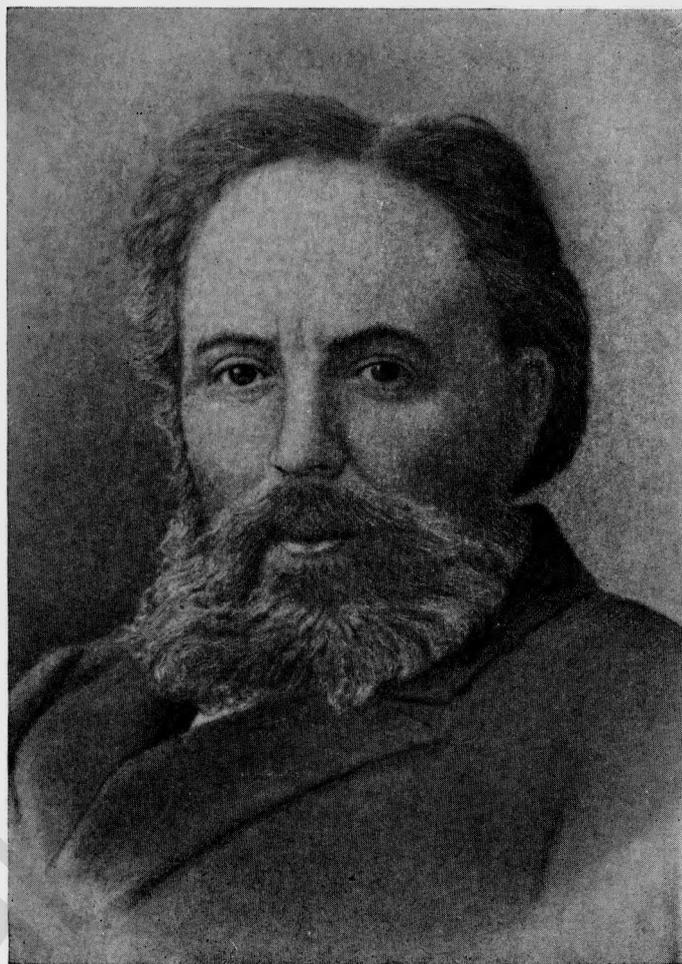


Н. Ф. ФИЛАТОВ

СЕМИОТИКА и ДИАГНОСТИКА
ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

ПОД РЕДАКЦИЕЙ и С ВСТУПИТЕЛЬНОЙ СТАТЬЕЙ
проф. В. И. МОЛЧАНОВА
и проф. Г. Н. СПЕРАНСКОГО

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1949 — МОСКВА



**НИЛ ФЕДОРОВИЧ
ФИЛАТОВ**
(1846—1902 гг.)

ВСТУПИТЕЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Иван Петрович Павлов сказал про И. М. Сеченова: «Мы должны считать отцом нашей физиологии Сеченова, впервые читавшего лекции не по чужой книге, а как специалист с демонстрациями и образовавшего первую у нас физиологическую школу».

В области учения о детских болезнях эти слова мы с полным правом можем отнести к Нилу Федоровичу Филатову, впервые читавшему лекции по педиатрии не на основании чужой литературы, не как курс частной патологии и терапии детских болезней, а на основании собственного опыта и с разбором заболевания непосредственно на больном ребенке с учетом индивидуальности последнего. Нил Федорович также создал школу клинической педиатрии, являясь основоположником этой дисциплины в России.

Правда, в Петербурге с 1831 г. профессор акушерства, женских и детских болезней С. Ф. Хотовицкий, несомненно, выдающийся по широте своих взглядов, высокообразованный врач, вел специальный теоретический курс детских болезней в Медико-хирургической академии, а в Московском университете Н. А. Тольский с 1861 г. читал доцентский курс детских болезней. Однако это были только «теоретические» курсы, курсы частной патологии и терапии детских болезней, как это видно из литографированного курса «Лекций по детским болезням» проф. Н. А. Тольского (1880). Н. А. Тольский только в 1866 г. получил в свое распоряжение палату на 11 коек, которые он мог использовать лишь для показа заболеваний детского возраста. Это был период начального становления педиатрии как науки о заболеваниях у детей, период

описания детских болезней, их симптоматологии и диагностики, по схеме тех же заболеваний у взрослых. Все это сообщалось на лекциях; большой, если он имелся в это время в клинике, в лучшем случае служил лишь иллюстрацией к лекции.

И. Ф. Филатов начал в 1877 г. читать приват-доцентский курс детских болезней, пользуясь большим материалом (103 ксидки) детской больницы на Бронной, где он работал сординатором. Демонстрация большого количества больных с тщательным непосредственным разбором их, ясное, простое изложение вопроса привлекали массу слушателей, несмотря на счьеь плоские, с современнэй нам точки зрения, условия в больнице, несмотря на то, что курс этот был необязательным и читался раз в неделю по воскресеньям в виде одночасовой лекции.

Непосредственная работа у постели больного, ежедневное исследование больного ребенка, позволяющее сегодня проверить наблюдение, сделанное вчера, возможность следить за развитием тех или иных симптомов забелевания,—одним словом, все то, чему Нил Федорович придавал больше значение, дало ему громадный запас знаний по педиатрии. Его исключительная, до максимума обострившаяся наблюдательность, умение из массы симптомов выделить наиболее важные, характеризующие то или иное забелевание, отбрасывая все лишнее или задушевыеяющее диагноз и в то же время иногда используя вычуждые, едва уловимые симптомы,—все это являлось сличительнэй чертой клинического метода и медицинеского мышления Нила Федоровича.

16-летний период работы в детской больнице и 12-летний опыт занятий со студентами послужили Нилу Федоровичу подвести итоги и «дать начинающим врачам и студентам высших курсов», как говорит он в предисловии к первому изданию своей «Семiotики и диагностики детских забелеваний», «практическое руководство, при помощи которого они легче могли бы разобраться в различных симптомах давнего забелевания и поставить диагностику, не увлекаясь в сторону мелочами»; между тем начинающие, по меткому выражению Нила Федоровича, нередко «из-за деревьев не видят леса».

Этот труд в основном предназначен для врачей, причем в изложении симптоматологии и описании болезней Нил Федорович, кроме собственного опыта, использовал, хотя и в очень ограниченном количестве, литературный материал, конечно, относясь к нему критически и проверяя его на наблюдаемых им больных. Начинает он с изложения метода собирания анамнеза и объективного исследования ребенка, попутно сообщая ряд практически важных сведений и давая оценку отдельных симптомов. «В разделе собирания анамнеза,—отмечает в своем отзыве о «Семиотике и диагностике» редактор „Медицинского обозрения“ д-р Спримон,—автор не только дает образчики необходимых вопросов, но намечает вкратце и мотивы подобных вопросов и семиотическое значение возможных ответов, что чрезвычайно облегчает начинающего». При описании объективного исследования ребенка приведены так называемые физиологические даты для детей различных возрастов.

Весь материал, охватывающий семиотику и описание заболеваний, разбит на 9 глав и заканчивается терапевтическим указателем «с наиболее употребительными и простыми рецептными формулами», причем, как говорит Н. Ф. Филатов, «мною обращено особенное внимание на дозировку лекарств по возрастам». Нил Федорович хорошо знал, что этот раздел терапии создает больше всего затруднений у студентов и молодых врачей и потому предлагает для запоминания ряд мнемонических приемов.

Каждая глава посвящена семиотике заболеваний отдельной системы и описанию, часто краткому, но всегда четкому и яркому, того или другого заболевания. Последние главы касаются хронических общих заболеваний, затем идет глава о лихорадочных болезнях без резко выраженной локализации и, наконец, о лихорадочных болезнях типичного течения с локализацией на коже.

Исходя прежде всего из семиотики и преследуя цель помочь дифференциальной диагностике, Нил Федорович не стесняется описывать то или иное заболевание в той главе, где семиотические данные этого заболевания наиболее резко оттеняются и могут служить отличием от других сходных заболеваний. Например,

ветряная оспа помещена в главу болезней кожи, в раздел тех ее заболеваний, которые характеризуются образованием пузырьков, гнойничков и корок. В последней главе, где говорится о «сыпных горячках», проводится дифференциальный диагноз между *variola* и *varicella*.

Дизентерия описывается в разделе, где идет речь о семиотике кровавых испражнений, дифтерия—в главе болезни зева. Это, несомненно, практически удобнее для учащегося. Анемия описана в главе «Семиотика кожи» как болезнь, характеризующаяся бледностью кожи.

Описание симптомов отдельных заболеваний с отличительными их особенностями, всегда яркое, красочное, часто удивляет своей краткостью при одновременно полном описании картины заболевания, которая как будто точно списана с того случая, по поводу которого врач в данное время обратился за справкой к „Семиотике и диагностике“. Вся книга насыщена массой этих драгоценных для педиатра, практически важных сведений, наблюдений, сравнений и обобщений. Кроме типически протекающих заболеваний, нередко приводятся описания отдельных болезней из собственной практики или из литературы, еще более оттеняющие основные симптомы. Нельзя не отметить здесь педантичной щепетильности Нила Федоровича, всегда указывающего фамилию товарища, консультировавшего с ним тот или иной описываемый им случай заболевания.

Иногда в отделах, менее знакомых педиатрам, например, в разделе заболеваний нервной системы, автор знакомит с литературой вопроса, историями болезни, этиологией и патогенезом заболевания. Таковы вопросы об атаксии различного происхождения, о разнообразных формах воспаления мозговых оболочек, в особенности о ложном менингите, о простом (нетуберкулезном) серозном менингите и некоторые другие.

В диагностике Н. Ф. Филатов ставит на первое место клинические симптомы. Так, говоря о гриппе, он очень детально и обстоятельно описывает обе формы гриппа, указывает на отличие их от других заболеваний и только под конец говорит: «Во всех сомнитель-

ных случаях инфлюэнцы, протекающих с насморком или кашлем, диагностика может быть выяснена путем бактериоскопического исследования мокроты или носовой слизи на бациллы Пфейфера». Далее следует описание самой бациллы, особенностей ее роста на средах, окраски и т. д.; в конце автор указывает все же, что «диагностическое значение бацилл умалется, во-первых, тем, что они встречаются только в мокроте и в носовой слизи, но не в крови, так что для нервных и гастрических форм инфлюэнцы бактериоскопическое исследование неприложимо, а во-вторых, тем, что при бронхопневмониях неинфлюэнциного происхождения Пфейфер находил ложноинфлюэнциные бациллы». Другими словами, Н. Ф. Филатов резко снижает диагностическое значение микробиологического исследования, подчеркивая этим важность клинических симптомов и течения этой болезни. Но, наряду с этим, по отношению к дифтерии Нил Федорович придает большое значение бактериоскопическому и бактериологическому методам исследования как подтверждению клинических данных,

Н. Ф. Филатов смотрел на „Семиотику и диагностику“ как на справочник для врача-педиатра, особенно начинающего. Его расчет полностью оправдался. Эта книга в течение очень многих лет служила в полном смысле слова настольной книгой не только для начинающих, но и для опытных педиатров, а также для врачей других специальностей. Немудрено, что „Семиотика и диагностика“ с 1890 по 1898 г. разошлась в пяти изданиях. Она и теперь пользовалась бы большой популярностью, если бы ее продолжали издавать. Восторженные отзывы русских журналов по поводу первого издания единогласно отмечали, что это руководство будет полезно не только начинающим, но и всем врачам, особенно земским. Все подчеркивали простоту, ясность изложения, характерные для Филатова. Подобные же отзывы появлялись и в зарубежной печати. «Разбросанные в разных отделах книги тонкие замечания доставляют и поучение, и наслаждение даже знатоку дела», пишет в своем отзыве о „Семиотике и диагностике“ крупнейший берлинский педиатр проф. Гейбнер. «Книгу хорошо известного в Германии Филатова мы можем вполне рекомендовать немецким

врачам. Из нее можно научиться многому и притом с удовольствием», заканчивает он свой отзыв. Такие же хвалебные отзывы давались на все переводы этой книги в других странах: в Италии, Франции, Чехии, Венгрии и др.

Медицина во многом ушла вперед со времен Н. Ф. Филатова, многое изменилось во взглядах на сущность и патогенез заболеваний, на этиологию, профилактику и терапию детских болезней, семиотика же заболеваний претерпела, конечно, меньше всего изменений. Возможность пользоваться биофизическими и биохимическими лабораторными методами и биологическими реакциями не прививает студенту и молодому врачу желания развивать у себя ту наблюдательность и те знания симптоматики, которыми обладали старые врачи, воспитанные непосредственно на больничном и клиническом материале, и которые особенно необходимы врачам, работающим вдали от крупных центров, ибо жизнь заставляет их собрать непосредственно от больного все данные которые могут помочь диагнозу.

Эти наблюдения у постели больного могут пополняться, уточняться, несколько изменять свой характер, получать иное толкование, но никогда не потеряют своего значения и останутся всегда основным методом исследования больного.

К столетию со дня рождения Нила Федоровича Филатова постановлением правительства от 1947 г. предусмотрено переиздание его трудов. Труды эти имеют не только историческое значение и издаются не только как классические труды в области педиатрии, созданные основоположником научной клинической педиатрии на нашей родине, но они, несомненно, и в настоящее время принесут пользу студентам и врачам, научат их правильно наблюдать и правильно медицински мыслить.

Проф. В. И. Молчанов
Проф. Г. Н. Сперанский

СЕМІОТИКА И ДІАГНОСТИКА

ДѢТСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

СЪ ПРИЛОЖЕНІЕМЪ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАГО УКАЗАТЕЛЯ.



Нила Филатова,

ординари. проф. дѣтскихъ болѣзней въ Императорскомъ Московскомъ университетѣ
и директора Худовской дѣтской больницы.

6-е, проемотрѣнное изданіе.



МОСКВА.

ТИПОГРАФІЯ Г. ЛИСНЕРА И А. ГЕШЕЛЯ,
въ лиціи В. ЛИСНЕРА и Б. РОМАНА.

Водяниченка, Крестоволадик. пер. д. Лиснера.

1902.



ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ

Исследование детей старшего возраста не представляет каких-либо крупных особенностей сравнительно с исследованием людей взрослых, и потому мы будем иметь в виду главным образом маленьких детей, лет до двух.

Приступая к осмотру такого ребенка, врач должен прежде всего подумать о том, чтобы сразу не напугать своего пациента, неистовый крик и всякого рода движения которого могут сильно помешать исследованию. Всегда лучше, войдя в комнату больного, до поры до времени не обращать на него никакого внимания и, занявшись пока анамнезом, дать ему присмотреться к новому человеку, после чего исследование удастся легче; не нужно только начинать с манипуляций, неприятных для ребенка и тем более с болезненных. По этой причине постукивание и выслушивание, например, лучше производить после общего осмотра тела, счета дыхания и пр., а исследование горла и рта должно быть последним актом, так как после этого никакой речи о примирении с врачом быть уже не может.

АНАМНЕЗ

Итак, исследование начинается с анамнеза, но предварительно следует дать матери высказать, все, что она желает, так как без соблюдения этого она постоянно будет прерывать дальнейший расспрос и отклонять его в сторону. Спрашивают, что с ребенком, давно ли началась болезнь, что замечено было прежде всего и что присоединилось потом.

Первый вопрос после этого должен быть о возрасте ребенка, так как решение этого вопроса дает определенное направление дальнейшему расспросу и соображениям врача не только по поводу диагностики данного случая, но и относительно предсказания

и лечения. Влияние возраста на диагностику явствует, во-первых, из того, что некоторые болезни встречаются особенно часто или даже исключительно только в известном возрасте. Так, например, некоторые болезни описываются в руководствах в особой главе под именем болезней новорожденных, куда относятся асфиксия, тетанус, кефалогематома, бленоррея глаз и др.

В первые месяцы жизни часто встречаются желудочные болезни и особенно колики и диспепсия, в первые 2—3 месяца проявляется врожденный сифилис и несколько позднее рахитизм головы. В период прорезывания зубов, значит от 7-го до 30-го месяца, и в период отнятия от груди на первый план выступают катарр кишок, болезни рта, рахитизм, спазм голосовой щели, эклампсия. После 3 лет—разные инфекционные болезни, катарр дыхательных органов, туберкулез.

Во-вторых, возраст может оказать влияние на диагностику еще и потому, что семиотическое значение признаков может резко изменяться с возрастом. Возьмем для примера желтуху: встречая ее у новорожденного, врач не придает ей особого значения, считая ее за явление физиологическое, между тем как у детей старшего возраста этот симптом всегда имеет патологическое значение. Возьмем еще пример: ребенок часто страдает общими судорогами, будучи в промежутках между приступами совершенно свободен от всяких мозговых симптомов: спрашивается, о чем прежде всего надо думать. Если ребенок в возрасте прорезывания зубов, то, вероятно, у него окажется рахитизм и ларингоспазм, если же ему лет 6, то больше шансов за эпилепсию. Подобных примеров можно бы привести очень много, так как приблизительно то же самое относится к большинству признаков, так велико индивидуальное значение возраста для диагностики.

Второе место по важности занимают вопросы, касающиеся гигиено-диететической обстановки ребенка, т. е. о пище, которой он кормился и кормится, и о жилище. Сведения эти необходимы, во-первых, для установки правильного режима больного, а во-вторых, они выясняют этиологию самых распространенных детских болезней, каковы катарр кишок и упадок общего питания в форме рахитизма, золотухи, анемии, тучности и истощения.

Спрашивают прежде всего о том, был ли ребенок при груди или воспитывался на рожке.

Если ребенок на грудном молоке, то кормит ли мать или кормилица, как часто дают грудь (до 3-го месяца следует давать грудь через 2 часа днем и 3 раза ночью, т. е. 10 раз в сутки, после 3-го месяца—через 3 часа днем и 2 раза ночью, а всего 7 раз в

сутки). Долго ли (сколько минут) каждый раз остается ребенок при груди и соблюдается ли очередь между грудями. При достаточном количестве молока ребенок не должен сосать более $\frac{1}{4}$ часа. Соблюдение очередности между правой и левой грудью является довольно важным обстоятельством в деле грудного кормления, так как состав молока очень резко меняется по мере отдыха груди: в только что высосанной груди молоко остается густым, богатым жиром, а из груди, долго отдохавшей, молоко выделяется совсем жидким, синим, следовательно, если ребенок сосет груди по очереди, то сначала он высосет жидкое молоко, потом густое, а если он будет сосать через короткие промежутки одну и ту же грудь, то при втором сосании получится очень густое молоко. Какая пища кормицей? [Причиной диспепсии может быть как слишком скудная (постная), так и исключительно мясная пища, а также все, что расстраивает пищеварение у кормящей женщины или оказывает вредное влияние на молоко, например, кислые фрукты, некоторые слабительные средства, опий и пр.] Как здоровье кормящей и нет ли у нее регул? (Иногда диспепсия и колики появляются у ребенка только во время регул у кормилицы.) Много ли молока в грудях? (Если молока мало, то оно часто оказывается приторным и дурного качества, так что ребенок худеет и беспокоится не только под влиянием хронического голодания, но и от диспепсии.)

Если кормит кормилица, то, кроме предыдущих вопросов, давно ли родила она (слишком большая разница в возрасте ее ребенка и питомца может быть достаточной причиной упорной диспепсии с ее последствиями), жив ли ее ребенок, и если умер, то от чего (хорошее здоровье собственного ребенка, пока он был при груди, свидетельствует о хорошем молоке кормилицы). Одна ли была кормилица у данного ребенка или их переменялось несколько (в последнем случае ребенок редко остается свободным от рахитизма).

Если ребенок рожковый или прикармливается, то чем кормят: цельным ли молоком или разведенным, и как разбавляют. Цельное молоко полагается давать ребенку после $\frac{1}{2}$ года. В первый месяц разбавляют молоко тремя частями воды; на 2—3-й месяц—двумя; позднее берут 1:1; 2:1. Что прибавляют к молоку—воду, крупу, белый хлеб или какой-нибудь отвар? (Всякие прибавки крахмала строго воспрещаются для детей первых 4—5 месяцев жизни, так как от подобной пищи развиваются и желудочные расстройства, и рахитизм.) Сколько дают зараз и часто ли кормят? [Всего чаще рожковые дети хворают от перекармлива-

ния, так как чувство сытости развито у маленьких детей очень несовершенно, и потому нельзя давать рожок до тех пор, пока ребенок не перестает сосать; антракты между кормлением должны быть те же, что при груди (см. выше), а количество (за раз) не должно превышать 50 г молока на каждый месяц жизни; например, ребенку 2 месяцев можно дать 100 г, ребенку 5 месяцев—250 г; эта порция остается до конца года.] Не дают ли еще чего: суп, кашку, соску и пр.? (Соска может быть причиной—у маленьких детей молочницы, а после 6 месяцев—порчи зубов.) Давно ли начали прикармливать? При достаточном количестве молока у кормилицы прикорм бывает ненужен до 7—8-го месяца. Если молока у матери мало, а передавать ребенка кормилице она не желает, то приходится прикармливать с первых месяцев жизни, как только выяснится недостаток молока. Рассуждая теоретически, лучше, конечно, прикармливать женским молоком, т. е. взять в помощь матери кормилицу; но на практике такая мера окажется неудачной, так как и многомолочная кормилица очень скоро потеряет молоко от недостаточного сдаивания, а потому лучше уж или совсем передать ребенка кормилице, если есть под рукой хорошая, или прикармливать рожком. Чем раньше начинают прикармливать, тем скорее могут появиться расстройства пищеварения и общего питания (тучность, анемия, рахитизм).

