютъ и концевыя фаланги. Суставы и мягкія части остаются всегда незатронутыми болѣзненнымъ процессомъ. Этотъ фалангитъ въ большинствѣ случаевъ разви-



Рис. 159. Рентгенограмма остеохондрита на нижнемъ концѣ костей предплечья. Начинающееся отдѣленіе эпифизовъ—слѣва лучевой кости, справа локтевой. Свѣтлая полоса соотвѣтствуетъ грануляціонной ткани. На правомъ лучѣ граница между хрящемъ и костью зигзагообразна, неясна.

вается очень рано, именно въ первые мѣсяцы жизни, почти всегда имѣетъ множественный характеръ и почти никогда не ведетъ къ нагноенію или образованію фистуль; въ этомъ главнѣйшіе дифференціально-діагностическіе признаки для отличія этой формы отъ туберкулезной *spina ventosa*, которая въ остальномъ можетъ быть иногда очень похожа на сифилитическій фалангитъ.

Въ центральной нервной системѣ процессы ранняго дѣтскаго сифилиса сосредоточены гораздо чаще, чѣмъ это можно было бы предполагать а priori. На первомъ мѣстѣ стоитъ здѣсь мозгъ и его оболочки. Если оставить въ сторонѣ гуммы, воспалительные инфильтраты и склерозъ, нерѣдко начинающіеся уже въ утробной жизни и являющіеся почвой, на которой позже развивается идиотія, то къ обычнымъ явленіямъ врожденнаго сифилиса нужно отнести главнымъ образомъ медленно развивающійся *hydrocephalus internus*. Онъ

отнодъ не относится къ раннимъ симптомамъ, такъ какъ появляется въ большинствѣ случаевъ только въ теченіе первыхъ 3—4 мѣсяцевъ, иногда даже позднѣе. Но сифилитическая головная водянка можетъ быть и врожденной: въ такомъ случаѣ она часто достигаетъ чрезвычайныхъ размѣровъ; между тѣмъ приобрѣтенная головная водянка, въ противоположность такъ наз. рахитической головной водянкѣ, остается обыкновенно въ умѣренныхъ границахъ. Родничокъ бываетъ напряженъ, выпяченъ, выраженіе имѣетъ своеобразный характеръ вслѣдствіе того, что глазныя яблоки поворачиваются внизъ: этотъ такъ наз. гидроцефалическій взглядъ прекрасно виденъ на прилагаемомъ рисункѣ. При этомъ имѣется лишь умѣренное увеличеніе черепа. Послѣднее обстоятельство находится, вѣроятно, въ связи съ тѣмъ, что черепная коробка вслѣдствіе предшествовавшихъ или одновременныхъ остеоитическихъ процессовъ (*carut quadratum*) дѣлается твердой и неподатливой. Тѣмъ рѣже выступаютъ признаки давленія на мозгъ, отъ чего и зависитъ частое появленіе эclamптическихъ припадковъ, у подобныхъ младенцевъ. При спинномозговой пункции получается свѣтлая прозрачная жидкость съ нормальнымъ содержаніемъ бѣлка. Самую частую причину этой головной водянки составляютъ, вѣроятно, воспалительныя заболѣванія сплетенія и эпендимы, т. е. первичное заболѣваніе желудочковъ.

*Hydrocephalus externus*, который встрѣчается значительно рѣже и имѣетъ въ своей основѣ пахименингитъ, ведущій къ накопленію жидкости между твердой и мягкой мозговыми оболочками, въ большинствѣ случаевъ развивается также на почвѣ сифилиса. Клиническимъ признакомъ его является, собственно говоря, только легкая примѣсь крови къ содержимому спинномозгового канала (*pachymeningitis haemorrhagica interna*). Само собой разумѣется, что необходимо при этомъ исключить случайную примѣсь крови отъ укола.

Изъ органовъ чувствъ чаще всего заболѣваетъ глазъ. О пластическомъ иритѣ новорожденныхъ мы уже говорили. Позже можетъ развиваться воспаленіе сѣтчатой оболочки (*retinitis syphilitica*—специфическій симптомъ, которому офтальмологи придаютъ большое значеніе), нерѣдко также хореоидитъ. Встрѣчающееся изрѣдка при раннемъ сифилисѣ воспаленіе зрительнаго нерва быстро ведетъ къ полной слѣпотѣ. Замѣчательно, что паренхиматозный кератитъ, который при врожденномъ позднемъ сифилисѣ составляетъ такое частое явленіе, въ грудномъ возрастѣ является величайшей рѣдкостью.

Со стороны сосудистой системы часто обращаетъ на себя вниманіе рѣзкое расширеніе венъ. Особенно ясно оно бываетъ выражено на черепѣ, въ области височной кости, на которой иногда образуются вслѣдствіе этого извилистыя бороздки. Fournier полагаетъ, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ атрофіей. Напротивъ, Hochsinger считаетъ, что рас-



Рис. 160. *Hydrocephalus lueticus*. *Exophthalmus*, *strabismus converg.* (*Visus hydrocephalicus*). (Мюнхенская дѣтская клиника проф. Pfaundler).

ширеніе черепныхъ венъ стоитъ въ естественной связи съ головной водянкой. Нужно, однако, имѣть въ виду, что сильно расширенныя вены встрѣчаются безъ головной водянки, при очень умѣренной ея степени, иногда также и на другихъ частяхъ тѣла, напр., на конечностяхъ.

Сифилитическій эндартеритъ, составляющій при патолого-анатомическомъ изслѣдованіи очень частое явленіе, также и въ грудномъ возрастѣ (Heubner), клинически, однако, въ этомъ раннемъ возрастѣ проявляется очень рѣдко. Только послѣ перваго года жизни заболѣваніе сосудовъ, излюбленнымъ мѣстомъ котораго являются артеріи головного мозга, начинаетъ фигурировать, какъ частая причина энцефалитическихъ процессовъ.

Какъ и при туберкулезѣ, мы здѣсь находимъ часто общее припуханіе лимфатическихъ железъ въ формѣ маленькихъ, но твердыхъ узелковъ. Конечно, пользоваться этой микрополиаденіей для діагностическихъ цѣлей нужно съ большой осторожностью, такъ какъ она можетъ встрѣчаться и у несифилитическихъ младенцевъ, страдающихъ разстройствомъ питанія. Болѣе важное значеніе имѣетъ частое пораженіе локтевыхъ железъ, которыя при другихъ процессахъ рѣдко вовлекаются въ страданіе; однако и оно не является патогномоничнымъ признакомъ для сифилиса.

Такъ какъ сифились представляетъ собой хроническую инфекционную болѣзнь, то насъ не должно удивлять, что у сифилитическихъ дѣтей, время отъ времени «безъ всякихъ видимыхъ причинъ» появляется лихорадка. Не нужно думать, что при этомъ обязательно имѣется какая-либо смѣшанная вторичная инфекция или какое-либо осложненіе. Активный сифились самъ по себѣ въ достаточной степени объясняетъ подобнаго рода реактивныя явленія. Впрочемъ, поднятіе температуры никогда не бываетъ особенно высокимъ и отнюдь не представляетъ какой-либо характерной кривой.

Рано или поздно къ общей картинѣ болѣзни присоединяется нерѣдко рѣзкое малокровіе, идущее часто со значительнымъ уменьшеніемъ количества красныхъ кровяныхъ шариковъ и пониженіемъ содержанія въ крови гемоглобина. Иногда наблюдаются на мазкахъ также и патологическіе элементы крови. Число лимфоцитовъ бываетъ въ большинствѣ случаевъ рѣзко увеличеннымъ; въ нѣкоторые періоды болѣзни нѣжная, однотонная блѣдность выступаетъ на первый планъ въ картинѣ болѣзни, составляя даже единственный замѣтный симптомъ ея. Такія дѣти бываютъ очень хилыми и погибаютъ нерѣдко внезапно отъ какой-нибудь ничтожной причины. Впрочемъ, почти всѣ маленькіе сифилитики обнаруживаютъ повышенное предрасположеніе къ заболѣваніямъ; разстройства питанія, инфлуэнца, воспаленіе легкихъ принимаютъ у нихъ въ большинствѣ случаевъ очень тяжелое теченіе. Чтобы понять такое явленіе, достаточно вспомнить, что такимъ дѣтямъ и безъ того приходится вести очень тяжелую борьбу съ болѣзью, что они постоянно находятся подъ разрушительнымъ дѣйствіемъ тяжелаго яда, приводящаго всѣ органы въ состояніе пониженной функциональной дѣятельности. Это состояніе нерѣдко обозначаютъ терминомъ парасифились (сифилитическая дейтеропатія или сифилизмъ) и говорятъ о парасифилитическомъ малокровіи, такой же слабости и т. д. Было бы, однако, лучше сохранить этотъ терминъ для тѣхъ случаевъ, гдѣ указанная аномалія является конституціональнымъ признакомъ дегенераціи у потомства сифилитическихъ семей.

### Возвраты сифилиса въ періодъ ранняго дѣтства.

Къ возвратамъ мы относимъ всѣ тѣ явленія, которыя возникаютъ у дѣтей съ наследственнымъ сифилисомъ внезапно послѣ продолжительнаго періода полного отсутствія какихъ либо симптомовъ. Описанныя выше болѣзненные формы представляютъ собой, въ большей или меньшей степени, не что иное, какъ отдѣльные члены непрерывнаго общаго реактивнаго процесса, который кажется намъ прерывающимся только потому, что въ нѣкоторые періоды онъ не даетъ ясныхъ клиническихъ проявленій. Многія изъ проявленій этого процесса по характеру своему представляютъ несомнѣнно явленія рецидива въ томъ смыслѣ, что они являются повтореніемъ процесса, совершившагося уже въ утробной жизни. Однако характеръ рецидива здѣсь не настолько ясенъ, какъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣ многихъ мѣсяцевъ или даже лѣтъ видимаго здоровья вдругъ появляются свѣжіе симптомы и оживаютъ старые фокусы съ оставшимися въ нихъ спирохетами. Однако за это время реактивная способность по отношенію къ сифилитическому яду успѣваетъ измѣниться главнымъ образомъ вслѣдствіе бывшей въ первые мѣсяцы жизни и успѣшно побѣжденной организмомъ сифилитической атаки, отчасти также благодаря впередъ совершающемуся развитію организма. Измѣненіе реактивной способности отражается также на характерѣ клиническихъ симптомовъ. Реакція не носитъ уже здѣсь столь общаго характера—она ограничивается опредѣленными пунктами, дѣлается локализованной, но зато въ отдѣльныхъ пунктахъ пріобрѣтаетъ большіе размѣры, чѣмъ раньше. Иногда явленія болѣзни принимаютъ чрезвычайно быстрое теченіе. Сыпь появляется быстро и столь же быстро подвергается обратному развитію. Она является поэтому чрезвычайно благодарнымъ объектомъ для мѣстнаго леченія. Все это въ особенности относится къ широкимъ кондиломамъ, а также къ тѣмъ сифилитическимъ plaques muqueuses на слизистыхъ оболочкахъ, которые настолько характерны для періода возвратовъ, что самый періодъ краткости ради обозначаютъ «кондилломатознымъ» (Heubner).

Къ возвратамъ мы относимъ всѣ тѣ явленія, которыя возникаютъ у дѣтей съ наследственнымъ сифилисомъ внезапно послѣ продолжительнаго періода полного отсутствія какихъ либо симптомовъ. Описанныя выше болѣзненные формы представляютъ собой, въ большей или меньшей степени, не что иное, какъ отдѣльные члены непрерывнаго общаго реактивнаго процесса, который кажется намъ прерывающимся только потому, что въ нѣкоторые періоды онъ не даетъ ясныхъ клиническихъ проявленій. Многія изъ проявленій этого процесса по характеру своему представляютъ несомнѣнно явленія рецидива въ томъ смыслѣ, что они являются повтореніемъ процесса, совершившагося уже въ утробной жизни. Однако характеръ рецидива здѣсь не настолько ясенъ, какъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣ многихъ мѣсяцевъ или даже лѣтъ видимаго здоровья вдругъ появляются свѣжіе симптомы и оживаютъ старые фокусы съ оставшимися въ нихъ спирохетами. Однако за это время реактивная способность по отношенію къ сифилитическому яду успѣваетъ измѣниться главнымъ образомъ вслѣдствіе бывшей въ первые мѣсяцы жизни и успѣшно побѣжденной организмомъ сифилитической атаки, отчасти также благодаря впередъ совершающемуся развитію организма. Измѣненіе реактивной способности отражается также на характерѣ клиническихъ симптомовъ. Реакція не носитъ уже здѣсь столь общаго характера—она ограничивается опредѣленными пунктами, дѣлается локализованной, но зато въ отдѣльныхъ пунктахъ пріобрѣтаетъ большіе размѣры, чѣмъ раньше. Иногда явленія болѣзни принимаютъ чрезвычайно быстрое теченіе. Сыпь появляется быстро и столь же быстро подвергается обратному развитію. Она является поэтому чрезвычайно благодарнымъ объектомъ для мѣстнаго леченія. Все это въ особенности относится къ широкимъ кондиломамъ, а также къ тѣмъ сифилитическимъ plaques muqueuses на слизистыхъ оболочкахъ, которые настолько характерны для періода возвратовъ, что самый періодъ краткости ради обозначаютъ «кондилломатознымъ» (Heubner).



Рис. 161. Свѣжія папулы на губахъ; широкія кондиломы около задняго прохода. Возвратъ наследственнаго сифилиса у ребенка 2 1/2 лѣтъ. (Мюнхенская дѣтская клиника проф. Pfaunder'a).

По своему наружному виду кондиломы вполне тождественны съ такими же образованіями пріобрѣтеннаго сифилиса. Это красныя, мокнущія, папулезныя разрощенія величиною отъ горошины до полтинника, которыя быстро растутъ по всѣмъ направленіямъ, часто обнаруживая на своей поверхности правильныя складки и углубленія. Излюбленнымъ мѣстомъ ихъ является окружность задняго прохода и половыхъ органовъ, между тѣмъ какъ plaques muqueuses, имѣющія по существу тотъ же характеръ, располагаются преимущественно на

По своему наружному виду кондиломы вполне тождественны съ такими же образованіями пріобрѣтеннаго сифилиса. Это красныя, мокнущія, папулезныя разрощенія величиною отъ горошины до полтинника, которыя быстро растутъ по всѣмъ направленіямъ, часто обнаруживая на своей поверхности правильныя складки и углубленія. Излюбленнымъ мѣстомъ ихъ является окружность задняго прохода и половыхъ органовъ, между тѣмъ какъ plaques muqueuses, имѣющія по существу тотъ же характеръ, располагаются преимущественно на

губахъ, на поверхности языка или миндалинахъ. Въ большинствѣ случаевъ они наблюдаются у дѣтей въ возрастѣ отъ 2 до 4 лѣтъ.

Гуммозныя образования также встрѣчаются въ этомъ возрастѣ, хотя довольно рѣдко. Такъ, гуммы наблюдаются въ кожѣ и подкожной клетчаткѣ, особенно на пальцахъ, конечностяхъ, черепѣ— въ видѣ множественныхъ узловатыхъ инфильтратовъ, которые, при отсутствіи своевременнаго леченія, быстро распадаются, оставляя послѣ себя чрезвычайно упорныя кратерообразныя язвы съ салнымъ налетомъ и твердыми подрытыми краями. Въ гортани гуммы появляются въ видѣ узловатыхъ папулезныхъ разрощеній, которыя иногда могутъ дать клиническую картину крупа; во внутреннихъ органахъ появляются такъ наз. солитарныя сифиломы; особенно часто онѣ встрѣчаются въ печени.

Узловатая припухлость яичекъ, наблюдающаяся иногда въ теченіе этого періода рецидивовъ, въ большинствѣ случаевъ не представляетъ собой настоящихъ гуммозныхъ образований, а зависитъ отъ диффузныхъ интерстиціальныхъ клѣточныхъ разрощеній въ этомъ органѣ.

Встрѣчаются также, хотя и рѣдко, общія сыпи, напоминающія сыпи перваго періода сифилиса, но отличающіяся всегда болѣе легкимъ теченіемъ.

Нрѣдко у сифилитическихъ дѣтей находятъ также *анаемиа pseudo-leukaemica infantum* со свойственной этой формѣ большой твердой селезенкой; форма эта обыкновенно развивается въ срединѣ 2-го года жизни. Но такъ какъ эта болѣзнь идетъ обыкновенно рука объ руку съ тяжелымъ рахитомъ, то невозможно рѣшить, играетъ ли здѣсь сифилисъ существенную роль или нѣтъ. Возможности этого, однако, нельзя отрицать.

### Поздній сифилисъ.

Въ періодъ второго прорѣзыванія зубовъ, чаще еще нѣсколько позднѣе, именно въ періодъ половой зрѣлости, врожденный сифилисъ можетъ разцвѣтатъ снова, проявляясь опять-таки въ новой своеобразной формѣ. Въ то время, какъ для рецидивовъ въ первомъ дѣтскомъ возрастѣ характерны кондиломы, въ этомъ періодѣ на первый планъ выступаетъ **гумма**. Мы наблюдаемъ здѣсь гуммозныя разрощенія въ костяхъ, надкостницѣ, костномъ мозгу, гуммозные узлы въ кожѣ и въ слизистыхъ оболочкахъ, наконецъ, гуммы мозга, печени, селезенки и лимфатическихъ железъ. Всѣ эти процессы ни клинически, ни патолого-анатомически не отличаются отъ проявленій третичнаго періода приобретеннаго сифилиса.

**Костныя гуммы** чаще всего встрѣчаются въ костяхъ голени, въ черепныхъ костяхъ и въ груднѣ. Гуммозные узлы, имѣющіе первоначально мягкую консистенцію, вскорѣ становятся твердыми и обнаруживаютъ большую склонность къ изъязвленію, переходя часто въ глубокія, неправильной формы, упорныя язвы. Если онѣ расцарапываются, то послѣ нихъ остаются стойкіе, прочные, сросшиеся съ кожей костные рубцы (такъ наз. *tophi*). Впрочемъ, эти гуммы берутъ свое начало въ большинствѣ случаевъ не изъ костнаго вещества, а изъ надкостницы. Въ твердомъ небѣ и въ перегородкѣ носа гуммы локализируются часто въ костномъ мозгу, откуда, разрастаясь, онѣ ведутъ къ глубокимъ потерямъ ткани, въ концѣ-концовъ къ прободенію, такъ что процессъ оставляетъ послѣ себя болѣе или менѣе значительное отверстіе. Сѣдловидный носъ, наблюдаемый у такихъ дѣтей, ведетъ свое начало обыкновенно отъ перваго періода высыпанія.

Подобнаго же рода прободенія могутъ исходить также изъ **слизистыхъ оболочекъ**. Далеко не рѣдко приходится встрѣчать случаи, гдѣ мягкое небо продырявлено отверстиями или покрыто радіальными рубцами; иногда uvula оказывается совершенно уничтоженной. При появленіи гуммъ въ миндалинахъ послѣднія вначалѣ припухаютъ, затвердѣваютъ и приобретаютъ темноокрасный цвѣтъ, а затѣмъ легко образуетъ язвенный распадъ. Остатки миндалинъ въ такихъ случаяхъ бываютъ покрыты желтовато-бѣлой слизистой массой. Непытный врачъ можетъ при этомъ подумать о дифтеріи и даже сдѣлать впры-

скивание. Само собой разумеется, что сыворотка в таких случаях не оказывает никакого действия. Глубокие и легко рецидивирующие процессы в слизистых оболочках встречаются особенно часто у таких сифилитиков, которые в раннем детском возрасте обнаруживали явление экзудативного диатеза (*skrofulosyphilis*).

**Кожные гуммы** могут иметь крупные размеры—в таком случае они исходят из подкожной клетчатки и дают такое же течение, как описанные выше гуммы периода рецидивов; или же они бывают мелкими, величиною от булавочной головки до горошины. Эти мелкие узлы бывают расположены тесно друг возле друга, как при волчанке, легко нагнаиваются и располагаются преимущественно в виде извилистых нитей или кружков.

Из **внутренних органов** чаще всего поражается печень. Гумма печени, имѣющая форму крупных узлов, равно гипертрофической цирроз (обѣ формы встречаются нерѣдко одновременно) дают иногда громадное увеличение печени. В таких случаях почти всегда наблюдается значительное увеличение и селезенки. Если присоединяется асцит, то может, пожалуй, явиться мысль о туберкулезном перитоните. Но наличие желтухи говорит решительно против такого предположения. Впрочем, в таких случаях почти всегда имѣются и другие сифилитические симптомы. Рѣже встречаются ограниченные гуммы в мозгу, которые ведут к сильным головным болям, в особенности по ночам, затѣм к эпилептическим припадкам и параличам. Настоящая гумма лимфатических железъ наблюдаются в изолированных пакетах железъ, особенно на шеѣ, в формѣ крупных торпидных опухолей. Часто встречающееся увеличение локтевых железъ представляет в патолого-анатомическом отношении простую гипертрофию.

Частым и очень типичным, даже патогномичным заболѣванием этого периода является **гиперплазирующей периоститъ на діафизѣ большой берцовой кости**. Берцовая кость бывает вся цѣликом утолщена, кожа на ней напряжена, блестяща и слегка красна. В большинстве случаев как на причину заболѣвания указывают на какую-либо бывшую задолго перед тѣм травму, что, впрочем, может действительно играть роль способствующаго момента в возникновении болѣзни. При ощупывании, которое иногда бывает болѣзненнымъ, получается впечатлѣние плотной веретенообразной опухоли. Часто на ребрѣ берцовой кости прощупываются неровности, маленькія углубления, такъ что получается впечатлѣние затулившейся пилы. Но иногда вообще не находятъ какого-либо ребра, такъ какъ послѣднее превращено в опухоль.

Заболѣвание поражаетъ преимущественно надкостницу, которая, постепенно оссифицируясь, образуетъ все новые и новые слои вокругъ кости. В дальнѣйшемъ теченіи длѣо можетъ дойти до искривления большой берцовой кости; искривленіе в такомъ случаѣ всегда направлено впередъ. Такимъ образомъ получается давно извѣстная форма сабельныхъ ноженъ, представляющая прекрасный объектъ для рентгеновскихъ снимковъ.

На наружныхъ частяхъ глаза появляется в это время другой важный патогномичный признакъ поздняго сифилиса, именно *keratitis parenchymatosa*, который иногда оставляетъ послѣ себя стойкія помутнѣнія роговой оболочки и играетъ такимъ образомъ важную роль, какъ stigma сифилиса. Позднія сифилитическія заболѣвания внутреннего уха почти всегда ведутъ къ полной глухотѣ.

Кератитъ и глухота нерѣдко встречаются одновременно. Если при этомъ имѣется еще третій наружный признакъ, именно поражение рѣзцовъ, то мы имѣемъ передъ собой триаду, которая по имени автора, впервые описавшаго ее, названа **Hutchinson'овской**.

Аномалія зубовъ была также впервые изучена этимъ англійскимъ врачомъ, почему и говорятъ о «Hutchinson'овскихъ зубахъ». Оба средние верхние рѣзца имѣютъ на жевательной поверхности полукруглое углубленіе съ закругленными краями. Часто, однако, отнюдь не всегда, в центрѣ полукруглаго края наблюдается отсутствіе дентина.

Неиногда присоединяетъ къ этой триадѣ еще четвертый членъ,—именно

двустороннее анкилозирующее хроническое воспаление колѣнныхъ суставовъ, представляющее собой остатокъ сифилитическаго гонита, который начинается въ видѣ простой водянки и затѣмъ медленно переходитъ на сосѣднія кости, обуславливая такимъ образомъ стойкое обезображиваніе ноги.

Что касается дѣтскаго прогрессивнаго паралича и дѣтской спинной сухотки, которыя также бываютъ иногда рѣзко выраженными уже до наступленія половой зрѣлости. то объ этомъ было сказано въ главѣ о нервныхъ болѣзняхъ.

### Распознаваніе врожденнаго сифилиса.

Здѣсь намъ, собственно говоря, остается сказать немного; главное само собой вытекаетъ изъ всего, что было сказано до сихъ поръ. Нужно добавить, что едва ли есть такая область клинической медицины, гдѣ такъ много значили бы живые образцы, т. е. практическая дѣятельность и личная опытность врача, какъ въ области дѣтскаго сифилиса. Слова могутъ здѣсь принести немного пользы, хотя бы они и повторялись очень часто. Кто не изучилъ этого вопроса собственными глазами, тотъ останется на всю свою жизнь плохимъ діагностомъ сифилиса и въ нѣкоторыхъ случаяхъ причинить не малый вредъ. Достаточно подумать, напр., о возможности приглашенія здоровой кормилицы къ сифилитическому младенцу!



Рис. 162. *Facies luetica* у ребенка 2½ лѣтъ. Типичный сѣдловидный носъ, умѣренная головная водянка. (Мюнхенская дѣтская клиника, проф. Pfaunder).

Мы остановимся здѣсь только на трехъ пунктахъ.

1. Очень часто приходится наблюдать совершенно изолированные и очень неясныя клиническія проявленія сифилиса. Не нужно себѣ представлять дѣло

такъ, что въ каждомъ случаѣ мы имѣемъ передъ собой весь пестрый рядъ признаковъ, который мы систематически изложили выше. Такъ, напр., у грудного младенца единственными клиническими признаками можетъ быть сопѣніе носомъ въ первыя недѣли жизни или увеличеніе селезенки, или блѣдный восковой цвѣтъ лица съ двумя ничтожными трещинами, или незначительное подозрительное пятно на лбу, или, наконецъ, своеобразный блескъ подошвъ. Конечно, при постоянномъ наблюденіи за теченіемъ болѣзни удастся въ дальнѣйшемъ подмѣтить другіе признаки.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ ранній сифилисъ даетъ еще менѣ ясныя симптомы, чѣмъ и объясняется, что нѣкоторые даже опытные врачи защищаютъ понятіе *syphilis hereditaria tarda sensu strictiori*, т. е. принимаютъ, что врожденный сифилисъ обнаруживаетъ свои первые симптомы только во вторую половину дѣтства или еще позднѣе.