При расспросе о жилище ребенка имеют в виду количество воздуха в детской (желательно бы не менее 5 саж.), чистоту воздуха, температуру его (от 14° до 16°) и влажность (в сырой квартире едва ли удастся выходить ребенка, вполне свободного от золотухи или рахитизма; не менее вреден и недостаток света). С целью выяснения гигиенической обстановки ребенка уместны, далее, вопросы о кровати (мало проницаемые для воздуха пологи, пропитанные мочой и потому вонючие матрацы, мягкие пуховые подушки при потливости головы), об одежде (чрезмерное кутание годится только для недоносков, а тугое пеленание ни для кого), о ваннах (прохладные располагают к простуде, а горячие действуют ослабляющим образом и могут быть причиной тех или иных дерматитов, например, пемфигуса у новорожденных и судорог в форме, например, тетануса. В течение первой половины года купают обыкновенно по разу в день, позднее (до конца года) через день или два 2 в неделю; температура воды для новорожденного 28° R, позднее 27° R, к концу года и летом 25° R.

Покончивши с гигиено-диететической обстановкой ребенка, переходят к его предшествовавшему здоровью, начиная *ab ovo*,

т. е. спрашивают: в срок ли родился ребенок, благополучны ли были роды и сейчас ли он начал кричать.

Недоношенные дети часто остаются слабыми и бледными на долгое время, даже на целые годы, и обыкновенно делают рахитиками; значит, от того или иного решения этого вопроса зависит оценка этиологии в случае недостаточного развития или хворости ребенка; кроме того, если для преждевременных родов не было никакой видимой причины (болезнь матери, падение и пр.), то является подозрение насчет участия в этом деле сифилиса и в случае, если бы оказалось, что выкидыши бывали и прежде, то подозрение в данном направлении становится еще более вероятным. Трудные роды, асфиксия новорожденного, предлежание ягодиц и другие моменты, затрудняющие рождение ребенка, могут играть важную роль в этиологии некоторых нервных болезней, каковы, например, спастическая гемиплегия, болезнь Little'я, идиотизм, эпилепсия.

Какие болезни перенес ребенок, нет ли у него какой-нибудь привычной болезни в виде, например, склонности к поносу или запору, или к кашлю, или сыщи. Когда вырезались первые зубы, и как велики были антракты между прорезыванием групп зубов (прорезывание зубов находится в большой зависимости от состояния общего питания, и потому правильное и своевременное появление зубов служит до некоторой степени гарантией правильного развития ребенка). Сопровождалось ли прорезывание зубов какими-либо болезненными припадками и какими именно? При каждом ли новом зубе повторялись те же самые припадки? Если да, то, по всей вероятности, они зависели от прорезывания зубов. Часто случается, что на вопрос, не хворал ли прежде чем-нибудь ребенок, мать дает отрицательный ответ, но стоит только спросить, болезненно ли резались зубы, и сейчас же оказывается, что у ребенка не раз было и то, и другое, и третье. Объясняется эта странность тем, что матери очень склонны приписывать все хворости грудного ребенка не чему иному, как зубам, и потому, в видах лучшего выяснения анамнеза, полезно ставить вопрос о бывших болезнях в связи с зубами даже и в том случае, когда ребенку уже несколько лет от роду. В норме у 7-месячного ребенка должны быть два зуба, к концу года—8, к концу 2-го года—16. Когда начал ребенок держать головку (в норме на 3—4-м месяце), сидеть (на 4—5-м), стоять (на 9—12-м), и ходить (от 12 до 18 месяцев)? Не переставал ли он ходить? (Если переставал, то от острой ли болезни или хронической? (Если мать не может указать причину, то рахитизм более чем вероятен.) Вопросы

относительно того, сколько было у больного братьев и сестер, сколько осталось из них в живых, в каком возрасте и от чего умирали, важны главным образом для выяснения, нет ли в данной семье наследственного расположения к каким-либо болезням. Известно, например, что в некоторых семьях много детей умирает в известном возрасте от туберкулезного менингита, хотя бы со стороны родителей чахотки и не значилось. Известно также, что частые роды оказывают ослабляющее влияние не только на мать, но и на потомство. Важно также знать, умирали ли только те дети, которых кормила сама мать, или, наоборот, только те, которых она не кормила. От решения этого вопроса может зависеть совет врача о том, продолжать ли матери кормление или передать ребенка кормилице. Не хворают ли другие дети в данное время чем-либо, особенно заразной болезнью? (Вопрос этот чрезвычайно важен для диагностики острых инфекционных болезней в их начале, когда они еще не выяснились.)

Наконец, переходят к вопросу о здоровье родителей. Как чувствовала себя мать во время беременности? Долго ли продолжался период рвоты, и оставалась ли мать на ногах до конца беременности или под конец слегла? Какой возраст родителей, не в близком ли они родстве и не страдает ли кто из них какой-либо болезнью, в особенности способной передаваться по наследству (туберкулез, сифилис, тяжелые нервные болезни, гемофилия, золотуха)?

Покончивши с анамнезом, переходят к настоящему состоянию больного, причем следует держаться раз навсегда определенного порядка, чтобы ничего не пропустить. Начинают, например, с органов пищеварения, а потом идут органы дыхания, кровообращения, мочеполовые, нервная система и лихорадка.

О р г а н ы п и щ е в а р е н и я. Спрашивая об аппетите, нельзя довольствоваться коротким ответом—хорош или плох, а следует подробно расспросить об образе жизни ребенка. В какие именно часы и что дают ребенку есть? При этом легко может оказаться, что плохой аппетит—только кажущийся, а что в действительности ребенок ест довольно много. Как жажда? Хорошо ли он глотает и хорошо ли берет грудь? Нет ли у него рвоты (у грудного—срыгивания) или отрыжки? Если грудной срыгивает, то тогда ли, когда его перепеленывают и поднимают, вообще беспокоят (в таком случае это не имеет значения), или при покойном положении (значит перекармливают)? Не бывает ли так: если срыгнет минут через 15—20 после сосания, то свернутым молоком, а если тотчас после сосания, то цельным (это нормально), или

бывает как раз наоборот (избыток или недостаток кислоты или сычужного фермента в желудочном соке)? Если есть рвота, то при каких условиях: после еды (желудочная), при перемене положения (мозговая), после кашля (коклюш), кончается сном (мигрень), при сильном жаре (инфекционная болезнь)? Часто ли испражняется? Грудные дети в норме марают 2—3 раза в сутки, после года—по крайней мере раз в день; испражнения при исключительно молочной диете должны быть киселеобразной консистенции, равномерного желто-оранжевого цвета, невоночные и без всяких примесей, каковы слизь, белые комки, зелень, кровь и пр. Всякое отклонение от этой нормы со стороны частоты, консистенции, цвета, запаха и состава представляет ненормальность, и вопросы должны касаться всех этих свойств в отдельности, чтобы выяснить, нет ли у ребенка диспепсии или катарра тонких кишок, или фолликулярного энтерита. Не появляется ли понос периодически в известное время суток или через день (маскированная лихорадка).

Нет ли боли живота (у грудных—приступов колик). Появляется ли она приступами или постоянно, и, если приступами, то после ли пищи или натощак (глисты, *cardialgia*), или периодически (*intermittens larvata*). Если существует склонность к запору, то нормальна ли консистенция испражнений (мягкая, кашицеобразная—атония кишок или врожденное сужение ануса) или твердая, что для грудного совсем ненормально.

Не сопровождается ли акт дефекации жжением (запор, слизистый понос) или сильной болью (трещина заднего прохода), или выпадением кишки? Не выходит ли после испражнения несколько капель чистой крови (полип)?

Не выходят ли с испражнениями глисты или отдельные членики, не бывает ли зуда в заднем проходе (оксиуры)?

О р г а н ы д ы х а н и я. Нет ли насморка острого или хронического? В первом случае—выделяется ли слизисто-гнойная жидкость (простой насморк, грипп, корь) или едкая, с примесью крови (дифтерия носа, сифилис). При хроническом насморке—поражены ли обе ноздри (золотуха) или одна сторона (инородное тело)? Не бывает ли носовых кровотечений, при каких условиях? (После кашля—коклюш; от неизвестных причин—привычные, полип носа, пороки сердца; периодически, в особенности по ночам,—*intermittens larvata*.) Нет ли кашля? [Хриплый, лающий (ларингит или круп) или обыкновенный сухой (свежий), или влажный (разрешившийся бронхит).] Когда сильнее кашляет ребенок—днем или ночью? (Этот и следующие вопросы имеют

целью выяснить, не коклюш ли у больного.) Ведет ли пароксизм кашля к покраснению лица и не кончается ли он рвотой? Не бывает ли во время кашля свистящего выдыхания? Не выделяется ли после кашля тягучая мокрота? Когда кашель был сильнее: в начале своего появления или теперь? Было ли тогда лихорадочное состояние? По отношению к гриппу особое значение имеют вопросы: был ли вначале сильный жар, насморк, стрельба в ухе. По отношению к воспалительным болезням—нет ли боли при кашле?

Органы кровообращения не дают поводов к постановке вопросов, так как диагностика относящихся сюда болезней основывается на результатах объективного исследования. На сердцебиение и на боли в области сердца дети почти никогда не жалуются.

Мочеполовые органы. Нормально ли мочеиспускание в смысле частоты. Как часто должен мочиться ребенок в нормальном состоянии, сказать трудно, так как тут большую роль играет индивидуальность. Дети старшего возраста по ночам обыкновенно не мочатся; в случае раздражения мочевого пузыря большой мочится примерно каждый час и притом понемногу. Не болезненно ли мочеиспускание? Светла ли моча? Нет ли задержания мочи или, наоборот, недержания ее, особенно по ночам?

Нервная система. Нет ли головной боли? Недавнего ли она происхождения или хроническая, часто повторяющаяся? Не появляется ли она всегда после умственных занятий? Не появилась ли она после ушиба? Место боли? (Один висок или одна половина головы при мигрени.) Нет ли других болей? Не бывает ли судорог? Если да, то как часто они повторяются? Не сопровождаются ли они свистящим выдыханием (ларингоспазм) или сильным жаром (лихорадочная эклампсия), или ослаблением умственных способностей, параличами и другими мозговыми симптомами (мозговые судороги)? Нет ли параличей? Каков сон у больного? В нормальном состоянии как маленькие, так и более взрослые дети спят всю ночь почти беспросыпу, до двух лет ребенок спит также и днем. Плохой сон выражается или тем, что ребенок часто просыпается, или тем, что, хорошо заснувши с вечера, он вдруг просыпается и вскакивает в кровати в состоянии испуга, озирается широко раскрытыми глазами на окружающих, не узнавая даже и самых близких лиц, иногда громко выкрикивает название предмета, испугавшего его во сне; через несколько минут он приходит в себя, успокаивается, снова засыпает крепким сном и утром ничего не помнит о случившемся. Подобные при-

ступы, известные под именем ночного испуга, всегда чаще наблюдаются у детей 2—5 лет и повторяются или каждую ночь, или лишь изредка.

Если беспокойный сон, в какой бы то ни было форме, встречается у ребенка лихорадящего, то симптом этот не имеет особого значения; если же плохой сон есть явление привычное, то указывает на ненормальное состояние (и раздражительность) центральной нервной системы.

У маленьких детей лет до 3 тревожный сон всего чаще стоит в связи с общим малокровием (анемия мозга) в зависимости от рахитизма или от продолжительного поноса; в других случаях беспокойный сон зависит от раздраженного состояния нервной системы под влиянием прорезывания зубов.

У детей постарше тревожный сон тоже часто зависит от анемии или общей нервности (под влиянием наследственности). У анемичных же и нервных детей чаще всего встречается ночной испуг, особенно у имеющих аденоидные разрастания в носоглоточном пространстве.

У детей школьного возраста самой частой причиной бессонницы бывают усиленные умственные занятия до позднего вечера.

В числе причин плохого сна значится также раздражение кишок глистами или продуктами ненормального пищеварения (всасывание птомаинов?), или застоявшимся калом (запор).

Л и х о р а д к а. Не замечают ли у ребенка жара, зноба, пота? Давно ли началось лихорадочное состояние и как протекало?

Понятно, что мы привели здесь только главнейшие вопросные пункты и что в каждом отдельном случае могут понадобиться еще и другие добавочные вопросы, перечислить которые невозможно, да и не нужно.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И ЗНАЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ СИМПТОМОВ

Всего лучше начинать исследование с общего осмотра, который может доставить много данных для диагностики. При этом прежде всего обращается внимание на общий вид, так называемый *habitus* больного, т. е. на положение тела, выражение лица и глаз, состояние питания, свойства кожи, характер дыхания и вообще на все, что может заметить глаз; если дело идет о маленьком ребенке, то выгодно застать его спящим, чтобы иметь возможность сосчитать дыхание и пульс и получить надлежащее

понятие о цвете его покровов, так как все эти симптомы под влиянием крика и беспокойства резко изменяются.

Положение тела может быть вынужденное и вольное. Вынужденным положением называется такое, которое ребенок принимает инстинктивно или поневоле, вследствие того, что всякое иное положение причиняет ему или боль, или какое-либо неудобство. Вынужденное положение прямо наводит врача на мысль о соответствующем страдании и вместе с другими симптомами *habitus* может совсем выяснить диагностику; так, например, неизменное положение на боку (на больной стороне) уже само по себе довольно характерно для плевритического экссудата (так как при ином положении еще более затруднялось бы дыхание вследствие оттеснения средостения к здоровой стороне и сдавления здорового легкого), а если при том мы видим, что больной сильно побледнел и похудел (значит болен уже много дней) и страдает одышкой, выражающейся учащенным дыханием с раздуванием ноздрей, и толчок сердца у него смещен в противоположную сторону, а межреберные промежутки на больной стороне сглажены, то можно поставить диагностику обильного плевритического экссудата и без исследования груди; разве только придется ударить раз молоточком для исключения *pneumothoracis*.

Характерны также неподвижное положение на спине со слегка согнутыми ногами—при остром перитоните; положение на животе—в некоторых случаях поттовой болезни, флегмоны спины и при сильной светобоязни (с целью спрятать лицо в подушку); сидячее положение с закинутой назад головой—при стенозах гортани, положение легавой собаки (на боку, сильно скукожившись) часто встречается при острой головной водянке, когда сведение затылка мешает лежать на спине.

Беспокойство, выражающееся постоянной сменой положения, встречается при сильной головной боли, одышке и при высоких температурах, протекающих с бредом и с потемнением сознания.

Важно также обращать внимание на выражение лица и глаз. Быстрая смена в окраске лица при неподвижном взгляде, устремленном в пространство, при широко раскрытых и редко мигающих веках чрезвычайно характерно для менингита и при случае может служить надежнейшим признаком для отличия его от тифа.

Характерное дрожание глазных яблок, так называемый *nystagmus*, как выражение клонического спазма глазных мышц по-

является обыкновенно с самого раннего возраста, по некоторым авторам иногда даже врожденно, и указывает только на то, что от какой-нибудь причины (небольшие пятна и помутнение роговых оболочек, врожденные катаракты или амблиопия, альбилизм и сильные аномалии рефракции) у ребенка с первых месяцев жизни существует упадок зрения (при полной слепоте нистагм не развивается, а наблюдаются атипические движения глазных яблок). В более позднем возрасте нистагм появляется очень редко; если он сопровождается дрожанием конечностей при волевых движениях, то является сильным доводом в пользу существования островидного склероза центральной нервной системы.

Яркокрасные щеки, стоящие в резком контрасте с бледностью губ, подбородка и носа, постоянно встречаются при scarлатине и никогда при кори.

Очень бледное и одутловатое лицо позволяет предполагать нефрит, а одутловатое с влажными и налитыми глазами—коклюш; совсем характерное коклюшное лицо получается в том случае, если при одутловатости лица больной представляет кровоподтеки на одном или обоих глазных яблоках. Одутловатое, как бы отечное лицо с толстыми губами, редкими волосами на голове, в связи с отсталостью умственных способностей и физического развития весьма характерно для микседемы. Наоборот, осунувшееся лицо со слегка ввалившимися глазами, окруженными синими кругами, указывает на обильную потерю воды организмом, т. е. водянистый холеровидный понос, или на запустение артерий вследствие упадка деятельности сердца, например, при остром перитоните.

Точечные, тесно сидящие петехии на щеках и в особенности на веках указывают на временный, но значительный венозный застой в коже лица и позволяют предположить или сильную рвоту, или коклюшный кашель, или приступ общих судорог с задержкой дыхания.

Восковая бледность лица без всяких следов отека указывает на значительное обеднение крови гемоглобином и встречается при хлорозе, ложной и настоящей лейкемии, при злокачественной анемии и у маленьких детей при рахитизме с большой селезенкой. Бледность с желтоватым оттенком лица при темной пигментации и себоррее надбровных дуг и при продолжительном насморке у ребенка нескольких недель от роду делает возможной диагностику врожденного сифилиса еще задолго до появления более характерных признаков.

Старческое сморщенное лицо у грудных детей встречается при всякого рода атрофии, всего чаще зависящей от хронического

голодания (недостаток грудного молока или несоответственная возрасту пища) или от продолжительного поноса и туберкулеза.

Непроизвольные подергивания различных мышц лица обуславливают появление своеобразных гримас, по которым нетрудно узнать хорею.

По скошению лица на одну сторону заключаем о параличе лицевого нерва и прежде всего думаем о кариозном процессе в височной кости.

Болезненное искажение черт лица, появляющееся всякий раз при ощупывании определенного места, позволяет с точностью определить место боли.

В лице же ясно отражается одышка (движение крыльев носа) и всякое сильное расстройство кровообращения в виде синюхи губ.

Словом, лицо дает врачу массу данных для диагностики; здесь мы привели только главнейшие.

О состоянии общего питания и о сложении пациента мы судим по развитию скелета и мышц, по величине и весу тела, по цвету кожи и слизистых оболочек, по количеству подкожного жирового слоя и по состоянию желез. Если мы находим, что скелет развит правильно и мышцы плотны наощупь, то говорим, что ребенок крепок; если кости тонки, грудная клетка плоска, мышцы дряблы и как бы атрофированы, то удостоверяем, что он слабого сложения. Что касается до подкожного жира, то как избыток его (тучность), так и недостаток (истощение) одинаково ненормальны. Особенно дурное значение имеет быстрое или медленное похудание без всякой заметной причины, так как подобного рода «беспричинное» истощение всего чаще встречается при скрытно протекающем туберкулезе, хотя может зависеть и от других причин, например, от быстрого роста, от потери аппетита вследствие малокровия или усиленных умственных занятий и особенно от онанизма.

Наружным осмотром узнаются только грубые недостатки развития организма, но когда дело идет об определении начальных степеней упадка питания, когда приходится следить за развитием ребенка шаг за шагом, то одного осмотра, конечно, недостаточно; тут необходимы точные измерения длины тела и отдельных его частей, в особенности головы и груди, и определение веса.

К этим именно средствам прибегаем мы во всех случаях, когда имеем перед собой грудного ребенка и когда приходится решать вопрос, достаточно ли получает он пищи, хороша ли кормилица, не пора ли начать прикармливать его или отнимать от груди.

В подобных случаях самые надежные результаты получаются от методического взвешивания ребенка, по крайней мере хотя раз или два в неделю. При оценке добытых результатов руководствуются известными нормами, крупные отступления от которых считаются патологическим явлением. Так как всякий ребенок развивается по-своему и рост тела никогда не идет совсем равномерно, то точно определенной нормы, годной для всех, установить, конечно, невозможно, и потому каждый автор, занимавшийся этим делом, предлагает свои собственные таблицы веса; но так как все эти таблицы не имеют, по моему мнению, никаких преимуществ перед так называемой идеальной кривой увеличения веса тела грудного ребенка, предложенный Бушо, а эта последняя, между прочим, легко запоминается, то ее только я и приведу здесь как норму, с которой можно сообразоваться при оценке результатов взвешивания в каждом отдельном случае.

Нормальный вес новорожденного считается от 2 500 до 5 000 г, а в среднем 3 250 г (8 фунтов). Вес ниже 2 500 г указывает на недоразвитие ребенка и встречается у недоносков. В первые дни после рождения всегда отмечается некоторая потеря в весе, доходящая до своего максимума примерно на 4-й день, в общей сложности до 130—200 г. К 10-му дню вес должен подняться до первоначальной величины, в противном случае есть какая-нибудь ненормальность. У первенцев, а также у недоносков и детей, вскармливаемых искусственно, потеря веса бывает больше и выравнивается позднее (недоноски, по Мюллеру, сглаживают утрату веса обыкновенно не раньше конца 2-й недели). После 10-го дня вес ребенка прогрессивно увеличивается, и всего сильнее в 1-й и 2-й месяцы, а потом с каждым месяцем все медленнее. При правильном развитии первоначальный вес удваивается к концу 5-го месяца, а к концу года почти утраивается. По таблице Бушо прибавка веса идет таким образом.

I	мес	750	в	день	25	г	(6	золотников)	4 000
II	»	700	»	»	23	»	(5 ¹ / ₂)	»	4 700
III	»	650	»	»	22	»	(5	»	5 350
IV	»	600	»	»	20	»	(4 ¹ / ₂)	»	5 950
V	»	550	»	»	18	»	(4	»	6 500
VI	»	500	»	»	17	»	(4	»	7 000
VII	»	450	»	»	15	»	(3 ¹ / ₂)	»	7 450
VIII	»	400	»	»	13	»	(3	»	7 850
IX	»	350	»	»	12	»	(2 ³ / ₄)	»	8 200
X	»	300	»	»	10	»	(2 ¹ / ₃)	»	8 500
XI	»	250	»	»	8	»	(2	»	8 750
XII	»	200	»	»	7	»	(1 ³ / ₄)	»	8 950

К концу года вес ребенка должен быть, следовательно, около 9 000 г (22 фунта). Этот вес удваивается приблизительно к 6 годам (ежегодно прибавляя около 1 500—1 800 г) и доходит до 40—50 фунтов; потом еще через 7 лет опять удваивается (ежегодно 1 800—2 000 г, а после 10 лет около 3 000 г).

Рост тела, головы и груди. Нормальная длина новорожденного считается в среднем 50 см (минимум 45, максимум 58). Рост идет всего быстрее в первые месяцы жизни и к концу года, по Quetelet, увеличивается на 20 см, на 2-м году—на 10 см, на 3-м—на 7 см, потом ежегодно от 4 до 16 лет по 5,5 см, от 16—17—на 4 см, потом до 25 лет—на 2,5, а всего—на 128, так что нормальный рост взрослого равняется 178 см.

По Liharzik'у, все здоровые люди растут приблизительно одинаково по периодам, которых он принимает 23; каждый период длиннее предыдущего, и разница эта увеличивается в арифме-

Периоды по порядку	Число месяцев	Рост головы, см	Рост груди, см	Рост тела, см	Окружность головы, см	Окружность груди, см	Длина тела, см
1-й	1	2½	2¼ + 13/17	7½	37½	36 9/34	57½
2-й	3	—	—	—	40	39 18/34	65
3-й	6	—	—	—	42½	42 27/34	72½
4-й	10	—	—	—	45	46 2/34	80
5-й	15	—	—	—	47½	49 11/34	87½
6-й	21	—	—	—	50	52 20/34	95
7-й	28	13/34	13/34 + 13/17	5	50 13/34	52 25/34	100
8-й	36	—	—	—	50 28/34	54 30/34	105
9-й	45	—	—	—	51 5/34	56 1/34	110
10-й	55	—	—	—	51 18/34	57 2/34	115
11-й	66	—	—	—	51 31/34	58 11/34	120
12-й	78	13/34	13/34 + 13/17	5	52 10/34	59 16/34	125
13-й	91	—	—	—	52 20/34	60 21/34	130
14-й	105	—	—	—	53 2/34	61 26/34	135
15-й	120	—	—	—	53 15/34	62 31/34	140
16-й	136	—	—	—	53 28/34	64 28/34	145
17-й	153	13/34	13/34 + 13/17	5	54 7/34	65 7/34	150
18-й	171	—	13/34 + 5	—	54 20/34	70 20/34	155
19-й	190	—	—	—	54 33/34	75 33/34	160
20-й	210	—	—	—	55 12/34	81 13/34	165
21-й	231	—	—	—	55 25/34	86 5/34	170
22-й	253	—	—	—	56 4/34	92 4/34	175
23-й	276	—	—	—	56 1/2	97 1/2	180
(23 года)							

21½ с 6¼ с 130 см

тической прогрессии: 1-й период—один месяц, 2-й—два, 3-й—три и т. д. В течение любого периода до 21-го месяца (конец 6-го периода) длина тела увеличивается на 7,5 см, окружность головы на 2,5 см, а окружность груди на $2,5 + \frac{13}{17}$ см. После 21 месяца рост идет много тише: длина тела увеличивается в каждый период только на 5 см, окружность головы на $\frac{13}{24}$, а груди на $\frac{13}{14} + \frac{13}{17}$; с 12 лет* (18-й период) замечается усиленный рост груди, и с этих пор она увеличивается в каждый период на $\frac{13}{34} + 5$ см.

Данные эти можно выразить таблицей (стр. 21).

Окружность головы новорожденного равняется 34—35 см, а груди (на уровне сосков)—32—33 см.

Так как не все дети растут одинаково быстро, и многие, будучи совершенно здоровыми, развиваются все-таки медленно, то знание одних лишь абсолютных чисел роста еще недостаточно для того, чтобы признать развитие данного ребенка нормальным или патологическим. В этом отношении более интересные данные получают из сравнений размеров головы, груди и длины тела, ради чего мы их и привели в таблице рядом друг с другом.

Чрезмерно быстрый рост тела приобретает особое значение в том случае, если ему не соответствует увеличение тела в ширину, т. е. окружности груди и ширины плеч. *Поперечник плеч во всех периодах роста должен быть приблизительно равен $\frac{1}{4}$ длины тела.*

По Uffelman'у, например, так:

Лета	Поперечник плеч	Длина тела
0	13,7	50
3	23	87
6	32	122
14	36	150

У нормально развитого новорожденного окружность головы превышает окружность груди на 1—2 см, а грудь превышает половину длины тела на 9—10 см (минимум на 7 см). Если разница между головой и грудью больше 2 см, а между грудью и половиной длины тела меньше 7 см, то это указывает на врожденную слабость ребенка, на его малую жизнеспособность.

Вообще говоря, чем ребенок крепче сложен, тем скорее грудь его по своим размерам сравнивается с головкой, а чем слабее ребенок, тем больше превалирует голова. По таблице Lihartzik'a

выходит, что окружность груди уравнивается с окружностью головы к концу первой половины года, но в действительности такой рост груди встречается довольно редко, именно только у самых крепких детей, у большинства же здоровых детей грудь начинает брать перевес над головой лишь на 3-м году, а у слабых и рахитиков—на 5—6-м году.

По отношению к длине тела мы уже заметили, что окружность груди должна превышать половину длины тела по крайней мере на 7 или на 8 см (в среднем на 10 см). В течение первых лет жизни эта разница мало-помалу сглаживается и на 7—8-м году жизни доходит до нуля, а потом окружность груди начинает понемногу отставать от полуроста, и разница в пользу последнего к 12 годам доходит до 2—4 см. Чем лучше развит ребенок, чем он крепче, тем сравнительно больше его окружность груди; у хорошо сложенных детей-подростков окружность груди к 10 годам все еще превышает полуростовую длину тела на 4—5 см и сравнивается с ней лишь к 14—15 годам. Б

Если первоначальный вес тела не достигает 3 000 г, а размеры головы, груди и роста выше указанной нормы, то, значит, ребенок родился слабым, если же все эти величины превышают среднюю норму, то ребенок родился крепким. О детях-гигантах говорят в том случае, если вес при рождении превышает 5 000 г (12 фунтов).

Самый большой экземпляр, известный мне из литературы, встретился д-ру Wisin'у, он весил 9 000 г. Слишком малый вес новорожденного, иначе сказать, общая атрофия его, указывает или на то, что он недоношен, или (если родился в срок), что питание его во время утробной жизни шло неправильно вследствие ли болезни матери (всего чаще сифилис) или последа.

Атрофия детей, родившихся здоровыми и крепкими, чаще происходит под влиянием хронического голодания от недостатка пищи—это *простая* или чистая *атрофия*. В других случаях причиной истощения бывают какие-нибудь хронические болезни и всего чаще поносы и общий туберкулез,—это *симптоматическая атрофия*.

Простая атрофия как совершенно самостоятельная болезнь, т. е. не зависящая ни от катарра кишок, ни от других каких-либо заболеваний внутренних органов, встречается только у детей первых месяцев жизни и в силу своей этиологии, симптоматологии и терапии должна быть строго отличена от симптоматической атрофии как результата истощающих болезней. Этиология чистой атрофии сводится исключительно к *хроническому голоданию*,

все равно, зависит ли оно от недостатка молока у кормящей, или от неправильного искусственного вскармливания малыми порциями разведенного коровьего молока или совсем не соответствующей возрасту ребенка пищи, которую он не может ассимилировать.

Симптомы всякой атрофии состоят в общем истощении организма, всего резче выражающемся полным исчезанием подкожного жира и дряблостью или складчатостью кожи. У детей первых месяцев жизни к числу характерных симптомов принадлежит также спадение черепа вследствие уменьшения объема мозга: большой родничок глубоко вваливается, и кости черепного свода заходят своими краями одна под другую.

Простая, ничем не осложненная атрофия отличается от симптоматической атрофии вследствие хронического поноса следующими особенностями: 1) она всего чаще развивается в первые четыре месяца и очень редко после полугода, тогда как симптоматическая наоборот; 2) вместо поноса и вздутаго живота при ней бывает обыкновенно запор при плоском или ввалившемся животе и при скудном отделении мочи (см. главу о запоре); 3) при ней никогда не бывает отеков подкожной клетчатки, редко отсутствующих (на ступнях и лодыжках) при истощении от поносов. Если простая атрофия осложнена катарром кишок (что случается не особенно редко, особенно если атрофия развивается *под влиянием несообразной пищи*), тогда может быть и значительное вздутие живота, и для правильной оценки случая остаются первый и третий критерий и анамнез (значительное похудание началось еще до поноса; справка о том, чем кормили ребенка и по сколько давали пищи; исследование груди кормящей по отношению к количеству молока).

Симптоматическая атрофия, встречающаяся иногда в тяжелых случаях рахитизма, отличается от самостоятельной формы атрофии, помимо возраста ребенка, еще и симптомами ясно выраженного рахитизма. Последнее обстоятельство приобретает для диагностики особенно важное значение ввиду интересного факта, подмеченного Вонн'ом, что дети, находясь в состоянии простой атрофии, не проявляют никакого расположения к рахитизму, так что у них не наблюдается даже и размягчения затылка.

Всего труднее отличить простую атрофию от туберкулеза маленьких детей, особенно если атрофия осложняется бронхитом или пневмонией, что так часто случается; с другой стороны, и отсутствие кашля не исключает общего туберкулеза. Если на основании анамнеза можно исключить простую атрофию, а между тем

для объяснения истощения нет никаких заметных причин, то придется предположить туберкулез и искать подтверждения этому со стороны лихорадочного состояния и наследственности.

При *осмотре кожи* обращают внимание на общую окраску ее и на могущие встретиться сыпи (см. главу о семиотике кожи).

О состоянии *лимфатических желез* мы получаем понятие из осмотра и ощупывания шеи, подмышек и пахов. У совершенно здоровых детей при умеренно развитом подкожном жире лимфатические железы совсем не прощупываются. Хронически увеличенные железы, доступные простому осмотру, указывают на серьезное расстройство общего питания (туберкулез, настоящую или ложную лейкемию или по крайней мере на сильно выраженную золотуху). В случае *микрополиаденизма*, т. е. когда на задней поверхности шеи, в подмышках и пахах прощупывается большое количество плотных подвижных безболезненных мелких (величиной от конопляного до кофейного зерна) железок, мы можем сделать вывод о непрочности лимфатических желез, т. е. о легкой их ранимости в смысле склонности их к гиперплазии и к творожистому перерождению; подобных субъектов мы считаем золотушными, склонными к гиперплазии и внутренних, например бронхиальных, желез. По мнению некоторых французских авторов, микрополиаденизм и припухлость селезенки у бледных и сильно похудевших детей являются верными признаками общего туберкулеза. Впрочем, наличием микрополиаденизма не следует очень смущаться, так как он может встречаться, помимо туберкулеза, при всяком другом истощении, например, под влиянием хронического поноса, сифилиса, бронхопневмонии. Комбинация микрополиаденизма с опухолью селезенки, а нередко и печени во всяком случае указывает на значительное истощение организма. Микрополиаденизм всего чаще встречается у детей первого возраста, лет до 5—6.

Исследование головы производится посредством осмотра, ощупывания и измерения. При этом обращается внимание на форму и величину головы, на состояние швов и родничков, на твердость костей и на состояние кожи.

Голова у нормального ребенка должна иметь овальную форму, без резких выступов теменных и лобных бугров и быть вполне симметрична; кости свода черепа должны быть тверды и не должны уступать давлению пальца даже на краях швов и большого родничка. Большой родничок остается открытым до 12—16-го месяца, а швы, ламбдовидный, стреловидный и венечный, могут быть ощупываемы не позднее как до конца 3-го месяца. О величине го-

ловы у новорожденного, об увеличении ее по возрастам и об отношении окружностей головы и груди было уже сказано выше.

Отклонения от нормы могут быть разнообразны. Неправильная, угловатая форма головы вследствие ненормального разрастания теменных и лобных бугров указывает на рахитизм, в высших степенях которого получается так называемая *седлистая голова*, характеризующаяся уплощением черепного свода и чрезмерным разрастанием бугров, тогда как в местах, соответствующих швам, замечаются углубления в черепе.

Легкая *асимметрия черепа* в виде некоторого уплощения одной стороны (большой частью в области соединения теменной кости с затылочной) встречается у маленьких очень часто и обусловливается постоянным лежанием ребенка на одной стороне; такая асимметрия не имеет патологического значения и скоро исчезает, если только начинают следить за тем, чтобы ребенок не лежал постоянно на одном боку. Другое дело—высшие степени асимметрии, зависящие от раннего окостенения швов одной стороны черепа или от врожденного недоразвития одного полушария.

Если уже на первом году окружность груди значительно превышает окружность головки, то это указывает на недоразвитие головы (*microcephalia*) и дает повод опасаться в будущем идиотии; наоборот, если голова сравнительно с грудью и по возрасту слишком велика, то у ребенка или рахитизм с гипертрофией мозга, или хроническая головная водянка. Хроническая водянка большей частью бывает врожденным страданием и состоит в скоплении жидкости в мозговых желудочках; с возрастом она обыкновенно увеличивается.

Franz Maug сопоставляет отличительные признаки гипертрофии мозга и головной водянки в следующей таблице (Jahrb. f. Kinderh., 1, B., S. 15):

Hypertrophia cerebri

Форма черепа: широкая, угловатая при сильно выдающемся лбе и затылочных буграх.

Увеличение черепа развивается крайне медленно, почти незаметно и никогда не достигает такой значительной степени, чтобы лицо сделалось сравнительно с черепом несоизмеренно мало.

Большой родничок больше, чем в норме; он приподнят и сильно пульсирует.

Hydrocephalus chronicus

шарообразная без особых выступов.

развивается быстро, так что уже через две недели можно констатировать заметное увеличение диаметров; лицо сравнительно с черепом несоизмеренно мало.

необычайно велик, выпячен и совсем или почти не пульсирует.

Кости в местах швов *подвижны*, но незначительно раздвинены. соединены перепончатыми, напряженными промежутками.

Осложнения

Следы начинающегося рахитизма на остальном скелете. отсталое развитие костей и мускулов всего тела.

Laryngospasmus

Общие судороги.

Умственное развитие идет беспрепятственно, нередко замечательно хорошо.

Последняя дилатация мозга незаметна, если в начале болезни родничок был еще открыт.

Ограничено, по крайней мере, в отдельных направлениях; часто идиотизм.

в большей или меньшей степени всегда налицо: рвота, тяжесть головы, дрожание при движении, косоглазие, широкие зрачки, тонические спазмы в ногах и т. д.

Размягчение костей черепа может быть врожденным или приобретенным. В первом случае это не есть патологическое явление (с чем, впрочем, не все согласны) и исчезает довольно скоро после родов, во втором—оно считается симптомом рахитизма и именно начального его периода. Врожденная мягкость костей бывает всего заметнее в первые дни жизни; мягкие места располагаются обыкновенно вдоль стреловидного шва. Приобретенная или рахитическая мягкость костей появляется на 3—4-м месяце жизни и редко остается заметной до конца года (чаще до 9 месяцев). Мягкие места занимают затылочную кость (размягчение затылка—*craniotabes*) и в легких случаях являются в виде отдельных островов, а в тяжелых—размягчается почти вся чешуя *ossis occipitalis*. Узнать размягчение нетрудно, так как при надавливании на мягкое место пальцем оно поддается давлению, подобно пергаменту. Чтобы не просмотреть и маленький островок размягчения, всего лучше исследовать ребенка при положении его на спине. Врач стоит около его ног и помещает обе свои руки таким образом, чтобы большие пальцы упирались на лоб, а все остальные, которыми производится ощупывание,—на затылок; надавливание на все места затылка производится концами слегка согнутых пальцев.

Размягчение затылка особенно часто встречается у рахитиков, страдающих ларингоспазмом.

Аномалии родничка и швов. В первые 9 месяцев большой родничок и у вполне здоровых детей может постепенно увеличиваться.

ваться, и такое увеличение считается нормальным явлением, если расстояние между противоположащими сторонами четырехугольника (т. е. краями родничка) не превышает 1,5—2 см, но в последнюю четверть года он должен постепенно уменьшаться и к 16-му месяцу совсем закрыться, т. е. окостенеть. Слишком долгое незаращение родничка и швов или ненормально большая величина родничка, т. е. если она больше 2×2 см, если не зависит от хронической головной водянки, указывает на замедленный ход окостенения, т. е. на рахитизм; с этим совпадает обыкновенно и неправильное или позднее прорезывание зубов (см. главу о прорезывании зубов) и другие признаки рахитизма, которые, впрочем, не обязательны, так как на первом году жизни рахитизм может ограничиться одним лишь черепом.

Выпяченный родничок указывает на повышенное давление в полости черепа, а ввалившийся—на уменьшение давления и спадение мозга. Сильно ввалившийся родничок, комбинирующийся у детей первых месяцев жизни с надвиганием краев черепных костей друг на друга (край затылочной кости подходит под теменные), является очень важным отличительным признаком острой головной водянки от гидроцефалоида и говорит в пользу второго.

Слегка выпяченная и пульсирующая фонтанель указывает на гиперемию мозга (обычный спутник сильного жара), а *выпяченная и напряженная*, т. е. не легко поддающаяся давлению пальца,—на экссудацию в полости черепа—будет ли это гнойный менингит поверхности полушарий или острая головная водянка, или интерменингеальное кровоизлияние у новорожденных. Значение этого симптома важно именно в том отношении, что он исключает простое переполнение сосудов, так как выпуклая и туго натянутая фонтанель не замечается ни при активной, ни при пассивной гиперемии мозга; по этой причине состояние родничка может иметь решающее значение во многих сомнительных случаях, когда дело идет о решении вопроса, происходят ли мозговые явления (рвота, сопор, конвульсии) в данном случае от каких-либо причин, лежащих вне полости черепа (сильное повышение температуры, острая пневмония, нефрит с уремией), или от самостоятельного поражения мозга.

Еще большее значение этот признак имеет в тех случаях, когда по ходу болезни и по общему истощению ребенка надо бы ждать ввалившейся фонтанели, а она оказывается выпяченной, как это и бывает обыкновенно при острой головной водянке.

Если выпяченный и резистентный родничок замечается у *ново-рожденного* и вовсе не пульсирует, то можно предполагать обильное интерменингеальное кровоизлияние.

При выслушивании родничка удается слышать у некоторых детей *дующий шум*, синхроничный с пульсом и происходящий по Jurasch'у в а. carotis, слегка сдавленной в canalis caroticus височной кости; по мнению автора, он не имеет патологического значения, хотя у рахитиков встречается чаще, чем у детей здоровых. По нашим наблюдениям, «мозговой шум» встречается особенно часто и отличается сравнительно большой интенсивностью у детей анемичных, у которых удается констатировать одновременно и венозные шумы под ключицами, а также шумы в сосцевидных отростках височных костей и ab pisham тотчас под затылочной костью. Эти последние шумы, равно как и шум родничка, мы считаем за происходящие в венозных синусах.

Исследование кожи головы. Облысение затылка вместе с потливостью головы являются частыми спутниками craniotabes и имеют одинаковое с ним значение (см. выше). Кожа головы принадлежит к числу излюбленных мест различных сыпей; у грудных детей здесь часто встречаются корки от себорреи и экземы, а у старших—экзема и паразиты (вши, herpes tonsurans, favus). О диагностике этих сыпей—в главе о семиотике кожи.

Опухоли головы особенно часто встречаются у новорожденных. В первые два дня после рождения появляется *разлитая* опухоль мягких частей вследствие отека и пропитывания кровью подлежащей части. Такая опухоль, известная под именем добавочной головы, caput succedaneum, исчезает очень скоро после родов и потому особенного значения не имеет. От всех других опухолей она отличается, кроме того, своей тестообразной консистенцией, отчетным характером (от давления пальцем остается ямка), синеватым цветом покровов и разлитыми границами. Она может занимать любую часть черепа и никакого отношения к швам не имеет.

Кровяная опухоль головы (cephalohaematoma)—результат кровоизлияния между костью и надкостницей—образуется тоже под влиянием родов, но появляется не тотчас после рождения ребенка, как предыдущая, а дня через 2—3, и в первое время продолжает увеличиваться, затем на несколько дней остается стационарной и к 4—12-й неделе медленно исчезает. Величина опухоли—до грецкого ореха и больше; она покрыта нормальной кожей, имеет резкие границы и флюктуирует. Особенно характерно для нее то, что опухоль *никогда не переходит на шов* (так как здесь надкостница крепко приращена и не может быть отделена излив-

шейся под нею кровью). Излюбленное место этих опухолей—середи́на теменных костей одной или обеих сторон. После нескольких-дневного существования основание опухоли окружается ясно заметным при ощупывании твердым валиком (разрастание надкостницы).