2. Сифилитическія *stigmata*. Онѣ заключаются главнымъ образомъ въ рубцахъ, которые остаются послѣ закончившихся специфическихъ процессовъ и въ стойкихъ измѣненіяхъ скелета. Можно

легко понять, что установление подобныхъ *stigmata* нерѣдко сразу рѣшаетъ вопросъ о природѣ какого-нибудь мозгового расстройства, какой-либо хронической болѣзни въ брюшной полости. Если оставить въ сторонѣ рѣдко встрѣчающіеся рубцы въ полости рта и въ глоткѣ, равно какъ въ окрестности *anus*, то надежными признаками врожденного сифилиса являются радіально-расположенные, нерѣдко мало замѣтные рубцы по краю губъ (Hochsinger). Со стороны костной системы наиболѣе цѣннымъ признакомъ является сѣдловидный носъ, въ особенности, если одновременно имѣется большой гидроцефалической черепъ съ выдающимися лобными и затылочными костями (*caput. quadratum*).

Что касается «курносости», то съ этимъ признакомъ нужно быть осторожнымъ; по крайней мѣрѣ необходимо въ такихъ случаяхъ обратить вниманіе на форму носа у родителей, такъ какъ бываетъ, что мы имѣемъ дѣло съ простой фамильной особенностью. Впрочемъ, въ раннемъ грудномъ возрастѣ курносость составляетъ вообще довольно частое явленіе.



Рис. 163. Plaques érosives (Erytheme syphiloide postérosif). (Дрезденскій пріютъ для грудныхъ дѣтей, проф. Schlossmann).

Если имѣются только Hutchinson'овскіе зубы, то на основаніи одного этого признака нельзя дѣлать никакихъ надежныхъ выводовъ.

Дѣти съ наследственнымъ сифилисомъ имѣютъ часто малый ростъ и отстаютъ въ отношеніи полового развитія (инфантилизмъ). Впрочемъ, наблюдается это отнюдь не всегда.

3. „Подозрительные“ признаки у дѣтей, свободныхъ отъ сифилиса, или симптомы „псевдосифилиса“. Неопытные врачи діагностируютъ часто сифилисъ на основаніи такихъ измѣненій, которыя не имѣютъ съ этой болѣзью ничего общаго. Особенно коварны въ этомъ смыслѣ такъ наз. *plaques érosives*, которыя очень часто появляются на ягодицахъ послѣ плохо леченной опрѣлости. Пролезни на пяткахъ, наблюдающіеся у слабыхъ, истощенныхъ младенцевъ, также бываютъ для неопытныхъ врачей источникомъ большихъ заботъ. Простительнѣе смѣшеніе съ сифилисомъ извѣстныхъ случаевъ *dermatitis exfoliativa*, особенно когда въ окрестности рта имѣется инфильтрація съ изъязвленіями и трещинами (см. рис 163). Напротивъ, эритродермію со свойственной ей общей себорреей легко отличить отъ сифилиса. Отдаленное сходство съ характернымъ



для сифилитических дѣтей носовымъ сопѣніемъ имѣть хрипящее дыханіе, наблюдаемое у младенцевъ съ аденоидами. Язвы по краямъ неба, такъ наз. *Bed nağ'ovskія* афты, часто встрѣчающіяся у дѣтей съ молочницей, имѣютъ также мало общаго съ сифилисомъ, какъ и *lingua geographica*. Впрочемъ, не исключена возможность того, что позднѣе на почвѣ сифилотоксической дискразіи можетъ развиться ясно выраженный *lingua geographica*.

Очень важное значеніе для дифференціальной діагностики имѣетъ **Wassermann'овская реакція**. Она основана на присутствіи въ крови или въ кровяной сывороткѣ сифилитическихъ дѣтей особаго термостабильнаго тѣла, которое обладаетъ большимъ сродствомъ къ липоиднымъ, растворимымъ въ алкоголь составнымъ частямъ различныхъ органовъ.

Наилучшіе результаты до сихъ поръ даетъ все еще оригинальный методъ *Wassermann'a*. При этомъ методѣ изслѣдуемая инактивированная сыворотка смѣшивается съ воднымъ экстрактомъ, добытымъ изъ печеней сифилитическихъ плодовъ. Если къ этой смѣси прибавить сыворотку морскихъ свинокъ, содержащую комплементъ, то въ томъ случаѣ, если изслѣдуемая сыворотка исходитъ отъ сифилитика, комплементъ морской свинки связывается, въ противномъ случаѣ—нѣтъ. Связанный комплементъ не можетъ уже оказать никакого другаго дѣйствія. Если теперь прибавить къ смѣси такъ наз. гемолитическую систему (красные кровяные шарики барана + инактивированную сыворотку кроликовъ, иммунизированныхъ противъ крови барана), то гемолиза вовсе не наступаетъ или наступаетъ только слабая степень его; между тѣмъ если комплементъ остается свободнымъ, то красные кровяные шарики цѣлкомъ растворяются. Такимъ образомъ индикаторомъ является появленіе или неоявленіе гемолиза.

Подробности относительно принциповъ и техники этой реакціи можно найти въ специальныхъ сочиненіяхъ по серологіи.

Въ опытныхъ рукахъ этотъ способъ простъ, изященъ и очень надеженъ. Мало опытному лучше отказаться отъ этой реакціи, такъ какъ она нерѣдко будетъ ставить его въ затруднительное положеніе.

Ясно положительная реакція имѣетъ силу почти абсолютнаго доказательства, напротивъ, отрицательная реакція не исключаетъ съ полной достовѣрностью наличности сифилиса. Тѣмъ не менѣе въ практикѣ, особенно при распознаваніи остающихся часто скрытыми случаевъ врожденнаго сифилиса, реакція эта даетъ иногда истинные триумфы.

Что касается **нахожденія спирохетъ**, которое особенно легко удается въ продуктахъ кожныхъ поражений у сифилитическихъ младенцевъ, то, вообще говоря, въ клинической діагностикѣ дѣтскаго сифилиса можно обойтись безъ этого метода изслѣдованія.

### Предсказаніе при врожденномъ сифилисѣ.

Предсказаніе при врожденномъ сифилисѣ зависитъ прежде всего:

1. Отъ ухода и питанія. При разумномъ уходѣ и естественномъ кормленіи предсказаніе въ общемъ хорошее. Напротивъ, при нераціональномъ уходѣ и искусственномъ питаніи предсказаніе плохое. Однако, трудно сказать, существуетъ ли во второмъ случаѣ существенная разница между сифилитическими и несифилитическими дѣтьми. Во всякомъ разѣ сифилитическія дѣти съ самаго начала обладаютъ слабыми органами, потому менѣе выносливы по отношенію ко всякаго рода недостаткамъ питанія и ухода, чѣмъ другія дѣти. Сюда надо еще прибавить существованіе многочисленныхъ язвъ, трещинъ, ранъ, которыя представляютъ открытыя входныя ворота для возбудителей вторичныхъ инфекцій. Но даже при самомъ совершенномъ уходѣ сифилитическій ребенокъ гораздо лучше развивается при естественномъ кормленіи, чѣмъ при искусственномъ, хотя бы послѣднее проводилось чрезвычайно тщательно и согласно послѣднему слову науки.

2. Отъ общаго состоянія ребенка. Слабыя, недоношенныя, страдающія сифилисомъ дѣти даютъ, въ общемъ, худшее предсказаніе, чѣмъ здоровыя и крѣпкія. Такое положеніе, конечно, не требуетъ комментаріевъ, но, во всякомъ случаѣ, предсказаніе становится неблагоприятнымъ, если присоединяется тяжелое разстройство питанія, гриппъ или пневмонія.

3. Отъ характера сифилиса, и прежде всего, отъ характера этой болѣзни у родителей. При свѣжемъ сифилисѣ послѣднихъ предсказаніе хуже, чѣмъ при застарѣломъ, при нелеченномъ—хуже, чѣмъ при леченномъ. Въ полномъ соотвѣтствіи съ этимъ стоитъ тотъ фактъ, имѣющей почти характеръ закона, что количество мертворожденныхъ и недоношенныхъ дѣтей, вообще говоря, уменьшается пропорціонально возрасту родительскаго сифилиса (Kassowitz). Что касается сифилиса грудныхъ дѣтей, то предсказаніе, несомнѣнно, тѣмъ благоприятнѣе, чѣмъ позже являются первые симптомы болѣзни. Дѣти, рождающіяся съ ясными симптомами, почти безъ исключенія погибаютъ. Значеніе пемфигуса новорожденныхъ мы уже въ достаточной степени подчеркнули выше. Точно также дѣти съ ясно выраженнымъ висцеральнымъ сифилисомъ, у которыхъ ни разу не наблюдалось ясно выраженной сыпи, очень рѣдко достигаютъ старшаго возраста.

4. Отъ момента, когда начато леченіе. Чѣмъ раньше начато специфическое леченіе, тѣмъ благоприятнѣе предсказаніе—и не только *quoad vitam*, но и *quoad restitutionem*. Случаи, которые были подвергнуты своевременному и достаточному леченію, могутъ на всю остальную жизнь остаться безъ рецидивовъ. Къ сожалѣнію, правило это допускаетъ исключенія.

Рецидивы кондиломатознаго характера въ раннемъ дѣтствѣ при надлежащемъ леченіи протекаютъ вполне благоприятно. Иначе обстоитъ дѣло съ проявленіями поздняго сифилиса—они чрезвычайно упорны. Конечно, предсказаніе зависитъ существеннымъ образомъ отъ того, въ какомъ органѣ локализуется процессъ. Пораженія кожи и костей внушаютъ, конечно, меньше безпокояства, чѣмъ пораженіе мозга, печени или почекъ.

### Леченіе врожденнаго сифилиса.

Прежде чѣмъ перейти къ области медикаментознаго леченія сифилиса, остановимся еще на двухъ пунктахъ, имѣющихъ чрезвычайно важное значеніе.

1. Профилактическое леченіе родителей.

2. Вопросъ о питаніи грудныхъ дѣтей.

1. Трагическая картина повторныхъ абортъ и особенно тяжелые случаи дѣтскаго сифилиса встрѣчаются чаще всего у родителей, которые либо вовсе не лечили свой сифилисъ, либо лечили его недостаточно. Послѣ только что продѣланнаго, надлежащаго курса ртутнаго леченія положеніе становится гораздо благоприятнѣе. Правда, не подлежитъ сомнѣнію, что даже отъ отцовъ со свѣжимъ, совершенно нелеченнымъ сифилисомъ могутъ родиться вполне здоровыя дѣти, но это бываетъ рѣдкимъ, ничего не доказывающимъ исключеніемъ. Врачъ, если у него спрашиваютъ совѣта, можетъ разрѣшить заключеніе брака только въ томъ случаѣ, если зараженіе мужчины—въ большинствѣ случаевъ приходится имѣть дѣло именно съ женщиной—произошло не менѣе, чѣмъ 4 года назадъ, если было проведено многолѣтнее систематическое леченіе, если въ теченіе послѣднихъ 2 лѣтъ не было

ни одного рецидива. Передъ вступленіемъ въ бракъ полезно, для большей осторожности, продѣлать курсъ втираній или лечение сальварзаномъ. Однако при этихъ условіяхъ врачъ также не можетъ дать полной гарантіи. Если бракъ уже заключенъ и уже родились зараженныя дѣти, тогда для того, чтобы по крайней мѣрѣ избѣжать дальнѣйшихъ несчастій, предписываютъ энергичное специфическое лечение и притомъ не только мужа, но и жены, независимо отъ того, беременна она или нѣтъ, были ли у нея признаки сифилиса или не были.

2. Выше мы указали на необходимость естественнаго вскармливанія сифилитическихъ дѣтей. Провести такое вскармливаніе не представляетъ никакихъ трудностей, если мать въ состояніи сама кормить ребенка. Заразиться отъ своего собственнаго ребенка она не можетъ, такъ какъ она уже заражена. Но если мать по той или иной причинѣ кормить не можетъ, тогда возникаетъ вопросъ о кормилицѣ. Но сифилитическаго ребенка можетъ вскармливать только сифилитическая кормилица, хотя само собой разумѣется, что такую кормилицу не такъ легко достать. Нанять же здоровую кормилицу къ сифилитическому ребенку совершенно невозможно, да къ тому же и строжайше запрещено. Этого нельзя допустить даже въ томъ случаѣ если кормилица посвящена во всѣ обстоятельства дѣла и если для поддержанія отдѣленія молока ее берутъ вмѣстѣ съ ея собственнымъ ребенкомъ, и если сифилитическому ребенку даютъ только отдоенное молоко изъ рожка, такъ какъ помимо опасности зараженія самой кормилицы, при такихъ обстоятельствахъ, возможно еще зараженіе и ребенка кормилицы. Подобнаго рода условія могутъ быть строго выполнены только въ какомъ-либо учрежденіи. Въ большихъ городахъ можно еще въ крайнемъ случаѣ воспользоваться продажнымъ женскимъ молокомъ (хотя бы въ формѣ *allaitement mixte*). Вообще же не остается ничего другого, какъ примѣнить полное искусственное кормленіе. Но если ребенокъ въ теченіе первыхъ 4—6 недѣль остается свободнымъ отъ всякихъ симптомовъ сифилиса можно допустить наемъ кормилицы съ тѣмъ, однако, чтобы за ребенкомъ было установлено самое тщательное наблюденіе и чтобы кормилица была отпущена при первыхъ признакахъ болѣзни.

Въ терапіи дѣтскаго сифилиса ртуть и іодъ играютъ теперь, какъ и раньше, доминирующую роль.

Правда, имѣются уже многочисленные наблюденія относительно леченія сальварзаномъ, однако, въ отношеніи дѣтскаго, особенно же грудного возраста, эти наблюденія не привели еще къ окончательнымъ выводамъ. У дѣтей старшаго возраста это средство, повидимому, даетъ тѣ же результаты, какіе и у взрослыхъ, относительно же леченія сальварзаномъ грудныхъ дѣтей взгляды авторовъ расходятся. Предложенныя вначалѣ подкожныя и внутримышечныя впрыскиванія дали неблагоприятные результаты; болѣе благоприятные отзывы имѣются о новѣйшихъ попыткахъ примѣненія внутривенныхъ впрыскиваній у дѣтей, хотя стойкое извлеченіе достигается такимъ образомъ очень рѣдко. Къ этому нужно еще прибавить, что техника внутривенныхъ впрыскиваній у грудныхъ дѣтей—безразлично пользуются ли при этомъ отпрепарированной веной руки или веной головы—сопряжена съ значительными трудностями.

Точно также еще не установлена съ точностью наиболѣе благоприятная доза. *Werde* вводитъ грудному младенцу 0,1 и повторяетъ такія впрыскиванія до максимальной общей дозы въ 0,25; вреднаго

дѣйствія отъ такихъ дозъ онъ не видѣлъ. При этомъ наблюдалось быстрое улучшение явленій со стороны кожи и слизистыхъ оболочекъ, равно какъ и цвѣта лица; висцеральные же симптомы оказывались гораздо болѣе упорными. Welde сообщаетъ о значительномъ числѣ случаевъ (28), въ которыхъ онъ остался вполне довольнымъ этимъ леченіемъ, но онъ самъ добавляетъ, „что полученные результаты оказались не лучше того, что получалось раньше отъ леченія ртутью и іодомъ“.

Дѣйствительно, ртутное леченіе даетъ при сифилисѣ грудныхъ дѣтей настолько блестящіе результаты, что въ настоящее время нѣтъ никакого повода отказываться отъ этого леченія.

Ртуть примѣняется въ дѣтскомъ возрастѣ преимущественно въ двухъ формахъ: 1) *per os*, въ формѣ порошка; 2) черезъ кожу, въ видѣ мази (втиранія).

Можно вполне обойтись внутреннимъ примѣненіемъ ртути, особенно у грудныхъ младенцевъ. Изъ препаратовъ ртути для внутренняго употребленія нужно прежде всего назвать прекрасный препаратъ *hydrargyrum iodatum flavum*, такъ наз. *prodoioduret*. Даютъ по 0,01 *pro die* до тѣхъ поръ, пока не исчезнутъ всѣ симптомы. Для большей увѣренности можно продолжить это леченіе еще въ теченіе 14 дней. Въ отдѣльныхъ случаяхъ отъ продолжительнаго употребленія ртути, въ томъ числѣ и *prodoiodureta*, наступаютъ поносы. Однако, подобнаго рода „раздраженіе кишечника“ менѣе непріятно, чѣмъ экзема, которая легко развивается на чувствительной кожѣ грудныхъ дѣтей при ртутныхъ втираніяхъ.

Ко втираніямъ прибѣгаютъ обыкновенно въ позднемъ возрастѣ. Какой употреблять препаратъ—*ung. neapol.*, ртутный резорбинъ или *hydrarg. colloid. (5%)*—въ общемъ безразлично. Главное условіе заключается въ томъ, чтобы ежедневно, по крайней мѣрѣ въ теченіе 5 минутъ, нѣжно, но основательно втирать въ кожу по 1 грам. мази послѣ предварительнаго мытья кожи водой и мыломъ.

Для того, чтобы предохранить кожу отъ раздраженія, выбираютъ каждый день для втиранія другую часть тѣла. Напр., въ первый день втираютъ въ грудь, во второй въ животъ, въ третій въ верхнюю часть спины, въ четвертый въ нижнюю часть спины, въ пятый въ бедра, въ шестой въ руки; все это вмѣстѣ составляетъ одинъ циклъ и такихъ цикловъ повторяютъ нѣсколько, оставляя между ними одинъ свободный день, въ который ребенокъ подвергается основательному мытью въ ваннѣ.

При глубокихъ мѣстныхъ процессахъ, какъ, напр., при періоститѣ берцовой кости, можно съ успѣхомъ примѣнять втираніе и мѣсто.

Скорѣе всего исчезаютъ отъ втираній кондиломы. Впрочемъ, такъ же быстро можно достигнуть цѣли, если посыпать мѣсто пораженія ежедневно порошкомъ каломеля.

Для мѣстнаго леченія ринита, бывающаго часто очень упорнымъ, рекомендуются преципитатная мазь или мазь изъ содоіодоловой ртути ( $\frac{1}{2}$ —1%); мазь эту вводятъ глубоко въ носъ при помощи ватныхъ турундъ.

Трещины и другія изъязвленія нужно прижигать ляписомъ или лечить какимъ-либо другимъ образомъ, но ни въ коемъ случаѣ не оставлять безъ вниманія.

При явленіяхъ поздняго сифилиса рядомъ съ ртутью, но отнюдь не одновременно съ нею, примѣняется съ большимъ успѣхомъ іодъ. Назначаютъ іодистый калий или іодистый натрій въ водномъ растворѣ, именно 10:200; изъ этого раствора даютъ 3 раза въ день по десертной или чайной ложкѣ, въ зависимости отъ возраста. Для того, чтобы обнаружить свое дѣйствіе, іодъ требуетъ примѣненія въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Для внутренняго и наружнаго употребленія (въ видѣ ваннъ) рекомендуются также естественныя минеральныя воды, содержащія іодъ, какъ, напр., Tölz въ Баваріи и Hall въ Австріи.

## II. Приобрѣтенный дѣтскій сифились.

Сифились можетъ быть приобрѣтенъ въ дѣтскомъ возрастѣ самыми различными путями: черезъ сосаніе, черезъ посуду, отъ поцѣлуевъ, при изнасилованіи лицами, страдающими венерической болѣзнью, и т. д. Само собой понятно, что самой частой локализацией первичнаго пораженія у грудныхъ дѣтей является полость рта, въ особенности нижняя губа.

Въ остальномъ приобрѣтенный сифились грудныхъ дѣтей протекаетъ такъ же, какъ и у взрослыхъ. Мы наблюдаемъ здѣсь первичное пораженіе съ бубономъ, вторичную стадію съ сыпью и кондиломами, наконецъ, третичную стадію съ образованіемъ гуммъ.

Въ отдѣльныхъ случаяхъ можетъ легко возникнуть вопросъ, имѣемъ ли мы дѣло съ врожденнымъ или приобрѣтеннымъ сифилисомъ, тѣмъ болѣе, что незначительныя явленія первичнаго періода могутъ у ребенка остаться совершенно незамѣтными. Если мы, напр., у 3-лѣтняго ребенка находимъ около anus'a широкія кондиломы, то указанный вопросъ не всегда легко рѣшить, такъ какъ мы можемъ здѣсь имѣть дѣло и съ рецидивомъ соврожденнаго сифилиса и съ вторичной стадіей приобрѣтеннаго. Само собой разумѣется, что такъ же трудно рѣшить вопросъ и при явленіяхъ третичнаго сифилиса. Такого рода условія не нужно разсматривать, какъ какіе-нибудь клиническіе курьезы—они имѣютъ большое практическое значеніе, ибо, во-первыхъ, для отца, у котораго совѣсть относительно своего прошлаго несовѣстима чиста, небезразлично, онъ ли считается виновникомъ несчастія своего ребенка или кто-либо другой, во-вторыхъ, если имѣется дѣло съ приобрѣтеннымъ сифилисомъ, то родители, конечно, будутъ стремиться къ тому, чтобы узнать его источникъ во избѣжаніе дальнѣйшихъ несчастій. Въ этихъ случаяхъ большое значеніе имѣютъ признаки, указанные выше,—именно прежде всего полосчатые радіальные рубцы около губъ, которые съ полной увѣренностью говорятъ за врожденный сифились (Hochsinger). Но если у крѣпкаго, цвѣтущаго ребенка мы не находимъ никакихъ stigmata, то нужно скорѣе подумать о приобрѣтенномъ сифились.

Замѣчательно, что общая сыпь при приобрѣтенномъ сифились имѣетъ преимущественно пятнистый, а не пятнисто-папулезный характеръ, который свойственъ врожденному сифилису грудныхъ дѣтей. Мы встречаемъ здѣсь иногда и настоящую розеолу, которая при приобрѣтенномъ сифились абсолютно не встречается.

Приобрѣтенный сифились, въ общемъ, обнаруживаетъ гораздо болѣе легкое теченіе, чѣмъ врожденный, вслѣдствіе чего здѣсь рецидивы легко поддаются специфическому леченію.

### Литература.

- Heubner, Syphilis (hereditaria, acquisita, tarda) im Kindesalter, Sonderausgabe aus Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. Laupp. Tübingen 1896.  
 Hochsinger. Studien über die hereditäre Syphilis. Wien. I. und II Teil (1898 und 1904). Deuticke. Wien.  
 Hochsinger, Syphilis im Handbuch der Kinderheilkunde von Pfaundler-Schlossmann 1910, 2. Aufl. (литературный указатель!).  
 Welde, E., Die Behandlung der Lues congen. mit Salvarsan, Sammelreferat — und Erfahrungen mit Salvarsan bei Lues congenita. Обѣ статьи въ Jahrbuch für Kinderheilkunde 1911 und 1912.

## XI.

### Болѣзни кожи.

Ernst Moro (Гейдельбергъ).

#### Введение.

Если просмотрѣть поликлиническія записи за рядъ лѣтъ, то можно такъ же часто найти діагнозы: экзема, lichen urticatus, импетиго, какъ и діагнозы: диспепсія, бронхитъ и ангина. Изъ этого видно, что болѣзни кожи въ высокой степени присущи дѣтскому возрасту; къ тому же мы встрѣчаемъ здѣсь такія формы болѣзней, которыя въ позднѣйшемъ возрастѣ вовсе не наблюдаются или наблюдаются очень рѣдко. Уже по этимъ соображеніямъ для всякаго врача ознакомленіе съ клиническими дерматозами дѣтскаго возраста имѣетъ большое значеніе.

Къ этому нужно присоединить еще одинъ моментъ, играющій можетъ быть еще большую роль. Внутреннія болѣзни очень часто проявляются съ чрезвычайной ясностью на кожной поверхности. Такъ, напр., у грудного младенца кожные сыпи могутъ имѣть рѣшающее значеніе при постановкѣ такихъ важныхъ діагнозовъ, какъ сифилисъ или туберкулезъ. Я не хочу этимъ сказать, что можно ставить діагнозы на основаніи одной маленькой папулы на лбу или двухъ-трехъ мелкихъ коричневыхъ узелковъ на животѣ. Но во всякомъ случаѣ эти легко доступные нашему наблюденію признаки направляютъ все дальнѣйшее изслѣдованіе на вполнѣ опредѣленный путь, на который мы бы не могли попасть такъ легко, если бы на кожѣ не было этихъ измѣненій, на первый взглядъ кажущихся незначительными. Такихъ примѣровъ можно привести очень много и всѣ они указываютъ лишь на то, что кожные покровы являются мѣстомъ, гдѣ мы находимъ цѣлую массу „руководящихъ признаковъ“: измѣненія кожи заслуживаютъ поэтому самаго тщательнаго вниманія.

Само собой разумѣется, что не всегда дѣло обстоитъ такъ просто, какъ при сифилисѣ или туберкулезѣ. Какъ разъ самыя банальныя группы дѣтскихъ дерматозовъ, именно экзема и крапивница, труднѣе всего поддаются въ этомъ отношеніи оцѣнкѣ; однако, клиническій опытъ и наблюденія учатъ насъ, что и эти сыпи, по крайней мѣрѣ въ дѣтскомъ возрастѣ, являются выраженіемъ особаго внутренняго „болѣзненнаго состоянія“, которое по частотѣ своего проявленія едва ли уступаетъ рахиту. Это болѣзненное состояніе въ клиническомъ отношеніи хорошо изучено и вполнѣ поддается клинической характеристикѣ, но о сущности его мы до сихъ поръ не знаемъ ничего достовѣрнаго. Установлено лишь, что оно является врожденнымъ и наследственнымъ. Мы имѣемъ здѣсь такимъ образомъ передъ собой ненормальное со-

стояніе организма—конституціональную аномалію или діатезъ. Такъ какъ главнымъ признакомъ этого состоянія является усиленная склонность къ реактивнымъ воспаленіямъ всякаго рода, то его постоянно обозначаютъ терминомъ: воспалительный, лимфатическій или эксудативный діатезъ. Существенною составною частью этого діатеза или предрасположенія нужно, по моему мнѣнію, считать ненормально быструю и сильную возбудимость вазомоторной системы, которую часто легко установить уже при наружномъ изслѣдованіи и которая, между прочимъ, играетъ очень важную роль въ происхожденіи различныхъ кожныхъ сыпей.

Иногда діатезъ проявляется уже въ самомъ раннемъ возрастѣ, именно тѣмъ, что фізіологическая себоррея на волосистой части головы принимаетъ необычайные размѣры. Эта ненормально-сильная себоррея является результатомъ рѣзкаго усиленія дѣятельности саленныхъ железъ. Предложенный Czegny терминъ «эксудативный діатезъ» обнимаетъ, какъ мнѣ кажется, и этотъ частый признакъ, такъ какъ по первоначальному своему смыслу понятіе эксудации соотвѣтствуетъ наполовину выпотѣванію.