У более взрослых детей тоже появляется иногда кровяная опухоль в виде резко ограниченной упругой, слегка флюктуирующей шишки (большей частью на лбу), но исключительно только от ушиба, и потому кожа бывает обыкновенно экхимозирована, и на месте опухоли появляется потом синяк.

Флюктуирующая ограниченная опухоль на черепе у ребенка может зависеть еще от нарыва и от мозговой грыжи. Острые нарывы отличаются легко по болезненности и по красноте кожи, а при холодных нарывах покровы остаются нормальными, боли никакой нет, нарыв никакого отношения к швам не имеет и отличается этиологией (большей частью вследствие костоеды, следовательно, у детей золотушных и сифилитиков, а также при пиемии), возрастом (холодные абсцессы на голове у новорожденных не встречаются) и отсутствием твердого валика при основании опухоли.

Мозговая грыжа, в отличие от предыдущих, появляется всегда на месте какого-нибудь шва, чаще при основании носа (glabella) или на затылке. Опухоль имеет обыкновенно мешкообразную форму с перетянутым основанием. Она содержит или только жидкость—*hydromeningocele*, или и мозг—*encephalocele*.

Первая флюктуирует и просвечивает, вторая не флюктуирует и иногда пульсирует. В обоих случаях можно прощупать при основании опухоли край отверстия кости, через которое вышла грыжа. Если это отверстие достаточно велико, то опухоль можно до некоторой степени вправить, и тогда появляются признаки увеличенного давления в полости черепа в виде выпячивания и напряжения родничка, а иногда и общих судорог.

Мозговая грыжа напрягается во время крика, и этим признаком можно пользоваться в числе других для отличия этой опухоли от врожденных саркомы или липомы. Если флюктуирующая опухоль, сидящая на черепе, по всем признакам должна быть признана за мозговую грыжу, а между тем она не напрягается при крике и не может быть уменьшена давлением, то следует диагностировать очень маленькое отверстие в костях черепа и, следовательно, можно рассчитывать на благоприятный исход операции таких грыж. От врожденной мозговой грыжи, известной также под именем *настоящей*, следует отличать приобретенную, *травма-*

тическую или ложную мозговую грыжу. Происхождение таких meningocoele spuria требует двух условий: во-первых, сильной травмы с переломом черепной крышки и с разрывом твердой мозговой оболочки и, во-вторых, целостности покровов черепа; так как эти два условия гораздо легче могут быть реализованы в самом юном возрасте, то ложные мозговые грыжи почти всегда появляются от ушибов на первом или на втором году жизни. Через разрыв твердой мозговой оболочки и через трещину черепа цереброспинальная жидкость изливается под надкостницу, а в случае разрыва последней—под апоневроз, образуя резко ограниченную флюктуирующую, иногда пульсирующую, во всяком случае напрягающуюся при крике опухоль, покрытую нормальной кожей, одним словом, опухоль, довольно похожую на мозговую грыжу, особенно если добавить к этому, что при основании опухоли ясно прощупывают край костного отверстия и что при умеренном давлении опухоль можно вправить или, по крайней мере, уменьшить, причем могут появляться сдавления мозга.

Однако, отличить настоящую мозговую грыжу от ложной нетрудно: кроме анамнеза, уже одно место, занимаемое опухолью, ясно указывает, в чем дело: ложная мозговая грыжа никогда не сидит на шве, а всегда над самой костью и именно на одной из теменных костей.

У детей старшего возраста на черепе встречаются иногда ограниченные периоститы, простые и гнойные, и саркомы.

Исследование рта и зева производится осмотром, для чего приходится иногда насильственно открывать рот ребенку. У новорожденных и у грудных детей для этого достаточно произвести легкое давление пальцем на подбородок. У детей 3—5 лет врач встречается подчас с весьма трудно преодолимое противодействием со стороны ребенка. Во многих случаях удается заставить его открыть рот посредством сжимания ноздрей, но и это средство не всегда ведет к цели, так как некоторые дети ухитряются дышать через щели между зубами. В подобных случаях следует завести рукоятку чайной ложечки между щекой и зубами за последние коренные зубы и тут повернуть ложечку так, чтобы рукоятка ее поместилась между деснами; при таком маневре ребенок обязательно откроет рот, и если голова его хорошо фиксируется, то достаточно нескольких секунд, чтобы осмотреть его зев.

При исследовании рта могут встретиться различные врожденные аномалии, каковы, например, полное или неполное сращение губ, раздвоение верхней губы—*заячья губа* (*labium leporinum*)—или мягкого неба—*волчья пасть* (*palatum fissum*).

Некоторые симптомы со стороны рта могут иметь значение для диагностики других болезней: например, судорожное сжатие челюстей обыкновенно бывает первым проявлением тетануса; постоянно открытый рот часто встречается у золотушных детей, при хроническом насморке и при гипертрофии тонзилл; в острых случаях открытый рот со слюнотечением встречается при афтозном стоматите и то же самое в хроническом виде свойственно идиотизму.

Утолщение верхней губы принадлежит к числу признаков золотушного *habitus'a* и развивается под влиянием повторных насморков с едким отделяемым, поддерживающих легкий воспалительный процесс в коже и в подкожной клетчатке губы.

Слизистая оболочка губ является любимым местом для проявления наследственного сифилиса в виде трещин и мокнущих папул.

О болезнях рта и зева мы будем говорить в соответственных главах.

Осмотр и ощупывание шеи может дать при случае много данных для диагностики. Обращают внимание на положение головы (см. *torticollis* и сведение головы), на состояние позвоночника (*spondylitis*), лимфатических желез, подкожной клетчатки. О значении ограниченного отека шеи мы будем говорить в главе о семиотике кожи и подкожной клетчатки; но, помимо отека, на шее чаще, чем где-либо, встречаются разлитые флегмоны и абсцессы лимфатических желез; флегмоны чаще всего сопровождают злокачественные скарлатинозные жабы, а нагноения желез развиваются или самостоятельно, и тогда преимущественно в заднеушных железах, или вследствие каких-нибудь мокнущих сыпей на голове (затылочные железы у маленьких детей) или лице (железка под подбородком). О значении микрополиаденизма мы говорили выше (стр. 27).

В виде врожденной аномалии иногда встречается на шее фистулезное отверстие или просто небольшое, постоянно мокнущее углубление как следствие неполного закрытия жаберных дуг. Отверстие находится или по средней линии шеи и сообщается узким каналом с трахеей (*fistula colli trachealis congenita*), или по бокам, над грудино-ключичным сочленением, и ведет к пищеводу. Из опухолей шеи, кроме тех, что зависят от острого припухания желез и клетчатки, заслуживает внимания у новорожденных небольшая, гладкая, плотная, овальной формы опухоль, покрытая нормальной кожей и сидящая на *m. sterno-cleido-mastoideus*. Опухоль образуется в первые дни жизни ребенка, указывает на разрыв этой мышцы во время акта родов и обусловли-

вается кровоизлиянием в месте разрыва и образованием воспалительной мозоли—*haematoma m. sterno-cleido-mastoidei*. Опухоль эта всегда бывает односторонней и через 2—3 недели бесследно исчезает.

Из хронических опухолей шеи у детей более взрослых встречается иногда увеличение щитовидной железы, так называемый зоб (*struma*), легко узнаваемая по своей мягкости и по положению на передней поверхности шеи. В нашей местности эта болезнь встречается редко; сравнительно чаще приходится встречать хроническую опухоль лимфатических желез, спаивающихся между собой в громадные бугристые пакеты; железы в таких случаях оказываются в состоянии творожистого или саркоматозного перерождения. Подобного рода опухоли не следует смешивать с врожденными кистами шеи—*hygroma cysticum congenitum colli*. Опухоль эта состоит из конгломерата мелких и крупных кист, в чем легко убедиться посредством осмотра и ощупывания, показывающих наличие упругих и флюктуирующих возвышений шарообразной формы. Опухоль исходит из *reg. submaxillaris*; она всегда врожденна; величина ее колеблется от грецкого ореха до кулака взрослого человека и больше; иногда она остается *in statu quo*, иногда же растет удивительно быстро и может повести к удушью; кожа, покрывающая опухоль, большей частью не изменена или местами утончена, но в некоторых случаях очень утолщена. Прокол дает в одних случаях свежую или слегка мутноватую жидкость, в других—от примеси крови—шоколадного цвета. Опухоль эта происходит вследствие эктазии и гиперплазии лимфатических сосудов и может быть названа *lymphangioma cysticum congenitum*. Благодаря быстрому росту и плотности перекладин соединительной ткани, соединяющей отдельные полости, опухоль эта может быть принята за саркому, но саркоматозных элементов не оказывается даже и в опухолях, растущих наиболее быстро. Остановка в росте опухоли встречается нередко, но самопроизвольное излечение—почти никогда.

При обследовании *позвоночника* обращают внимание на его форму, подвижность, болезненность при движении, при надавливании на голову или на остистые отростки.

Исследование груди у детей производится по тем же способам как и у взрослых, т. е. осмотром, ощупыванием, измерением, постукиванием и выслушиванием. Мы предполагаем у наших читателей полное знакомство со всеми этими методами исследования и потому ограничимся лишь краткими замечаниями по поводу некоторых особенностей постукивания и выслушивания у детей,

так как тут встречаются некоторые мелочи, от незнакомства с которыми врач может сделать совсем ложные выводы; при постукивании, например, он получит тупой звук там, где его нет, или, наоборот, просмотрит действительно существующее притупление. Так, при *перкуссии несимметричной грудной клетки*, когда ребра на одной стороне груди более выпуклы, а на другой—уплощены, постукивание по выпуклым ребрам даст, при прочих равных условиях, более тупой звук, чем по уплощенным. При нормально развитой грудной клетке ошибка может получиться вследствие того, что ребенок сидит неправильно, перегнувшись на одну сторону; в этом случае, как и при боковом искривлении позвоночника, большая тупость будет на вогнутой стороне. Если под влиянием неодинакового положения рук мышцы на одной стороне грудной клетки напряжены, а на другой расслаблены, то тупость получается на стороне сокращенных мышц (если постукивание производится над сокращенной мышцей). Чтобы избежать подобной ошибки, необходимо держать ребенка таким образом, чтобы плечи его стояли на одинаковом уровне и чтобы положение лопаток было одинаково на обеих сторонах. Если дело идет о ребенке 1—2 лет, то при постукивании спины я рекомендую держать его так: ребенка сажают на горизонтальную плоскость, например, на подушку, положенную на стол, руки сгибают в локтях под прямым углом, и предплечья кладутся поперек живота таким образом, чтобы они лежали друг за другом, и в этом положении удерживаются и прижимаются к животу правой рукой матери, стоящей с правой стороны ребенка; левую свою руку она кладет на затылок ребенка и легким надавливанием сгибает голову с целью воспрепятствовать ему выгибаться назад, что он пытается делать всегда, как только начинают постукивать его спину.

Далее следует помнить, что перкуторный звук значительно притупляется, если *постукивание* производится во время крика; всего больше заметно это притупление в области нижне-задних костей грудной клетки, где прикрепляется большинство выдыхателей, а потому, если ребенок кричит, то надо постукивать на одном месте короткими и частыми ударами до тех пор, пока ребенок сделает глубокий вдох; если тупой звук остается и в это время, то можно быть уверенным в его реальности.

Постукивание всегда следует производить слабыми ударами, так как, вследствие большой эластичности детской грудной клетки и малых размеров ее, перкуторные сотрясения слишком легко передаются на отдаленные части легких, и потому при сильном

постукивании тупой звук ограниченного места может быть совершенно заглушен ясным звуком здоровых соседних частей легкого.

При *постукивании спины* начинающие часто делают ошибку в том отношении, что помещают плессиметр слишком низко, т. е. там, где уж и легких-то нет. Относительно положения нижней границы легких можно руководствоваться известными обозначательными пунктами скелета, причем дело значительно упрощается тем, что как у маленьких детей, так и у более взрослых отношение легких к скелету грудной клетки остается постоянным, а именно: на спине нижняя граница соответствует остистому отростку XI позвонка и идет отсюда горизонтально кпереди, пересекая на левой стороне по *linea axillaris IX* ребро и по *linea mamillaris* на правой стороне VI ребро.

Выслушиванию спины мешают непрерывные движения ребенка и крик. Благодаря беспокойству маленьких детей выслушивание их обыкновенным стетоскопом делается крайне затруднительным, а иногда совсем невозможным. При исследовании спины можно помочь горю, выслушивая непосредственно ухом; тогда нетрудно держать ребенка в неподвижном положении, ущемивши его, так сказать, между головой и рукой, положенной на грудь; но, прежде чем прикладывать ухо к телу ребенка, надо обозначить пальцем то место, которое желательно выслушать, и потом уже приложить ухо к пальцу; без соблюдения этой предосторожности начинающие часто впадают в крупную ошибку, выслушивая, например, вместо спины поясницу или вместо задне-боковой поверхности груди—позвоночник.

Выслушивать непосредственно ухом переднюю поверхность груди, особенно верхних частей, неудобно за недостатком места; для таких случаев можно бы пользоваться мягким гутаперчевым стетоскопом, которым гораздо удобнее следить за движениями ребенка и которым можно выслушивать, не производя большого давления на кожу и не причиняя ни малейшей боли; но такой стетоскоп требует большого навыка, так как он усиливает дыхательные шумы и изменяет характер их.

Что касается до крика, то он является препятствием разве только для начинающих, а опытный врач считает крик моментом, благоприятствующим исследованию, а именно, во-первых, тем, что он дает возможность исследовать голосовые сотрясения—столь важный симптом в деле отличия пневмонии от плеврита, и бронхофонию, значение которой для диагностики несколько не меньше, чем бронхиального дыхания; а во-вторых, при крике больной обязательно делает глубокие вздохи, и потому можно

лучше, чем при покойном дыхании, слышать характер вдыхательного шума и хрипов, особенно мелких и крепитирующих.

При выслушивании кричащего ребенка не мешает затыкать свободное ухо пальцем, чтобы лучше сконцентрировать внимание на звуковых явлениях, исходящих из грудной клетки к выслушивающему уху.

Начинающие должны помнить еще и то, что везикулярный дыхательный шум в нормальном состоянии у детей с 2-летнего возраста бывает выражен очень резко (почему он получил даже особое название—пузырьное дыхание) и может быть принят за бронхиальный. У детей на первом году жизни дыхательный шум под влиянием слабой деятельности мышц кажется ослабленным.

При осмотре грудной клетки обращаем внимание на число и характер дыхательных движений, на место сердечного толчка, на форму груди и на состояние кожи.

Дыхание у новорожденных и у грудных детей отличается абдоминальным характером и к четырем годам оно делается постепенно более грудным. У детей первых месяцев жизни дыхание в нормальном состоянии при полном покое, во время сна например, бывает не совсем правильным, так как мелкие дыхательные движения сменяются более глубокими вперемежку с паузами; подобно рода неправильности могут считаться патологическим явлением лишь у детей после второго года жизни и имеют особое значение для диагностики мозговых болезней, хотя встречаются также при болезненном дыхании, например, при ревматизме грудных мышц и при плеврите.

К нормальным же явлениям у маленьких детей относится и втягивание мест прикрепления диафрагмы на передней и боковых поверхностях груди (перипневмоническая бороздка Trouseau), слегка заметное и при покойном дыхании, но особенно резко выступающее во время крика. У ребенка в возрасте более четырех месяцев втягивание это не должно быть заметно при покойном дыхании; в противном случае мы имеем право предполагать одно из двух: или у него затруднен доступ воздуха к легким, или ребра его ненормально уступчивы, т. е. мягки. Если препятствие для дыхания находится в гортани или в трахее, то при этом будет стенотический дыхательный шум и втягивание надключичных и яремных ямок; если же оно лежит в бронхах, то дыхание обязательно значительно учащается, и ребенок сильно кашляет; если же нет ни кашля, ни признаков стеноза гортани, то остается допустить мягкость ребер в зависимости от рахитизма.

К числу явлений, не имеющих особого значения, Politzer относит, между прочим, *привычное, продолжающееся с момента рождения, громкое бляющее выдыхание*, наблюдаемое иногда у новорожденных в первые дни жизни. Симптом этот, зависящий от неправильной иннервации и со временем исчезающий без всяких последствий, состоит в том, что при свободном, едва слышном коротком и вообще нормальном вдыхании выдыхание совершается не сразу, а в 5—7 приемов, и сопровождается громким звуком, вроде бляения козы. В большинстве случаев такое дыхание, появившись тотчас после родов, продолжается до 8-го месяца или даже до конца года. Раз появившись, оно не прерывается ни днем, ни ночью; независимо от того, спит ли ребенок или бодрствует. Значение этого симптома состоит только в том, чтобы врач, зная его, мог успокоить родителей и не принимал ненужных терапевтических мер.

Счет дыхательных движений производится или просто глазом, или рукой, помещенной на подложечную область. Нормальное число дыханий у маленьких детей определить с точностью нельзя, так как оно подвержено большим колебаниям даже и в совершенно спокойном состоянии, чем и объясняются разноречивые показания авторов. Так, например, за среднее число дыханий у новорожденного Vogel принимает 26,4, а Quetelet—44. В вертикальном положении новорожденный дышит на одну треть чаще; так же влияет и бодрствование (46—58 раз в минуту). Среднее число дыханий на 2-м году принимается в 28; на 3—4-м году—25, от 6 до 10 лет—20—28. Под влиянием лихорадочного состояния и усиленных движений частота дыханий во всех возрастах значительно увеличивается (на первом-втором году жизни при температуре в 40—40,5° нередко можно насчитать от 50 до 70 дыханий в минуту), а потому учащение дыхания само по себе еще не доказывает существования легочной болезни; оно приобретает это значение лишь в том случае, если ребенок представляет при этом еще и другие признаки одышки, каковы, например, раздувание ноздрей, втягивание мест прикрепления диафрагмы, оханье и кряхтение при каждом выдохе; обращают также внимание на отношение числа дыханий к пульсу: если первое относится ко второму, как 1 : 3,5—4,5, то это нормальное отношение указывает на то, что причина учащенного дыхания не лежит в поражении легких, так как тогда отношение делается, как 1 : 2,5—2.

Замедление дыхания указывает на серьезное расстройство иннервации дыхания и наблюдается при мозговых болезнях, ведущих к сдавлению мозга, при уремии (в одном случае у девочек

лет 8 после уремиических судорог я наблюдал вместе с д-ром Гурвичем упадок дыхания до 4 вздохов в минуту, и больная эта все-таки выздоровела) и холере.

Для острой головной водянки считаются характерными глубокие вздохи, после которых следуют продолжительные паузы; такие вздохи сначала появляются изредка, а позднее, в период спячки, их можно наблюдать ежеминутно и именно в форме чейн-стоксовского дыхания, состоящего в том, что едва заметное дыхание с каждым вздохом делается все глубже и глубже, доходит до аспе и потом опять, постепенно или вдруг, ослабевает до полной остановки секунд на 10 или на 30. Чейн-стоксовский тип дыхания указывает на истощение дыхательного центра и в большинстве случаев является предвестником близкой смерти.

Что его нельзя считать все-таки безусловно смертельным симптомом, это доказывают, между прочим, два случая с благополучным исходом, описанные мной во Врачебном вестнике за 1874 г. Оба ребенка были в возрасте около года; у одного был коклюш, осложненный пневмонией, у другого—отравление опиумом. Слабо выраженное чейн-стоксовское дыхание у новорожденных и у очень маленьких детей часто наблюдается при полном здорье во время сна.

Полное отсутствие дыхательных движений у ребенка, только что родившегося, составляет главный симптом *мнимой смерти*, или *асфиксии новорожденных*. Диагностический интерес представляет только определение степени асфиксии, так как от решения этого вопроса зависит предсказание (всегда благоприятное в первой степени и опасное во второй) и лечение.

Легкая степень асфиксии характеризуется сохранением рефлексов и мышечного тонуса, вторая—исчезновением рефлексов и полным расслаблением мышц; в первом случае пульс сравнительно замедлен, но полон, покровы цианотичны, лицо одутловато; во втором—пульс очень част и едва осяутиим, а покровы бледны. Очень простой и практичный способ определения степени асфиксии предлагает Runge: при всякой асфиксии у новорожденного ребенка врач прежде всего должен позаботиться об очищении рта и зева от скопившейся там слизи и аспирированного мекония. Для этого он вводит в зев палец, и если на это раздражение ребенок отвечает каким-либо рефлексом (глотательным или тошнотным движением), то, значит, имеется дело с первой степенью асфиксии, в противном же случае—со второй.

У детей старшего возраста, происходящих от нервных родителей, замечается иногда совершенно своеобразное дыхание,

на которое обратил внимание Politzer (Jahrb. f. Kinderh., XXI, 1884, S, 5), считающий такое дыхание за верный признак choreae majoris. Оно характеризуется *чрезвычайно удлиненным* (в 10—15 раз против нормы) *звучным*, иногда даже как бы *рычащим выдыханием при нормальной вдыхании и при полном отсутствии одышки*. Симптом этот совершенно достаточен для диагностики большой хореи, если только он типически повторяется, т. е. всякий день в известное время или в течение целого дня, но через определенные промежутки, например, каждые 7—10 секунд; в последнем случае каждый раз бывает только по одному рычащему выдыханию. К характеристике этого страдания Politzer относит излечимость его большими приемами хинина (0,5—1—1,5 г pro die), а также и то, что без хинного лечения симптом этот может продолжаться в одиночном своем виде в течение недель и даже месяцев, но, в конце концов, к нему присоединяются и другие расстройства в двигательной и психической сферах.

Резко выраженное грудное дыхание с постоянно стонущим выдыханием, но без стенотического вдыхательного шума и при слабой деятельности диафрагмы (без втягивания нижней периферии грудной клетки) указывает, по Politzer'у, на начинающийся упадок деятельности сердца и зависит от недостаточного притока крови к капиллярам легочных пузырьков. Диагностическое и прогностическое значение этого симптома ясно из того, что он является обыкновенно ранее других симптомов паралича сердца, каковы: цианоз, нитевидный пульс и похолодание конечностей.

Относительно *аномалий формы грудной клетки* заметим, что уплощение груди с обеих сторон при выпяченной грудине, или так называемая куриная грудь (увеличение передне-заднего диаметра насчет поперечного), несправедливо считается некоторыми за симптом несомненного рахитизма, так как такая форма груди может произойти и без рахитизма, именно в случае хронически затрудненного доступа воздуха к легким с ранних лет, как это бывает, например, при значительной гипертрофии миндалевидных желез.

Одностороннее уплощение грудной клетки встречается при резко выраженном боковом искривлении позвоночника вследствие рахитизма или позднего всасывания обильного плевролитического экссудата. Наоборот, в свежих случаях последнего замечается *одностороннее увеличение грудной клетки* со сглаживанием межреберных промежутков. Так как симптом этот никогда не встречается при плевмонии, хотя бы и очень распространенной, то он может иметь при случае решающее значение для дифферен-

циальной диагностики. При плевропневмонии ребенок, желая по случаю боли уменьшить дыхательные экскурсии больной половины груди, сближает ребра, вследствие чего соответственное плечо опускается, а позвоночник несколько сгибается (scoliosis с выпуклостью на противоположную, т. е. здоровую, сторону). Подобное положение, в случае сухого кашля и сильного жара, может иметь некоторое значение для диагностики плевропневмонии. Ограниченное выпячивание области сердца наблюдается у детей при гипертрофии сердца и при экссудативном перикардите.

Со стороны мягких частей груди заслуживают внимания нарывы, могущие иметь различное происхождение. У новорожденных детей самой частой причиной их является mastitis neonatorum вследствие застоя молока в грудных железах, функционирующих в первые дни и недели жизни одинаково как у мальчиков, так и у девочек. У детей старшего возраста встречаются иногда *холодные нарывы*, покрытые нормальной кожей и неболезненные при давлении, требующие совершенно разного лечения, в зависимости от того, происходят ли они от костеяды ребер или позвоночника, или от эмпиемы, готовой к самопроизвольному вскрытию. Диагностика их нетрудна на основании сопутствующих симптомов.

О значении размеров грудной клетки для оценки общего развития организма было говорено выше.

Способы *исследования сердца* в детском возрасте тоже не представляют каких-либо особенностей, но при оценке результатов надо иметь в виду некоторые физиологические отклонения от нормы, установленной для взрослых. Так, например, при выслушивании сердечных тонов у взрослых легко заметить, что в норме при верхушке сердца акцент приходится на первый тон, а в области легочной артерии и аорты — на второй, между тем как у маленьких детей (лет до 2) систолический тон превалирует во всей сердечной области над диастолическим, а всего громче он при верхушке. Второй тон у маленьких детей всего громче во втором межреберном промежутке слева (т. е. в области легочной артерии), а всего слабее в области аорты, что объясняется тем, что основание легочной артерии лежит непосредственно за грудной стенкой, т. е. близко к месту приложения стетоскопа, тогда как аорта лежит глубже, основание ее прикрыто легочной артерией, и мы выслушиваем тон ее клапанов вдали от места его происхождения. Относительно *сердечного толчка* заметим, что он лежит у детей далее кнаружи, чем у взрослых, и тем дальше, чем моложе ребен-

нок, так что у детей до 4 лет он заходит за *l. mamillaris*, от 4 до 7 лет он всего чаще лежит на *l. mamillaris* и от 7 до 12 лет—кнутри от нее (Starck). Чем моложе ребенок, тем дальше заходит толчок верхушки за сосковую линию; по Starck'у, у детей до 3 лет—на 1,5—2 см, позднее—не более как на 1 см, а потому, если у маленького ребенка толчок верхушки заходит за *l. mamillaris* более, чем на 2 см, а у старших более, чем на 1 см, то можно предполагать патологическое смещение толчка вследствие гипертрофии или расширения сердца или оттеснения его, что должно выяснять дальнейшее исследование посредством постукивания и выслушивания. С возрастом толчок верхушки постепенно приближается к средней линии и в то же время несколько опускается, так что у маленьких детей он ощущается большей частью в четвертом межреберном промежутке, а позднее—в пятом.

Если у маленького ребенка сердечный толчок всего яснее в *подложечной области*, тоны сердца всего громче на грудице, а абсолютная тупость сердца заходит за правый край грудины, то можно считать, что сердце сохранило еще свое зародышевое положение на средней линии (конечно, если только оно не смещено левосторонним плевритическим экссудатом). Если сердце оказывается у здорового ребенка смещенным еще далее вправо и сердечный толчок ощущается около правого края грудины, то надо обратить внимание, не перемещены ли также печень и селезенка—*situs viscerum inversus*.

Распространенный и сильный толчок сердца при нормальных границах сердечной тупости, при частых тонах и при отсутствии лихорадки нередко встречается у детей старшего возраста и указывает на нервное сердцебиение (обычный спутник хлороза и вообще всякого сильного малокровия). У маленьких детей подобного рода сердцебиение может зависеть от врожденных пороков сердца, из которых не все сопровождаются шумом. Диагностика порока сердца делается еще более вероятной, если ребенок под влиянием незначительных причин (небольшой кашель, крик) легко получает цианоз.

Слабый толчок сердца сам по себе ничего не доказывает, так как иногда и у здоровых детей он едва заметен; другое дело, если ослабление или исчезание сердечного толчка развивается в течение какой-нибудь болезни; тогда оно указывает или на наступление сердечной слабости, или на развитие перикардального экссудата. Если ослабление сердечного толчка при чистых тонах развивается вместе со слабым и частым, а иногда и неправильным пульсом, во время какой-либо не очень тяжелой инфекционной

болезни или в периоде выздоровления, словом, когда нет повода предполагать паралич сердца вследствие злокачественности токсинов болезни, то надо думать об инфекционном миокардите; всего чаще подобные миокардиты наблюдаются при дифтерии и в периоде выздоровления при скарлатине; в дальнейшем течении таких миокардитов уже через 3—5 дней удается обыкновенно констатировать признаки растяжения правого желудочка (пульсация в подложечной области и захождение сердечной тупости вправо до края грудины и дальше) и застойные явления (увеличение печени, малое количество мочи).

Что касается до результатов *постукивания сердца*, то в этом отношении разница сравнительно с взрослыми состоит в том, что *относительная сердечная тупость* у детей замечается на большом пространстве; она тем выше подымается и тем дальше заходит за правый край грудины, чем моложе ребенок.

У годовалого верхняя граница относительной сердечной тупости, по Starck'у, начинается с хряща II ребра, у ребенка 6 лет—со второго межреберного промежутка и у 12-летнего—с III ребра. Правая граница относительной сердечной тупости доходит у годовалого на уровне соска до l. parasternalis, у 6-летнего несколько не доходит до нее и у 12-летнего—в середине между l. parasternalis и правым краем грудины. Левый край сердечной тупости во всех возрастах несколько заходит за толчок верхушки. *Абсолютная тупость* на 1-м году жизни начинается от нижнего края III ребра, на 6-м—от верхнего края IV ребра и на 12-м—от нижнего его края. Правая граница абсолютной тупости во всех возрастах доходит только до левого края грудины, а левая несколько не доходит до l. mamillaris.

Распространенный тупой звук сердца при усиленном толчке указывает на *гипертрофию сердца*, а если сердечный толчок ослаблен, то на *расширение сердца* (слабый пульс) или на скопление жидкости в полости околосердечной сорочки, т. е. на hydropericardium (anasarca, водянка живота) или на pericarditis (шум трения перикардия, некоторая болезненность при давлении на область сердца). Гипертрофия сердца при *чистых тонах* дает право подозревать у больного существование острого или хронического нефрита (исследование мочи). Если при гипертрофии сердца замечается еще и жесткость доступных осязанию артерий, например, плечевых, то существование редкой у детей формы хронического интерстициального нефрита очень вероятно.

Выслушивание сердца у маленьких детей значительно затрудняется малой величиной его и очень частыми сокращениями;

вследствие этих двух причин не всегда легко определить место происхождения шума и время его. Имея дело с шумом в области сердца, надо решить прежде всего, происходит ли он в самом сердце или в перикардии, или в сосудах; в первом случае: зависит ли он от органической болезни сердца, т. е. порока клапанов, или это шум так называемый функциональный, или малокровный.

Перикардиальный шум в большинстве случаев легко узнается уже по своему характеру, напоминающему не то царапание, не то хрустение (в отличие от дующего сердечного шума); далее, можно руководствоваться тем, что шум трения перикардия во многих случаях усиливается при надавливании стетоскопом или при переходе из лежачего положения в сидячее (впрочем, это не есть абсолютно верный признак, так как при горизонтальном положении иногда заметно ослабевает и шум при поражении клапанов), и еще тем, что шум этот слышится только на ограниченном пространстве и не проводится в сосуды шеи. Всего чаще шум трения перикардия появляется у основания сердца, например на грудице в области III ребра. По времени он не совпадает ни с систолой, ни с диастолой. Кроме свойств шума, перикардит, раз дело доходит до образования жидкого экссудата, характеризуется еще двумя кардинальными признаками, а именно, формой тупого звука сердца и свойствами сердечного толчка. Чем больше скопляется жидкости в полости околосердия, тем больше будет сердечная тупость, причем прежде всего абсолютная тупость появляется при основании сердца, доходит, например, до II ребра с левой стороны; но потом сердечная тупость увеличивается во все стороны: налево заходит за I. mamillaris, а направо—за правый край грудины; толчок сердца заметно ослабевает (особенно при положении больного на спине, тогда как при наклонении туловища вперед толчок сердца делается заметнее), и, что особенно важно для диагностики жидкого перикардиального экссудата, *тупой звук сердца заходит налево за сердечный толчок*, чего не бывает при расширении или гипертрофии сердца, когда наружная граница сердечной тупости совпадает с сердечным толчком. При перикардиальном экссудате у детей гораздо скорее, чем у взрослых, появляется заметное выпячивание области сердца, сразу намекающее врачу, с чем имеет он дело.

Малокровные шумы отличаются от органических, главным образом, тем, что при них нет никаких других признаков поражения сердца, т. е. тупой звук остается в нормальных границах и второй тон легочной артерии неусиленным; они всегда совпа-

дают с первым временем (никогда с диастолой сердца) и всего чаще слышатся при основании сердца, в области легочной артерии (в аорте почти никогда), т. е. слева от грудины во втором промежутке и на самой груди; характерно, далее, и то, что анемические шумы никогда не бывают очень громки; они отличаются, напротив, мягким, *дующим* характером и никогда не могут быть замечены приложенной к области сердца рукой. Они встречаются только у малокровных и истощенных или у лихорадящих субъектов и сопровождаются обыкновенно *венозными шумами под ключицами*. Анемичные сердечные шумы, хотя и редко, но все-таки встречаются и у детей до 3-летнего возраста, в чем наши наблюдения расходятся с наблюдениями Hochsinger'a (Die Auscultation des kindlichen Herzens, Wien, 1890). Его исследования относятся к 94 случаям резко выраженной анемии; у детей в возрасте до 4 лет анемический шум ему не встретился ни разу, на 5-м году — в 5%, на 6-м — в 25% и на 7-м — в 40%. Крайняя редкость акцидентальных шумов у маленьких детей значительно увеличивает диагностическое значение сердечных шумов в этом возрасте и позволяет с большой вероятностью предполагать органическое страдание сердца на основании одного лишь систолического шума, в каком бы месте он ни был, даже и в том случае, если бы этот шум не сопровождался ни усиленным вторым тоном легочной артерии, ни увеличением сердечной тупости, что не особенно редко встречается, например, в свежих случаях эндокардита, а также при врожденных пороках.

Акцидентальные шумы, по Hochsinger'у, всего сильнее слышатся в области легочной артерии (или исключительно только здесь), никогда не распространяются на всю сердечную область (например, на аорту) и на спину и никогда не заглушают первого тона. С улучшением малокровия шум ослабевает.

За органический шум в сердце может быть принят резко выраженный *венозный шум*, который у здоровых слышится только на шее, около заднего края *m. sterno-cleido-mastoidei* вблизи места прикрепления его к ключице, но у *малокровных и ниже ключицы, до II и даже до III ребра*, с обеих сторон (in v. аопута), и тогда может быть принят за сердечный шум. Ошибка в этом отношении тем возможнее, что венозный шум усиливается под влиянием всех условий, ускоряющих ток крови в шейных венах, а стало быть, и во время диастолы, и потому он может симулировать диастолический шум аорты или легочной артерии и дать повод диагностировать несуществующую недостаточность тех или других полулунных клапанов.

Венозные шумы ниже ключиц встречаются как у *маленьких детей*, лет до двух, так и у более взрослых, но чаще у первых. От сердечных шумов они отличаются, во-первых, своим постоянным характером (венозный шум редко бывает перемежающимся; если во время диастолы он и усиливается, то все же не совсем исчезает и при систоле); во-вторых, интенсивность их значительно изменяется в зависимости от поворота головы: шум усиливается при повороте лица в ту или другую сторону и ослабевает или даже совсем исчезает при прямом положении головы, или, наоборот, он сильнее при прямом положении головы; суть в том, что *сила шума изменяется в зависимости от положения головы*. Легкое надавливание на вену стетоскопом или пальцем усиливает шум, но полное сдавление ее уничтожает его.

Если венозный шум слышится только на шее и тем более еще, если только при повороте лица в сторону, то он не имеет диагностического значения; но если он легко констатируется и ниже ключиц или на грудино-ключичном сочленении, то всегда указывает на анемию. Если есть анемический венозный шум под ключицами, то наверное можно слышать его и сзади уха, на сосцевидном отростке (шум синуса), а иногда и на затылке, тотчас под краем волос; у маленьких детей при открытом родничке малокровный шум слышится и на большой фонтанели. По нашему мнению, так называемый «шум родничка» есть не что иное, как малокровный шум мозговых синусов, ибо он особенно громок при ясно выраженной анемии и сопровождается обыкновенно шумом в сосцевидных отростках и под ключицами. При легких степенях анемии шум на сосцевидных отростках появляется обыкновенно раньше подключичного шума. При сильных степенях малокровия венозные шумы слышатся и на спине, особенно вдоль позвоночника, в верхней грудной его части.

Значение органических шумов у детей то же, что и у взрослых, и потому при диагностике болезней сердца обращается внимание на место происхождения шума (где он всего сильнее слышен) и на признаки гипертрофии сердца; но при исследовании надо иметь в виду, что у маленьких детей чаще, чем у взрослых, встречаются врожденные пороки сердца, диагностика которых, помимо вышеприведенных условий (частота пульса, малые размеры сердца), затрудняется еще тем, что они сравнительно редко бывают чистыми, чаще же комбинированными, т.е. страдание одного клапана ведет к расстройству другого; например, врожденное сужение легочной артерии почти непременно комбинируется с открытым боталловым протоком или с недостаточным развитием межжелудочковой

перегородки; сужение *tricuspidalis*—с открытым овальным отверстием и т. п., вследствие чего шумы могут происходить в нескольких местах. Как на особенность врожденных пороков сердца можно указать, между прочим, на то, что они по преимуществу касаются правого сердца (легочной артерии) и что такого рода больные очень склонны к цианозу (сильно синеют во время крика) и отличаются слабостью мышц и упадком общего питания.

К порокам сердца, имеющим специальное отношение к детскому возрасту по своему происхождению (врожденность), относятся следующие: 1) сужение легочной артерии; 2) открытый боталлов проток; 3) недостаточность полулунных клапанов легочной артерии; 4) сужение; 5) недостаточность трехстворчатого клапана; 6) недостаток развития межжелудочковой перегородки; 7) открытое овальное отверстие.

Если тот или другой из этих пороков существует в чистом виде, то может быть узнан по следующим признакам: *сужение легочной артерии*, как и *открытый боталлов проток*, выражается *систолическим шумом* в области легочной артерии (второй промежуток слева) и *гипертрофией с расширением правого желудочка* (увеличение сердечной тупости вправо, пульсация подложечкой). Разница в том, что при открытом боталловом протоке легочная артерия переполняется кровью и потому второй ее тон значительно усиливается, между тем как при стенозе легочной артерии второй тон усилен, но зато цианоз в последнем случае бывает гораздо резче выражен, чем при открытом боталловом протоке. Для диагностики чистого сужения легочной артерии одного шума недостаточно, но необходимо доказать расширение правого желудочка. При *приобретенном* сужении легочной артерии никогда не бывает шума в сонных артериях, каковым обстоятельством пользуются в сомнительных случаях для отличия сужения легочной артерии от стенозов аорты; но при врожденных пороках этот признак не имеет решающего значения, так как систолический шум в сонных артериях может сопровождать стеноз легочной артерии, и именно при одновременном существовании отверстия в межжелудочковой перегородке (частый спутник стеноза а. *pulmonalis*) или открытого боталлова протока. При открытом боталловом протоке шум на спине (между левой лопаткой и позвоночником) слышится нередко громче, чем на груди; он усиливается во время вдоха (вследствие сильного тока крови из аорты от присасывательной силы легких) и ослабевает во время выдыхания; цианоза нет. При стенозе легочной артерии шум хотя тоже распространяется на спину, но здесь он всегда слабее, чем

на груди; он хорошо слышен по линии, соединяющей II межреберье у края грудины с границей внутренней трети ключицы (шум быстрее ослабевает во всех других местах и особенно по направлению вправо).

Общими признаками *сужения и недостаточности трехстворчатого клапана* будут: увеличение сердечной тупости вправо вследствие гипертрофии и дилатации правого сердца (особенно предсердия), сильный венозный застой, выражающийся цианозом, водянкой и венозным пульсом, запустение легочной артерии, и потому второй тон ее не усиливается. Это те же симптомы, что встречаются и при сужении легочной артерии, но разница в месте наисильнейшего шума: при пороках трехстворчатого клапана — близ правого края грудины в области IV или V межреберья; при стенозе он диастолический, при недостаточности — систолический.

При *дефектах в межжелудочковой перегородке* кровь во время систолы переходит отчасти из левого желудочка в правый, который вследствие этого гипертрофируется; от повышенного давления в легочной артерии второй тон ее усиливается; в середине грудины или при верхушке сердца слышится систолический шум. Это те же симптомы, что встречаются и при недостаточности двухстворчатого клапана, так что точная диагностика редко возможна, а именно в тех случаях, когда систолический шум резко слышится на груди в области третьего промежутка при ясных тонах на всех отверстиях. По наблюдениям Киселя, отверстие в межжелудочковой перегородке можно диагностировать в том случае, если при врожденном сужении легочной артерии у ребенка старшего возраста нет ни сильного расширения правого сердца (особенно предсердия), ни расширения шейных вен, ни признаков затрудненной и усиленной деятельности сердца, а между тем синюха очень сильна и мало меняется в своей силе (Врач, № 2, 1892). Цианоза при сообщении желудочков обыкновенно не бывает, гипертрофия сердца не обязательна даже в случаях весьма сильного шума, ощущаемого рукой в виде «мурлыкания кошки». Отсутствие цианоза и гипертрофии сердца при таком шуме даже характерно для существования отверстия в межжелудочковой перегородке.

Открытое овальное отверстие во многих случаях не проявляется никакими объективными симптомами. Если, как это бывает нередко, невозможно разобрать, в каком именно месте происходит шум и с каким временем он совпадает, при этом ясно выраженная гипертрофия сердца и цианоз или склонность

к нему, то диагностика не идет далее констатирования врожденного порока сердца.

Имея дело с сердечными шумами у ребенка, не всегда легко решить, зависят ли они от врожденного порока сердца или от приобретенного. При решении подобного вопроса важное значение имеет анамнез. В пользу врожденного порока говорят следующие обстоятельства: 1) уже с первых месяцев жизни ребенок проявлял расположение к цианозу, например синел во время крика и кашля; 2) родителям постоянно бросалась в глаза усиленная деятельность сердца; 3) шумы сердца были, может быть, констатированы врачом в первые месяцы жизни; 4) ребенок родился в состоянии асфиксии (это обстоятельство играет роль в этиологии открытого боталлова протока); 5) ребенок не страдает ни ревматизмом, ни другими какими-либо инфекционными болезнями, располагающими к поражению сердца (хотя в детском возрасте и встречается иногда *идиопатический эндокардит*, но он почти всегда кончается выздоровлением в течение 2—4—8 недель).