Относитъ ли каждую экзему и каждую крапивницу въ дѣтскомъ возрастѣ къ кожнымъ проявленіямъ эксудативнаго діатеза—въ настоящее время составляетъ дѣло вкуса. Для извѣстныхъ формъ экземы грудныхъ дѣтей, а также для крапивницы, появляющейся безъ видимыхъ причинъ, такое предположеніе имѣеть, съ клинической точки зрѣнія, полное основаніе. Впрочемъ, строго говоря, этотъ вопросъ имѣеть второстепенное значеніе. Важно лишь знать, что между указанными явленіями очень часто существуетъ причинная зависимость и соотвѣтственно съ этимъ направлять врачебныя дѣйствія. Въ самомъ дѣлѣ, конституціональная аномалія не представляетъ собой безусловно неизлечимаго состоянія; напротивъ, при настойчивомъ леченіи она поддается воздѣйствію въ широкихъ границахъ. Если врачу удается въ этомъ отношеніи достигнуть цѣли, то онъ не только окончательно избавляетъ ребенка отъ обезображивающаго и тягостнаго кожного заболѣванія, но предохраняетъ его отъ цѣлага ряда другихъ, болѣе серьезныхъ разстройствъ.

Эту маленькую экскурсію въ область, которая была уже подробно изложена въ другой части книги, я сдѣлалъ для того, чтобы подчеркнуть, что нельзя оставлять безъ вниманія даже такія банальныя формы кожныхъ болѣзней въ дѣтскомъ возрастѣ и что нельзя въ каждомъ случаѣ довольствоваться діагнозомъ: экзема или крапивница. Во 2-хъ я имѣлъ въ виду указать, насколько важно, именно въ дерматологической области, понятіе **предрасположенія**. Безъ этого понятія мы вообще не можемъ обойтись въ медицинѣ и еще менѣе въ области дерматологіи, гдѣ клиническая картина болѣзни выступаетъ передъ глазами гораздо яснѣе, чѣмъ въ другихъ областяхъ организма.

Однако, предрасположеніе къ кожнымъ болѣзнямъ не является безусловно всегда врожденнымъ, оно можетъ быть также и пріобрѣтеннымъ. Укажу хотя бы на пріобрѣтенное предрасположеніе ко всевозможнаго рода костнымъ измѣненіямъ, хотя бы даже и не специфическаго характера, которая являются въ результатѣ инфекціи организма туберкулезными бациллами. Если это пріобрѣтенное предрасположеніе случайно встрѣчается одновременно съ врожденнымъ діатезомъ, то между обоими этими состояніями наблюдаются явленія интерференціи и въ результатѣ получается картина золотухи съ ея характерными, иногда діагносцируемыми уже на разстояніи пораженіями кожного покрова. Другой примѣръ пріобрѣтеннаго предрасполо-

женія къ нѣкоторымъ кожнымъ болѣзнямъ представляетъ фурункулезъ у грудныхъ дѣтей, находившихся долгое время на мучной и слизистой діетѣ (Szegny). Причиной множественныхъ кожныхъ абсцессовъ являются здѣсь гноеродные кокки. Однако, эти постоянные обитатели кожныхъ покрововъ не могли бы вызвать нагноенія и воспаленія, если бы они не попали на соответствующую почву. Для насъ въ данномъ случаѣ безразлично, имѣемъ ли мы дѣло съ грубыми химическими измѣненіями кожной ткани (въ смыслѣ Bloch'a) или же проникновеніе инфекціи является выраженіемъ ослабленія естественныхъ защитительныхъ приспособленій соковъ организма. Во всякомъ случаѣ гнойные кокки здѣсь, такъ же какъ и при impetigo, играютъ роль „способствующаго момента“.

Все это приводитъ насъ къ другому фактору, чрезвычайно важному для патологіи кожныхъ заболѣваній, именно къ вопросу о способствующемъ моментѣ. Тамъ, гдѣ рѣчь идетъ о бактеріяхъ, вопросъ этотъ стоитъ сравнительно просто: бактеріи проникаютъ въ кожу и вызываютъ воспалительную реакцію. Конечно, это имѣетъ мѣсто не въ каждомъ случаѣ, иначе при однихъ и тѣхъ же условіяхъ зараженія или при опытахъ съ прививками вирулентныхъ кокковъ должно бы на каждой кожѣ образоваться impetigo или по крайней мѣрѣ реактивное воспаленіе. Но такъ какъ мы видимъ, что въ большинствѣ случаевъ такія воспаленія развиваются лишь у извѣстной группы индивидуумовъ, которые предрасположены при данныхъ условіяхъ получить impetigo, то мы и здѣсь должны признать наличность особаго рода предрасположенія кожи.

Однако, при цѣломъ рядѣ кожныхъ болѣзней бактеріи вовсе не играютъ никакой роли, по крайней мѣрѣ не играютъ первичной роли. Поэтому здѣсь долженъ быть какой-либо другой моментъ, способствующій проявленію кожной болѣзни. Въ самыхъ общихъ выраженіяхъ это будутъ различнаго рода раздраженія, которыя вызываютъ реакцію,—раздраженія эндогеннаго и экзогеннаго характера, т. е. внутреннія или внѣшнія.

**Внутреннія раздраженія.** Лучшимъ примѣромъ дерматоза, имѣющаго эндогенный характеръ, является сывороточная сыпь, которую мы часто наблюдаемъ послѣ впрыскиванія чуждой организму сыворотки. Сущность этой сыпи въ настоящее время изучена довольно подробно. Подъ вліяніемъ образовавшихся въ организмѣ противотѣль отъ введеннаго вещества (антигена) отщепляется токсическое начало, которое вызываетъ, между прочимъ, также и воспалительныя явленія на кожѣ (v. Pirquet и Schick). Это объясненіе *mutatis mutandis*, по всей вѣроятности, приложимо и къ цѣлому ряду другихъ „острыхъ экзантемъ“, а также—съ извѣстными ограниченіями—къ нѣкоторымъ, такъ называемымъ токсическимъ или идіосинкразическимъ эритемамъ.

Часто указываютъ также, какъ на «внутреннюю причину» дѣтскихъ дерматозовъ, на «токсины кишечныхъ бактерій» и на энтерогенные продукты гніенія. Возможно, что и эти факторы играютъ извѣстную роль, но, въ общемъ, значеніе ихъ все-таки переоцѣнивается. Если дѣти съ экземой и крапивницей дѣйствительно часто страдаютъ запорами, то это отнюдь еще не доказываетъ, что именно запоръ является моментомъ, вызывающимъ дерматозъ. Клиническое наблюденіе показываетъ лишь, что вялость кишечника является однимъ изъ частыхъ признаковъ имѣющейся у такихъ дѣтей конституціональной аномаліи и ничего болѣе. И если при назначеніи ребенку обильнаго питанія овощами и при ограниченіи количества молока одновременно съ дерматозомъ исчезаетъ и запоръ, то это скорѣе нужно отнести на счетъ благоприятнаго вліянія пищевого режима; точно также успѣхъ, который иногда несомнѣнно получается отъ



такъ назыв. кишечныхъ дезинфицирующихъ средствъ и отъ слабительныхъ. представляеть, по моему мнѣнію, не что иное, какъ дѣйствіе отвлекающей терапіи.

Далѣе мы часто встрѣчаемъ извѣстнаго рода дерматозы въ періодъ половой зрѣлости. Укажемъ далѣе на дерматозы, встрѣчающіеся у дѣтей съ разстройствомъ функцій органовъ внутренней секреціи, а также въ періодъ созрѣванія половыхъ железъ. Здѣсь моментомъ, вызывающимъ дерматозъ, являются также различныя раздражающія вещества эндогеннаго происхожденія. Однако, въ этой области мы до сихъ поръ имѣемъ еще настолькоъ мало положительныхъ знаній, что должны ограничиться пока однимъ только указаніемъ на этотъ пунктъ.

Почти такъ же обстоитъ дѣло съ самой важной клинической формой дѣтскихъ дерматозовъ, именно съ экземой грудныхъ дѣтей. Мы уже достаточно опредѣленно подчеркнули, что основнымъ условіемъ для развитія этой экземы является конституціональная аномалія организма. Однако, о сущности этого момента мы до сихъ поръ, несмотря на многочисленныя изслѣдованія, не знаемъ ничего положительнаго. Клиническія наблюденія говорятъ за то, что извѣстное значеніе имѣеть перекармливаніе молокомъ, но, съ другой стороны, нѣкоторые видять причину экземы въ той или иной составной части пищи (жиръ, соли), въ отношеніи которой имѣется „индивидуальная“ невыносимость. Но ничего достовѣрнаго мы здѣсь въ настоящее время сказать не можемъ, такъ какъ, при исключеніи изъ пищи инкриминируемой составной части или при значительномъ ограниченіи молочной діеты, получаютъ такіе неясные результаты, что, въ общемъ, изъ всѣхъ собранныхъ наблюденій нельзя сдѣлать опредѣленнаго вывода въ ту или иную сторону.

**Внѣшнія раздраженія** играютъ въ этиологіи дерматозовъ несомнѣнно большую и очевидную роль. Что такія раздраженія могутъ дать сами по себѣ поводъ къ появленію воспалительныхъ пораженій кожи, съ полной очевидностью доказывается ожогами крапивы и крапивницей послѣ укуса насѣкомыхъ; при этомъ, повидимому, главную роль играетъ раздраженіе чувствительныхъ нервовъ. Въ этомъ нѣтъ ничего удивительнаго, если вспомнить, что чувствительныя нервныя волокна являются приводящими рефлекторными путями для периферическихъ сосудодвигательныхъ явленій.

Прекраснымъ примѣромъ экзематознаго дерматита, развивающагося преимущественно на почвѣ внѣшнихъ раздраженій, можетъ служить общеизвѣстное воспаленіе кожи, фигурирующее подъ именемъ опрѣлости. Внѣшнее раздраженіе со стороны вымоченныхъ въ мочѣ и испраженіяхъ пеленокъ, а также со стороны кислыхъ рвотныхъ массъ на рубашкѣ играетъ здѣсь роль главнаго этиологическаго фактора. Если устраняють эту причину, то исчезаетъ и заболѣваніе, но, конечно, не у каждаго ребенка съ одинаковой быстротой. Если, несмотря на рациональное наружное леченіе, опрѣлость упорно не исчезаетъ или если она снова появляется послѣ каждаго незначительнаго повода, то такое явленіе всегда должно насъ заставить задуматься, потому что, какъ показываетъ опытъ, оно представляеть собой нерѣдко ранній симптомъ, указывающій на наличность эксудативнаго діатеза, — симптомъ, который имѣеть такое же діагностическое значеніе, какъ развитіе экземы или безпричинное появленіе *strophulus*.

Чрезвычайно важнымъ внѣшнимъ моментомъ, который, при наличности предрасположенія, чрезвычайно часто ведетъ къ развитію дерматозовъ, являются расчесы, которые отнюдь не всегда дѣйствуютъ пу-

темь переноса и прививки гноеродных кокковъ, но чаще путемъ раздраженія чувствительныхъ нервовъ. Яснѣ всего мы это видимъ у грудныхъ дѣтей, страдающихъ конституціональной экземой лица, гдѣ, вслѣдствіе отчаянныхъ расчесовъ сыпь появляется постоянно на новыхъ мѣстахъ до тѣхъ поръ, пока ею не покрывается вся кожа. При крапивницѣ это явленіе выражено еще рѣзче, чѣмъ при экземѣ. Отсюда ясно, насколько важно для леченія кожныхъ болѣзней предупрежденіе расчесовъ; въ случаѣ надобности можно прибѣгнуть для этого и къ насильственнымъ мѣрамъ.

Но если даже приняты мѣры для предупрежденія расчесовъ экземы, то остается еще много другихъ внѣшнихъ раздраженій, которыя дѣйствуютъ такимъ же образомъ, т. е. вызывая воспаленіе и способствуя распространенію дерматоза. Такъ, напряженные пузырьки сами по себѣ вызываютъ зудъ, вѣроятно, вслѣдствіе раздраженія нервовъ болѣе глубокихъ частей кожи; зудять также сухія корочки, расположенныя на обнаженной кожицѣ; далѣе раздраженіе можетъ исходить отъ бактерійныхъ продуктовъ, которые скопляются большими количествами; наконецъ, раздражающее дѣйствіе оказываетъ жидкость, которая при открытой экземѣ покрываетъ сосочки кожи. Безусловно необходимо устранить всѣ эти вліянія извнѣ насколько только возможно; основанная на этихъ принципахъ мѣстная терапия имѣетъ такимъ образомъ полный теоретическій *raison d'être* и оправданіе.

Чесоточный клещъ и головная вошь вызываютъ распространенные дерматозы отнюдь не потому, что они выдѣляютъ токсины или вредятъ своими укусами, но главнымъ образомъ вслѣдствіе непрерывнаго зуда, который они вызываютъ у ихъ носителя. Только тогда, когда начинаютъ оказывать свое дѣйствіе ногти пальцевъ, развивается та общая «рефлекторная экзема», которая представляетъ какъ бы своеобразную болѣзнь, но дающую врачу возможность ставить діагнозъ уже на разстояніи.

Вліяніе свѣта, температуры, воздуха и другихъ метеорологическихъ моментовъ играетъ несомнѣнно также большую роль. Возможно, что именно эти моменты вызываютъ преимущественную локализацию экземы грудныхъ дѣтей на непокрытыхъ частяхъ тѣла, на лицѣ, рукахъ. Конечно, нужно принять во вниманіе и болѣе сильную возбудимость сосудистой системы на указанныхъ частяхъ тѣла.

Изучая дѣтскіе дерматозы со свойственнымъ имъ рѣзкимъ противорѣчіемъ между поверхностнымъ расположеніемъ и элементарной картиной болѣзни съ одной стороны, лежащими въ основѣ ихъ глубокими процессами съ другой, мы должны всегда помнить указанные выше три кардинальные пункта: **предрасположеніе, внутреннее раздраженіе, внѣшнее раздраженіе.** Но въ особенности нужно помнить эти моменты при леченіи кожныхъ болѣзней, такъ какъ на нихъ построена кожная терапия.

### Экзема.

Подъ этимъ именемъ мы разумѣемъ поверхностный „катарръ кожи“, т. е. поверхностное воспаленіе кожи съ очень обильнымъ серознымъ и клѣточнымъ отдѣленіемъ. Воспаленіе исходитъ изъ кожицы, въ отличіе отъ другихъ формъ дерматита, начинается всегда въ видѣ маленькихъ точечныхъ, отдѣленныхъ другъ отъ друга узловъ; затѣмъ процессъ быстро переходитъ на эпителий и первоначальные мелкіе узлы обозначаются на поверхности, какъ изолированные узелки или пузырьки. Эти узелки и пузырьки въ высокой степени характерны для экземы. Конечно, картина эта легко видоизмѣняется, отдѣльные узлы

сливаются вместе, расплываются; тогда мы имеем передь собой обширную воспаленную поверхность. Но где-нибудь по периферии, где процесс еще не зашел так далеко, можно в большинстве случаев найти один или несколько начальных экзематозных узелков. Изолированные узелки или изолированные пузырьки, поверхностное распространение и зудь—вот главные признаки той многообразной группы кожных поражений, которую мы объединяем под именем „экземы“.

Течение длительной экземы можно разделить на несколько стадий. Правда, с теоретической точки зрения такое слишком схематическое разделение не имеет особенно большой цены. Но применяемое при экземе наружное лечение находится в такой тесной связи со стадией, в которой в данный момент находится воспалительный процесс, что из чисто практических соображений необходимо знать различные периоды экземы.

1. *Stad. erythematosum*. Кожа слегка красна, отечна, напряжена.

2. *Stad. papulosum*. Появляются мелкие красноватые узелки (экзематозные узелки), которые, сливаясь между собой, могут давать больше или меньше крупные и слегка возвышенные plaques.

3. *Stad. vesiculosum*. Серозная экссудация в узелках усиливается.

4. *Stad. impetiginosum*. Вторичная инфекция пузырьков; нагноение.

5. *Stad. madidans*. Пузырьки лопаются сами по себе или от расчесов; образуется много мелких отверстий в роговом слое (*état punctueux*) или же весь роговой слой отделяется, так что сосочковый слой остается обнаженным. В результате получается мокнущая поверхность, отсюда и название этой стадии.

6. *Stad. crustosum*. Выделяющаяся жидкость, если ее не удаляют с кожи, быстро засыхает; образуются корочки и струпа.

7. *Stad. squamosum*. Вследствие чрезмерной пролиферации клеток начинают усиленно отделяться роговые клетки, шелушение.

*Stadium squamosum* представляют обыкновенно конечную стадию экземы, которая в чистых, несложненных случаях всегда заживает без образования рубцов.

Экзема может пройти по очереди все перечисленные стадии; в других случаях она переходит от первой и второй прямо в последнюю.

Разделение дѣтской экземы на острую и хроническую формы встречает известныя трудности, так как здесь открывается широкое поле для субъективной оцѣнки. Острое течение прежде всего имеют те экзематозныя воспаления кожи, в этиологии которых главную роль играют внешнія раздраженія; если раздражение устранено, то экзема быстро и окончательно излечивается. В противоположность этому хроническое течение принимают те экземы, которыя зависят главным образом от внутренних причин; пока эти послѣднія не устранены,—а достигнуть этого очень часто не во власти врача,—до тех пор постоянно появляются все новые и новые симптомы раздраженія, так что все течение экземы слагается из цѣлага ряда многочисленных рецидивов.

Примѣром экзематозныхъ воспаленій кожи съ острымъ теченіемъ могутъ служить нѣкоторыя формы опрѣлости, *eccema solare* и такъ назыв. *eccema sudaminosum*. Но было бы рациональнѣе только что названныя формы объединить подъ именемъ *eccema artificiale*, а понятіе острой экземы сохранить для тѣхъ сравнительно рѣдкихъ случаевъ, гдѣ внезапно, подчасъ съ начальной лихорадкой и умѣреннымъ зудомъ, появляется болѣе или менѣе распространенный дерматитъ съ значительной краснотой и гдѣ въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзнь принимаетъ характеръ экземы. Такія острыя экземы локализируются преимущественно на лицѣ, въ окружности носа, около ушей и въ области половыхъ органовъ. Интенсивная краснота и сравнительно рѣдкія очертанія краевъ, свойственныя этому мѣстному воспалительному процессу, дѣлаютъ его очень похожимъ на розу. Къ этому присоединяется еще то явленіе, что очень часто на воспаленной поверхности въ томъ или другомъ мѣстѣ появляется большой напряженный пузырь, наполненный серознымъ содержимымъ. Однако, краснота при экземе не бываетъ столь интенсивной и блестящей, какъ при розѣ, при-

пуханіе бываетъ гораздо болѣе выражено и вся картина болѣзни носить болѣе везикулезно-папулезный характеръ. Теченіе быстрое и безусловно благопріятное; мѣстное леченіе (холодная примочки изъ воды, уксуснокислаго свинца, индифферентныя мази) едва ли способствуетъ сколько-нибудь сокращенію болѣзни\*).

Самой частой формой экзематознаго дерматита, обусловливаемого преимущественно внѣшними причинами, является

### *Eczema intertriginosum.*

Эта форма для краткости называется опрѣлостью и представляетъ кожное заболѣваніе, чрезвычайно распространенное какъ разъ у грудныхъ дѣтей.

На основаніи клинической картины болѣзни можно различать двѣ главныя формы:

1) Опрѣлость у жирныхъ, перекармливаемыхъ грудныхъ дѣтей, страдающихъ по преимуществу запорами, и  
2) опрѣлость у диспептическихъ дѣтей.

У дѣтей первой категоріи воспаленіе захватываетъ не особенно обширные участки кожи, локализируясь преимущественно въ глубокихъ, окруженныхъ жирными подушками складкахъ, между половыми органами и бедромъ, въ паховыхъ сгибахъ, подмышечныхъ ямкахъ, на локтевыхъ сгибахъ и на шеѣ. Вслѣдствіе тѣснаго соприкосновенія двухъ поверхностей кожи въ этихъ складкахъ, дѣлается невозможнымъ испареніе кожныхъ отдѣленій, такъ что эти мѣста остаются постоянно мокрыми. Если къ этому присоединяется слишкомъ теплая, тѣсно укутывающая одежда, тогда развитіе опрѣлости у этихъ толстяковъ дѣлается неизбѣжнымъ. Эта форма опрѣлости носить скорѣе характеръ простого дерматита; пузырьковъ въ большинствѣ случаевъ здѣсь не видно. Диспептическихъ разстройствъ обыкновенно не наблюдается, по большей части существуютъ упорные запоры.

Иначе обстоитъ дѣло со второй формой опрѣлости, которая хотя и можетъ встрѣчаться у жирныхъ дѣтей, но обязательно сопровождается диспептическими разстройствами, по крайней мѣрѣ начинается съ нихъ. Кто понимаетъ сущность молочницы, не будетъ удивляться, что эта форма опрѣлости очень часто комбинируется съ налетами на слизистой оболочкѣ рта.

Однимъ изъ самыхъ важныхъ этиологическихъ факторовъ являются здѣсь кислая жидкая испражненія, „острая“, пахнущая часто аммоніакомъ моча и попадающія при рвотѣ на рубашку кислая молочная масса. Поэтому излюбленными мѣстами этой опрѣлости являются прежде всего ягодицы (а также окружность половыхъ органовъ) и шея (передняя складка подъ подбородкомъ и боковыя шейныя). На высотѣ воспалительнаго процесса пораженный участокъ кожи имѣетъ интен-

\*) Мы много разъ пробовали оставлять острую экзему дѣтей безъ всякой мѣстной терапіи и убѣдились въ необходимости послѣдней потому, что раздражающая кожу мазь препятствуетъ новому воздѣйствію вредныхъ вліяній извнѣ, начиная съ температуры, влажности воздуха и кончая микробами, среди которыхъ могутъ быть завѣдомо патогенныя, да и непатогенныя склонны дѣлаться вирулентными, попавши на воспаленную поверхность. Съ другой стороны, при выжидательномъ леченіи всегда угрожаетъ возможность перехода въ затяжныя формы. Холодная примочки, вяжущія и противовоспалительныя переносятся неважно, но безразличная мазь изъ талька или висмута съ вазелиномъ всегда умѣстна и въ примѣненіи ея никто расквашаться не будетъ.

сивно-красный цвѣтъ, блестить, приподнять, горячь на-ошупь, твердь и чувствителенъ. Узелки обыкновенно можно найти только вначалѣ, затѣмъ они исчезаютъ въ общей диффузной краснотѣ кожи. Наивысшую степень развитія дерматитъ пріобрѣтаетъ у блѣдныхъ истощенныхъ и заброшенныхъ дѣтей. Въ такихъ случаяхъ часто вся спина, животъ, ноги оказываются покрытыми сплошной краснотой. Если при этомъ существуетъ еще опрѣлость на шеѣ, тогда дѣйствительно только съ трудомъ можно найти здоровый участокъ кожи. Если узелки и пузырьки подвергаются расчесамъ, то послѣ исчезновенія сплошной диффузной красноты остается еще множество изъязвленій и экскоріацій.

Эти симптомы имѣютъ столь же мало общаго съ сифилисомъ, какъ и кругловатыя розовыя шелушащіяся бляшки, которыя остаются иногда послѣ бывшей опрѣлости и обнаруживаютъ нерѣдко довольно упорное теченіе. Французскими авторами послѣднія названы терминомъ *plaques érosives* или *erythème syphiloïde postérosif* (см. выше).

Въ отношеніи леченія само собой разумѣется, что главную роль играетъ энергичная профилактика, такъ что въ хорошо организованныхъ пріютахъ для грудныхъ дѣтей опрѣлость представляетъ очень рѣдкую гостю. Конечно, при этомъ играетъ существенную роль и рациональное питаніе. Тѣ же мѣры должны приниматься при образовавшейся опрѣлости, особенно при второй ея формѣ, комбинирующейся съ диспепсией. Если удастся устранить расстройство пищеваренія, то очень скоро исчезаетъ и опрѣлость. Въ помощь діететическому леченію производятъ ежедневно быстрое смазываніе мокнущей поверхности 5% растворомъ ляписа и тщательно покрываютъ больныя мѣста пудрой. Можно также рекомендовать смазываніе пораженныхъ мѣстъ цинковой пастой, хотя противъ этого выставлялось не мало возраженій теоретическаго характера. Во всякомъ случаѣ это полезно дѣлать на ночь, чтобы покрыть воспаленныя мѣста и защитить ихъ отъ дальнѣйшаго загрязненія. Если кожа обнажена на большихъ пространствахъ, то нужно поступать такъ, какъ при ожогѣ второй степени. Свинцовая примочка или мазь отъ ожоги даютъ здѣсь наилучшіе результаты.

Иногда, однако, и эти мѣры не приводятъ къ цѣли, опрѣлость оказывается очень упорной. На шеѣ, затылкѣ и ягодицахъ она занимаетъ обширныя поверхности, которыя часто рѣзко выдѣляются отъ нормальной кожи. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, особенно на локтевомъ сгибѣ, угрожаетъ иногда даже опасность перехода болѣзни въ хроническую стадію. Почти всегда здѣсь существуетъ рѣзкая склонность къ шелушенію и себорреѣ. Воспаленныя участки кожной поверхности бывають покрыты многочисленными, болѣе или менѣе крупными пластинчатыми струпьями и себоррейными отложеніями, которыя на волосистой части головы образуютъ нерѣдко нѣчто вродѣ плотнаго шлема. Такія дѣти имѣютъ нѣжный и блѣдный видъ, вялую кожу и мускулатуру; увеличеніе вѣса у нихъ часто оставляетъ желать многого. Почти всѣ такія дѣти являются представителями экссудативнаго діатеза, при которомъ мы въ большинствѣ случаевъ гораздо больше можемъ сдѣлать діететическими предписаніями, чѣмъ наружнымъ леченіемъ.

Начало такой опрѣлости также всегда совпадаетъ съ кислой диспепсией.