Если анамнез неполон или вообще не выясняет дела, то большое значение могут иметь для диагностики следующие обстоятельства:

1. *Возраст* до 3 лет. У маленьких детей приобретенные пороки встречаются крайне редко, а акцидентальные или анемические шумы еще реже, следовательно, сердечный шум у маленького ребенка уже сам по себе является надежным доказательством существования врожденного порока, особенно если он *громок* и распространен, так как в этом возрасте приобретенные пороки сердца почти исключительно являются в виде легкой недостаточности митрального клапана, выражающейся *мягким* дующим шумом.

2. Врожденный порок сердца можно предполагать с большой уверенностью во всех случаях, когда имеем дело с *распространенным* по всей сердечной области *громким* шумом без выраженного *punctum maximum* шума, что нередко наблюдается при комбинированных пороках, каковые почти всегда бывают врожденными; напротив, при приобретенных пороках *punctum maximum* определяется обыкновенно легко.

3. Врожденные пороки сердца в громадном большинстве случаев бывают такого свойства, что они дают повод к появлению только *систолического шума* (стеноз легочной артерии или восходящей части аорты, открытый боталлов проток, отверстие в межжелудочковой перегородке, недостаточность митрального или трехстворчатого клапана вследствие фетального эндокардита,

а также и комбинация некоторых из этих пороков). По этой причине чистые диастолические шумы едва ли когда являются при врожденных пороках; они редко встречаются даже и в комбинации с систолическим шумом (сравнительно чаще это бывает у детей старшего возраста вследствие присоединившегося эндокардита клапанов). Значит, чистый диастолический шум почти исключает врожденный порок сердца.

4. Цианоз кожи и слизистых оболочек или расположение к цианозу (появление его при всяком крике, кашле и т. п.) без всяких других ясно выраженных симптомов расстройства компенсации встречается только при врожденных пороках сердца. Если цианоз у ребенка замечается с первых дней жизни, то диагностику врожденного порока сердца можно ставить с полной уверенностью даже и при отсутствии шумов и без увеличения сердечной тупости (Кисель, т. II, «Врач», 92, 55, № 2).

5. При наличии сердечного шума в пользу предположения врожденного порока может говорить всякое уродство или порок развития (labium leporinum, palatum fis., polydactylia, epispadia и пр.). То же значение имеют отсталость физического и умственного развития, общая слабость организма и сильная бледность с первых лет жизни.

К этим данным можно прибавить еще следующие положения, выведенные Hochsinger'ом из своих наблюдений (l. c. p. 145):

1. *Очень громкие сердечные шумы при нормальной или незначительно увеличенной сердечной тупости встречаются в детском возрасте только при врожденных болезнях сердца.* Если же громкие шумы служат выражением приобретенного порока сердца, то они сопровождаются почти всегда значительным увеличением сердечной тупости.

2. *Сердечные шумы при большой сердечной тупости, но при слабом толчке верхушки у маленьких детей говорят в пользу врожденных изменений, ибо распространение тупого звука указывает в таких случаях на гипертрофию правого сердца, тогда как левое изменено мало, между тем как при приобретенном эндокардите детей поражается главным образом левое сердце, и потому сердечный толчок оказывается усиленным.*

3. *Полное отсутствие шумов при верхушке, при ясном существовании их на грудине и в области легочной артерии, говорит скорее за дфжт межжелудочковой перегородки или сужение легочной артерии, чем за эндокардит.*

4. *Ненормально слабый второй тон легочной артерии при явно выраженном систолическом шуме в раннем детском возрасте*

может быть объяснен только врожденным стенозом легочной артерии, и потому симптом этот имеет весьма важное диагностическое значение.

5. Отсутствие заметного *fremissement*, несмотря на очень громкие шумы во всей прекардиальной области, встречается почти только при врожденных дефектах в перегородке и, следовательно, говорит против приобретенного страдания сердца.

6. Громкие систолические шумы, с *ricatum maximum* на верхней трети грудины и при отсутствии значительной гипертрофии левого желудочка, очень важны для диагноза открытого боталлова протока и не могут быть объяснены эндокардитом клапанов аорты.

Hochsinger придает, между прочим, громадное значение усилению второго тона. Дело в том, что у маленьких детей, в отличие от взрослых, второй тон при основании сердца в нормальном состоянии никогда не бывает акцентуирован, так что если второй тон легочной артерии превалирует над первым, то это, несомненно, указывает на значительно повышенное давление в малом кругу кровообращения. Если усиленный второй тон констатируется у цианотичного новорожденного или грудного ребенка, то диагностика во многих случаях значительно облегчается, как, например, при следующих условиях:

1) громкие шумы на рукоятке грудины, цианоз и усиленный второй тон говорят в пользу широко открытого боталлова протока;

2) чистые тоны, очень значительный цианоз и резко усиленный второй тон являются патогномичными признаками врожденной транспозиции легочной артерии и аорты (усиленный второй тон в этом случае указывает на происхождение легочной артерии из левого желудочка);

3) сердечные шумы, не относящиеся к отверстиям сердца (например, наблюдение в области III ребра), цианоз и резко усиленный второй тон с большой вероятностью говорят в пользу комбинации транспозиции сосудов с отверстиями в межжелудочковой перегородке.

Частота пульса у детей подвержена еще большим колебаниям, чем дыхание; крик и беспокойство ребенка настолько учащают пульс, что счисление его в это время не может дать годного результата; у маленьких детей некоторое значение имеет только счисление пульса во время сна. Счет пульса производится пальцем, слегка надавливающим на лучевую артерию; при лихорадочном состоянии и вообще при всяком значительном учащении пульса,

например, до 160 и больше, чтобы не сбиться со счета, следует считать два удара за один; при таком способе можно правильно сосчитать даже и 200 ударов в минуту, между тем как при обыкновенном способе счисления язык не успевает даже и за 160 ударами. При исследовании пульса обращают внимание, главным образом, на частоту и ритм пульса и на полноту его.

За норму частоты пульса принимают в первую половину года от 120 до 140, во вторую—от 100 до 130, на 2-м году—90—120, от 3 до 5 лет—72—110, от 6 до 7 лет—70—100. При крике и лихорадке пульс учащается на 20—50 ударов.

Замедленный и неправильный пульс всего чаще встречается при мозговых болезнях, протекающих с признаками сдавления мозга, но также при всякого рода желтухе (у детей старшего возраста), при гастритах, в периоде выздоровления после острых лихорадочных болезней, под влиянием некоторых лекарств (*digitalis*, опиум), а у некоторых детей даже и в нормальном состоянии. Чем моложе ребенок, тем слабее функционируют задерживающие нервные аппараты вообще и, в частности, *vagus*, и потому тем реже встречается замедленный пульс. У детей на первом и даже на втором году жизни редко можно констатировать характерный мозговой пульс даже и при острой головной водянке; в этом возрасте уже и относительное замедление, например, 112 ударов при температуре в 38°, может иметь значение для диагностики мозгового страдания, тогда как у детей старшего возраста пульс в таких случаях падает до 70 и даже до 60 ударов в минуту.

Слабый пульс, и притом частый, указывает на упадок деятельности сердца. О степени опасности этого симптома мы судим по сопутствующим явлениям со стороны других органов. Дурными предвестниками считаются похолодание конечностей, признаки расширения правого сердца (*dilatatio cordis*), выражающиеся захождением тупого звука сердца за правый край грудины при слабом толчке верхушки, опухолью печени, вследствие венозного застоя, и цианозом. Упадок деятельности сердца в острой своей форме всего чаще встречается в тяжелых случаях остролихорадочных болезней, в особенности при скарлатине, но в некоторых случаях паралич сердца появляется у больных и без повышения температуры, вследствие влияния тех или иных токсинов. Подобного рода острый паралич сердца всего чаще встречается при кровавом поносе и, в особенности, при дифтерии. В последнем случае паралич сердца приобретает особое значение ввиду того, что нередко он развивается в периоде выздоровления, когда, повидимому, больной находится уже вне опасности. Частота пара-

лича сердца при дифтерии зависит от свойства эпидемии. Многие думают, что смерть от дифтерийного паралича сердца наступает внезапно, среди полного здоровья, но это неправда, так как при внимательном отношении к больному всегда удается подметить за сутки, а то так и за несколько дней различные предвестники приближающейся катастрофы. Паралич сердца после дифтерии поражает чаще мальчиков, чем девочек (2 : 1), и слабых, истощенных детей чаще, нежели хорошо упитанных и крепких. Можно опасаться паралича сердца, если, несмотря на окончание местного процесса в зеве, самочувствие больного не улучшается, ребенок не просит есть, остается вялым и апатичным, плохо спит по ночам, и у него появляется паралич мягкого неба. В дальнейшем течении появляются несомненные симптомы сердечной слабости в виде *слабого, учащенного* или, что еще важнее, *замедленного и неправильного* пульса. В более тяжелых случаях появляется расширение сердечной тупости вправо, опухание печени, уменьшение количества мочи; больной или апатичен и сонлив, или возбужден и постоянно меняет положение как бы от сердечной тоски; при выслушивании сердца—тоны очень слабы, иногда при верхушке слышится шумок, второй тон легочной артерии может быть усилен. В быстро протекающих случаях вместе с симптомами сердечной слабости появляются *рвота* и *сильная боль живота*, но без поноса; это зловещие симптомы; лицо делается бледным, слегка цианотичным; пульс, сначала замедленный и неправильный, становится теперь чрезвычайно частым и малым, вскоре появляется одышка, и смерть наступает иногда спустя лишь несколько часов после появления болей живота и рвоты.

В большой зависимости от состояния органов дыхания и кровообращения находится, между прочим, *крик*, и потому можно здесь же сказать несколько слов по поводу этого симптома, столь часто встречающегося у маленьких детей.

Громкий крик при рождении принадлежит к числу нормальных и весьма желанных явлений, он свидетельствует о глубоком первом вдохе; наоборот, пискливый, слабый крик при рождении указывает либо на общую слабость ребенка (недоносок), либо он стоит в связи с ненормальным ходом родового акта и с внутриутробной асфиксией ребенка и заставляет предполагать у новорожденного легочные ателектазы или врожденные пороки сердца (в тесной связи с ателектазами стоит, например, открытый боталлов проток).

Продолжительный громкий крик указывает на какую-нибудь острую боль у ребенка.

Выяснить причину крика удастся обыкновенно дальнейшим исследованием больного. От чего бы ни зависел крик, прежде всего надо распеленать ребенка и осмотреть не только все тело его, но и пеленки, и кровать. Причиной постоянного беспокойства и непокойного сна может оказаться какая-нибудь иголка, нечаянно попавшая в тюфяк, или присутствие в кроватке клопов или блох.

При определении причин крика надо иметь в виду, что не всякая сильная боль сопровождается у ребенка громким криком. Если боль усиливается под влиянием застоя венозной крови или при действии брюшного пресса или глубокою вздохе, то при такого рода боли ребенок избегает сильного крика, он будет стонать, жалобно хныкать или пищать, но не кричать изо всей силы. На этом основании можно руководствоваться криком для исключения головной боли от менингита, боли в груди при плевропневмонии и в животе от перитонита. Напротив того, наисильнейшим криком сопровождаются у детей: 1) острые нарывы в подкожной клетчатке (у новорожденных специального упоминания заслуживает воспаление грудных желез), 2) острые поражения костей и сочленений (перелом, синовит; патогномично для этих страданий моментальное появление сильнейшего крика при малейшем пассивном движении пораженной конечности), 3) колики при диспепсии, 4) затрудненное мочеиспускание, 5) воспаление наружного и среднего уха и 6) голод.

Первая и вторая категории причин крика определяются или исключаются на основании результатов общего осмотра всего тела.

Крик от диспептической колики характеризуется тем, что появляется несколько раз в день, особенно ночью, в виде сильных приступов, которые быстро начинаются, но сразу и оканчиваются; в промежутках между криком ребенок кажется совсем здоровым, он весел и не лихорадит (температура выше 38° исключает диспепсию). Ребенок часто испускает ветры и нередко моментально успокаивается после выхода газов; испражнения его представляют признаки диспепсии (зеленоватый цвет и примесь белых комков). При исследовании живота он оказывается более или менее вздутым. Особенно характерно для крика от колик то, что он немедленно прекращается после испражнения, а потому с диагностической целью можно с большим успехом прибегнуть к клистиру.

Невероятно, что ребенок кричит от колик, если испражнения его нормального цвета и консистенции, если живот не вздут

и мягок и если есть лихорадочное состояние. Диагностика колик часто ставится на том основании, что ребенок во время крика, будучи распеленут, «сучит ножками», т. е. то притягивает бедра к животу, то отталкивает и при этом трет одной голенью о другую. Признак этот особенного значения не имеет, так как встречается при всяком сильном крике. Крик от колик всего чаще встречается у детей до трех месяцев от роду.

Крик, зависящий от *болезненного мочеиспускания*, характеризуется тем, что ребенок кричит перед мочеиспусканием и успокаивается после выхода мочи.

Для детей первых недель жизни в числе причин надо иметь в виду *почечный песок* (остатки песка на ргаерутіиш или на пеленках) и высокую степень *филоза*; чтобы убедиться в том, что крик зависит от спазма мочевого пузыря, нужно только последить за пеленками; если окажется, что каждый раз они делаются мокрыми с окончанием крика, то спазм пузыря, как причина крика, становится очень вероятным, особенно в тех случаях, когда можно исключить диспепсию. По Politzer'у (Jahrb. f. Kinderh., 1884, S. 30), распознавание подтверждается назначением ликоподия в форме эмульсии, быстро устраняющей простой спазм пузыря. Он приводит случай спазма у 2-летней девочки, которая в течение 4 недель каждую ночь кричала по 8—10 раз и успокоилась после первых приемов ликоподия.

Если *крик* зависит от *воспаления уха*, то он усиливается от давления на tragus или при оттягивании ушной раковины кзади, а также при сотрясениях тела и быстрых движениях головы, при глотании и сосании. Tröltsch считает поэтому очень характерным для крика от воспаления ушей то, что он появляется, между прочим, всякий раз, как только ребенок начинает сосать грудь или рожок. Если врач подозревает причину крика в страдании ушей, то блистательную поддержку своим подозрениям он может найти в терапии: нередко случается, что такой крик, продолжавшийся с малыми антрактами целый день, немедленно прекращается вслед за вливанием в оба слуховых прохода нескольких капель подогретого масла или раствора кокаина.

Если боль в ушах вызывается чирьеобразным воспалением наружного слухового прохода, то диагностика легка уже при простом осмотре ушей.

Боль, зависящая от otitis externa или media, обыкновенно сопровождается лихорадочным состоянием.

Крик от голода узнать нетрудно, но, несмотря на это, очень часто он остается неузнанным в течение многих дней и даже

недель, что зависит от того, что врач не имеет его в виду. Чтобы узнать крик от голода, надо принять за правило осматривать грудь кормящей всегда, когда приходится иметь дело с кричащим ребенком. Для избежания возможной ошибки следует исследовать количество молока непосредственно после того, как ребенок пососал грудь; если при этом молоко будет выдавливаться только по каплям, то молока в грудях мало, и наоборот, если после сосания удастся без труда выдавливать молоко из грудей несколькими струйками, то можно сказать смело, что ребенок кричит не от голода (предполагая, конечно, что ребенок может хорошо сосать грудь и что кормилица, недовольная местом, не морит его голодом умышленно). Если есть под руками весы, то диагностика значительно облегчается, так как, во-первых, можно прямо определить, сколько именно высосал ребенок молока¹, и, во-вторых, посредством ежедневного взвешивания можно констатировать быструю убыль веса ребенка. Если для объяснения убыли веса нет ни лихорадочного состояния, ни другой какой-либо болезни, например, поноса, то одно уж это обстоятельство способно говорить в пользу голодания.

Голодающие дети редко мочатся и страдают обыкновенно запором, хотя диспепсия несколько не исключает голодания, так как малое количество молока в грудях обыкновенно совпадает с его дурным качеством.

Если есть подозрение на то, что ребенок кричит от голода, то окончательно убедиться в этом очень легко; для этого нужно только покормить ребенка коровьим молоком, после чего он успокаивается и на несколько часов засыпает крепким сном, каким он давно не спал.

Итак, имея дело с кричащим ребенком, надо его распеленать, осмотреть все тело и пощупать уши, справиться об испражнении и мочеиспускании, исследовать количество молока и соответственно полученным данным применить для окончательного распознавания то или другое терапевтическое средство.

Продолжительный сильный крик, правильно повторяющийся в известные часы, по всей вероятности, зависит от типической невралгии малярийного происхождения; распознавание подтверждается блистательным действием хинина, данного за 4—6 часов до начала ожидаемого крика. В других случаях подобный периодический крик, особенно после полуночи, может зависеть

¹ В первые месяцы жизни он должен высасывать каждый раз около $\frac{1}{100}$ веса своего тлеа.

от начинающегося *meningitis spinalis* вследствие костоеды позвоночника.

Короткий сильный крик или громкое монотонное *вскрикивание*, замечаемое у ребенка, находящегося в сонливом состоянии, чаще всего встречается при острой головной водянке и при гидроцефалоиде (см. соответствующую главу), и потому такой крик называется *clamor cephalicus*.

Совершенно иное значение имеет ночной крик 2—3-минутной продолжительности у детей 5—8-летнего возраста, совершенно здоровых. Такой крик сопровождается *испуганным выражением лица* и повторяется или каждую ночь, или через несколько ночей, но почти всегда в первые часы сна; он характеризует так называемый ночной испуг. По Politzer'у, характерно также для диагностики ночного испуга верное и быстрое действие хинина по 5—8 гран за 2 часа до сна, несколько дней подряд.

Крик при испражнении кала в комбинации с боязнью акта дефекации и упорным запором может считаться патогномичным признаком для трещины заднего прохода. В одном из моих случаев, у девочки 3 лет, «боязнь горшка» замечалась не перед дефекацией, а при каждом мочеиспускании, которое всякий раз сопровождалось криком. Причиной крика оказались поверхностные садяны на внутренней поверхности *labii majoris*.

Для диагностики может иметь значение также и тембр голоса. *Хриплый голос* указывает на поражение гортани; в острых случаях надо предполагать или катарр, или круп, а в хронических—всею скорее сифилис. У детей в первые недели жизни хриплый голос является обычным следствием слишком громкого многодневного, почти непрерывного крика, который в такой форме едва ли когда встречается при простых коликах, но часто зависит от голода, от образования где-либо абсцесса (*mastitis*) или от страдания ушей.

Носовой оттенок голоса (гносавость) замечается во всех случаях паралича небной занавески после дифтерита и очень часто при *заднеглоточном нарыве*, а также при раздвоении твердого неба, при заложенном носе и иногда при гипертрофии тонзилл.

Важное диагностическое значение *кашля* вытекает из того, что он прямо указывает на поражение дыхательных органов. Во многих случаях по характеру кашля можно судить о месте и о натуре болезни. Так, например, если *кашель* появляется *в виде сильных приступов, прерывающихся свистящим выдыханием и состоящих из целого ряда кашлевых толчков, следующих друг за другом без передышки и кончающихся свистом или извержением*

тягучей мокроты, то без большого риска ошибиться можем прямо сказать, что у больного коклюш (о возможности ошибки см. главу о коклюше). Короткий хриплый, так называемый *лающий кашель* указывает на ложный или настоящий круп.

В случае бронхита мы судим по характеру кашля о периоде болезни, и если кашель сухой и частый, мешает спать больному, то говорим о первом периоде бронхита; в случае же влажного кашля делаем заключение о разрешении катарра. Короткий болезненный кашель, сопровождающийся искажением черт лица или оханьем, указывает на воспаление легкого или плевры.

Исследование мокроты в детском возрасте имеет то же значение, что и у взрослых, но так как дети до 5 лет, а нередко и постарше, обыкновенно проглатывают мокроту, то иногда бывает трудно добыть ее; если маленький ребенок, по словам родителей, каждый раз после кашля выделяет мокроту наружу, то это обстоятельство говорит в пользу того, что у него коклюш.

Присутствие крови в мокроте у детей встречается крайне редко, так как одна из самых частых причин кровохаркания у взрослых, именно чахотка, протекает у детей обыкновенно без кровавой мокроты. У детей старшего возраста кровохаркание встречается почти исключительно только при пороках сердца и гораздо реже при пурпуре. Небольшая примесь крови к мокроте встречается иногда после приступов сильного кашля при бронхите и, в особенности, при коклюше. Чаще замечается примесь крови не в мокроте, а в слюне; такое плевание кровью нередко встречается при язвенных стоматитах, особенно при stomacase, а также при дифтерите зева.

При *осмотре живота* обращают внимание на его величину и форму. В нормальном состоянии, т. е. если живот не увеличен и не втянут, передние и боковые стенки его при положении больного на спине должны стоять на уровне нижнего края грудной клетки, т. е. стенки живота составляют как бы непосредственное продолжение груди. О семиотике увеличения живота будет сказано в специальной части, а что касается до ввалившегося живота, то сам по себе этот симптом не имеет иного значения, кроме того, что он указывает на малое содержание в кишечнике газов, какое обстоятельство у ребенка здорового может свидетельствовать о хорошем пищеварении. Особое диагностическое значение живот получает только при наличии других симптомов; так, например, если ребенок страдает поносом, то ввалившийся живот указывает на быстрое выведение кишечных газов, что наблюдается при очень частых испражнениях, характеризующих слизи-

стый или кровавый понос. По этой причине ввалившийся живот несравненно чаще встречается при фолликулярном энтерите, чем при катарре тонких кишок.

Если ввалившийся живот, несмотря на запор, наблюдается у лихорадящего больного, у которого ход температуры и некоторые другие симптомы говорят за тиф, то одно уже отсутствие метеоризма должно возбуждать во враче подозрение насчет возможности туберкулезного менингита; подозрение переходит в уверенность, если больной делается сонливым, несмотря на сравнительно низкую температуру (ниже 39°). У маленьких детей и у рахитиков, отличающихся большим животом, дело обыкновенно не доходит до ясно ввалившегося живота, напротив того, он остается несколько увеличенным даже и в периоде ясно выраженного менингита, но в подобных случаях важно констатировать чрезвычайную мягкость живота и уступчивость его стенок, так что, несмотря на некоторый метеоризм, нередко удается проникнуть давящими пальцами вплоть до позвоночника. Подобная *мягкость живота* имеет то же самое диагностическое значение, что и ввалившийся живот у более взрослых детей.

Далее, при осмотре живота обращаем внимание у маленьких детей на состояние *пупка*. В нормальном состоянии остаток пуповины у новорожденного мумифицируется и отпадает на 5-й день (у недоносков и при толстой вартоновой студени—несколько позднее). Процесс мумификации не должен сопровождаться вонью, указывающей на гниение пуповины и зависящей всего чаще от нецелесообразного ухода за пуповиной, когда, например, заворачивают ее в масляную тряпочку и тем самым препятствуют ее высыханию. После отпадения пуповины пупок представляет гноящуюся поверхность, окруженную венчиком слегка воспаленной кожи. Эта пупочная рана заживает приблизительно к концу 2-й недели, но она может гноиться и дольше, и это все-таки не будет ненормальностью, если только за это время несколько не увеличивается реактивное воспаление, т. е. не усиливается ни количество отделяемого, ни краснота кожи; в противном случае говорят об *изъязвлении* или *экскорации пупка*; если гноящаяся пупочная рана увеличивается по поверхности, отделяет дурнокачественный гной или покрывается как бы ложными оболочками, то говорят о *пупочной язве* или о *круп*е и *дифтерит*е *пупка* (местная инфекция). Если при этом появляется инфильтрация соединительной ткани в окружности пупка (яркая краснота, плотная припухлость и болезненность при давлении в области пупка) и лихорадочное состояние, то это будет воспаление или

флегмона пупка (инфекция соединительной ткани в окружности пупка)—*omphalitis*. Такое состояние пупка угрожает жизни больного, так как воспаление легко может распространиться на периваскулярную соединительную ткань пупочных сосудов, т. е. развивается *periarteriitis* или *periphlebitis umbilicalis* с последовательной пиемией или септициемией. Узнать воспаление пупочных сосудов нелегко, так как никаких местных симптомов, специально указывающих на поражение их, обыкновенно не бывает. Указание некоторых авторов на красноту кожи по направлению артерий в большинстве случаев не оправдывается. Предполагать воспаление пупочных сосудов можно во всех случаях, когда при изъязвленном пупке ребенок начинает сильно лихорадить и скоро впадает в коллапс или когда появляются местные симптомы пиемии в виде подкожных гнойников, воспаления сочленений, серозных оболочек и т. п.

Вообще говоря, *periarteriitis* встречается гораздо чаще, чем *periphlebitis*, и потому при наличии вышеприведенных симптомов больше вероятности за поражение артерий; но если притом замечается еще сильная желтуха, то это лишний шанс за *periphlebitis*.

Если при осмотре долго гноящегося пупка открывается шарообразная опухоль величиной с горошину, сидящая на ножке и при прикосновении легко кровоточащая, то подобная опухоль, обязанная своим происхождением разросшимся грануляциям, известна под именем пупочного гриба—*fungus umbilici, s. sarcomphalus*. Оставленная без лечения опухоль продолжает гноиться в течение нескольких месяцев и может достигнуть величины лесного ореха, но, в конце концов, все-таки зарубцовывается или отваливается.

Иногда пупок бывает местом обильного кровотечения. Различают артериальное и паренхиматозное *пупочное кровотечение*. Первое наблюдается у детей, у которых была слабо перевязана пуповина. Кровь показывается из пупочных сосудов еще до отпадения пуповины и легко может быть остановлена наложением новой лигатуры. Напротив того, паренхиматозное кровотечение отличается чрезвычайным упорством; оно всегда зависит от общего заболевания организма, так называемой *временной гемофилии*, под влиянием которой у ребенка появляются кровотечения и из других органов (слизистая оболочка рта, десен, *vulvae* и пр.) и под кожу. Паренхиматозное кровотечение начинается обыкновенно около 5-го дня и в громадном большинстве случаев (80—90%) через несколько дней кончается смертью. Временная

гемофилия может быть следствием врожденного сифилиса, общего сепсиса и острого жирового перерождения новорожденных. Последнее заболевание характеризуется на трупe паренхиматозным перерождением внутренних органов и кровоизлияниями под кожу, серозные оболочки и в разные внутренние органы; клинически болезнь выражается желтухой и различными кровотечениями, причем температура нередко остается нормальной.

Если пупок сильно выпячен, то это может зависеть или от *пупочной грыжи*, или от избытка кожи—*кожный пупок*. В первом случае опухоль имеет шаровидную форму и достигает величины от лесного до грецкого ореха; еще более крупные пупочные грыжи принимают коническую или грушевидную форму. При сдавлении *опухоли* пальцами она легко вправляется через пупочное кольцо в живот, но при крике ребенка опять сейчас же появляется. В случае кожного пупка, последний выдается в виде цилиндрического придатка, не изменяющегося от давления и не вправляющегося; пупочное кольцо не прощупывается; при крике величина и форма пупка не изменяются.

После осмотра приступают к *исследованию живота ощупыванием*. В нормальном состоянии живот у детей при ощупывании производит впечатление как бы упругой подушки, умеренно надутый воздухом; никаких затвердений или отдельных органов прощупать в нем нельзя. Исключением из этого правила являются лишь дети первых месяцев жизни, у которых и в здоровом состоянии нередко прощупывается печень и, особенно, селезенка. Если какие-либо уплотнения или опухоли прощупываются у ребенка постарше, то это уже ненормальность, указывающая либо на увеличение, либо на уплотнение одного из органов живота (печень, селезенка, лимфатические железы, почки), либо на новообразование воспалительного или иного происхождения.

Ощупывание живота производится при положении больного на спине; рука врача помещается на животе плашмя, и концами (мякотью третьих фаланг) пальцев производится легкое давление до тех пор, пока ребенок не сделает вдоха; во время выдыхания брюшные стенки расслабляются, и давящие пальцы, опускаясь вглубь живота, имеют возможность прощупать уплотнение, если оно находится на месте давления руки; во время крика ребенка наилучший момент для ощупывания бывает во время глубокого вдоха, но так как момент этот довольно короткий, то при ощупывании кричащего ребенка требуется значительный навык, но и при этом условии удастся констатировать лишь более или менее крупные отклонения от нормы.

Желая определить нижний край печени или селезенки, начинают исследование снизу, например, от горизонтали пупка, и с каждым вдохом поднимаются давящими пальцами на 1—2 дюйма выше; если край того или другого из этих органов в данном случае может быть опущан, то во время одного из вдохов он попадает под пальцы. Такой способ постепенного перемещения пальцев мы рекомендуем потому, что опущать край органа гораздо легче, чем поверхность его; во многих случаях не особенно сильного затвердения печени или селезенки поверхность их не удается ощупать даже и тогда, когда края прощупываются легко.

Ощупыванием живота мы пользуемся, далее, для оценки степени напряжения брюшных стенок (при необильных трансудатах в полости брюшины брюшные мышцы расслаблены, при эксудатах—напряжены) и для определения флюктуации.

Посредством *постукивания живота* мы можем определить границы органов (см. болезни печени и селезенки), степень наполнения мочевого пузыря, толщину опухолей, прощупывающихся через брюшную стенку (воспалительные инфильтраты в брюшине и сальнике производят иногда впечатление очень объемистых опухолей, но, благодаря своей небольшой толщине, они дают при постукивании тимпанический звук, чем резко отличаются от солидных новообразований, исходящих от ретроперитонеальных желез, почек или яичников); постукиванием же определяем мы присутствие в полости живота свободно меняющей место жидкости и количество ее (по состоянию верхней границы тупого звука).

Осмотр конечностей может дать весьма важные указания в различных направлениях; так, например, своеобразные искривления костей допускают поставить довольно точное ретроспективное распознавание между бывшим когда-то рахитизмом и поздним наследственным сифилисом (см. главу о последнем); характерные рубцы в течение многих лет являются достоверными свидетелями давно протекшего карриозного процесса; отсталость в росте конечностей одной стороны при хорошо сохранившихся мускулах встречается при хронических процессах в головном мозгу; утолщение третьей фаланги пальцев рук, бесспорно, указывает на продолжительное затруднение кровообращения вследствие порока сердца или гнойного плеврита, быть может, давно уже излеченного.

Наши наблюдения показали нам, что начинающие врачи встречают всего больше затруднений при диагностике нервных болезней, что зависит, может быть, от малого знакомства с методом

исследования подобного рода больных, так как методы эти в пропедевтической клинике практикуются довольно-таки редко; по этой причине, говоря об исследовании нервной системы, я хочу поподробнее перечислить те пункты, на которые главным образом должно обратить внимание, имея дело с болезнью нервной системы.

Из субъективных симптомов существенное значение имеют головокружение, головная боль, разные болевые ощущения в других местах, анестезии, парестезии и пр. При объективных исследованиях обращают внимание на выражение лица, состояние умственных способностей, способность речи (наименование окружающих предметов, счет, громкое чтение), письмо (диктант и произвольное), понимание речи, письма, жестов. При обследовании двигательного аппарата обращают внимание на походку и положение тела, на состояние питания и тонус мышц (атрофия или гипертрофия мышц; ригидность их или полное ослабление, дряблость), активные движения, силу рук (диаметр) и ног; координацию движений (стояние и ходьба при закрытых глазах, дрожание при активных движениях и при покое, хореические подергивания, фибриллярные сокращения); клонические и тонические судороги и сведения; рефлексы со слизистых оболочек (мигание, чихание, сокращение небной занавески), с кожи: брюшной (сокращение мышц брюшной стенки при проведении черты по коже живота ногтем или рукояткой молоточка), *m. sternastris* (поднимание яичка по направлению к паховому каналу при раздражении кожи внутренней поверхности бедра), с подошвы и с сухожилий, в особенности с сухожилия разгибателя голени (пателлярный рефлекс или коленный), но также с *m. triceps*, ахиллевова сухожилия (клонус стопы); механическую возбудимость нервов и мышц. При исследовании чувствительности отмечают чувство прикосновения, осязания, боли, локализации, температуры и давления, причем специально отмечается чувствительность к давлению нервных стволов и мышц. О состоянии так называемого мышечного чувства судят по оценке тяжестей и пассивных движений, по сознанию положения своих членов и по исполнению движений при закрытых глазах. Далее следует исследование функций головных нервов: I—обоняние, II—зрение (субъективные ощущения, острота и поле зрения, офтальмоскоп), III, IV и VI—движения глазных яблок (косоглазие, ptosis, nystagmus, величина зрачков и реакция их на свет и аккомодацию), V—чувствительность лица, вкус, VII—подвижность мускулов лица и мягкого неба, VIII—слух, IX—вкус на задней половине языка, X—чувствительность глотки, пищевода, расстройства со стороны

сердца и дыхания, X и XI—паралич глотки и гортанных мышц, XI—паралич *m. sterno-cleido-mastoidei* и *m. cucullaris* и XII—язык. Исследование заканчивается отметкой функции пузыря (частота позывов, ночное и дневное недержание, задержание мочи) и *recti*, вазомоторных, трофических и секреторных расстройств.

При исследовании *мочеполовых органов* обращают внимание на состояние наружных половых органов и при жалобах на болезненное мочеиспускание обращают специальное внимание на состояние крайней плоти (фимоз, *balanitis*). При задержании мочи ощупыванием мочеиспускательного канала справляются о том, нет ли в нем застрявшего камня, и если нет, то приступают к катетеризации пузыря. Семиотике мочеиспускания мы посвятим отдельную главу, а потому распространяться здесь по этому поводу не будем, но скажем несколько слов по поводу *исследования мочи*.

В нормальном состоянии моча у детей, за исключением новорожденных, представляет в общем те же свойства, как и у взрослых: она соломенножелтого цвета, совершенно светла и прозрачна, в свежем виде не дает осадка, слабнокислой реакции, около 1 005—1 010 удельного веса и выделяется тем в большем количестве, чем старше ребенок. Приблизительно можно сказать, что в возрасте от 1 года до 5 лет приходится в сутки по 150 г на год, от 5 до 10 лет—по 125 г.

У детей на первом году жизни моча отличается очень бледным цветом и низким удельным весом (до 1 002), у новорожденных, напротив, моча бывает мутна от примеси слизи, эпителия и моче-кислых солей и в течение первых 8—10 дней содержит обыкновенно белок и цилиндры (физиологическая гиперемия почек).

Исследование детской мочи производится по тем же способам, как и у взрослых, и потому входить в подробности об этом считаем излишним, а ограничимся лишь указанием на некоторые источники ошибок при определении белка в моче по общеупотребительным способам. Кто не знает о возможности подобных ошибок, тот может не найти белка даже и там, где его очень много, или, наоборот, определить альбуминурию при нормальной моче.

Известно, что щелочная моча не дает реакции на белок при кипячении, и потому во всех руководствах дается совет слегка подкислять мочу уксусной или азотной кислотой, причем упоминается, что в *избытке* этих кислот белок при кипячении растворяется, и реакция не удается; следовательно, надо прибавлять к моче не более нескольких капель реактива. Но вот факт, на который я наткнулся случайно и на который я не нашел пока нигде

ясных указаний: 1—2 капли ас. *nitrici puri*, прибавленные к нескольким кубическим сантиметрам кислой мочи, не позволяют белку свертываться при нагревании, так что моча, даже и очень богатая белком, и ясно кислой реакции, остается совершенно прозрачной, между тем как при прибавлении еще нескольких капель той же кислоты реакция с кипячением удается прекрасно, равно как удается она и без всякой прибавки кислоты¹. Подобные опыты я много раз показывал и студентам, и товарищам по больнице. Из сказанного понятно, что легко может случиться, что белок не будет найден, несмотря на значительную альбуминурию.

Известно, далее, что мутность мочи, получающаяся от простого прибавления азотной кислоты *без кипячения*, еще не доказывает присутствия в моче белка, так как такая реакция может получиться от пропептона (очень редко) или от мочекислых солей (часто). В обоих случаях подогревание снова просветляет мочу; если же мутность зависит от белка, то при кипячении она не только не исчезает, а даже усиливается, и получают хлопья белка; ввиду этого руководства рекомендуют не ограничиваться одной пробой с азотной кислотой, а проверять ее кипячением.

Совет этот понимается некоторыми в том смысле, что надо взять в пробирку новую порцию мочи, которую и вскипятить; в случае положительного результата (появление мути) присутствие белка в моче считается доказанным; но здесь опять может произойти ошибка, потому что при кипячении может получиться мутность или даже осадок от фосфатов, а так как в некоторых случаях моча в одно и то же время бывает богата и уратами, и фосфатами, то обе эти реакции, *взятые порознь*, могут дать положительный результат, несмотря на полное отсутствие альбуминурии. Избегнуть ошибки, конечно, очень легко; для этого нужно только проделать обе реакции на *одной и той же порции мочи*, т. е. сначала вскипятить, потом прибавить кислоты (уксусной или азотной—это безразлично).

¹ Если белка в моче много, то каждая капля азотной кислоты производит муть уже и без кипячения, но муть эта при взбалтывании мочи исчезает; если кислоты прибавлено столько, что взбалтывание не устраняет мути, то тогда кипячение дает положительный результат, т. е. мутность мочи усиливается, и образуются хлопья белка; для получения отрицательного результата кислоту можно прибавлять по капле только до тех пор, пока моча после взбалтывания остается светлой. Мои наблюдения относятся к моче при остром нефрите после скарлатины; в одном случае альбуминурии при дифтерите отрицательный результат не получился ни при каком количестве кислоты.

Измерение температуры у детей, как и у взрослых, производится максимальным или обыкновенным медицинским термометром Цельсия.

Самый короткий и в то же время очень точный способ измерения температуры состоит во введении термометра через задний проход: ребенок помещается на подушку в лежачем положении на боку или на коленях матери, спиной направленным впереди; шарик термометра смазывается чем-нибудь жирным и вводится *in anum* на $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ дюйма (чем глубже вводится инструмент, тем лучше, так как тем скорее ртутный столбик дойдет до максимальной точки данной температуры; если ввести в кишку только один ртутный резервуар, то измерение продолжается 5 минут, а если градусник введен на 2 дюйма, то достаточно и 2 минут). Во время пребывания градусника в прямой кишке необходимо фиксировать таз ребенка, чтобы при каком-нибудь внезапном движении ребенка он не сломал инструмента; последний следует также поддерживать, иначе он выскочит наружу.

Способ измерения в подмышке требует 12—15 минут и потому может быть рекомендован лишь для детей старшего возраста, которые могут терпеливо держать градусник в течение нужного времени.

Для маленьких детей с пухлыми руками, я, несмотря на protestы некоторых немецких врачей, снова рекомендую измерять температуру в подмышке разогретым обыкновенным градусником, причем наблюдаю не поднятие ртутного столба, а падение его; через 1 минуту ртуть падает до известной высоты, весьма близко подходящей к настоящей температуре данного субъекта; ошибка бывает тем меньше, чем сильнее лихорадка, и при $39,5$ — 40° равняется приблизительно $0,1$ — $0,2^\circ$, а при более низких градусах—до $0,3^\circ$. Способ этот требует некоторого навыка при нагревании ртутного резервуара и большой аккуратности в помещении термометра в подмышке. Разогревание градусника производится трением нижнего его конца сухой рукой или одеялом и т. п., причем уже в полминуты легко довести ртутный столбик до 43° ; когда это достигнуто, то термометр поспешно помещается в заранее приготовленную подмышку (т. е. должен быть расстегнут ворот рубашки, но подмышка должна быть закрыта приведенным плечом, иначе под влиянием доступа воздуха кожа слишком остывает, что обуславливает получение неточного результата); ртуть сейчас же начинает довольно быстро падать, так что через 1—2 минуты измерение можно считать уже оконченным. В некоторых случаях ртуть опускается так медленно, что через минуту

стоит выше, чем следует, и достигает надлежащей высоты через 2 или 3 минуты, тогда как в других случаях она опускается так быстро, что через 2 минуты стоит несколько ниже, чем нужно. Ввиду подобных случайностей, которые нельзя заранее предвидеть, я предлагаю сравнить показание термометра через минуту с показанием его через 2 минуты и взять среднее между ними; например, если через минуту он показывал $39,5^{\circ}$, а через 2 минуты— $39,3^{\circ}$, то можно принять, что настоящая температура больного $39,4^{\circ}$. Если в течение второй минуты высота стояния ртути не изменилась, то, значит, точный результат получился уже через минуту.

Хотя предлагаемый мной способ и не может считаться вполне точным, но тем не менее он дает результаты, совершенно достаточные для целей практического врача, так как ошибка в $0,1-0,2^{\circ}$ не может иметь особого значения.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

БОЛЕЗНИ РТА

Болезни рта встречаются у детей очень часто и притом во всех возрастах. Одни из этих болезней обладают полной самостоятельностью, тогда как другие являются лишь симптомами других заболеваний, преимущественно общих, и тогда могут значительно способствовать диагностике последних, например, при сифилисе, скарлатине, кори и пр.

Болезни рта, не сопровождающиеся ни образованием язв, ни сильной болью изо рта

Stomatitis erythematosa s. catarrhalis — катаральное воспаление рта у грудных детей выражается краснотой слизистой оболочки языка и десен и слюнотечением. Эта болезнь встречается у них довольно часто, предшествуя развитию молочницы или сопровождая прорезывание зубов. Ребенок делается раздражителен, капризен, беспокойно спит и лихорадит. Эта, так называемая, *лихорадка к зубам* у некоторых детей достигает высокой степени, так что дело может дойти даже до судорог. Впрочем, подобного рода осложнения в действительности встречаются редко, так как лихорадка при *stomatitis erythematosa* обыкновенно невелика и дня через три исчезает.

У более взрослых детей замечается иногда припухание языка, вследствие чего на краях его получают отпечатки зубов в виде небольших, но ясно заметных вдавлений. Язык, вначале красный, скоро, вследствие усиленного разрастания эпителия и различных грибков, покрывается более или менее толстым беловато-желтым или сероватым слоем, иногда придающим ему вид войлока и занимающим всю его верхнюю поверхность, за исключением краев

и кончика, — *обложенный язык*. Чем сильнее катарр рта, тем больше обложен язык и тем скорее появляется запах изо рта, особенно по утрам тотчас после сна. Запах этот отличается от вони, служащей признаком более серьезного воспаления рта, тем, что он, во-первых, не противен и настолько слаб, что ощущается лишь на самом близком расстоянии, а, во-вторых, тем, что после прополаскивания рта на некоторое время совсем исчезает.