Нѣсколько лѣтъ тому назадъ Leiner описалъ подъ именемъ **erythrodermia desquamativa** своеобразный общій дерматозъ, который имѣетъ много

существенных пунктов соприкосновения съ только что описанной формой опрѣлости и который, можетъ быть, представляетъ не что иное, какъ крайнее развитие указанной формы. *Erythrodermia desquamativa*—общее воспаление кожныхъ покрововъ съ интенсивнымъ шелушениемъ эпидермиса, съ очень рѣзко выраженной головной себорреей. Вопросъ объ этиологii этого заболѣванiя *Leiner* оставляетъ открытымъ, предполагая, однако, что здѣсь дѣло идетъ объ эритемѣ на почвѣ самоотравления и что болѣзнь стоитъ всегда въ связи съ расстройствами кишечника, которыя у такихъ дѣтей имѣются постоянно. Замѣчательно, что болѣзнь поражаетъ преимущественно грудныхъ дѣтей и даетъ высокую смертность ( $\frac{1}{3}$  всѣхъ случаевъ; *Leiner*).

Если собрать анамнезъ такихъ дѣтей, то почти всегда узнаемъ, что болѣзнь предшествовали поносы и опрѣлость, часто въ комбинацii съ молочницей. Характерно для этой формы только чрезвычайно быстрое распространение дерматита на все тѣло и чрезвычайно рѣзкая общая себоррея, которая дѣйствительно придаетъ картинѣ болѣзни какъ бы самостоятельный характеръ.

Я рассматриваю эту болѣзнь какъ общiй дерматитъ на почвѣ опрѣлости, который достигаетъ этой крайней степени у дѣтей съ ярко выраженнымъ *status seborrhoicus*. Отсутствие отдѣльныхъ узелковъ отнодь не



Рис. 164. *Erythrodermia desquamativa* (ex intertrigine) умѣренной степени. Полное излеченiе въ теченiе двухъ недѣль. Ребенокъ, вскармливаемый грудью. (Мюнхенская дѣтская клиника, проф. *Pfaundler*).

является достаточнымъ основанiемъ для того, чтобы исключить этотъ дерматозъ изъ группы экземы, такъ какъ и при обыкновенной опрѣлости мы очень часто не находимъ основного элемента экземы.

Если этотъ дерматозъ развивается у дѣтей, вскармливаемыхъ грудью, то прежде всего показуется примѣнить смѣшанное питанiе. Обыкновенныя смѣси изъ молока и слизистыхъ отваровъ, а также пахтанье даютъ при этомъ хорошия результаты. Но главное вниманiе необходимо обратить на борьбу съ диспепсiей. Кроме того нужно заботиться о томъ, чтобы сухая шелушащаяся кожа не теряла своей гибкости, чего легко достигнуть компрессами изъ масла. Позднѣе показуется повязка изъ цинковой мази, рыбьяго жира или цинковаго масла, наконецъ, присыпка талькомъ. Дерматозъ этотъ заживаетъ сравнительно быстро, не оставляя на кожѣ какихъ-либо замѣтныхъ слѣдовъ. До сихъ поръ я не видѣлъ ни одного ребенка, который бы погибъ отъ этого дерматоза; возможно впрочемъ, что это простая случайность.

Что касается той интенсивной себорреи, которая у дѣтей съ „эритродермiей“ во время наивысшаго развитiя болѣзни даетъ много численные струпья и струпики на интенсивно-красной кожѣ, ведетъ къ образованiю густой, какъ бы гнейсовой шапки на волосистой части головы, то этотъ видъ дерматита, по всей вѣроятности, развивается на почвѣ ненормальной конституцii. Въ особенности же это относится къ слѣдующей, чрезвычайно частой и клинически необычайно важной

группъ экземы грудныхъ младенцевъ,—группѣ, которой поэтому уже давно дано названіе конституціональной экземы грудныхъ дѣтей.

### Конституціональная экзема грудныхъ дѣтей.

По Feer'у можно различать двѣ клиническія формы конституціональной экземы грудныхъ дѣтей:

1. Мокнущая, струпьевидная экзема головы.
2. Разсѣянная, сухая экзема.

Первая, гораздо болѣе частая форма наблюдается преимущественно у тучныхъ, перекармливаемыхъ дѣтей, вторая же преимущественно у

худыхъ и истощенныхъ. Конечно, всѣ формы экземы грудныхъ дѣтей нельзя распределить между этими двумя основными типами, такъ какъ послѣдніе, строго говоря, представляютъ только крайніе полюсы непрерывнаго ряда различныхъ формъ—очень часто встрѣчаются переходы отъ первой формы ко второй. Но указанная классификація имѣетъ уже потому извѣстное значеніе, что обѣ группы даютъ различное предсказаніе и что діететическое леченіе при первой формѣ сопровождается гораздо большимъ успѣхомъ, чѣмъ при второй.

При мокнущей, струпьевидной экземѣ головы локалізація сыпи—по крайней мѣрѣ въ теченіе извѣстнаго времени—строго ограничивается лицомъ и волосистой частью головы. Кожа на остальной части тѣла совершенно чиста и свободна отъ какихъ бы то ни было высыпаній, имѣетъ блѣднорозовый цвѣтъ и бархатистую поверхность; такимъ образомъ получается рѣзкій контрастъ между туловищемъ и лицомъ, на которомъ экзема съ ея густыми массаами слившихся струпьевъ не оставляетъ часто ни одного свободного участка.



Рис. 165. Струпьевидная, мокнущая экзема головы. (Гейдельбергская дѣтская клиника, проф. Feer).

Самыми частыми исходными пунктами этой экземы являются два мѣстныхъ себорейныхъ процесса: на волосистой части головы и на щекахъ. Отсюда экзема либо медленно, либо очень быстро распространяется на затылокъ и лобъ. Первоначальные пузырьки и узелки расчесываются и лопаются; вслѣдствіе неизбежной вторичной инфекціи они превращаются затѣмъ въ гнойныя пустулки, которыя быстро засыхаютъ и покрываются струпьями; такъ получается банальная картина импетигозной или крустозной экземы. Между тѣмъ секретія

изъ глубокихъ слоевъ кожи продолжается, струпя мѣстами отпадаютъ, срываются при расчесахъ, такъ что въ нѣкоторыхъ мѣстахъ мы находимъ обнаженную, рѣзко красную, мокнущую и кровоточащую кожу. Въ болѣе легкихъ случаяхъ экзема шадить носъ, ротъ и подбородокъ, но иногда бываетъ и обратное, т. е. что экзема больше всего поражаетъ окружность слизистыхъ оболочекъ. Въ такихъ случаяхъ вѣки могутъ настолько припухнуть, что ребенокъ не въ состояніи открыть глазъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи припухаютъ лимфатическія железы подъ нижней челюстью, на шеѣ и затылкѣ. Нагноеніе железъ, впрочемъ, наблюдается очень рѣдко. Если ребенокъ сильно чешетъ пораженные мѣста, то въ послѣдствіи на конечностяхъ и туловищѣ появляются самостоятельныя экзематозныя бляшки. Но и въ такомъ случаѣ на первомъ планѣ въ картинѣ болѣзни стоитъ экзема волосистой части головы.

Экзема головы встрѣчается какъ у дѣтей. вскармливаемыхъ грудью, такъ и у рожковыхъ дѣтей; она въ большинствѣ случаевъ начинается въ первую половину года.

Въ отношеніи прогноза интересно отмѣтить, что въ Австріи эта сыпь носитъ названіе „der Vierziger“, именно потому, что она по народнымъ наблюденіямъ обыкновенно длится 40 недѣль. Поэтому на всякій случай нужно съ самаго начала подготовить родителей къ долгому теченію болѣзни, предупредивъ ихъ о необходимости скучнаго леченія и терпѣливаго ожиданія.

Разсѣянная, сухая экзема встрѣчается почти исключительно у такихъ рожковыхъ дѣтей, которыя не обнаруживаютъ особенно большой склонности къ ожирѣнію. Такія дѣти часто бываютъ блѣдными, худыми и вялыми. Эта форма развивается позднѣе, чѣмъ экзема головы, чаще всего лишь во вторую половину или къ концу перваго года жизни. Голова при этомъ также не бываетъ вполне свободной отъ экземы, однако, характерно для этой формы присутствіе многочисленныхъ разсѣянныхъ, сухихъ, твердыхъ, шероховатыхъ, сравнительно хорошо ограниченныхъ бляшекъ на туловищѣ и конечностяхъ. Эта экзема бываетъ часто чрезвычайно упорной и еще труднѣе поддается леченію, чѣмъ экзема головы, что, по всей вѣроятности, зависитъ не столько отъ мѣстнаго процесса, сколько отъ конституціи такихъ дѣтей, обнаруживающихъ еще болѣе сильное предрасположеніе, чѣмъ дѣти съ экземой головы.

Обмѣнъ веществъ у дѣтей съ экземой не обнаруживаетъ никакихъ характерныхъ отклоненій отъ нормы. Впрочемъ въ самое послѣднее время установлены нѣкоторые факты, имѣющіе извѣстное значеніе, именно—низкая граница ассимиляціи для сахара, особенно для мальтозы, что при питаніи большимъ количествомъ углеводовъ легко ведетъ къ алиментарной гликозурии (Aschenheim). Затѣмъ у этихъ дѣтей обнаружена выходящая за предѣлы нормы склонность къ задержкѣ воды и хлора, съ чѣмъ связана ненормально быстрая отдача удержаннаго хлора послѣ уменьшенія количества хлора въ пищѣ



Рис. 166. Разсѣянная сухая экзема (en plaques). (Дѣтская больница Gisela въ Мюнхенѣ, прив.-доц. Ibrahim).



(Freund и Мечниковъ). Последнее обстоятельство вполне соотвѣтствуетъ взглядамъ Czerny, который предполагаетъ, что при экзудативномъ діатезѣ имѣется врожденный недостатокъ въ химизмѣ тѣхъ тканей, которыя допускаютъ большія колебанія въ содержаніи воды.

Въ клиникѣ мы часто видимъ, что при быстромъ паденіи вѣса, въ особенности при острыхъ лихорадочныхъ заболѣваніяхъ, экзема на нѣкоторое время совершенно или почти совершенно исчезаетъ. Это явленіе нужно отчасти объяснять высыханіемъ кожи вслѣдствіе потери воды, главнымъ же образомъ оно зависитъ, вѣроятно, отъ самой лихорадки, которая обладаетъ способностью понижать воспалительную реакцію кожи.

Предположеніе, что въ патогенезѣ экземы грудныхъ дѣтей играетъ существенную роль перекармливаніе, высказывалось уже давно. Въ пользу его говоритъ уже названіе „crusta lactea“, а также нѣмецкій народный терминъ „Milchgrind“, которыми старые врачи и народъ уже за много столѣтій до нашего времени обозначали экзему грудныхъ дѣтей и что несомнѣнно произошло вслѣдствіе того представленія, что сыпь находится здѣсь въ связи съ чрезмѣрнымъ питаніемъ молокомъ. Въ последнее время эту точку зрѣнія снова энергично выдвинулъ впередъ Czerny \*). Возможно, что при этомъ имѣетъ значеніе не только количество молока, но и его качество, т. е. наличность въ немъ отдѣльныхъ составныхъ частей, по отношенію къ которымъ имѣется индивидуальная невыносимость. Однако, ничего положительнаго въ этомъ отношеніи мы въ настоящее время еще не знаемъ. Можетъ быть здѣсь дѣло сводится къ извѣстнымъ взаимоотношеніямъ между отдѣльными составными частями питанія, главнымъ образомъ между жиромъ и солями (Feer).

Для діететическаго леченія нужно такимъ образомъ прежде всего имѣть въ виду 2 пункта:

1. По возможности препятствовать чрезмѣрному увеличенію вѣса тѣла.

2. По возможности избѣгать молочнаго питанія.

Въ полной мѣрѣ этимъ требованіямъ удовлетворяетъ, собственно говоря, только введенная Finkelstein'омъ бѣдная солями пища для экзематиковъ—такъ назыв. Finkelstein'овскій супъ.

Приготавливается онъ слѣдующимъ образомъ: къ одному литру коровьяго молока прибавляютъ чайную ложку пегнина (сычужный порошокъ D u n g e r 'a) и нагрѣваютъ въ водяной банѣ при 42° Ц. Въ теченіе этого промежутка времени происходитъ плотное свертываніе молока: казеинъ и жиръ отдѣляются отъ сыворотки въ видѣ компактной массы. Эту массу помѣщаютъ затѣмъ въ плотняный мѣшечекъ для того, чтобы освободить ее отъ послѣднихъ остатковъ сыворотки. Содержимое мѣшка смѣшиваютъ, послѣ предварительнаго размельченія, съ небольшимъ количествомъ раньше отдѣленной сыворотки (200 гр.), а также со слабымъ, слегка подсахареннымъ (1 кофейн. ложка сахара) слизистымъ отваромъ (800 гр.) и протираютъ черезъ волосяное сито.

Прибавленіе небольшого количества сыворотки (1/5 литра) безусловно необ-

\*) Трудно согласиться съ тѣмъ, что названія «crusta lactea» и «Milchgrind» указываютъ на этиологію экземы—съ одинаковымъ правомъ можно признавать въ этихъ терминахъ опредѣленіе періода жизни, когда болѣзнь бываетъ чаще всего. Далѣе лишать дѣтей естественной ихъ пищи, т. е. молока, даже ограничивать его количество ad minimum не значитъ ли вводить въ обмѣнъ веществъ факторы, могущіе вызвать упадокъ питанія, создать почву для болѣе серьезныхъ заболѣваній. Мы, конечно, обѣими руками подписываемся подъ основнымъ требованіемъ діететики: перекармливаніе должно быть устранено, но и недокармливанія нельзя допускать ни въ коемъ случаѣ. Прим. ред.

ходимо въ виду того, что ни въ какомъ случаѣ нельзя допускать образованія отрицательнаго солевого баланса.

Показаніе: Представители первой группы экземы въ возрастѣ старше полугода.

Противопоказанія: а) дѣти до конца первой половины года; б) истощенныя дѣти; в) дѣти съ различнаго рода разстройствами питанія.

Если строго придерживаться только что указанныхъ границъ, то можно нерѣдко получить очень хорошіе результаты, однако, не въ одинъ день и при условіи достаточнаго вниманія къ наружному леченію. Такъ какъ указанное леченіе далеко не индифферентно и такъ какъ лишеніе соли можетъ вести къ непріятнымъ послѣдствіямъ, то тщательное наблюденіе за дѣтьми во весь этотъ періодъ не только желательно, но и необходимо.

Менѣе радикальнымъ способомъ леченія является возможное ограниченіе молочнаго питанія. Что это легче сдѣлать у тучныхъ перекормленныхъ дѣтей, перешедшихъ за первую половину года, чѣмъ у худыхъ дѣтей и дѣтей въ первую половину года, само собой разумѣется. Во всякомъ случаѣ можно уменьшить количество молока до допустимаго индивидуальнаго минимума, а недостающее число калорій замѣнить слизистыми и мучными отварами. Рекомендуются также временное примѣненіе снятого молока. У дѣтей во вторую половину года можно, безъ всякаго вреда для ихъ здоровья, совершенно исключить молоко на нѣсколько недѣль, замѣнивъ его разнообразнымъ меню изъ мучныхъ и слизистыхъ суповъ, фруктовъ, фруктовыхъ соковъ и свѣжихъ овощей.

Яйца безусловно исключаются (С z e g n u); неблагоприятные результаты получаютъ нерѣдко и отъ мясныхъ суповъ (F e e r).

Грудныхъ дѣтей не нужно отнимать отъ груди; достаточно только у тучныхъ дѣтей уменьшить число кормленій до 4. Начиная съ 3 мѣсяца, ограничиваютъ число ежедневныхъ кормленій грудью 3-мя, прибавляя при этомъ слизистые отвары и постоянно наблюдая за вѣсомъ.

У худыхъ, истощенныхъ рожковыхъ дѣтей нужно всѣ эти діететическіе эксперименты производить съ большой осторожностью, ибо мало пользы въ томъ, что экзема прекрасно излечивается, а ребенокъ затѣмъ погибаетъ.

**Мѣстное леченіе**, которое, какъ уже указано во введеніи, составляетъ существенную часть терапіи, устанавливается сообразно той стадіи, въ которой находится въ данный моментъ болѣзнь. Однако, прежде, чѣмъ перейти къ деталямъ, мы укажемъ нѣкоторые принципы наружнаго леченія экземы, имѣющіе громадное практическое значеніе.

а) Расчески должны быть по возможности устранены.

Совершенно воспрепятствовать расчесамъ невозможно—дѣти всегда находятъ способы и пути удовлетворить это непобѣдимое стремленіе. Но нужно все-таки дѣлать все, что возможно. Обрѣзываютъ коротко ногти, завязываютъ руки, надѣваютъ длинные рукава, привязываютъ руки къ сѣткѣ кровати, удерживаютъ руки безопасными булавками, пристегивая рукава къ рубашкѣ. Въ особенности нужно смотрѣть за ребенкомъ во время перемѣны повязки.

б) Для очистки экзематозныхъ участковъ кожи нужно пользоваться обмываніемъ спиртомъ (2% салициловый или борный спиртъ) или вазелиномъ.

Вода и мыло оказываютъ часто раздражающее дѣйствіе, но еще важнѣе трудность тщательнаго высушиванія вымытаго мѣста. Части тѣла, свободныя отъ экземы, можно, конечно, купать и мыть.

в) Далеко недостаточно одного намазыванія кожи мазями или пастой; необходимо накладывать плотную повязку или (въ легкихъ случаяхъ) по малой мѣрѣ тщательно припудривать.

Мазь или пасту намазываютъ на мягкую (по возможности уже хорошо промытую) полотняную тряпку или на кусокъ борланта слоемъ приблизительно въ 1—2 миллим. Для фиксаціи наложенной тряпки служитъ хорошая марлевая повязка.

г) До тѣхъ поръ, пока экзема хорошо реагируетъ на данное лекарство, не нужно переходить къ другому. Вообще не слѣдуетъ часто мѣнять леченія, разъ только нѣтъ для того безусловной необходимости.

д) Въ общемъ нужно придерживаться правила, что мокнущую экзему нужно лечить «сухимъ» путемъ (пасты, ляписъ), сухую, напротивъ, «влажнымъ» (жирныя мази).

Класть мазь на мокнущее мѣсто—ошибка. Подъ жиромъ тогда скопляется экссудатъ, оказывающій сильно раздражающее дѣйствіе.

е) Препараты дегтя нужно примѣнять очень осторожно \*).

Лучше всего брать сперва слабыя растворы и примѣнять ихъ на небольшомъ участкѣ экземы. Пока экзема находится въ свѣжей стадіи (пузырьки, узелки, струнья) деготь противопоказанъ, что особенно относится къ экземѣ лица.

ж) Если экзема клинически „излечена“, то необходимо назначить рациональное послѣдовательное леченіе пораженныхъ ранѣе участковъ кожи.

Устраненіе механическихъ раздраженій. Осторожность при примѣненіи мыла и воды. Непродолжительныя ванны изъ отрубей, съ послѣдовательнымъ втираніемъ жира; постепенное закаливаніе кожи.

Въ первой стадіи экземы можно вполне обойтись спиртными обмываніями съ послѣдовательнымъ припудриваніемъ (10% смѣсь окиси цинка и талька).

Если, какъ это бываетъ въ большинствѣ случаевъ, дѣти являются къ намъ съ импетигиозной (крустовозной) экземой, то прежде всякаго другого леченія необходимо удалить струнья и корочки: для этого дѣлаютъ примочки изъ масла.

Употребляется обыкновенное оливковое или даже простое деревянное масло, важно только, чтобы масляная повязка была правильно наложена. Для этой цѣли берутъ кусокъ ваты, фланели или лучше всего такъ назыв. борланта, намазываютъ ихъ въ маслѣ и кладутъ на покрытый струньями участокъ кожи; сверху тонкій (!) слой сухой ваты и затѣмъ клеенку. На голову надѣваютъ затѣмъ хорошо прилаженный чепчикъ, на лицо марлеву повязку. Масляную повязку мѣняютъ каждое утро и каждый вечеръ. Корки въ большинствѣ случаевъ размягчаются быстро. Въ такомъ случаѣ ихъ легко удалить ватой, зондомъ, пинцетомъ или чистыми закрытыми ножницами.

Нѣкоторые предлагаютъ 3% пергидроль для удаленія и дезодораци корокъ, другіе очень хвалятъ 3% салициловое масло (Salyc. 2,0, ol. ricin. 40,0, ol. oliv. ad 100,0).

Когда экзема освободится отъ корокъ, начинается, собственно говоря, настоящее леченіе ея по правиламъ, изложеннымъ ниже.

Если кромѣ щекъ и лба поражены подбородокъ и окружность рта, то рекомендуется сдѣлать такъ назыв. экземную маску; для этого служитъ квадратный кусокъ борланта. Матерія сперва кладется на лицо ребенку, на ней карандашемъ отмѣчается мѣсто глазъ, носа и рта; затѣмъ на соответствующихъ

\*) Не только осторожно, а вовсе не примѣнять, если только не желаютъ затягивать болѣзнь на долгое время. Мы никогда не употребляемъ при леченіи экземы головы и лица никакихъ раздражающихъ мазей и присыпокъ, а только лишь индифферентныя или слегка дезинфицирующія, вяжущія (acidum boricum, salicylicum, oxudum zinci), причемъ въ качествѣ vehiculumъ служитъ азотнокислый висмутъ и талькъ. Примѣняя нераздражающую кожу терапію, никогда не слѣдуетъ полагаться на нее одну, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ виновны тѣ или другія погрѣшности въ питаніи ребенка, хотя нерѣдко имѣются и вполне доказательныя признаки унаслѣдованныхъ діатезовъ.

мѣстахъ вырѣзаютъ соответствующія отверстія. Къ вырѣзанному куску матеріи придѣлываютъ повязки и такимъ образомъ маска готова.

Если мы имѣемъ передъ собой мокнущую экзему, *eczema madidans*, тогда нужно прежде всего примѣнить нѣжныя противовоспалительныя мѣры, позаботиться о томъ, чтобы по возможности высушить мокнущую поверхность.

Туть больше всего подходятъ повязки изъ уксуснокислаго глинозема (1:10) или изъ обыкновенной 3% борной кислоты. Позже, когда воспаление ослабѣетъ и секретія уменьшится, можно для дальнѣйшаго высушивания примѣнить пасту (напр. изъ равныхъ частей окиси цинка, талька, ланолина и вазелина). Хорошо дѣйствуетъ прибавленіе небольшого количества ленигаллола, для уменьшенія зуда еще кромѣ того туменоло (1—5%). При упорной секретіи хорошо дѣйствуетъ смазываніе азотнокислымъ серебромъ (1%, 1—2 раза въ день), компрессы изъ слабыхъ растворовъ азотнокислаго серебра (1:10.000), оставляемые на 1—2 часа. Въ промежуткахъ примѣняютъ пудру или пасту.

Когда экзематозная поверхность становится совершенно сухой, то переходятъ къ жирамъ.

Лучше всего въ формѣ прекраснаго препарата—цинковаго масла (окись цинка и оливковаго масла въ равныхъ частяхъ); можно также употреблять и 5% борную мазь.

Необходимо, однако, категорически подчеркнуть, что изложенная терапія, какъ она ни проста и ни ясна, приводитъ къ цѣли, т. е. къ полному излеченію экземы, только въ рѣдкихъ случаяхъ. Скорѣе всего это еще удается въ больницахъ, гдѣ имѣются опытный персоналъ и тщательный уходъ; хуже обстоитъ дѣло при амбулаторномъ леченіи. Въ большинствѣ случаевъ наступаетъ моментъ, когда дѣло перестаетъ двигаться впередъ, даже появляются новыя обостренія, ухудшенія. Въ послѣднемъ случаѣ необходимо терпѣливо начать леченіе сначала. Если выздоровленіе остановилось, если не наступаетъ никакихъ обостреній и экзема обнаруживаетъ затяжной характеръ, нужно перейти къ леченію дегтярными препаратами. Во всякомъ случаѣ было бы ошибкой оставлять экзему въ этой стадіи безъ наружнаго леченія, предоставивъ ее собственной судьбѣ. Рано или поздно наступаютъ возвраты, всѣ потраченные до того труды пропадаютъ даромъ; процессъ въ глубинѣ кожи въ этомъ періодѣ еще продолжается, она остается еще гиперемированной, инфильтрированной, зудящей.

Brandweiner предлагаетъ, прежде чѣмъ перейти къ дегтю, сдѣлать опытъ съ болѣе нѣжнымъ препаратомъ саполаномъ (состоящимъ изъ нефти, ланолина и зеленого мыла); примѣняютъ слѣдующую мазь: *zinc. oxyd., talc., sapolan, lanolin aa 10,0*; мазь эту наносятъ на кожу 3 раза въ день, покрывая пудрой. Изъ настоящихъ дегтярныхъ мазей укажемъ слѣдующія: *zinc. oxyd., talc. venet. aa 10,0, vaselin 20,0, ol. rusci 0,5* (или еще менѣе, начиная съ 0,2 до 1,0); *Anthrasol 1,0, ung. zinci Wilsonii 30,0*.

При разсѣянной хронической экземѣ *en plaques* оказываетъ хорошія услуги смазываніе дегтемъ, для чего берутъ *tinct. rusci*, которою смазываютъ 2—3 раза въ день, покрывая сверху цинковой мазью; можно примѣнить и дегтярныя ванны.

Если имѣется хроническая экзема въ стадіи шелушенія при сильномъ утолщеніи кожи, можно попробовать повязки изъ *ung. sulf. Wilkinsonii (Flor. sulfur., ol. fagi aa 10,0, sapo virid., axung. porci aa 20,0, cret. alb. 2,0)*. Хорошо и скоро размягчаетъ кожу также старая дѣхилевая мазь *Hebra (sine oleo lavandulae)* пополамъ съ *ung. simpl.* (намазываютъ на полотняную тряпочку); затѣмъ *ung. vaselini plumbi* (состоитъ изъ равныхъ частей свинцоваго пластыря и вазелина съ прибавленіемъ для консервированія 1% карболовой кислоты), мыльно-салициловый пластырь (*Pick-Arning 2—10%*); послѣдній при старыхъ, очень вялыхъ бляшкахъ даетъ иногда поразительно быстрый результатъ.

Наблюденія показываютъ, что дѣти съ экземой иногда внезапно умираютъ безъ всякой видимой причины. Въ такихъ случаяхъ говорятъ объ острой смерти отъ экземы. Эта опасность въ особенности

угрожаетъ блѣднымъ, пастознымъ младенцамъ, которые вообще отличаются рѣзкой слабостью. Если такое несчастье случается какъ разъ въ то время, когда проводится какое-нибудь энергичное лечение, то нѣкоторые склонны приписывать несчастье слишкомъ энергичному устраненію сыпи. Я далекъ отъ того, чтобы считать такого рода взглядъ совершенно безсмысленнымъ и смѣшнымъ, такъ какъ значеніе экземы какъ естественнаго реактивнаго процесса намъ до сихъ поръ неизвѣстно. То обстоятельство, что въ такихъ случаяхъ на вскрытіи находятъ часто, однако, отнюдь не всегда, *status lymphaticus*, несомнѣнно чрезвычайно интересно, однако, это не даетъ намъ достаточнаго отвѣта на вопросъ, находится ли смерть отъ экземы въ какой-нибудь связи съ быстрымъ исчезновеніемъ и прекращеніемъ секретин на поверхности кожи или нѣтъ. Но все-таки нужно имѣть въ виду, что у экзематозныхъ дѣтей встрѣчаются случаи внезапной смерти отъ такихъ поводовъ, которые ничего общаго съ леченіемъ экземы не имѣютъ (напр., во время потогоннаго обертыванія). По существу своему смерть при экземѣ имѣетъ, вѣроятно, то же значеніе, какъ и смерть при тетаніи—болѣзни, которая, по моему мнѣнію, развивается на почвѣ той же конституціональной аномаліи, какъ и экзема грудныхъ дѣтей.

### Крапивница.

Въ эту группу мы объединяемъ цѣлый рядъ различныхъ болѣзненныхъ формъ, именно, обыкновенную крапивницу, острый ограниченный отекъ кожи (*Quincke*), *strophulus*, а также *prurigo*; этимъ мы имѣемъ въ виду съ самаго начала указать на существенное родство всѣхъ перечисленныхъ формъ. Страдающіе этими заболѣваніями отличаются рѣзко выраженной неустойчивостью сосудистаго тонуса, т. е. повышенной возбудимостью вазомоторовъ и, по всей вѣроятности, также ненормальной проницаемостью сосудистыхъ стѣнокъ, чѣмъ и объясняется тотъ фактъ, что подъ вліяніемъ самыхъ незначительныхъ раздраженій у такихъ субъектовъ образуются настоящіе пузырьки крапивницы, которая представляетъ собой основной клинической типъ этой группы дерматозовъ.

Анатомическую основу крапивницы представляетъ сильная инъекція сосочковаго тѣла и кожицы съ быстрымъ послѣдующимъ серознымъ пропитываніемъ ея. Появляющіяся такимъ образомъ возвышенія кожи имѣютъ красный цвѣтъ (*urtic. rubra*); если инъекцированное сосочковое тѣло просвѣчиваетъ черезъ эпидермисъ, то оно кажется блѣлымъ (*urtic. porcellanea*), разъ только вслѣдствіе обильнаго эксудата кровь изъ подлежащаго папиллярнаго слоя вытѣсняется. Если выступающая сыворотка распространяется равномерно во всѣ стороны и кромѣ того проникаетъ еще въ болѣе глубокіе слои подкожной клетчатки, то получается отечность всей пораженной области (ограниченный отекъ). Если серозное пропитываніе очень незначительно, надъ нимъ преобладаетъ инъекція, то получаютъ поверхностныя, слегка возвышенныя красныя пятна (*erythema urticatum*). Наконецъ, если центръ сыпи уплотняется и превращается въ воспалительный узелокъ, въ результатъ будетъ *strophulus* (*urt. papulosa* s. *lichen urticatus*), который при длительномъ существованіи раздражающаго начала можетъ перейти въ эссенціальный, упорный дерматозъ съ типической локализацией твердыхъ узелковъ на разгибательныхъ поверхностяхъ конечностей (*пруриго*).

Чрезвычайно характерный клинической признакъ для всей группы крапивницы представляетъ зудъ; при поверхностныхъ сыпяхъ онъ выраженъ слабо, напротивъ—при *пруриго* онъ достигаетъ величайшей интенсивности. Всѣ формы крапивницы отличаются склонностью къ частымъ рецидивамъ. Однако, въ то время, какъ крапивница, въ соб-

ственнымъ смыслѣ слова, ограниченный кожный отекъ и strophulus имѣютъ чрезвычайно летучій характеръ, истинная почесуха отличается чрезвычайно хроническимъ теченіемъ.

Въ анамнезѣ очень часто встрѣчаются указанія, что склонность къ различнаго рода проявленіямъ крапивницы въ данномъ семействѣ наследственна, что тѣ же самыя кожныя заболѣванія наблюдались или наблюдаются въ данное время у братьевъ, сестеръ, родителей и другихъ кровныхъ родныхъ. Кромѣ того нерѣдко имѣется указаніе, что на первомъ году жизни ребенокъ страдалъ упорной экземой лица и головы. Эти наблюденія, а также цѣлый рядъ другихъ вѣскихъ соображеній заставляютъ думать, что сущность интересующаго насъ дерматоза лежитъ также во врожденной, унаслѣдованной аномалии конституціи—аномалии, которая выражается главнымъ образомъ въ рѣзко повышенномъ предрасположеніи къ ангионевротическому воспаленію.

### Обыкновенная крапивница.

Обыкновенная крапивница съ ея множественными летучими пузырьками представляетъ чрезвычайно частое кожное страданіе въ дѣтскомъ возрастѣ. Иногда крапивница густо покрываетъ все тѣло, обезображиваетъ лицо, дѣлаетъ его краснымъ, одутловатымъ, отечнымъ. Если сосѣдніе пузырьки сливаются, то въ результатѣ получаютъ большія, шириною съ ладонь, рѣзко красныя или бѣловатыя кожныя возвышенія.

Иногда существуетъ лихорадка, но ея можетъ и не быть. Въ большинствѣ случаевъ сыпь крапивницы появляется въ теченіе одной ночи при полномъ, повидимому, здоровьи и очень быстро, иногда въ тотъ же день, снова исчезаетъ. Но иногда сыпь предшествуетъ неявно выраженный продромальный періодъ; въ теченіе нѣсколькихъ дней ребенокъ чувствуетъ недомоганіе, обнаруживаетъ неопредѣленные симптомы «гастрической лихорадки», затѣмъ вдругъ, въ одинъ прекрасный день, при сильномъ кожномъ зудѣ появляется общая крапивница, разрѣшающая сразу всѣ сомнѣнія.

Наряду съ наружной кожной крапивницей несомнѣнно существуетъ такая же крапивница слизистыхъ оболочекъ, которая сопровождается тяжелыми, но быстро проходящими явлениями раздраженія и припуханія слизистой оболочки кишечника, глотки, горла, бронховъ. Типическимъ примѣромъ этой крапивницы могутъ служить острые, кажущіеся грозными, астматическіе припадки у лицъ, страдающихъ идиосинкразіей,—припадки, которые появляются внезапно тотчасъ же послѣ употребленія куриныхъ яицъ, раковъ, земляники и всегда предшествуютъ настоящему «высыпанію» на кожу.

Что касается ближайшей причины крапивницы, то мы ничего достовернаго о ней не знаемъ. Несомнѣнно, что при этомъ играютъ большую роль различнаго рода раздраженія—алиментарныя, токсическія и термическія (холодъ), вызывающія кожную реакцію черезъ посредство симпатической нервной системы. Крапивницу, которая появляется послѣ впрыскиванія чуждой организму сыворотки или послѣ вакцинаціи, нужно объяснять главнымъ образомъ влияніемъ токсическаго вещества, освобождающагося при соединеніи антигена съ противотѣломъ (такъ назыв. анафилатоксина). Насколько въ этиологіи крапивницы играютъ роль „токсины желудочно-кишечнаго происхожденія“,—вопросъ остается открытымъ. Нѣкоторые приписываютъ этимъ токсинамъ этиологическую роль—дѣйствительно, у дѣтей, страдающихъ крапивницей, часто наблюдаются очень упорные запоры.

При свѣжемъ высыпаніи крапивницы по всему тѣлу назначаютъ постельное содержаніе и касторовое масло; для уменьшенія зуда рекомендуютъ обмываніе ментоловымъ спиртомъ или уксусной водой; можно прописать также охлаждающую мазь. Для предупрежденія рецидивовъ помогаетъ часто назначеніе вегетарианской діеты, ограниченіе молочнаго питанія и полное запрещеніе яицъ.



Рис. 167. Lichen urticatus s. strophulus. Локализация высыпаній группами. (Дрезденскій пріютъ для грудныхъ дѣтей, директоръ проф. Schiössmann).

### Острый ограниченный отекъ кожи.

Острый ограниченный отекъ кожи въ существенныхъ чертахъ очень близко подходитъ къ общей крапивницѣ (см. выше). Въ рѣдкихъ случаяхъ онъ развивается какъ самостоятельное страданіе, не сопровождаясь высыпаніемъ крапивницы, и въ такихъ случаяхъ носить ясно выраженный семейный характеръ. Излюбленнымъ мѣстомъ такого остраго припуханія является лицо, особенно рыхлая ткань вѣкъ. Болѣзнь въ большинствѣ случаевъ проходитъ въ теченіе нѣсколькихъ часовъ. Появленіе вмѣсто кожного отека того же процесса въ глоткѣ, гортани можетъ вести къ очень серьезнымъ затрудненіямъ глотанія и дыханія.

Нѣкоторые авторы утверждаютъ, что видѣли быстрый успѣхъ отъ холодныхъ полуваннъ или ледяныхъ компрессовъ.

### Strofulus.

У грудныхъ дѣтей и у дѣтей первыхъ лѣтъ жизни крапивница легко принимаетъ папулезный характеръ (*strofulus, lichen urticatus, urtic. papulosa*). Если удастся наблюдать свѣжій случай такой крапивницы, то можно видѣть совершенно ясно, какъ въ центрѣ пузырька или на маленькомъ пятнышкѣ крапивницы начинается приподниматься шаровидный, твердоватый узелокъ темнокраснаго цвѣта. Черезъ 1—2 дня краснота исчезаетъ, узелки становятся свѣтлѣе, блѣднѣютъ и затѣмъ въ видѣ мелкихъ восковидныхъ твердыхъ шариковъ остаются въ неизмѣненномъ видѣ надолго. Иногда на ихъ верхушкѣ имѣется маленькій пузырекъ, который при извѣстныхъ обстоятельствахъ можетъ нагноиться (*strofulus vesiculosus s. impetiginosus*). Въ этой стадіи едва ли можно узнать происхожденіе болѣзни изъ крапивницы, если только — какъ это часто бываетъ — на другихъ мѣстахъ тѣла не высыпаетъ свѣжая сыпь крапивницы.

Сыпь эта рѣдко бываетъ общей, въ большинствѣ случаевъ она ограничивается опредѣленными участками тѣла. Очень характерно для нея расположеніе тѣсными группами на рукахъ и ногахъ, особенно въ окрестности суставовъ. Иногда можно наблюдать, что *strofulus* располагается довольно правильно по ходу межребернаго нерва. Типиченъ также рѣзкій вызываемый сыпью зудъ. Нерѣдко узелки *strofulus* бываютъ расчесаны и покрыты маленькими кровянистыми корочками.

Относительно этиологіи и леченія въ общемъ можно сказать то же, что говорилось насчетъ крапивницы. То обстоятельство, что крапивница у очень маленькихъ дѣтей является именно въ формѣ *strofulus*, стоитъ, вѣроятно, въ связи съ анатомическими особенностями дѣтской кожи, чѣмъ также можно объяснить и тотъ интересный фактъ, что сыпь послѣ оспопрививанія въ первые годы жизни особенно часто принимаетъ характеръ *strofulus*. Лечение *strofulus* преимущественно діететическое. У грудныхъ дѣтей нужно также, какъ и при конституціональной экземѣ, по возможности ограничить питаніе молокомъ. У дѣтей же, вышедшихъ уже изъ грудного возраста, назначаютъ полное воздержаніе отъ молока и яицъ, чѣмъ, повидимому, нерѣдко достигаются хорошіе результаты. Въ полномъ противорѣчій съ этимъ стоитъ утвержденіе Galewsky'аго, что отъ „чистой молочной діеты“ всегда получается хорошей результатъ.

### Prurigo (почесуха).

Подъ этимъ названіемъ мы разумѣемъ сильно зудящую, хроническую узелковую сыпь, локализирующуюся типичнымъ образомъ, преимущественно на разгибательныхъ поверхностяхъ конечностей. Основной элементъ этой сыпи представляетъ такъ назыв. пруригинозный узелокъ, т. е. помѣщающееся въ верхнихъ слояхъ кожи твердое возвышеніе величиною отъ булавочной головки до коноплянаго зерна, розоваго или бѣловатаго цвѣта, — возвышеніе, которое вслѣдствіе расчесовъ въ большинствѣ случаевъ имѣетъ на верхушкѣ маленькую кровянистую корочку. Если провести рукой по заболѣвшей части кожи, то получается такое ощущеніе, какое даетъ мелкая терка.

Клиническое родство почесухи съ крапивницей видно изъ того, что почесуха постоянно развивается изъ описаннаго выше *lichen urticatus*, такъ что *strofulus* и *lichen urticatus* можно разсматривать, какъ



предварительную стадию развивающейся позднѣе почесухи. Впрочемъ и на почвѣ имѣющагося уже ясно выраженнаго *prurigo* появляются иногда—вслѣдствіе раздраженія при расчесахъ—новые и новые узелки крапивницы.

Первыя проявленія почесухи наблюдаются всегда въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ. Быстро проходящій обыкновенно *strophulus* не обнаруживаетъ здѣсь склонности къ исчезанію, летучій ангионеврозъ превращается въ эссенціальныи дерматозъ. Но въ то время, какъ первоначаль-



Рис. 168. *Prurigo*. Излюбленное мѣсто локализациі узелковъ—разгибательныя поверхности конечностей. Многочисленные расчесы. (Мюнхенская дѣтская клиника, директоръ проф. Pfaunder).

но сыпь распространяется по всему тѣлу, въ хронической стадіи она страннымъ образомъ ограничивается только разгибательными поверхностями конечностей (особенно на голеньяхъ), причемъ образуются мелкіе воспалительныя пруригинозные узелки, остающіеся въ неизмѣненномъ видѣ на долгое время.

Вслѣдствіе постоянныхъ расчесовъ и вторичной инфекции узелковъ мѣстная железа превращаются въ объемистыя твердыя опухоли, такъ назыв. пруригинозные бубоны, которые особенно легко прощупываются въ паховыхъ складкахъ; не особенно рѣдко развивается одновременно съ этимъ свѣжей геморрагической нефритъ.

Въ дѣтскомъ возрастѣ мы въ большинствѣ случаевъ встрѣчаемъ болѣе легкую, сравнительно хорошо поддающуюся леченію форму *prurigo*, именно такъ называемую *prurigo simplex mitis*, между тѣмъ какъ неизлечимая, мучительная и потому страшная *prurigo ferox* (Hebra) развивается только

въ позднѣйшемъ возрастѣ.

Причины, вызывающія *prurigo*, конечно, тѣ же самыя, что и причины крапивницы. Важнымъ факторомъ нужно, безъ сомнѣнія, считать и недостаточный уходъ, ибо иначе было бы непонятно, почему нерѣдко хроническіе случаи *prurigo mitis* иногда проходятъ безъ всякаго леченія только при полномъ покоѣ въ какомъ-нибудь благоустроенномъ лечебномъ учрежденіи.

Наружное леченіе, которое преслѣдуетъ главнымъ образомъ ту цѣль, чтобы вызвать размягченіе и мацерацию затвердѣвшей верхней

кожицы, заключается преимущественно въ потогонныхъ обертываніяхъ; здѣсь можно рекомендовать длительныя (до 4 часовъ) салициловыя обертыванія (конечности завертываются въ мокрое полотенце, смоченное въ растворѣ салициловой кислоты—щепотка кислоты на миску теплой воды, а сверху кладется толстый шерстяной платокъ). Въ промежуткахъ между обертываніями пораженныя мѣста кожи энергично намазываются ung. simpl.

Отъ знаменитой „дезинфекціи кишечника“ нельзя—sit venia verbo—ожидать большой пользы \*). Если врачъ полагаетъ, что препаратами же лѣза или такъ назыв. roborantia онъ въ состояніи „поднять“ и „усилить“ „общее питаніе“ и „измѣнить обмѣнъ веществъ“, то можно испытать указанные медикаменты.

### Многоформная эритема.

Къ этой группѣ относится цѣлый рядъ кожныхъ реактивныхъ процессовъ, которые, по ихъ морфологическому характеру и по стадіи развитія, называютъ различными именами: erythema papulatum, tuberculatum, haemorrhagicum, contusiforme, gyratum, marginatum, annulare, vesiculosum, iris. Точно также и узловатая эритема, которую часто относятъ въ особую группу, строго говоря, принадлежитъ къ тому же классу дерматозовъ.

Съ анатомической точки зрѣнія во всѣхъ этихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ воспалительнымъ процессомъ, съ настоящимъ дерматитомъ, который появляется въ видѣ гнѣздъ въ кожѣ и въ болѣе глубокихъ тканяхъ, въ дальнѣйшемъ теченіи ведетъ къ болѣе или менѣе рѣзко отграниченнымъ инфильтратамъ въ видѣ мелкихъ или крупныхъ узловъ. Изъ сказаннаго видно, что изстари употребляющійся терминъ выбранъ не особенно удачно, такъ какъ мы здѣсь имѣемъ нѣчто гораздо большее, чѣмъ разлитую красноту, зависящую отъ простой гипереміи кожи. На этомъ именно основаніи мы, со времени Нebra, называемъ эту форму эритемы въ отличіе отъ простой, эксудативной и потому говоримъ объ erythema exsudativum multiforme.

Съ чисто клинической точки зрѣнія всѣ многочисленныя формы эритемы могутъ быть легко раздѣлены на разновидности. Прежде всего нужно отдѣлить диффузную общую эритему отъ ограниченной, локализированной.

Общая эритема можетъ напоминать корь или краснуху, иногда можетъ давать даже скарлатинообразную сыпь. Однако, внимательный наблюдатель легко замѣтитъ, что отдѣльные элементы сыпи имѣютъ здѣсь скорѣе узелковый, мелко папулезный характеръ.

Вторую форму, именно локализованную эритему мы опять-таки можемъ раздѣлить по крайней мѣрѣ на двѣ главныя группы: одна форма обнаруживаетъ ясную склонность къ поверхностному распространенію, другая форма имѣетъ ограниченный характеръ, локализуется на небольшихъ, строго опредѣленныхъ участкахъ, гдѣ даетъ изолированныя, узловатая ядра инфильтраціи (ve-

\*) Глубоко уважая автора, имя котораго пользуется большимъ и вполне заслуженнымъ авторитетомъ въ современной педиатріи, мы не можемъ равнодушно отнестись къ подобной ироніи просто потому, что намъ удавалось и удается ослабить, даже прекратить въ иныхъ случаяхъ, мучительную для дѣтей сыпь однимъ приведеніемъ въ порядокъ ихъ кишечника. Прим. ред.

личною отъ орѣха до голубинаго яйца) (*Er. nodosum*). Въ высокой степени замѣчательна типическая локализациа обѣихъ этихъ формъ эритемы на разгибательныхъ поверхностяхъ конечностей, причемъ, вообще говоря, плоская форма эритемы поражаетъ преимущественно разгибательныя поверхности верхнихъ конечностей (особенно въ окружности лучезапястного и локтевого сустава), узловатая форма, напротивъ, локализируется преимущественно на разгибательныхъ поверхностяхъ нижнихъ конечностей (особенно по краю большой берцовой кости). Обѣ формы обладаютъ до известной степени склонностью къ образованію мелкихъ кровоизліяній; въ большей степени эта склонность присуща узловатой формѣ чѣмъ плоской. Если отдѣльные узелки, расположенные въ кожѣ надъ большой берцовой костью, даютъ всю гамму цвѣтовъ, свойственную выступившему изъ сосудовъ гемоглобину, то получается картина, которую, по понятнымъ основаніямъ, Нейра назвалъ *erythema contusiforme*.

По всей вѣроятности всѣ эти формы эритемы имѣютъ общее патогенетическое основаніе, именно раздраженіе со стороны какого-то циркулирующаго въ организмѣ токсическаго вещества; поэтому нѣтъ ничего удивительнаго, если появленіе этой сыпи сопровождается часто болѣе или менѣе тяжелымъ недомоганіемъ, нерѣдко даже болѣзненнымъ состояніемъ съ высокой температурой (эритемая болѣзнь по Вонн'у). Вредность, вызывающая эритему, можетъ заключаться:

а) Въ токсическомъ дѣйствіи бактерій и бактерійныхъ продуктовъ (примѣры: септическая эритема, эритема во время теченія цереброспинальнаго менингита, ревматизма, инфлуэнцы).

б) Въ токсическомъ дѣйствіи различныхъ специфическихъ соединений антигена и противотѣлъ (примѣры: эритема при сывороточной болѣзни и послѣ вакцинаціи; эритема, сопровождающая активный туберкулезъ или составляющая одно изъ проявленій туберкулиновой реакціи; эритема при кори и послѣ скарлатины).

в) Въ дѣйствіи какого-либо лекарственнаго вещества, къ которому имѣется индивидуальная непереносимость (такъ назыв. медикаментозная экзантема).

При этомъ нужно отмѣтить, что кожная реакція ни въ какомъ случаѣ не имѣетъ специфическаго характера, что одинъ и тотъ же вредный моментъ можетъ вызывать то одну, то другую форму эритемы. Такъ, напр., послѣ кожной туберкулиновой реакціи я наблюдалъ то общую экзантему (на подобіе скарлатины и кори), то локализованную эритему (плоскую и узловатую, однажды въ формѣ типической узловатой эритемы).

Общеизвестенъ фактъ, что многоформная эритема (въ особенности въ локализованной формѣ) очень часто встрѣчается въ связи съ ревматическими заболѣваніями, но до сихъ поръ это явленіе не объяснено. Пораженіе суставовъ и мышечныя боли встрѣчаются при эритемѣ нерѣдко, опытный врачъ-спеціалистъ можетъ вспомнить случаи, гдѣ дѣти, болѣвшія сначала подобной эритемой, заболѣвали нѣсколько лѣтъ спустя *reliosis rheumatica*, затѣмъ хореей и въ концѣ-концовъ являлись съ систолическимъ шумомъ у верхушки сердца. Если во время теченія остраго суставнаго ревматизма на кожѣ, покрывающей пораженный суставъ, появляется многоформная эритема, то боли очень часто исчезаютъ почти внезапно.

Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи представляютъ

известныя трудности прежде всего инфекціонныя эритемы (такъ назыв. четвертая и пятая болѣзни): трудности эти могутъ оказаться нелюбѣдимыми, если, напр., нѣтъ возможности установить источникъ зараженія и если случай попадаетъ подъ наблюденіе не во время эпидеміи.

Благотворное дѣйствіе на мѣстный воспалительный процессъ оказываетъ холодная свинцовая примочка изъ укусуноуслуго глинозема. Въ виду ревматическаго характера локализованной эритемы при ней назначаютъ тоже аспиринъ.

### Impetigo.

Въ эту группу мы относимъ *impetigo contagiosa*, затѣмъ пемфигусъ новорожденныхъ, наконецъ, *dermatitis exfoliativa*—контагиозныя дерматозы, обусловливаемые гноеродными стафило- и стрептококками; родство названныхъ формъ имѣетъ, слѣдовательно, этиологическое основаніе.

Въ особенности поучительны тѣ наблюденія, гдѣ типичный импетиго развивается вслѣдствіе зараженія отъ старшихъ дѣтей и отъ взрослыхъ, страдающихъ пемфигусомъ. Причина, почему одна и та же инфекція вызываетъ у грудныхъ младенцевъ образованіе большихъ пузырей пемфигуса или даже отторженіе эпидермиса на большихъ пространствахъ (*dermatitis exfoliativa*), а въ позднѣйшемъ возрастѣ ведетъ только къ образованію импетигозныхъ пустулъ,—причина эта лежитъ, вѣроятно, въ анатомическихъ особенностяхъ кожи. На нѣжной кожѣ новорожденныхъ тонкій роговой слой легко сходитъ на обширныхъ участкахъ, напротивъ, на болѣе плотной кожѣ старшихъ дѣтей тотъ же эксудативный процессъ захватываетъ лишь мелкія участки. Впрочемъ, у новорожденныхъ мы иногда встрѣчаемъ мелкія импетигозные пустулы, не обнаруживающія склонности къ поверхностному распространенію и—что особенно замѣчательно—къ образованію корокъ (*impetigo bullosa*).

#### Impetigo contagiosa.

Основной формой является здѣсь импетигозная пустула. Сперва мелкіе, но затѣмъ быстро увеличивающіеся, окруженные узкимъ воспалительнымъ кольцомъ гнойныя пузырьки, которые быстро лопаются, засыхаютъ и покрываются желтой или коричневою корочкой. Вслѣдствіе контагиозности процесса импетигозные пустулы располагаются въ большинствѣ случаевъ другъ около друга, сливаются и образуютъ такимъ образомъ на лицѣ вокругъ рта и носа различнаго рода узорчатая фигуры, на волосистой части головы плотный струпеовидный покровъ на подобіе шлема. Вслѣдствіе расчесовъ гноеродные возбудители переносятся часто на отдаленные участки тѣла, вслѣдствіе чего на рукахъ, ладоняхъ, ногахъ, туловищѣ появляются новыя импетигозные пустулы. Характерно,



Рис. 169. *Impetigo faciei*. Отдѣльная высыпанія на лбу, корнѣ носа и верхней губѣ; на щекахъ сливная сыпь. — Полное отсутствіе экземы. Полное и стойкое излеченіе въ теченіе одной недѣли. (Мюнхенская дѣтская клиника, проф. Pfaundler).

что область между лопатками остается обыкновенно свободной от сыпи вследствие того, что дѣти не могутъ достать этой области ногтями пальцевъ.

Чрезвычайно важно отмѣтить тотъ фактъ, что, несмотря на несомнѣнную контагиозность импетиго, несмотря на одинаковыя условія зараженія, не всѣ дѣти заболѣваютъ этой сыпью. По всей вѣроятности возбудители импетиго могутъ найти себѣ почву только на такой кожѣ, которая отвѣчаетъ на инфекціонное раздраженіе мѣстнымъ воспалительнымъ процессомъ, которая, слѣдовательно, по самой природѣ своей особенно предрасположена къ воспалительной реакціи. Въ воспалительныхъ продуктахъ кокки находятъ, въ продолженіе долгаго времени, прекрасную среду, вследствие чего дѣло доходитъ до образованія пустуль.

Если импетиго развивается какъ самостоятельное первичное страданіе, то кожа въ окружности пустуль бываетъ мало измѣненной, даже нормальной; въ такомъ случаѣ кругловатыя корочки кажутся какъ бы приставшими къ нормальной кожѣ. Иначе обстоитъ дѣло при вторичномъ импетиго, которое такъ часто развивается на почвѣ экземы, крапивницы, *strophulus*, вследствие инфекціи мазями или при расчесахъ.



Рис. 170. *Pemphigus neonatorum*. Сохранившіеся и лопнувшіе пузырьки. Добракачественное теченіе. (Мюнхенская дѣтская клиника, проф. Pfau ndler).

Особую форму контагиознаго импетиго составляетъ **общая эктима**, которая, въ противоположность только что описанной картинѣ, развивается, повидимому, чаще всего изъ глубокихъ слоевъ кожи. На послѣдней сперва появляется твердый воспалительный инфильтратъ розоваго цвѣта, а на немъ въ послѣдствіи появляется гнойный пузырекъ, который затѣмъ продѣлываетъ всѣ тѣ стадіи, какъ и обыкновенный импетиго. Пустулы эктимы не имѣютъ никакой склонности къ групповой локализациі, онѣ всегда расположены изолированно и преимущественно появляются на разгибательныхъ поверхностяхъ конечностей и ягодицахъ; чаще всего эту сыпь приходится наблюдать послѣ чесотки. Если сыпь подвергается расчесамъ, то она оставляетъ ясные рубцы, которые держатся гораздо дольше, чѣмъ розовыя пятна излеченнаго импетиго.

При леченіи импетиго прекрасные результаты получаютъ отъ смягчающихъ масляныхъ компрессовъ съ послѣдующимъ примѣненіемъ мазей (*Ung. praecipitatum alb.* 2%). Если импетигозные пустулы разсыяны по всему тѣлу, то рекомендуется заклеиваніе каждой отдѣльной пустулы преципитатнымъ пластыремъ. При правильномъ леченіи импетиго излечивается въ нѣсколько дней. Гораздо упорнѣе эктима; здѣсь цѣлесообразнѣе прежде, чѣмъ перейти къ преципитатной мази, класть нѣкоторое время примочки изъ уксуснокислаго глинозема.

### *Pemphigus neonatorum.*

Эта форма описана подробно уже въ 17 столѣтіи; она представляетъ чрезвычайно характерную кожную болѣзнь новорожденныхъ, которая выражается въ появленіи на нормальной или слегка воспаленной кожѣ отдѣльныхъ пузырей величиною отъ обыкновеннаго до грецкаго орѣха, наполненныхъ слегка мутной жидкостью. Такіе мелкіе пузыри бывають сильно напряжены, напротивъ, болѣе крупныя наполнены жидкостью слабо, такъ что жидкость въ нихъ флюктуируетъ. Рѣдко приходится встрѣчать пузыри уже лопнувшими и освободившимися отъ своего содержимаго; тогда мы имѣемъ передъ собой круглыя или овальныя красныя участки, влажныя или уже высохшія, покрытыя отчасти остатками нарушеннаго рогового слоя.

Высыпь эта появляется у дѣтей при полномъ здоровьи; общія болѣзненныя явленія имѣють вторичный характеръ или вовсе не стоятъ въ связи съ сыпью.

Леченіе: ежедневно ванна изъ марганцовокислаго калия, затѣмъ частое обильное припудриваніе смѣсью талька съ окисью цинка или дерматоломъ.

### *Dermatitis exfoliativa.*

Подъ этимъ именемъ v. Ritter (1870) описалъ своеобразное, сопровождающееся отторженіемъ эпидермиса, эксудативное воспаленіе кожи у грудныхъ младенцевъ, которое въ свое время наблюдалось въ Пражскомъ воспитательномъ домѣ въ формѣ эпидеміи.

Этотъ сравнительно рѣдкій дерматозъ встрѣчается у дѣтей въ самыя первыя недѣли жизни; онъ начинается съ общей красноты кожи, сперва на лицѣ, особенно въ окрестности рта, затѣмъ быстро распространяется по всему тѣлу; на красной кожѣ появляются многочисленныя мелкіе пузырьки. Благодаря распространенному отеку сосочковаго тѣла эпидермисъ отдѣляется отъ кожицы на большихъ пространствахъ, такъ что его можно передвигать пальцемъ по влажному гладкому подлежащему слою. Подъ вліяніемъ любого ничтожнаго повода эпидермисъ можетъ разорваться и тогда роговой слой отдѣляется большими лоскутами, обнажая воспаленную кожицу.

На лицѣ вслѣдствіе отежной инфильтраціи кожи образуются—особенно вокругъ рта—радіальныя борозды, глубокія трещины и разрывы, такъ что получается картина, аналогичная сифилису, но гораздо болѣе рѣзкая и интенсивная (ср. выше діагностику сифилиса).

Севершено такой же процессъ можетъ одновременно происходить и на слизистыхъ оболочкахъ—на соединительныхъ оболочкахъ глазъ, въ полости рта, у носового входа.



Рис. 171. *Dermatitis exfoliativa* (Ritter). Грудной младенецъ 14 дней. (Гейдельбергская дѣтская клиника, проф. Feer).

Можно, собственно говоря, удивляться, какъ эти нѣжныя созданія переносятъ такой ужасающій дерматозъ: въ неосложненныхъ случаяхъ онъ протекаетъ даже безъ лихорадки, всѣ функціи питанія совершаются въ продолженіе извѣстнаго времени вполне нормально. Тѣмъ не менѣе предсказаніе, особенно у рожковыхъ дѣтей, сомнительно (по Ritter'у 50% смертности), такъ какъ на почвѣ этого дерматита очень легко развивается септицемія и тогда сразу мѣняется картина болѣзни.

Лечение: компрессы изъ разведеннаго уксуснокислаго глинозема; сильно воспаленныя мѣста смазываются 3% азотнокислымъ серебромъ. Ежедневно 1—2 ванны съ танниномъ; когда поверхность высыхаетъ, ее нужно тщательно припудривать (леницетомъ).

### Фурунгулезъ.

Фурункулы у дѣтей старшаго возраста ни по существу своему, ни по способу леченія ничѣмъ не отличаются отъ одноименнаго процесса у взрослыхъ.

Напротивъ, у грудныхъ дѣтей мы часто видимъ особую форму кожного фурункулеза, представляющую характерное заболѣваніе этого



Рис. 172. Множественные кожные абсцессы у грудного ребенка. (Дѣтская больница Gisela въ Мюнхенѣ, прив.-доц. Ibrahim).

возраста. Кожные фурункулы грудныхъ младенцевъ локализируются не такъ глубоко, какъ фурункулы подкожной клѣтчатки, кромѣ того, они появляются обыкновенно въ видѣ множественнаго пораженія. Мы называемъ это множественнымъ фурункулезомъ или множественными кожными абсцессами грудныхъ дѣтей.

У здороваго грудного младенца фурункулы не наблюдаются. Появленіе ихъ всегда является признакомъ болѣзни, несомнѣннымъ доказательствомъ того, что естественная стойкость кожи въ значительной степени понижена. Нерѣдко это заболѣваніе является результатомъ предшествующаго, тяжелаго разстройства питанія.

Количество отдѣльныхъ абсцессовъ можетъ быть чрезвычайно велико. Иногда имѣется 100 и болѣе абсцессовъ. Вначалѣ они малы, чутъ больше горошины; при продолжительномъ существованіи они мо-

гутъ достигнуть величины орѣха и даже больше. Такіе крупныя абсцессы кажутся на-ощупь мягкими и вялыми. Если абсцессъ проколотъ, то часто изъ него выходитъ струйка крови и гноя. Поэтому въ Германіи народъ называетъ эту болѣзнь „Blutaas“ или „Blutschwår“.

Въ клиническомъ отношеніи можно легко различать 2 группы:

1. Въ первой группѣ главнымъ мѣстомъ расположенія фурункуловъ является кожа затылка, шеи и спины, слѣдовательно, тѣ части тѣла, которыя легко подвергаются тренію и обильному потоотдѣленію. Сначала появляются многочисленныя мелкіе гнойныя пузырьки, которые въ большинствѣ случаевъ соотвѣтствуютъ выходнымъ отверстиямъ потовыхъ железъ (periporitis по Levandowsky'ому). Позже изъ этихъ пустулъ развиваются абсцессы. Что при этихъ процессахъ играетъ главную роль экзогенный путь инфекціи,—это не подлежитъ сомнѣнію. Часто дѣти страдаютъ разстройствомъ питанія, но условіе это не обязательно.

2. Фурункулы расположены также обильно на груди, ягодицахъ и конечностяхъ; въ этихъ случаяхъ нельзя опредѣленно указать какой-либо „излюбленной локализациі“ абсцессовъ. Иногда все тѣло бываетъ усыяно фурункулами. Абсцессы растутъ чрезвычайно быстро и приобрѣтаютъ синеватую окраску. Этотъ дерматозъ поражаетъ преимущественно блѣдныхъ, истощенныхъ грудныхъ дѣтей, обнаруживающихъ ясныя клиническіе признаки атрофіи. Особое предрасположеніе къ этому дерматозу даетъ, повидимому, мучное питаніе. Появленіе новыхъ фурункуловъ при этой формѣ почти невозможно предупредить, даже если защититъ кожу отъ новой инфекціи путемъ самаго тщательнаго ухода. Эти фурункулы возникаютъ, по всей вѣроятности, эндогенно, путемъ гематогенной инфекціи. Отсюда отнюдь еще не слѣдуетъ, что мы имѣемъ дѣло съ септициеміей, такъ какъ циркулированіе отдѣльныхъ бактерій въ крови — явленіе, которое у кахектическихъ дѣтей встрѣчается нерѣдко—отнюдь еще не равносильно тому, что мы клинически понимаемъ подъ словомъ сепсисъ.

Леченіе представляетъ большія затрудненія. Отдѣльныя фурункулы нужно вскрыть острымъ скальпелемъ и тотчасъ же удалить гной при помощи ватки, смоченной въ сулемѣ. Фурункулы на туловищѣ лучше всего вскрывать въ теплой сулемовой ваннѣ. Послѣ этого нужно обильно посыпать кожу пудрой. Лучше всего насыпать дѣтямъ въ постель цинковую пудру или отруби. Влажныя повязки и мази здѣсь неумѣстны, даже если онѣ и содержатъ въ себѣ дезинфицирующее вещество.

## Зоонозы.

### Педикулезъ.

Головная вошь (*Pediculus capitis*), представляющая очень частаго обитателя волосъ у дѣтей блѣдныхъ классовъ, даетъ при недостаточномъ уходѣ дерматозъ преимущественно импетигинознаго характера, который въ виду его этиологіи называется кратко педикулезъ. Сильно зудящая, шелушащаяся кожа головы покрыта мѣстами большими, толстыми, сравнительно плотно сидящими корками и струпьями; волосы часто слипаются другъ съ другомъ въ плотныя пучки. При этомъ часто имѣются свѣжія гнойныя пустулы и расчесы экзематозныхъ узловъ, особенно на границѣ волосистой части. Чрезвычайно характерна вторичная экзема отъ расчесовъ (см. выше), локгли-



зирующаяся на затылкѣ и имѣющая нерѣдко форму узкой полосы, идущей между лопатками внизъ. Если врачъ имѣетъ передъ собой подобнаго рода картину, то онъ можетъ быть увѣренъ, что здѣсь причиной болѣзни является головная вошь. При болѣе подробномъ осмотрѣ можно найти если не живое насѣкомое, то по крайней мѣрѣ многочисленныя гниды.

Леченіе должно быть направлено: 1) противъ живыхъ паразитовъ, 2) противъ вторичныхъ кожныхъ явленій и 3) противъ остающихся гнидей.

Къ 1 п. Обмыванія и компрессы изъ смѣси равныхъ частей керосина и деревяннаго масла на ночь (бояться огня!). Затѣмъ голову моютъ мыломъ.

Къ 2 п. Подъ компрессами корки размягчаются; онѣ удаляются, кожа подъ ними покрывается бѣлой преципитатной мазью. По уничтоженіи паразитовъ и прекращеніи зуда экзема излечивается сама собой. Можно, впрочемъ, примѣнить также пудру или пасту.

Къ 3 п. Примѣненіе укуса или 1% укусной кислоты для размягченія хитина, съ повторными вычесываніями головы частымъ гребнемъ.

Само собой разумѣется, что для облегченія леченія хорошо остричь или обрить волосы, но у дѣвочекъ это варварское мѣропріятіе можно примѣнять только въ крайнихъ случаяхъ. Тамъ, гдѣ имѣются болѣе обширные участки импетиго, нельзя обойтись безъ частичнаго выстриганія волосъ.

### Чесотка.

Этіологическимъ моментомъ при чесоткѣ является клещъ (*Sarcoptes hominis* s. *Acarus scabiei*), который, проникая въ кожу, вызываетъ чрезвычайно мучительное заболѣваніе. Центромъ тяжести въ картинѣ болѣзни являются и здѣсь вторичныя явленія, которыя часто распространяются по всему тѣлу, какъ результатъ интенсивнаго зуда и вызываемыхъ имъ расчесовъ. Въ особенности невыносимымъ становится зудъ вечеромъ, послѣ согрѣванія тѣла въ постели. Многочисленныя кровяныя корочки и царапины, покрывающія всю кожу, особенно на спинѣ и груди, являющіяся цѣннымъ признакомъ чесотки, говорятъ съ достаточной ясностью объ отчаянныхъ расчесахъ, къ которымъ прибѣгаютъ дѣти для того, чтобы хоть сколько нибудь умѣрить невыносимый зудъ. Зудъ и расчесы сами по себѣ объясняютъ всѣ разнообразныя вторичныя измѣненія кожи: рефлекторную экзему, (см. выше), крапивницу, пруриго, многочисленныя гнойныя пустулы, пузыри, импетиго, экзему, которые въ общей сложности составляютъ картину болѣзни при чесоткѣ. Вслѣдствіе нѣжности и обилія соковъ въ кожѣ дѣтей ранняго возраста всѣ указанныя пораженія кожи появляются въ гораздо болѣе обильномъ количествѣ и гораздо болѣе рѣзко выражены, чѣмъ въ болѣе позднемъ возрастѣ.

Центромъ тяжести изслѣдованія чесотки является нахожденіе клеща. Однако, и безъ этого *corpus delicti*, даже безъ нахожденія типичныхъ клещевыхъ ходовъ, можно безошибочно при указанной картинѣ болѣзни діагносцировать чесотку. Объ этомъ свидѣтельствуетъ лучше всего благоприятный исходъ назначеннаго леченія.

Клещевые ходы локализируются преимущественно на кистяхъ и ступняхъ, именно въ особенности охотно на внутренней сторонѣ запястья, на боковыхъ поверхностяхъ пальцевъ, на тылѣ стопы. Но они могутъ также появиться и

на другихъ частяхъ тѣла, такъ, напр., на локтевыхъ сгибахъ, подкожныхъ ямкахъ, даже на твердой кожѣ ладоней и подошвъ (см. рис. 173). Они имѣютъ видъ либо прямыхъ, либо изогнутыхъ линий въ  $\frac{1}{2}$ —1 см. длины и приблизительно столько же миллим. ширины. «Классической ходъ» характеризуется тѣмъ, что на концѣ его помѣщается маленькая, бѣловатая приподнятая точка—это и есть клещъ. Для того, чтобы захватить его, разрѣзаютъ кончикомъ ножа весь ходъ по направлению къ возвышенной точкѣ, затѣмъ извлекаютъ эту точку и, согласно научнымъ требованіямъ, рассматриваютъ ее подъ микроскопомъ.

При леченіи чесотки примѣняется много противопаразитныхъ средствъ. Наибольшимъ распространеніемъ пользуется комбинація изъ сѣры, мыла и дегтя.

Мы уже съ давнихъ поръ употребляемъ модифицированную Hebra Wilkinsons'овскую мазь (Flor. sulf., Ol. fagi aa 40,0, Sapon. virid., axung. porci aa 80,0, cret. alb. pulv. 5,0). Лечение ведется слѣдующимъ порядкомъ:



Рис. 173. Чесотка, пустулезная сыпь. (Мюнхенская дѣтская клиника, проф. Pfaundler).

1-й день. Въ кожу досуха втирается зеленое мыло, послѣ чего дѣлается теплая ванна (5—10 минутъ). Послѣ ванны тѣло сухо вытирается, затѣмъ вся кожа, въ особенности на рукахъ и стопахъ, интенсивно натирается указанной мазью.

2-й день. Снова производится втираніе. Ребенокъ остается въ постели!—Вечеромъ новое втираніе.

3-й день. Съ кожи удаляются при помощи ваты и масла остатки мази, затѣмъ вся кожа покрывается пудрой (смѣсью талька и окиси цинка). Вечеромъ дѣлается теплая ванна, мѣняется постельное и носильное бѣлье.

Поистинѣ замѣчательно, какъ хорошо обыкновенно острая и раздраженная чесоточная экзема, въ отличіе отъ экземы другого происхожденія, переноситъ это радикальное леченіе. Раздраженіе бываетъ сравнительно рѣдко. Если появляются признаки раздраженія, воспаленную кожу лечатъ затѣмъ цинковымъ масломъ или пудрой.

У грудныхъ дѣтей употребляютъ въ большинствѣ случаевъ болѣе нѣжные мази, напр. перувианскій бальзамъ пополамъ съ оливковымъ масломъ или стирскъ; но леченіе это приходится производить въ теченіе многихъ дней.

## Туберкулезъ.

Первичное заболѣваніе туберкулезомъ кожи наблюдается у дѣтей сравнительно рѣдко, скорѣе всего о первичномъ заболѣваніи можетъ идти рѣчь при волчанкѣ; однако, здѣсь еще не доказано, да едва ли и можетъ быть доказано съ достовѣрностью, что кожа является первичными входными воротами для туберкулезнаго бацилла. По крайней мѣрѣ установлено, что при вскрытіи дѣтей, страдавшихъ волчанкой—кстати сказать встрѣчаемой очень рѣдко—всегда находится туберкулезъ внутреннихъ органовъ, хотя бы и въ формѣ небольшихъ творожисто-перерожденныхъ железъ или въ формѣ старыхъ фиброзныхъ отложений. Такимъ образомъ здѣсь, повидимому, заболѣваніе кожи является вторичной инфекціей, которая, на почвѣ пріобрѣтенной повышенной чувствительности, ведетъ къ очень характернымъ измѣненіямъ кожи, о специфическомъ характерѣ которыхъ въ настоящее время не существуетъ никакихъ сомнѣній.

Инфекція кожи происходитъ либо экзогенно, либо эндогенно. Для изолированной волчанки, расположенной въ окружности носа, болѣе вѣроятенъ первый путь инфекціи, между тѣмъ какъ для множественныхъ разсѣянныхъ измѣненій кожи нужно, по всей вѣроятности, признать эндогенный путь инфекціи.

Если человѣку, пораженному туберкулезными измѣненіями кожи, впрыснуть туберкулинъ, то на мѣстѣ кожныхъ явленій возникаетъ острое воспаленіе,—феноменъ, который со времени Koch'a носитъ на званіе гнѣздной реакціи. На кожные процессы не туберкулезнаго характера впрыскиванія туберкулина не оказываютъ никакого вліянія. Специфичность реакціи установлена съ полной несомнѣнностью. Поэтому въ случаѣ какого либо сомнѣнія можно всегда прибѣгнуть къ этому сравнительно простому способу для опредѣленія специфичности или неспецифичности имѣющагося кожного заболѣванія.

Чѣмъ вызываются измѣненія кожи—живыми или мертвыми бациллами, только ядовитыми продуктами бациллъ, ихъ эндотоксинами—это вопросъ второстепеннаго значенія. Тѣмъ не менѣе онъ уже съ давнихъ поръ привлекаетъ къ себѣ чрезвычайное вниманіе и не разъ уже давалъ поводъ къ полемикѣ, по большей части безрезультатной. Бациллярный характеръ волчанки и scrophuloderma установлены съ несомнѣнностью уже давно. Относительно цѣлаго ряда другихъ измѣненій кожи туберкулезнаго характера мы уже съ опредѣленностью знаемъ, что при очень тщательномъ изслѣдованіи (Leiner и Spieker, Zieler) можно въ нихъ найти бациллы или по крайней мѣрѣ остатки распавшихся бациллъ. Однако, дѣлать изъ этого тотъ выводъ, что всѣ указанные выше кожные процессы имѣютъ всегда бациллярный характеръ, было бы совершенно неправильно, такъ какъ, не говоря о томъ, что часто получаются и отрицательные результаты, мы иногда почти такія же измѣненія кожи—именно прежде всего lichen и aspe—можемъ получить послѣ втиранія въ кожу туберкулина, притомъ даже въ томъ случаѣ, когда мы для этого пользуемся тщательно профильтрованными туберкулиномъ. т. е. когда не можетъ быть никакого сомнѣнія въ отсутствіи всякихъ „обломковъ бациллъ“. На основаніи этихъ соображеній можно сказать, что дѣленіе туберкулезныхъ кожныхъ болѣзней на „истинныя или настоящія“, съ одной стороны, и на „туберкулиды“, съ другой, строго говоря, не правильно, такъ какъ одинъ и тотъ же процессъ, напр., lichen scro-

fulosorum, можетъ быть то бацилярнымъ, т. е. „истиннымъ“ или небацилярнымъ, т. е. „не настоящимъ“.

Если же мы, несмотря на это, въ дальнѣйшемъ изложеніи говоримъ о туберкулидахъ, то мы при этомъ имѣемъ въ виду отнюдь не что-нибудь такое, что принципиально бы отличалось отъ волчанки и скрофулодермы. Самымъ важнымъ общимъ признакомъ всѣхъ этихъ процессовъ является специфическая реакція на проникшій въ организмъ антигенъ со стороны обладающей повышенной чувствительностью кожи. Понятіе туберкулидовъ мы сохраняемъ исключительно по клиническимъ соображеніямъ, какъ и вообще распределеніе отдѣльныхъ реактивныхъ формъ на различныя подгруппы имѣетъ оправданіе исключительно съ точки зрѣнія клинически-діагностической.

### Волчанка.

Характернымъ основнымъ элементомъ волчанки является волчаночный узелокъ—маленькій, чрезвычайно мягкій, вначалѣ погруженный въ кожу, коричнево-красный инфильтратъ. При нажатіи его предметнымъ стекломъ окраска его не исчезаетъ, а становится лишь нѣсколько блѣднѣе, приобрѣтая своеобразную прозрачность. Такихъ узелковъ можно всегда найти значительное количество. Если они.



Рис. 174. *Lupus nasi et faciei*. Типичные волчаночные узлы, расположенные по краю бляшекъ. (Мюнхенская дѣтская клиника, проф. Pfaunder).



Рис. 175. Разсѣянная кожная волчанка. (Гейдельбергская дѣтская клиника, проф. Feeg).

будучи расположены тѣсно другъ около друга, сливаются, то образуются подъ-эпителиальные кругловатые инфильтраты, надъ которыми эпидермальный слой начинаетъ шелушиться вслѣдствіе того, что онъ лишается питанія. Одновременно по краю этихъ бляшекъ появляются свѣжіе узелки, которые, вслѣдствіе роста въ высоту, постепенно выдвигаются за уровень кожи и окружаютъ шелушащуюся поверхность волчанки на подобіе вѣнка. Такова обычная картина *lupus vulgaris*, какую мы чаще всего встрѣчаемъ на лицѣ, въ особенности около носа и въ ближайшихъ къ нему участкахъ (рис. 174). При бла-

гопрятно протекающих случаях уже в этой болѣ легкой стадіи обнаруживается тенденція къ обратному развитію, вслѣдствіе чего образуется нѣжный поверхностный рубецъ своеобразнаго, шелковистаго блеска, совершенно прикрывающій первоначальный инфильтратъ. Но гораздо чаще наблюдается склонность къ язвенному распаду узловъ и узелковъ. Въ результатѣ получаются болѣе или менѣе значительныя язвы, быстро покрывающіяся корками, по удаленіи которыхъ обнаруживается мягкое язвенное дно, на которомъ видны разросшіяся массы на подобіе трута, легко кровоточащія. Если вслѣдствіе сильной пролиферации по краю язвы образуются эпителиальныя и соединительнотканныя разрощенія, то возникаютъ бородавчатыя новообразованія (*Papillae vegetosae*), которыя на лицѣ нерѣдко ведутъ къ утолщенію всей пораженной кожи на подобіе элифантіазиса. Однако, чаще всего мы находимъ бородавчатую волчанку на конечностяхъ, именно на разгибательныхъ поверхностяхъ. Здѣсь иногда послѣ остраго высыпанія наблюдается появленіе множественныхъ разсѣянныхъ бородавчатыхъ участковъ, что несомнѣнно указываетъ на занесенное черезъ кровь самоотравленіе.

Чрезвычайно неблагоприятное, но, къ сожалѣнію, очень частое осложненіе волчанки представляетъ переходъ процесса на сосѣднія слизистыя оболочки, гдѣ она можетъ производить ужасныя опустошенія. Всякому, вѣроятно, приходилось видѣть обезображенныя лица съ синевато-краснымъ, покрытымъ рубцами и разрушеннымъ съ разныхъ сторонъ носомъ, съ громадными ноздрями вслѣдствіе разрушенія крыльевъ—физиономіи, иногда удивительно напоминающія старыя муміи.

Для дифференціальнаго діагноза между сифилисомъ и волчанкой можно, помимо клиническихъ признаковъ, пользоваться еще впрыскиваніемъ туберкулина и Wassermann'овской реакціей.

Леченіе: Въ недалекомъ зашедшихъ случаяхъ показуется вырѣзываніе волчаночныхъ узловъ съ послѣдующей пересадкой кожи. Собственно говоря, предлагается такой приемъ больше изъ косметическихъ соображеній, такъ какъ нѣтъ основаній особенно бояться кожной волчанки, ибо и безъ того въ каждомъ случаѣ несомнѣнно имѣется туберкулезъ внутреннихъ органовъ. Очень хорошія услуги оказываетъ иногда пирогаллолъ (въ формѣ 10% мази). Мазь намазываютъ на кусокъ борланта слоемъ въ 1 миллим. и прикладываютъ дважды въ день къ пораженнымъ мѣстамъ. Если наступаетъ воспаленіе и образованіе струпуевъ,—а эту цѣль мы именно здѣсь преслѣдуемъ,—то переходятъ къ дальнѣйшему леченію уксусноокислымъ глиноземомъ. Процедуру эту приходится, однако, повторять нѣсколько разъ, по возможности до тѣхъ поръ, пока исчезнутъ всѣ волчаночныя узлы, послѣ чего рекомендуется послѣдовательное леченіе цинковой мазью. Леченіе свѣтомъ по Finsen'у даетъ лучшіе результаты, чѣмъ леченіе рентгеновскими лучами. Отъ леченія туберкулиномъ я до сихъ поръ не видалъ хорошихъ результатовъ.

### Скрофулодерма.

Такъ называютъ туберкулезное измѣненіе кожи, начинающееся узловатой инфильтраціей въ подкожномъ слоѣ и почти всегда переходящее въ нагноеніе. Иногда узлы, просуществовавъ нѣсколько мѣсяцевъ, произвольно излечиваются; въ большинствѣ же случаевъ наступаетъ прободеніе и гной выдѣляется наружу. Чаще всего узлы берутъ свое начало изъ какой-нибудь специфически пораженной железы, но иногда они располагаются совершенно самостоятельно въ видѣ изолированныхъ или множественныхъ, разсѣянныхъ, безболѣзненныхъ инфильтратовъ, величиною съ чечевичное зерно, горошину или миндаль. Кожа вокругъ этихъ узловъ остается вначалѣ нормальной, только позднѣе она принимаетъ синеватое окрашиваніе и нѣкоторый блескъ. Эти образованія обозначаются терминомъ скрофулезныя гуммы; однако, этотъ терминъ не вполне правиленъ, такъ какъ понятіе гуммы, собственно говоря, должно быть сохранено для сифилитическихъ процессовъ.

Въ большинствѣ случаевъ скрофулодерма развивается въ формѣ синеватыхъ, вялыхъ, легко кровоточащихъ грануляцій, въ окружности прободнаго отверстія нагноившихся железъ, костей и суставовъ. Въ

сущности здѣсь мы имѣемъ не что иное, какъ длительную аутореакцію кожи, которая происходитъ вслѣдствіе проникновенія токсического туберкулезнаго гноя въ кожу, обладающую повышенной специфической воспримчивостью. Неспецифическій гной никогда не производитъ подобныхъ измѣненій въ окружности фистулезныхъ отверстій. Конечно, самый фистульный ходъ также принимаетъ участіе въ реакціи, въ чемъ и кроется причина того, что свищъ подъ влияніемъ повышенной мѣстной чувствительности обнаруживаетъ бѣольшую склонность къ омертвѣнію тканей и язвенному распаду, чѣмъ къ заживленію. Само собой разумѣется, что на такого рода кожныхъ участкахъ остаются широкіе, сложные рубцы, о специфическомъ характерѣ которыхъ можно судить иногда много лѣтъ спустя по ихъ синеватой окраскѣ.

Леченіе скрофулодермы представляетъ большія трудности и относится къ области хирургіи. Специфическая терапія можетъ только тогда принести пользу мѣстному процессу, если она продолжается до тѣхъ поръ, пока наступаетъ полная устойчивость по отношенію къ туберкулину въ видѣ антианафилаксіи.

### Lichen, acne, экзема.

Со времени Нейга классическій *lichen scrophulosorum* опредѣляется, какъ поверхностная сыпь, наблюдаемая у туберкулезныхъ индивиду-



Рис. 176. *Lichen scrophulosorum*. (Мюнхенская дѣтская клиника, проф. Pfaundler).

умовъ, располагающаяся группами, состоящая изъ медленно развивающихся желтоватыхъ, коричневыхъ или синеватыхъ узелковъ, величиною отъ булавочной головки до чечевичнаго зерна, слегка возвышающихся надъ уровнемъ кожи,—сыпь, которая либо вовсе не зудитъ, либо зудитъ очень мало, которая уже рано покрывается мельчайшими чешуйками и послѣ многомѣсячнаго существованія въ неизмѣненной

формъ подвергается въ концѣ-концовъ обратному развитію. Одинъ такой случай изображенъ на предлагаемомъ рисункѣ, гдѣ, кромѣ того, видна типическая локализція въ крестцовой области, — локализція вообще характерная для *lichen scrophulosorum*.

Такіе чистые случаи *lichen scrophulosorum* встрѣчаются сравнительно рѣдко. Въ большинствѣ случаевъ въ области распространенія *lichen* встрѣчаются также еще и другія высыпанія, болѣе или менѣе крупныя папулы и пузырьки, а также истинные экзематозные узлы. Въ противоположность чистому *lichen*, который занимаетъ всегда только отдѣльные, рѣзко ограниченные участки кожи, не превышающіе размѣрами ладонь, комбинированныя сыпи занимаютъ часто большіе участки, нерѣдко всю нижнюю половину тѣла, въ особенности же нижнія конечности.

Изъ терапевтическихъ мѣропріятій до сихъ поръ больше всего успѣха получалось отъ примѣненія рыбьяго жира.

Другая сыпь, близкая по своему характеру къ *lichen* и встрѣчающаяся у золотушныхъ дѣтей еще чаще послѣдняго — *acne scrophulosorum*. Иногда эта сыпь комбинируется съ *lichen*, но часто она появляется и самостоятельно, на лицѣ, ягодицахъ, бедрахъ, въ формѣ отдѣльно расположенныхъ узловъ, имѣющихъ на верхушкѣ маленькую пустулу и окруженныхъ небольшимъ краснымъ вѣнчикомъ. Узелки эти, имѣющіе сначала величину булавочной головки, быстро растутъ, приобрѣтаютъ размѣры горошины, причемъ гнойная пустула въ большинствѣ случаевъ превращается при этомъ въ корочку. Нерѣдко эти узелки, на подобіе папулезно-некротическихъ туберкулидовъ, оставляютъ послѣ себя плоскіе, кожные рубцы, окруженные блѣдной полосой пигментации.

Наряду съ *lichen* мы у золотушныхъ дѣтей видимъ иногда типичныя узлы аспе на мѣстѣ втиранія туберкулиновой мази, что говоритъ въ пользу того, что для ихъ возникновенія бациллярная инфекция не является абсолютно необходимой.

То же самое нужно сказать и о золотушной экземѣ, которая характернымъ образомъ развивается преимущественно на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ кожа соприкасается со специфически воспаленными слизистыми оболочками, слѣдовательно — въ окружности глазъ, на вѣкахъ, на кожѣ щекъ, вокругъ ноздрей, въ слуховомъ проходѣ и на ушной раковинѣ, особенно же въ складкѣ между ушной раковиной и кожей головы. Характерно для этой экземы еще то, что она строго ограничивается первоначальнымъ участкомъ и не обнаруживаетъ склонности къ распространенію по поверхности. Участіе этой экземы въ туберкулиной реакціи явно указываетъ на ея специфическій характеръ, т. е. что помимо эксудативнаго діатеза мы имѣемъ здѣсь еще другую этиологическій факторъ, именно туберкулезъ.

Escherich предлагаетъ для всѣхъ перечисленныхъ формъ кожной реакціи собирательное названіе скрофулидовъ.

### Мелко-папулезный туберкулидъ грудныхъ дѣтей.

Эта форма принадлежитъ къ категоріи туберкулидовъ, описанныхъ Воеск'омъ подъ названіемъ папулезно чешуйчатыхъ. На большое діагностическое значеніе этой сыпи въ грудномъ возрастѣ указалъ впервые Ham burger. Такъ какъ характерная центральная чешуйка быстро отпадаетъ, такъ что въ большинствѣ случаевъ мы наблюдаемъ сыпь безъ чешуекъ, именно въ видѣ мелкихъ, кругловатыхъ папулъ, то для краткости мы здѣсь можемъ говорить о мелко-папулезныхъ туберкулидахъ.

Отдѣльный элементъ сыпи имѣеть размѣры отъ булавочной головки и самое большее до небольшого чечевичнаго зерна, круглую или овальную форму, розовый или синеватый, позже свѣтло-коричневый цвѣтъ и не сопровождается зудомъ. Характерно для этихъ узелковъ отсутствіе какого-либо некроза или изъязвленія, легкое вдавленіе въ центрѣ и появленіе блеска при натягиваніи кожи. Но всего характернѣе то обстоятельство, что эти узелки появляются въ очень скудномъ количествѣ. Въ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ только не болѣе трехъ—четырехъ, иногда всего только одинъ узелочекъ. Локализируется эта сыпь на кожѣ живота, груди, на плечахъ и конечностяхъ; локализациія сама по себѣ не типична.

Являясь очень важнымъ кожнымъ симптомомъ туберкулеза, указанная сыпь можетъ сразу же навести врача на вѣрный діагнозъ. Впрочемъ, возможно смѣшеніе сыпи съ мелкимъ геморрагическимъ или кахектическимъ *strafulus*. Поэтому прежде, чѣмъ высказать окончательное мнѣніе, лучше произвести кожную туберкулиновую реакцію.

### Папулезно-некротическій туберкулидъ.

Папулезно-некротическій туберкулидъ располагается преимущественно на разгибательныхъ поверхностяхъ конечностей. Но иногда эта сыпь появляется и на другихъ частяхъ тѣла, на ягодицахъ, ушныхъ раковинахъ и т. п.

Сыпь исходитъ изъ глубокихъ частей кожи и образуетъ на поверхности болѣе или менѣе крупные узлы, величиною отъ чечевичнаго зерна до вишневой косточки, которые быстро обнаруживаютъ наклонность къ некротическому распаду и изъязвленію на своей верхушкѣ. При этомъ узелокъ покрывается грязно-коричневой корочкой, по удаленіи которой обнаруживается кратерообразное дно язвы, легко кровоточащее, какъ при волчанкѣ. Отдѣльные элементы сыпи никогда не располагаются тѣсно другъ около друга; они обыкновенно разсыяны, но встрѣчаются, однако, въ большемъ количествѣ, чѣмъ при мелко-папулезномъ туберкулидѣ грудныхъ дѣтей.

Очень часто папулезно-некротическій туберкулидъ—нерѣдко въ сопровожденіи *lichen scrophulosorum*—развивается послѣ кори приблизительно черезъ 14 дней послѣ поблѣднѣнія сыпи. Туберкулидъ этотъ не исчезаетъ иногда въ теченіе многихъ мѣсяцевъ, что зависитъ уже отъ постояннаго появленія новой сыпи, которая не даетъ процессу прекратиться. Некротическіе туберкулиды оставляютъ послѣ себя очень типичные рубцы, въ формѣ кругловатыхъ бѣлыхъ, слегка углубленныхъ пятенъ, окруженныхъ коричневымъ кружкомъ пигментациі.

Впервые описалъ эту сыпь Barthélemy, выбравъ чрезвычайно неудачное названіе *folliklis*, которое, какъ показываетъ опытъ, часто вызываетъ у учащихся совсѣмъ неправильное представленіе.

### Литература.

- Bloch, Beziehungen zwischen Hautkrankheiten und Stoffwechsel. *Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk.* 1908. Bd. II.  
 Bohm, Hautkrankheiten in Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten.  
 Brandweiner, Die Hautkrankheiten des Kindesalters. Deuticke. Wien 1910.  
 Feer, Das Eksem mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. *Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk.* Bd VIII, 1912.  
 Galewsky, Die wichtigsten Erkrankungen der Haut im Handbuch der Kinderheilkunde, herausg. von Pfandler-Schlossmann 1910, 2. Aufl.  
 Jarisch-Matzenauer, Die Hautkrankheiten, 2. Aufl. Verlag von Alfr. Hölder. Wien 1908.  
 Leiner, Tuberkulöse Erkrankungen der Haut im Handbuch der Kinderheilkunde, herausg. von Pfandler-Schlossmann 1910, 2. Aufl.



## Предметный указатель.

### А.

Аденоидитъ 221.  
Азотъ, обмѣнъ его 14.  
Acne 769.  
Алкоголь, примѣненіе его 90.  
Allaitement mixte 43.  
Альбуминурия, ортотическая 391, функциональная 394, новорожденныхъ 11.  
Альбуминурия при вакцинаціи 597.  
Амнионный пупокъ 119.  
Ангина 220, катарральная 221, эксудативная 221, фолликулярная 221, лакунарная 221, гангренозная 224.  
Angina necrotica при scarlatinѣ 548.  
Angina retronasalis 221, ulcero membranosa 223, Plantii 223, Vincentii 223.  
Английская болѣзнь 187.  
Anaemia perniciosa 147, pseudoleucaemia infantum 148.  
Аномалии, врожденные 119.  
Apogexia nervosa 301.  
Аорта, стенозъ ея 371.  
Аппендицитъ 314.  
Аритмія сердца 362.  
Артериосклерозъ 390.  
Артритизмъ 195.  
Асептика пуповины 59.  
Аспираціонная пневмонія 347.  
Asthma dyspnoicum у дѣтей 283.  
Асфиксія, врожденная 111, приобретенная 112.  
Асфиксія при истинномъ крупѣ 611.  
Атаксія, острая церебральная 473, наследственная 487.  
Атетозъ, двусторонній 469.  
Атиреозъ 199.  
Атрофія, легкая форма 238, тяжелая форма 251.  
Афонія при истинномъ крупѣ 611.  
Афты, Bednag'овскія 214.  
Ахондроплазія 209.  
Ацетонемическая рвота 196.  
Аэротоксемія 143.

### В. В\*.

Backhaus'овское молоко 53.  
Баланитъ 419.  
Барабанная перепонка, изслѣдованіе ея 329, парацентезъ 332.  
Барабанная полость, заболѣваніе ея 328.  
Барабанная полость, катарръ ея у новорожденныхъ 329.

Віегмег'овскій типъ малокровія 147.  
Блѣдная немочь 143.  
Боли въ животѣ при крупозной пневмоніи 351.  
Болтающіеся суставы при остромъ полиміалитѣ 479.  
Болѣзненное расположеніе, уменьшеніе его 83.  
Болѣзненные предрасположенія, особая 187.  
Болѣзнь Barlow'a 162, 164.  
Болѣзнь Basedow'a 208.  
Болѣзнь Buhl'я 129.  
Болѣзнь Friedreich'a 487.  
Болѣзнь Heine-Medin'a 474.  
Болѣзнь Hirschprung'a 303.  
Болѣзнь Roger'a 368.  
Брадикардія 363.  
Браки между близкими родственниками 81.  
Бродильная диспепсія 285.  
Бродяжничество 523.  
Броженіе, эндогенное, при разстройствѣ пищеваренія 231.  
Бронхи, дифтерія 610.  
Бронхитъ 338, астматическій 342, капиллярный 343.  
Бронхіэкстази 355.  
Бронхопнеймонія 347.  
Бронхо-энтерокатарръ 290.  
Брыжеечныя железы, бугорчатка ихъ 316.  
Брюшина, заболѣванія ея 314, бугорчатка ея 316, опухоли 319.  
Брюшной тифъ 648.  
Бугорчатка, предупрежденіе ея 83.  
Бугорчатка кишекъ 293, брюшины 316.  
Бѣлковое молоко 257.  
Бѣлокъ, количество его въ мочѣ при ортотической альбуминуриі 394, 395.  
Бѣлокъ, потребность въ немъ у грудного ребенка 14.  
Бѣшенство у дѣтей 518.

### В. V\*. W\*.

Вакцинація 593.  
Вакцинная сыпь 596.  
Ванны, охлаждающія 89, горячія 91.  
Вариолоидъ 591.  
Вариоляція 593.  
Varicelle, см. Вѣтряная оспа.  
Wassermann'овская реакція 732.

- Введение пищи, нормальная реакция на него 235, парадоксальная реакция на него 236.
- Введение растворовъ въ прямую кишку 93.
- Weil'евская болѣзнь 312.
- Величина суточного количества пищи 41.
- Венные шумы 364.
- Вилочковая железа, увеличеніе ея при status thymico-lymphaticum 189.
- Winckel'евская болѣзнь 129, 146.
- Виттова пляска 510.
- Влагалище, геморрагія его 136.
- Вливанія, внутривенныя 105.
- Внѣдреніе кишекъ 306
- Вода, обмѣвъ ея 17.
- Вода, потеря ея при декомпозиціи 253.
- Водяной ракъ 218.
- Возбуждающія средства 91.
- Возможность зараженія у дѣтей 537.
- Возрастное предрасположеніе при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ 535.
- Волосы, ломкость и выпаденіе ихъ при заболѣваніяхъ щитовидной железы 202.
- Волчанка 767.
- Воспитаніе ребенка 84.
- Впрыскиваніе, подкожныя и внутримышечныя 105.
- Врожденный сифилисъ 711.
- Всасываніе, ухудшеніе его при диспепсїи 245.
- Вскармливаніе, кормилицей 46, здоровой ребенка 32, естественное 32, искусственное 48, 51, физиологія 3.
- Вспомогательная кормилица 47.
- Vulva, дифтерія 613.
- Вульво-вагинитъ 416, гонорройный 416.
- Выносливость, нормальная 234, уменьшеніе ея 235, разстройства пищеварительной дѣятельности вслѣдствие перехода за предѣлы выносливости 229.
- Выпаденіе прямой кишки 308.
- Вѣсъ дѣтей при рожденїи 21.
- Вѣтряная оспа 565.
- Вяжущія средства 97.
- Г. G\*.**
- Галакторрея 40.
- Гаптины молока 6.
- Гастропарезъ 284.
- Гастроэнтеритъ, катарральный 289, тифоподобный 290.
- Гебепренія 530
- Гематурія 411.
- Гемихорея 512.
- Гемоглобинурія 411, пароксизмальная 146, 412.
- Гемодинамика 139.
- Гемофилия 166.
- Genu valgum и varum при рахитѣ 175.
- Гигиена кормящей грудью 36.
- Гидранэнцефалія 449.
- Гидроцефалюидъ 443.
- Гиперглобулія при врожденныхъ порокахъ сердца 366.
- Гипертонія мышцъ физиологическая 30.
- Гипопластическая конституція 189.
- Гипостаъ, простой 347.
- Гипотиреозы 198, абортивныя формы 205, при болѣзни Basedow'a 208, при монголизмѣ 212.
- Гипотонія при Виттовой пляскѣ 511.
- Гликозурія 184.
- Глухонѣмота при заболѣваніяхъ щитовидной железы 202.
- Головная водянка, хроническая при эпидемическомъ цереброспинальномъ менингитѣ 438, наружная 443, внутренняя 444, старшихъ дѣтей 447, сифилитическая 448.
- Головной мозгъ, гипертрофія его 453.
- Головной мозгъ, уродства 450.
- Голоданіе 229, простое количественное 269, качественное 270, опасности 277.
- Голоданіе, опасности его при декомпозиціи 255.
- Голосовая щель, судороги ея 495, 496.
- Гонококковый перитонитъ 316.
- Гормоны 9.
- Гортань, аномалии въ строенїи ея при stridor congenitus 334.
- Гортань, дифтерія 610.
- Гортань, папиллома ея 337.
- Горчичное обертываніе 346.
- Горчичныя ванны 91, 346.
- Горячая ванна 91, 108.
- Грануломатозъ 160.
- Гриппозная болѣзнь 658.
- Грудно-ключично-сосковая мышца, гематома ея 155.
- Грудная клѣтка у новорожденного 2.
- Грудобрюшная преграда ея 310.
- Грыжа 309.
- Д. D\*.**
- Двѣнадцатиперстная кишка, язвы ея при декомпозиціи 252.
- Debilitas vitae 78.
- Дезинфекція при инфекціонныхъ болѣзняхъ 539.
- Декомпозиція 251.
- Dementia praecox 530.
- Dentitio difficilis 26, 220.
- Dermatitis exfoliativa 761.
- Дизентерія, истинная 291.
- Diplegia spastica infantilis 467.
- Диспепсія 244, острая 246, 282, хроническая 247, 283.
- Дистокія 462.
- Dystrophia musculorum progressiva 489.
- Дифтерійныя бациллы 600.
- Дифтерія 599, восприимчивость 601, патогенезъ и патологическая анатомія 602, общая картина болѣзни 603.
- Diabetes insipidus 412, mellitus 184.
- Диатезъ, воспалительный или эксудативный 190, геморрагическій при болѣзни Barlow'a 165, спазмофильный 492.
- Диатезы, особые болѣзненные 187.
- Дрожаніе, острое церебральное 473.

Ductus arteriosus Botalli, незарошение его 369, omphalo-mesentericus, наличие его 119.

Дыхание, ритмъ его 3, токсическое при пищевомъ токсикозѣ 262.

Дѣтскій каль 10.

Дѣтскій нефритъ, хроническій 404.

Дѣтскій параличъ, спинномозговой 474, церебральный 461.

Дѣтское молоко 48.

### Е.

Евстахиева труба, заболѣванія ея 328.

Eczema intertriginosum 743.

Entozoa 310.

Enuresis diurna 413, nocturna 413.

Epilepsia nutans 507, procurrentia 507.

Erstein'овская кашалка 85, 182.

Erythrodermia desquamativa 744.

Естественная сливочная смѣсь Biedert'a 53.

### Ж.

Железистая лихорадка 222.

Желтуха, катарральная 312, семейная хроническая гемолитическая 150, при септицеміи новорожденныхъ 129, формы острой желтухи 312.

Желудокъ, гистологическое строение стѣнки его 8.

Желудокъ, промыванія 96.

Желудокъ, хроническій катарръ его 283.

Желудокъ грудного ребенка 8, емкость его 8.

Желудочное пищеварение, продолжительность 9.

Желудочно-кишечный каналъ, острая заразная заболѣванія его 289, нервная 295.

Желчные ходы, врожденная закупорка ихъ 313.

Женское молоко 3.

Животъ, изслѣдование его 69.

Жизнеспособность недоношеннаго ребенка 107.

Жирное молоко Gartner'овское 53.

Жирный мыльный каль 240.

Жировая склерома при пищевомъ токсикозѣ 262.

Жиръ, всасываніе его 15.

Жиръ, обмѣнъ его 14.

### З.

Заболѣваемость въ дѣтскомъ возрастѣ 74.

Заболѣванія, abortивныя при остромъ полиоміалитѣ 479, эндогенныя нервной системы 485, мышцъ 485.

Забрюшинная железа, бугорчатка ихъ 316.

Заворотъ кишекъ 306.

Заглоченный абсцессъ 224.

Закаливаніе 84, 340.

Запоръ грудныхъ дѣтей 305, эссенціальный 306, при искусственномъ вскармливаніи 305, старшихъ дѣтей 305.

Зараженія, предупрежденія ихъ 81.

Застойная головная водянка при мозговыхъ опухоляхъ 444.

Застойный сосокъ 459.

Затылочный признакъ Brudzinsk'aro 428.

Заушница, эпидемическая 643.

Земляничныи языкъ 545.

Злокачественная дифтерія 607.

Зобъ 207.

Золотуха 689.

Зоознозы 763.

Зубы, аномаліи ихъ 220.

Зѣвъ, осмотръ его 64.

Зѣвъ, флегмона и рожа его 224, опухоли его 224.

### И. I.

Идиосинкразія къ коровьему молоку 257.

Идиотія 528, семейная амауротическая 487, монголоидная 210, при заболѣваніяхъ щитовидной железы 202.

Идиотія Tay-Sachs'a 486.

Известь, обмѣнъ ея при рахитѣ 169.

Изслѣдование, техника его 62.

Изслѣдование, электрическое 71.

Изслѣдование кормилицы 46.

Илеотипус 648.

Imbecillitas 528, ранніе симптомы 29.

Иммунитетъ, пониженіе его 272.

Impetigo 759, contagiosa 759.

Инородная тѣла въ наружномъ слуховомъ проходѣ 333, въ дыхательныхъ путяхъ 337, въ носу 327.

Intertrigo 743, при экссудативномъ диатезѣ 191.

Интоксикація, пищевая 260.

Интубация 628.

Инфантилизмъ, кишечный 286, при заболѣваніяхъ щитовидной железой 206, при status lymphaticus 190.

Инфекціонныя болѣзни, острая, общія замѣчанія 532, различныя комбинаціи 537.

Инфлуэнца 658.

Ипекакуана при энтероколитѣ 293.

Истерія 523.

Истощеніе 229.

Исчезаніе ядеръ, дѣтское 453.

### J\*.

Jackson'овская эпилепсія 460.

Jaksch-Hayem'овская анемія 148.

### К. С\*.

Казеинъ 4.

Калорійный способъ, измѣреніе обмѣна веществъ посредствомъ него 18.

Каль грудного ребенка 10, 73.

Капельная инфекция 534.

Caput quadratum при рахитѣ 176, при сифилисѣ 731, succedaneum 114.

Катарръ кишекъ, хроническій 283.

Кататонія 530.

Катетеризація мочевого пузыря 70.

Cachexia thyroprivia 200.

- Кипячение молока 50.  
 Кислородъ, вдыханіе его 93.  
 Кислоты, способность молока связывать ихъ 6.  
 Кислоты броженія, образованіе ихъ при диспепсiи 246.  
 Кифотическое искривленіе позвоночника при рахитѣ 175.  
 Кишечная бугорчатка 293, флора 11.  
 Кишечникъ, врожденная закупорка его 303, полипозъ его 295.  
 Кишечное пищевареніе 9.  
 Кишки, промыванія 94.  
 Клеициры 94.  
 Кожа, болѣзни ея 737, дифтерія 613, измѣненія ея при заболѣваніяхъ щитовидной железы 201.  
 Кожные рефлексы у новорожденного 30, пупокъ 119, гуммы 729.  
 Козье молоко 3.  
 Коклюшъ 630.  
 Соха вага при рахитѣ 175.  
 Колики, успокоеніе ихъ 98.  
 Коллапсъ, леченіе 91.  
 Colostrum 6.  
 Колыбель 60.  
 Кома, диспептическая 282.  
 Comotus cerebri 455.  
 Комнатная температура 60.  
 Компрессионный мѣлитель 484.  
 Конвульси 496.  
 Конституціональные болѣзни 138.  
 Конституція, гипопластическая при status thymicus 189, невротическая и психопатическая 575, лимфатическая 188, особая аномалія ея 187.  
 Контактная инфекция 534.  
 Контроль молока 49.  
 Конъюнктивитъ, дифтерія 613.  
 Conjunctivitis lymphatica или phlyctenulosa 690.  
 Конъюнктивитъ новорожденныхъ, острый бленорройный 132.  
 Корева пнеймонія 572.  
 Корева крупъ 572.  
 Cozyza 320.  
 Кормилица 46.  
 Кормленіе грудью, техника его 39.  
 Коровье молоко 3.  
 Корь 560, у грудныхъ дѣтей 568, отклоненія 568.  
 Кости, обезображиванія ихъ при рахитѣ 174, заболѣванія ихъ при Müller-Barlow'sкой болѣзни 162, размягченіе ихъ 167, измѣненіе роста ихъ при заболѣваніяхъ щитовидной железы 200.  
 Костная гумма 728.  
 Коэффициентъ энергіи Neubner'a 49.  
 Krianiotabes при рахитѣ 174.  
 Крапивница 752.  
 Краснуха 578.  
 Крестовидная голова при рахитѣ 176.  
 Кретинизмъ, эндемическій 204.  
 Крипторхизмъ 421.  
 Кровоизвлеченіе при нефритѣ 402.  
 Кровоизліянія въ мозгъ 114, 455.  
 Кровотеченія при декомпозиціи 252, пупочная 126.  
 Кровь, болѣзни ея 138, образованіе ея 138, полученіе ея 74, ребенка 2, 138.  
 Крупъ, истинный 610, ложный 335.  
 Купанія ребенка 59.  
 Куриная грудь при рахитѣ 175.  
 Cutis laxa при заболѣваніяхъ щитовидной железы 201.
- Л. Л\*.**
- Лактальбуминъ 4.  
 Лактація, начало ея 35, уменьшеніе ея 36.  
 Лактоглобулинъ 4.  
 Laryngitis acuta 334, при кори 567, phlegmonosa 336.  
 Ларингоспазмъ 495.  
 Легкія, изслѣдованіе ихъ 67.  
 Легочная артерія, стенозъ ея 370.  
 Легочный туберкулезъ 692.  
 Лейкемія 155, лимфатическая 156, мѣлоидная 158.  
 Лекарственные вещества 105, назначенія ихъ 104.  
 Ленточные глисты 311.  
 Лимфаденитъ, заглочочный 224, при скарлатинѣ 551.  
 Лимфаденозы, лейкемическіе 156.  
 Лимфатизмъ 188.  
 Лимфосаркоматозы 157.  
 Лимфоцитоматозы 156.  
 Little'вская болѣзнь 467.  
 Lichen 769.  
 Lichen urticatus 755.  
 Лихорадка, пищевая 261, лекарственное леченіе 90.  
 Лицевой нервъ, параличъ 118, 490.  
 Лицо, особое выраженіе его при аденонидныхъ разрошеніяхъ 326.  
 Ложная дифтерія полости рта грудного ребенка 215.  
 Ложный кризисъ при пнеймоніи 353.  
 Ложный столбнякъ 505.  
 Лордозъ при ортотической альбуминурии 394.  
 Лѣтнія колоніи 88.
- М.**
- Макроглоссия при заболѣваніяхъ щитовидной железы 202.  
 Maladie des tics convulsifs 518.  
 Малиновый языкъ 545.  
 Малокровіе 140, 144, 145, въ зависимости отъ питанія 141, послѣ кровотеченій 144, токсогенное 145, леченіе 151.  
 Малокровіе пролетарія 142.  
 Мальтоза 15.  
 Маститъ 34.  
 Мегалоспленія Gaucher-Schlangehauser'a 151.  
 Меконій 10.  
 Melaena neonatorum 130, spuria 130.  
 Müller-Barlow'sкая болѣзнь 162.  
 Меллитурія, недіабетическаго происхожденія 184.

- Менингизмъ 443.  
 Meningitis cerebrospinalis epileptica 434, heredosyphilitica 443, purulenta 432, serosa 441, tuberculosa 426.  
 Meningocele spuria traumatica 455.  
 Мигрень 518.  
 Micromelia chondromalacica 209.  
 Микроцефалия 450.  
 Микседема 199, 202, врожденная 203, приобретенная 205.  
 Миндалины, гиперплазія при эксудативномъ діатезѣ 193, болѣзни ихъ 220.  
 Минеральная составная части молока 5, 16.  
 Митральный клапанъ, недостаточность его 377, сужение его 377.  
 Myotonia congenita 454.  
 Миокардитъ, острый 387, хроническій 386.  
 Мiopatia, рахитическая 178.  
 Мѣлзить 484.  
 Мѣлоцитоматозы 158.  
 Млекогонныя средства 36.  
 Млечотечение 40.  
 Мнимое малокровіе 154.  
 Мозговая пазуха, тромбозъ ея 443.  
 Мозговое давление, явленія его 459.  
 Мозговой абсцессъ 458.  
 Мозговой склерозъ, разлитой 474.  
 Мозговые нервы, параличи ихъ при остромъ полиомѣлитѣ 478.  
 Мозговые сосуды, тромбозъ 455, эмболия 455.  
 Мозговая оболочка, болѣзни ихъ 425.  
 Мокрота, изслѣдованіе ея 73, 339.  
 Молозивная тѣльца 6.  
 Молозиво 6.  
 Молоко 3, дѣтское 48.  
 Молоко, ежедневное потребленіе его 45.  
 Молоко вѣдьмъ 13.  
 Молочная корка при эксудативномъ діатезѣ 191.  
 Молочница 218.  
 Молочный жиръ 5, состояніе его при разстройствахъ баланса 239.  
 Молочный сахаръ 5, 15, примѣненіе его 45.  
 Mongolismus 210.  
 Монорхизмъ 421.  
 Монотерапія у грудныхъ дѣтей 13.  
 Moral insanity 529.  
 Morbilli 560.  
 Morbus Basedowii 208, coeruleus 366, maculosus 165.  
 Морскія ванны 102.  
 Mors thymica 189.  
 Моча, добываніе ея у грудного ребенка 69, 70.  
 Моча, количество ея 12.  
 Мочевые органы, новообразованія ихъ 424.  
 Мочевые пути, гнойныя заболѣванія ихъ 406.  
 Мочекислый инфарктъ новорожденныхъ 11.  
 Мука, примѣненіе ея 54, 55.  
 Мучнистая испражненія 245.  
 Мыльный калъ 240.  
 Мышечная атрофія 488, формы 488.  
 Мышечныя гипертоніи 504.  
 Мышечныя движенія, координированныя 29.  
 Мышечныя заболѣванія при заболѣваніяхъ щитовидной железы 203.  
 Мышцы, врожденные дефекты ихъ 454.  
 Мышцы, заболѣванія ихъ 491.  
**Н. N\*.**  
 Навязчивыя представленія 523.  
 Назначеніе сырого молока 50.  
 Наркотическія средства, примѣненіе ихъ у дѣтей 99.  
 Наростаніе вѣса 22.  
 Насморкъ 320, отъ простуды 323, хроническій 325.  
 Небныя миндалины, гиперплазія ихъ 224.  
 Невральгія 491.  
 Неврастеніе 520.  
 Недоноски 107, вскармливаніе его 109.  
 Недостатокъ ядеръ, врожденный 453.  
 Незарошеніе ductus arteriosus Botalli 369, овальнаго отверстія 368.  
 Нейтральный жиръ при диспепсіи 245.  
 Нервная система, развитіе ея 27.  
 Нервная система, эндогенныя заболѣванія ея 485, изслѣдованіе 71.  
 Нервы, параличи ихъ 116.  
 Нефритъ, острый 398, другого происхожденія 401, хроническій 403, при дифтеріи 401, при скарлатинѣ 398, 553, при наслѣдственномъ сифилисѣ 405.  
 Нефритъ при вѣтряной оспѣ 590.  
 Нитчатая глисты 310.  
 Нома 218.  
 Носовое кровотеченіе 328.  
 Носъ, дифтерія его 608.  
 Носъ, заболѣванія его 320.  
 Ночной испугъ 319.  
**О.**  
 Obesitas 185.  
 Обертыванія, влажныя 89.  
 Обертываніе груди 340.  
 Обливанія, холодныя 91.  
 Обмѣнъ веществъ при разстройствахъ баланса 240, при декомпозиціи 253, болѣзни его 138, измѣненія его при заболѣваніяхъ щитовидной железы 202, физиологія 14.  
 Общая кислотность желудочнаго содержимаго 8.  
 Общій обмѣнъ веществъ 17.  
 Овальное отверстіе, незарошеніе его 368.  
 Одышка, выдыхательная 496.  
 Ozaena 325.  
 Омфалитъ 123.  
 Онанизмъ 421.  
 Онанія 523.  
 Опекунство 87.  
 Опухоль мозга 459.  
 Органы дыханія, болѣзни ихъ 320.  
 Органы чувствъ у новорожденныхъ 28.  
 Особенности грудного ребенка, анатомическія и физиологическія 1.

- Оспа, натуральная, дифференциальный диагноз между нею и вѣтряною оспою 590.
- Оспопрививаніе 593, техника 594.
- Osteogenesis imperfecta 210.
- Остеопоротическая форма рахита 168.
- Остеопсатирозъ 210.
- Osteochondritis syphilitica 713.
- Отекъ кожи, острый ограниченный 754.
- Otitis media 330, при скарлатинѣ 549.
- Острицы 310.
- Отвлечение на кишечникъ 402.
- Отнятіе отъ груди 44.
- Отсталость, психопатическая 529.
- Охладители для воды 51.
- П. Р\*.**
- Pavor nocturnus 519.
- Паденіе вѣса при пищевомъ токсикозѣ 262.
- Пальцы въ видѣ жемчужинъ при рахитѣ 176.
- Папиллома гортани 337.
- Paralysie douloureuse 490.
- Параличъ Landry 480.
- Paramyoclonus multiplex 514.
- Паратифъ 658.
- Парафимозъ 419.
- Парацентезъ барабанной перепонки 332.
- Parotitis epidemica 643.
- Пастеризація молока 50.
- Pachymeningitis interna haemorrhagica 425.
- Педатрофія, тяжелая 251.
- Педикулезъ 763.
- Paedonephritis 404.
- Pemphigus neonatorum 761.
- Pemphigus syphiliticus 714.
- Первое молоко 6.
- Перегрѣваніе 279.
- Перекармливаніе 56, 279.
- Перекармливаніе, абсолютное 230, относительное 230.
- Переломы при рахитѣ 174.
- Перемѣщеніе большихъ сосудовъ 371.
- Перепончатый ринитъ 609.
- Переходъ къ смѣшанной пищѣ 58.
- Перикардитъ, острый 379.
- Perimastitis 134.
- Перитонитъ, какъ слѣдствіе аппендицита 314, гнойный, новорожденныхъ 314, другія формы его 315, стрептококковый 316, гонококковый 316, туберкулезный, слипчивая форма 317, эксудативная форма 317, утробный 318.
- Периартеритъ 124.
- Periorchitis serosa 420.
- Perspiratio insensibilis 40.
- Pertussis 630.
- Pes valgus при рахитѣ 175.
- Petit mal 507.
- Печень, заболѣванія ея 312, опредѣленіе границъ ея 68.
- Печень, опухоли ея 313.
- Печень, острая желтая атрофія ея 312.
- Печень, увеличеніе ея при рахитѣ 178.
- Печень, циррозъ ея 312.
- Пилороспазмъ, простой 298.
- Pylgoccephalus 453.
- Питательные препараты, искусственные 100.
- Пища, смѣшанная 58.
- Пищевареніе, разстройства его у грудного ребенка 277, у дѣтей, вскармливаемыхъ искусственно 227.
- Пищевареніе, тяжелая хроническая недостаточность его по окончаніи грудного возраста 286.
- Пищеварительная дѣятельность, разстройства ея, понятіе 227, эндогенныя 280, экзогенныя 278, вслѣдствіе парентерального зараженія 273, конституціональныя грудныхъ дѣтей 280, вслѣдствіе недостатка пищи 229, 266, вслѣдствіе излишка питательныхъ веществъ 229, послѣзаразный 276, симптомы 238, вслѣдствіе первичного ослабленія выносливости 232, 273, вслѣдствіе перехода за предѣлы выносливости 229, 237, вслѣдствіе перегрѣванія 232, вслѣдствіе испорченнаго молока 232.
- Пищеварительная работа 19.
- Пищеводъ, врожденныя аномаліи 226, приобретенныя заболѣванія его 226, ожога 226.
- Пищевыя вещества, потребность въ нихъ 20.
- Pyelonephritis 406.
- Пиамія у новорожденныхъ 129.
- Plaques érosives 698, 744.
- Плевритъ 357, септической, у новорожденныхъ 357, фибринозно-гнойный у грудныхъ дѣтей 357, серофибринозный 359.
- Плечевое сплетеніе, параличъ его 116.
- Плодь, сифились его 711.
- Пневмококковый перитонитъ 316.
- Пнеймония, крупозная 350, хроническая 355.
- Поваренная соль, подкожныя вливанія ея 94.
- Поваренная соль, физиологическій растворъ ея 265.
- Полиневритъ 491.
- Полипозъ кишечника 295.
- Полисерозитъ 384.
- Polyarthritis acuta 665.
- Поліоміэлитъ, острый 474.
- Поліоэнцефалитъ, первичный 456.
- Полость рта, болѣзни ея 214.
- Полость рта, дифтерія 613.
- Порокъ сердца, врожденный 365.
- Порэнцефалія 463.
- Послѣдовательныя болѣзни при скарлатинѣ 553.
- Потогонное дѣйствіе 90.
- Потребность въ пищѣ грудного ребенка 18, искусственно вскармливаемыхъ дѣтей 56.
- Почесуха 755.
- Почки, абсцессъ ихъ 406.

- Почки, гнойная заболѣванія ихъ 406, при разстройствѣхъ питания у грудныхъ дѣтей 403, у новорожденного 11.
- Поясничной проколь, техника 72.
- Пребываніе на открытомъ воздухѣ, важность его при бронхитѣ 342.
- Препятствія къ кормленію грудью 32.
- Прибавленіе искусственной пищи при грудномъ кормленіи 43.
- Привратникъ, врожденный спастическій, стенозъ его 295.
- Признаки вырожденія 517, 528.
- Признакъ Кернига 428, 431.
- Припадки асфиксіи при насморкѣ 324.
- Причины смерти 77.
- Приученіе ребенка къ послушанію 61, къ чистотѣ 61.
- Пробная пункція плевры 360.
- Продолжительность кормленія грудного ребенка 41.
- Проколь сердечной сумки 382.
- Прорѣзываніе зубовъ 26, аномаліи 220, при рахитѣ 175, второе 27.
- Противопоносныя средства 98.
- Профилактика, общая 80, общественная, дѣтскаго возраста 85.
- Prurigo 755.
- Прямая кишка, выпаденіе ея 308.
- Псевдобульбарный параличъ 469.
- Псевдогипертрофія при мышечной дистрофіи 489.
- Псевдо-дифтерійныя бациллы 618.
- Псевдолейкеми 154, истинныя 157.
- Псевдолордозъ 394.
- Псевдомикроцефалія 450.
- Псевдонуклеинъ 5.
- Псевдопараличъ Parrot 723.
- Псевдопиррозъ, перикардитическій 384.
- Pseudocrupp 334, при кори 363.
- Pseudologia phantastica при истеріи 526.
- Психозы 528.
- Психопатія, отношеніе къ экзудативному діатезу 194.
- Птіалинъ 7.
- Пугливость при невропатической пугливости 516.
- Пузырь со льдомъ, примѣненіе его 90.
- Пульсъ, замедленіе его при декомпозиціи 251.
- Пупокъ, заболѣваніе его 118.
- Пупокъ, омертвѣніе его 123.
- Пупочное кольцо, острое воспаленіе его 123.
- Пупочный канатикъ, отпаденіе его 118, грыжи его 119.
- Пупочныя артеріи, заболѣваніе ихъ 124.
- Пупочныя грыжи 310, при заболѣваніяхъ щитовидной железы 202.
- Пупочныя кровотеченія 126.
- Purpura 165, abdominalis 166, fulminans 166, haemorrhagica 166, rheumatica 166, simplex 166.
- Пятна Koplik'a 563.
- P. R\*.**
- Развитіе грудного ребенка, физиологическое 28.
- Разрощенія, аденоидныя 326.
- Разсольныя ванны 102.
- Разстройства сердца, нервныя 365.
- Разстройство баланса 237.
- Рамогенъ Biedert'a 53.
- Рахитическія четки 176.
- Рахитъ 167.
- Rachischisis 451.
- Рвота, ацетонэмическая 196, нервная 300, періодическая старшихъ дѣтей 299, привычная и неукротимая грудныхъ дѣтей 298.
- Реакція молока 5, парадоксальная при декомпозиціи 253.
- Ревматизмъ, хроническій 670.
- Rheumatismus nodosus 668.
- Röntgen'овскіе лучи, изслѣдованіе ими 74.
- Рефлексъ на прикосновеніе роговой оболочки 30.
- Ригидность затылка 434.
- Rhinitis 320, при дифтеріи 321, при наследственномъ сифилисѣ 322.
- Rhinitis membranacea 609.
- Ритмъ сердца, разстройства его 362.
- Родимая грязь при экзудативномъ діатезѣ 191.
- Роднички 25, большіе при рахитѣ 173, незакрытіе ихъ при заболѣваніяхъ щитовидной железы 201.
- Родовыя травмы 113.
- Рожа 672, у новорожденныхъ 132.
- Ростъ грудного ребенка 20, задержка въ немъ при разстройствѣ баланса 238.
- Ротъ, обмываніе его у грудного ребенка 59.
- Rubeola 578.
- Рука, болѣзненный параличъ ея у маленькихъ дѣтей 490.
- Рѣчь, развитіе ея 30.
- C. S\*.**
- Салаамовы судороги 507.
- Сахаръ, выдѣленіе его при пищевомъ токсикозѣ 262.
- Свинка 643.
- Свѣтовой рефлексъ 30.
- Селезенка, опредѣленіе границъ ея 69.
- Селезенка, увеличеніе ея при рахитѣ 178.
- Семіотика, общая 62.
- Сепсисъ, общій 674.
- Септическая дифтерія 607.
- Септицемія новорожденныхъ 127.
- Сердечная сумка, зарощеніе ея 382, проколь ея 382.
- Сердечно-легочныя шумы 364.
- Сердечныя клапаны, приобретенныя пороки 375, леченіе 378.
- Сердечныя шумы 363.
- Сердечныя средства 91.
- Сердце 1, болѣзни его 362, нервныя разстройства 365, разстройства его при скарлатинѣ 552.
- Сердце, врожденная идиопатическая гипертрофія 372.
- Сердце, изслѣдованіе его 65.
- Сердце, недостаточность его 387, послѣ хроническихъ страданій его 388.

- Серозная оболочка, множественное гнойное воспаление ихъ 357.  
 Сифились 707.  
 Скарлатина 541, рудиментарныя формы 547, токсическая форма 548.  
 Скарлатинозный нефритъ 398.  
 Скарлатинозный ревматизмъ 551.  
 Склерозъ, множественный очаговый 474.  
 Сколиотическое искривление позвоночника при рахитѣ 175.  
 Скрофулодерма 768.  
 Scrofulus 755.  
 Слабительныя средства 95.  
 Слабоуміе 528, нравственное 529.  
 Сливочная смѣсь, естественная 53.  
 Слизистыя вещества 54.  
 Слюнные железы, заболѣванія ихъ 220.  
 Слюнотечение, физиологическое 7.  
 Смертность въ дѣтскомъ возрастѣ 74:— при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ 532.  
 Смерть, скоропостижная при спазмофилии 498, при status thymico-lymphaticus 189, при судорогѣ голосовой щели 495.  
 Сморщенная почка 403.  
 Сознаніе, разстройство его при пищевомъ токсикозѣ 261.  
 Soxhlet'овскій аппаратъ 51.  
 Соленныя ванны 102.  
 Соли, потеря ихъ при декомпозиціи 253.  
 Солодовый сахаръ, примѣненіе его 54.  
 Соляная кислота, свободная 8.  
 Сомнамбулизмъ при истеріи 526.  
 Сонъ ребенка 31.  
 Soor 218.  
 Сопровождающія движенія при церебральномъ дѣтскомъ параличѣ 465.  
 Сосательный рефлексъ 30.  
 Соска 39.  
 Составъ, химическій, грудного ребенка 1, молока 4.  
 Состояніе питанія, явленія нормальнаго 234.  
 Сосудистая оболочка, бугорки ея 431.  
 Сотрясеніе мозга 455.  
 Сочленовый ревматизмъ, острый 665.  
 Спазмфилия 492, физиологическая 30.  
 Spasmus glottidis 495.  
 Spasmus nutans и rotatorius 505.  
 Spina bifida 451, occulta 452.  
 Спинная сухотка 484.  
 Спинной мозгъ, образованіе его 27.  
 Спинной мозгъ, опухоли его 485.  
 Спинномозговой параличъ, дѣтскій спастическій 470.  
 Способность къ кормленію грудью 35.  
 Среднее ухо, острое воспаление его 330, хроническое воспаление 333.  
 Status thymico-lymphaticus 188.  
 Стерилизація молока 50.  
 Столбнякъ новорожденныхъ 125.  
 Stomacase 216.  
 Стomatитъ 214, афтозный 215, геморрагическій 217, герпетическій 216, катаральный 216, септический 215, язвенный 216, новорожденныхъ и маленькихъ дѣтей 214.  
 Стопъ во время выдыханія при крупозной пневмоніи 352.  
 Стрептококковый перитонитъ 316.  
 Стрептококковый энтеритъ Escherich'a 290.  
 Stridor congenitus 334.  
 Судороги 495.  
 Судорожная болѣзнь 492.  
 Сузь изъ моркови Мого 265.  
 Сухари 56.  
 Сухожильные рефлексы 30.  
 С्यूженіе пищевода 226.  
 Сывороточная болѣзнь 624.  
 Сывороточная экзантема 624.  
 Сывороточное леченіе при дифтеріи 620.  
 Сѣдовидная голова при рахитѣ 176.  
 Сѣнная лихорадка 323.
- Т.**
- Tabes spasmodique 470.  
 Тахикардія 362, пароксизмальная 362.  
 Температура, измѣненіе ея при декомпозиціи 251.  
 Температура, измѣненіе ея 63.  
 Температура г удного ребенка 18.  
 Терапія общаа 88.  
 Тетанія 4+2.  
 Техника искусственнаго вскармливанія 51.  
 Тиреоплазія 199.  
 Typhus abdominalis 648.  
 Токсикозъ, пищевой 260.  
 Толстая кишка, расширеніе и гипертрофія ея 303.  
 Толстыя кишки, хроническій катарръ ихъ 283.  
 Точки окостенвія 25.  
 Трахео-бронхитъ, острый, у дѣтей старшаго возраста 338.  
 Трахеотомія 630.  
 Трахея, дифтерія 610.  
 Трахея, инородныя тѣла 337.  
 Трехстворчатый клапанъ, недостаточность его 377.  
 Трещины въ области грудного соска 34.  
 Тромбозъ мозговой пазухи 443.  
 Тромбозъ мозговыхъ сосудовъ 455.  
 Тростниковый сахаръ 15, примѣненіе его 54.  
 Туберкулезъ 679.  
 Туберкулезъ кожи 766.  
 Туберкулидъ, мелко-папулезный 770, папулезно-некротическій 771.  
 Tumor cerebri 459.  
 Tussis convulsiva 630.  
 Тунность 185.
- У. У\*.**
- Углеводы, обмѣнъ ихъ 15.  
 Уздечка языка, язвочка на ней при коклюшѣ 635.  
 Укрѣпляющія средства 101.  
 Ulcera pterygoidea 214.  
 Ulcus frenuli linguae при коклюшѣ 635.



Умственная утомляемость при неврастени 521.  
Урахусъ, свищъ его 119.  
Уремiя 400.  
Уходъ за здоровымъ ребенкомъ 32, 58.  
Уши, дифтерiя ихъ 609.

**Ф. F\*. Ph\*.**

Phalangitis syphilitica 724.  
Pharyngitis superior 221.  
Феноменъ Babinsk'аго 30.  
Ферменты въ молокоѣ 7.  
Förster'овская операція 473.  
Физиологическое паденiе вѣса у новорожденныхъ 21.  
Фимозъ 419.  
Phlegmone praeperitonealis 124.  
Фобii (состоянiя страха) 523.  
Формы полиомiелита, энцефалитическiя 480, полиневритическiя 480.  
Фурункулезъ 762.

**Х. Ch\*. H\*.**

Habitus эретическiй 196, пастозный 196, полнокровныхъ тучныхъ дѣтей 196, при status thymicus 190.  
Halisteresis при рахитѣ 168.  
Heim-John'овскiй растворъ 265.  
Hemicrania 518.  
Hemiplegia spastica infantilis 463.  
Hernia funicularis umbilicalis 119.  
Hydrocele 420.  
Химiя, патологическая при рахитѣ 169.  
Хинопириинъ при остромъ энцефалитѣ 459.  
Хирургическая скарлатина 542.  
Хлорозъ 143.  
Хлоромы 159.  
Холера, азиатская 290.  
Cholera infantum 260.  
Хондродистрофия 209.  
Chorea electrica 514, magna при истерiи 525, minor 510, maullis 512, paralytica 512.  
Хорея, общая 469.  
Hutschinson'овскiе зубы 729.

**Ц. C\*.**

Cephalhaematoma externum 113, internum 114.  
Cephalocele 451.

Циститъ 406.  
Cystopyelitis 406.

**Ч. Ch\*.**

Cheyne-Stokes'овское дыханiе 430.  
Черепъ, величина его 64.  
Черепъ въ формѣ башни 453.  
Чесотка 764.  
Четвертая болѣзнь 584.  
Число кормленiй ребенка 40.  
Число Quest'a 254.  
Чувствительность къ давленiю, изслѣдованiе ея 70.

**Ш.**

Швейцарское молоко 56.  
Школьное малокровiе 142.  
Школьное переутомленiе 88.

**Щ.**

Щитовидная железа, болѣзни ея 199.

**Э.**

Экзема 741.  
Экзема, золотушная 769, 770.  
Экзампсiя 492, на неспазмофильной почвѣ 503.  
Эмболия мозговыхъ сосудовъ 455.  
Эмпиема легкиихъ 357.  
Эмфизема легкиихъ 355.  
Эндокардитъ, острый 372, хроническiй 375, язвенный 374.  
Энтеритъ, фолликулярный 290.  
Энтерокаатаръ 260.  
Энтероколитъ 290.  
Энцефалитъ, острый (геморрагическiй) 456.  
Эозинофилия при эксудативномъ диатезѣ 191.  
Эпидемii, происхожденiе ихъ 536.  
Эпикантусъ при монголизмѣ 211.  
Эпилепсiя при мозговомъ дѣтскомъ параличѣ 466, гениунная 506, Jackson'овская 460.  
Эритема, многоформная 757.  
Эритема новорожденныхъ 12.

**Я.**

Языкъ въ видѣ географической карты 192.  
Яички, аномалии въ положенiи ихъ 421.