В некоторых случаях, в особенности у детей, страдающих хроническим расстройством пищеварения, язык представляется покрытым нежными, тонкими, но весьма ясно заметными черными волосами, придающими ему темнобурый цвет. Этот так называемый *черный, или волосатый, язык* не имеет особого диагностического значения¹. Черный волосатый язык не следует смешивать с черным языком вследствие случайной окраски его пищевыми или лекарственными веществами, каковы, например, черника, вишня, препараты железа и пр., или от образования на нем темнобурых корок, как, например, при тяжелом тифе.

Простой катарр рта является под влиянием самых разнообразных причин; так, например, у новорожденных он предшествует обыкновенно развитию молочницы; позднее он часто сопутствует прорезыванию зубов, а также всем лихорадочным процессам и местным болезням зева, желудка и кишок.

Несмотря, однако, на такое разнообразие причин, обложенный язык или способ очищения его в некоторых случаях может служить надежным подспорьем диагностике. Так, в сомнительных случаях катарра желудка, симулирующих менингит, толсто обложенный (войлочный) язык сильно говорит в пользу поражения желудка и против менингита. Способ очищения языка имеет значение для дифференциальной диагностики тифа от первого периода рекуррента. Для большинства случаев тифа средней силы типично то, что очищение языка начинается с краев и кончика таким образом, что на передней половине языка получается красный треугольник, обращенный своей верхушкой к корню языка, тогда как при рекурренте язык все время остается умеренно обложенным. Позднее при тифе язык делается суховатым, при высывании он оказывается узким, толстым, остроконеч-

¹ По исследованиям Гундобина (Медицинское обозрение, т. XXX, стр. 604) и Brosid (там же, реферат, стр. 612), оказалось, что прежнее мнение насчет микотического происхождения волосатого языка неверно, в действительности нити состоят исключительно из ороговевших и потемневших эпителиальных клеток; в полости рта при lingua nigra не найдено какого-либо паразита, специфичного для этого страдания.

ным, тогда как при рекурренте он в громадном большинстве случаев влажный, широкий и плоский, с закругленным концом.

Еще характернее очищение языка при скарлатине, и так называемый *скарлатинозный язык* справедливо пользуется большой известностью. В первые 2—3 дня язык при скарлатине бывает обыкновенно сильно обложен, а потом начинает постепенно очищаться (раньше всего с кончика и краев) и дня через 2 совершенно освобождается от покрывавшего его налета и является интенсивно красномалинового цвета со значительно увеличенными сосочками. Такой язык (красный с большими сосочками) очень характерен для скарлатины, так как в резкой форме встречается почти только при ней и потому может решать диагностику сомнительных случаев скарлатины, протекающих, например, почти или совсем без сыпи, но с жабой. Нужно только помнить, что отсутствие скарлатинозного языка не может служить мотивом для исключения скарлатины, а на первый или даже и на второй день болезни свойство языка совсем не имеет значения для диагностики, потому что очищение его начинается позднее.

У грудных детей, питающихся исключительно молоком, язык часто представляется белым от тонкого слоя молока, оставшегося на шероховатой поверхности языка; у некоторых рожковых детей на языке скопляются постепенно остатки казеина, по цвету и локализации очень похожие на обложенный язык. Разница в том, что налет с обложенного языка не удаляется черенком ложечки, а свертки казеина удаляются пластинами и крошатся при этом наподобие скорлупы яйца; в сухих комочках нетрудно узнать казеин даже и простым глазом.

Некоторое сходство с обложенным языком может представить микоз рта, известный под именем *молочницы (soor)*. Болезнь эта характеризуется появлением совершенно белых островков на языке, задней поверхности губ, на слизистой оболочке щек и десен, а в тяжелых случаях также в зеве и в пищеводе.

Вначале островки пристают к слизистой оболочке крепко, а в периоде выздоровления отделяются от нее сами собой. Если молочница остается без лечения, то отдельные островки быстро разрастаются и, сливаясь между собой, могут образовать сплошной слой, выстилающий решительно всю поверхность рта, не исключая твердого и мягкого неба. К числу характерных особенностей молочницы относится, между прочим, и возраст больных, так как в виде *самостоятельной* болезни она встречается *только у детей в первые дни внеутробной жизни*, а у более взрослых она развивается не иначе, как в течение других болезней, веду-

щих к истощению организма, например, при дизентерии, и в таких случаях служит обыкновенно предвестником близкой смерти. Развитию грибка (*oidium albicans* — Robin'a) благоприятствует кислая реакция ротовой слизи, а потому молочница особенно часто появляется у детей, страдающих диспепсией с кислыми отрыжками, и при неопрятном содержании рта.

Снежнобелый цвет пятен молочницы служит надежным признаком для легкого отличия молочницы от афтозного воспаления рта, при котором также являются островки на различных местах слизистой оболочки рта, но островки эти, во-первых, желтоваты, а во-вторых, имеют вид поверхностных язвочек. Вообще говоря, белые отложения при молочнице настолько характерны, что практическому врачу едва ли когда придется в видах диагностики прибегать к микроскопу для отыскивания грибка молочницы, состоящего из длинных ветвящихся нитей, разделенных перегородками, и круглых, сильно преломляющих свет спор.

По цвету и распространению всего больше напоминают молочницу небольшие сверточки молока, остающиеся иногда во рту ребенка после сосания или срыгивания, но разница в том, что свертки эти чрезвычайно легко удаляются при обтирании рта; хотя в периоде выздоровления островки молочницы тоже легко отделяются, но никогда все сразу.

Густо обложенный язык нелегко смешать с молочницей уже потому, что при последней белый налет иногда не ограничивается одним языком, а распространяется и на другие места рта; любимым местом скопления пленок молочницы является внутренняя поверхность щек. Полноты ради упомяну еще о том, что белые пятна или пленки на слизистой оболочке рта могут появиться вследствие прижигания ляписом или салициловой кислотой, что легко выясняется анамнезом.

Совершенно такие же белые, но нежные и легко снимающиеся пленочки нередко появляются на деснах при катарре рта какого бы то ни было происхождения. Они обязаны своим происхождением гиперплазии эпителия. От пятен молочницы они отличаются легкой снимаемостью: чтобы удалить их, достаточно провести по деснам пальцем.

Совершенно своеобразный вид языка получается при кольцевидном шелушении его эпителия (*ptyriasis linguae*). При этой форме катарра рта (вероятно, тоже микотического происхождения) на верхней поверхности языка (нижняя поверхность его никогда не поражается) появляются островки с чечевицу, бледнорозового (нормальная слизистая оболочка), окруженные беловатым

валиком (гиперплазированный эпителий). С каждым днем кольца эти (иногда бывает только одно кольцо) увеличиваются подобно тому, как бывает это на коже при psoriasis, herpes iris и пр., соседние круги сталкиваются своими перифериями, причем в местах встречи белые валики исчезают и вместо кругов получаются на поверхности языка извитые линии, резко ограничивающие бледно-розовые, нормальные места от соседних беловатых, обложенных — *ландкартообразный язык*. По истечении известного времени язык очищается на всей своей поверхности, и, покрываясь нормальным слоем эпителия, приходит к норме, но редко он остается таковым надолго; обыкновенно же кольцевидное шелушение начинается снова, и так дело может затянуться на многие месяцы, не причиняя, впрочем, больному никаких неприятностей, так как болезнь эта не вызывает субъективных ощущений. Она очень часто встречается у детей всех возрастов, как у здоровых, так и у больных, и в особенности у рахитиков.

Диагностика нетрудна даже и в том периоде, когда вместо кругов остались зигзагообразные линии, потому что характерный валик на границе нормальной слизистой оболочки языка ни с чем не может быть смешан. В первом периоде болезнь может быть принята, пожалуй, за stomatitis aphosa, но здесь нет ни язв, ни слюнотечения, ни боли. Parrot совершенно несправедливо считал pityriasis linguae за проявление врожденного сифилиса, продукты которого действительно представляют иногда отдаленное сходство с занимающей нас болезнью, особенно при беглом взгляде. Помимо того, что при врожденном сифилисе почти всегда можно найти характерные для него сыпи на коже, разница в данном случае состоит еще в том, что сифилис никогда не проявляется на языке в виде описанных выше колец, а всегда в форме бляшек (см. стр. 79).

Stomatitis morbillosa. Поражение рта при кори в виде пятнистой или пятнисто-папулезной сыпи на слизистой оболочке рта является на 12—36 часов ранее, чем коревой сыпи на коже, а потому позволяет диагностировать корь уже в периоде предвестников, почему и самая сыпь эта называется *продромальной коревой сыпью*. Сыпь эта состоит из небольших красных пятнышек, занимающих первоначально мягкое небо, но скоро распространяющихся на губы и на щеки. На месте коревой продромальной сыпи уже на другой день появляется слущивание эпителия в виде очень нежных, беловатых островков, легко стирающихся пальцем и придающих слизистой оболочке вид, как будто она посыпана отрубями; подобные отруби всего лучше видны на вну-

тренней поверхности щек, губ и на деснах. Отруби при других катаррах рта не встречаются, а потому диагностическое значение их несколько не меньше, чем продромальной коревой сыпи. В некоторых случаях продромальная сыпь запаздывает своим появлением и выступает или одновременно с сыпью на лице, или даже еще позднее, а потому отсутствие сыпи на небе не может служить доказательством того, что у больного начинается не корь.

Comedones palati duri. У новорожденных и у детей в первые недели жизни почти всегда можно заметить на твердом небе врожденные образования, известные под именем *узелков Бона*. Они имеют вид маленьких (не больше головки булавки), чисто белого цвета конических возвышений, сидящих группами по несколько штук посредине твердого неба, вдоль шва. Диагностический интерес эти узелки приобретают лишь тогда, если встречаются на деснах у детей нескольких месяцев от роду и симулируют режущиеся зубы. Но дело в том, во-первых, что образования эти долго остаются в одном и том же виде и потом бесследно исчезают и, во-вторых, что при своей упруго-плотной консистенции они при постукивании по ним чем-нибудь металлическим не дают того характерного звука, который получается при постукивании по показавшемуся зубу.

В тесной связи с болезнями рта стоит, между прочим, прорезывание зубов, о котором здесь уместно сказать несколько слов. *Первое прорезывание зубов* у детей начинается в различные сроки в зависимости от семейного расположения, от состояния общего питания организма и от различных болезней. Средним сроком для начала прорезывания зубов можно принять 7—8-й месяц; в это время показывается пара нижних средних резцов и через месяц (9—10-й месяц) 4 верхних резца, так что к концу года у здорового ребенка должны быть налицо все резцы (8 зубов). Затем антракты удлиняются до двух месяцев, и от 14—16 месяцев появляются первые коренные зубы, от 18—20—клыки, от 22—24—вторые коренные зубы, чем и заканчивается прорезывание молочных зубов.

Первые зубы появляются иногда на несколько месяцев раньше нормального срока, например, на 4—5-м месяце, но такое *преждевременное появление зубов* никакого особенного значения не имеет; в большинстве подобных случаев следующие группы режутся в свой нормальный срок, так что к концу года у таких детей бывает все-таки не более 7—10 зубов. Слишком короткие промежутки между отдельными группами, зависящие от ненор-

мально усиленного питания зародыша зуба, наблюдаются иногда у детей, склонных к приливам крови к голове и нередко кончающихся острой головной водянкой, и потому чрезмерно быстрое появление зубов можно считать до некоторой степени за неблагоприятный признак.

Запоздалое прорезывание зубов состоит в том, что или запаздывает появлением только первая группа, а все следующие показываются в свое время, или же удлиняются промежутки (антракты), вследствие чего прорезывание зубов идет крайне медленно и затягивается до конца 3-го и 4-го года. В первом случае, т. е. когда антракты не удлиняются и порядок появления групп остается нормальным, позднее прорезывание первых зубов не имеет патологического значения, так как такое запаздывание наблюдается нередко и у совершенно здоровых детей, особенно при известном семейном расположении, когда подобная аномалия встречается, например, у всех или у большинства родных братьев и сестер. Другое дело, если позднее появление зубов обуславливается длинными паузами и если притом нарушается порядок появления отдельных зубов или целых групп, когда, например, одновременно режутся представители разных групп; такой беспорядок указывает на замедленный процесс окостенения скелета, вообще свойственный рахитизму.

Относительно вопроса о том, может ли прорезывание зубов иметь *влияние на здоровье ребенка*, мнения авторов чрезвычайно расходятся; одни слишком преувеличивают значение этого физиологического процесса в этиологии болезней, другие, наоборот, его совсем отрицают. По нашему мнению, отрицать существование причинной связи между прорезыванием зубов и *некоторыми* болезнями детей невозможно, но в каждом отдельном случае следует быть крайне осторожным и осмотрительным, чтобы не проглядеть какую-нибудь другую причину. Предполагать зависимость болезни от зубов можно лишь в том случае, если болезнь начинается незадолго до появления зуба, когда соответствующее место десны припухло, напряжено и когда с выходом зуба болезнь немедленно исчезает; врач имеет еще больше оснований допустить существование причинной связи между прорезыванием зубов и нездоровьем ребенка, когда одни и те же болезненные явления повторяются при каждом новом зубе, и если притом для данной болезни нельзя открыть никакой другой причины.

Если при распознавании «болезней к зубам» руководствоваться только что установленным критерием, то окажется, что зависимость болезней от зубов встречается вовсе не особенно часто

и что болезни эти не тяжелы и далеко не так разнообразны, как о них многие думают.

Во многих случаях прорезывание зубов совершается совсем незаметно и может быть узнано лишь тогда, когда верхушка зуба уже покажется из десны; в других случаях, особенно при прорезывании толстой коронки коренных зубов, за несколько дней до появления зуба появляется катарральное или афтозное воспаление рта с лихорадочным состоянием, раздражимостью, бессонницей и др. Что воспаление рта в подобных случаях зависит от прорезывания зубов, а не от другой какой-нибудь причины, можно заключить из того, что всего сильнее воспаление выражено на том месте десны, где режется зуб.

Матери часто обращаются к врачу с вопросом, не режутся ли у ребенка зубы, и указывают при этом, что у него постоянное слюнотечение и что он лазит в рот пальцами; уверенность матерей бывает полной, если они усмотрят где-нибудь на десне узелок Бона.

При решении подобных вопросов надо иметь в виду, что у детей 2—3 месяцев саливация есть явление физиологическое, так как с этого возраста начинается у них усиленная деятельность слюнных желез, которые в течение первых двух месяцев почти вовсе не функционировали. Ошибки легко избежать, если обратить внимание на возраст ребенка и на отсутствие признаков местного раздражения десны.

Прорезывание зубов может вызвать, далее, легкое расстройство пищеварения в виде учащенных и разжиженных испражнений и рвот. Такое расстройство тянется обыкновенно недолго, появляется при явных признаках раздражения десен режущимся зубом, исчезает вслед за появлением зуба и нередко повторяется при следующей группе зубов и опять без всякой определенной причины.

Могут ли появиться от прорезывания зубов эclamпические судороги у ребенка,—вопрос спорный. Едва ли когда случается, чтобы совершенно здоровый ребенок страдал судорогами только во время прорезывания зубов и чтобы они повторялись при каждой группе, но, с другой стороны, несомненно, что прорезывание зубов может быть случайной вызывающей причиной рефлекторных судорог у детей, уже и без того к ним расположенных, так, например, у рахитиков. Само собой разумеется, однако, что при диагностике «судорог к зубам» в каждом отдельном случае должны быть налицо условия, приведенные выше.

Об изменении формы зубов будет сказано в главе о сифилисе

Болезни рта, протекающие с образованием изъязвлений на слизистой оболочке, но без вони

Специально детскому возрасту свойственна особая форма язвенного воспаления губ, описанная Sevestr'ом (Rev. mens. d. mal. des enf., 1892, p. 47) под именем *стафилококкового дифтерейдного стоматита* (stomatite diphteroïde à staphylocoques). Процесс локализуется прежде всего (а нередко и исключительно) на внутренней поверхности губ и переходит иногда на внутреннюю поверхность щек; пораженные места, в особенности губы, покрываются желтоватым экссудатом, по наружному виду весьма похожим на дифтеритическую бляшку; вследствие образования кровотокающих трещин губы скоро покрываются черными кровянистыми корками; процесс никогда не распространяется на десны, но занимает иногда щеки и язык. Через несколько дней экссудат начинает мало-помалу исчезать и поверхностное изъязвление губ заживает в 7—14 дней, не оставляя рубца. Одновременно с поражением губ нередко замечается импетигиозная сыпь на лице. От дифтерита болезнь отличается доброкачественным течением, безразительностью и отсутствием Löffler'ского bacilla. Как в экссудате, взятом со слизистой оболочки, так и в гною импетигиозных пустул Sevestre находил staphylococcus aureus, а потому эта форма может быть названа stomatitis impetiginosa. Стафилококковый стоматит, нередко встречающийся у новорожденных в воспитательных домах и протекающий с язвенным поражением мягкого неба, зева и других мест слизистой оболочки рта, описан Epstein'ом под именем *септического стоматита*; по мнению Epstein'a такие стоматиты дают повод к развитию общего сепсиса новорожденных.

Гораздо чаще встречается *афтозное воспаление рта* (stomatitis aphthosa). Болезнь эта характеризуется появлением на слизистой оболочке языка, губ и щек круглых поверхностных, величиной от булавочной головки до чечевицы язвочек, покрытых желтоватым экссудатом и окруженных красным ободком. Болезнь эта всего чаще встречается у детей в возрасте первого прорезывания зубов; причины, вызывающие ее, неизвестны (инфекция?). Неоправданное содержание рта, приводимое в учебниках, как этиологический момент, не играет особой роли.

Язвочки эти сидят то разбросанно и в небольшом числе (1—6), то очень тесно, так что некоторые из них сливаются, образуя более обширные изъязвления неправильного очертания, но всегда поверхностные и желтоватого цвета; образование язв всегда

сопровождается значительной болезненностью (особенно при употреблении горячего питья, а также всего соленого, сладкого и твердого), слюнотечением и густо обложенным языком. Афтозный стоматит протекает или субакутно, без лихорадочного состояния, или остро, с лихорадкой, причем температура нередко поднимается градусов до 40 и больше, а у маленьких детей (лет до двух) при этом могут появиться и судороги. В подобных случаях высыпание афт происходит не с самого начала (значит, не воспаление рта вызывает лихорадку), а лишь на 2-й или 3-й день после повышения температуры. Это обстоятельство, в связи с фактом заболевания иной раз нескольких членов одной семьи друг за другом, указывает на инфекционное происхождение болезни, — нечто подобное бывает при высыпании герпеса на губах (*fièvre herpétique* французских авторов). Сходство, а может быть, даже и тождество этих двух болезней, т. е. остролихорадочной формы афтозного стоматита и герпеса губ, выражается еще в том, что афты высыпают иногда на языке или на других местах слизистой оболочки рта группами, состоящими из нескольких тесно сидящих круглых язвочек; такая форма стоматита описывается иногда под именем *герпетического воспаления рта* (*stomatitis herpetica*).

В других случаях афтозное воспаление рта стоит как бы в зависимости от расстройства желудка или от прорезывания зубов (особенно коренных). Болезнь эта всегда кончается скорым выздоровлением и ни к каким неприятным последствиям не ведет, чем, между прочим, отличается от другой формы язвенного стоматита, так называемого *stomacase*. Афтозные язвочки настолько сами по себе характерны, что смешать с чем-либо *stomatitis aphthosa* нелегко, разве только с ящуром, о котором будет сказано в следующей главе (об отличии от молочницы см. стр. 72, от *stomacase* будет сказано дальше). Некоторое сходство с афтами представляет *варицеллезный стоматит* (*stomatitis varicellosa*), характеризующийся высыпанием пузырьков величиной с булавочную головку на мягком и твердом небе, а отчасти и на других местах. Пузырьки эти редко превращаются в язвочки. Натура их легко выясняется присутствием сыпи *varicellae* на коже.

От *stomatitis aphthosa* следует строго отличать другую болезнь рта, ничего общего, кроме названия, с ней не имеющую, именно: *афты новорожденных* или *Веднар'ские афты*. Болезнь эта, свойственная только детям в возрасте от 2 дней до 6 недель, характеризуется появлением двух симметрично расположенных в углах неба (на заднем наружном углу горизонтальной части небной кости) круглых, поверхностных, серовато-желтоватых изъязвле-

ний, занимающих как раз то место слизистой оболочки, где она подпирается одним из отростков основной кости (*hamulus pterygoideus*). В громадном большинстве случаев язвочки бесследно исчезают через 1—3 недели, но при дурных гигиенических условиях и у слабых детей эти маленькие язвочки распространяются по поверхности и вглубь и, сливаясь между собой, образуют глубокие язвы, доходящие до кости и занимающие все мягкое небо, и тогда имитируют дифтерит. Основанием диагностики служат, во-первых, классическое место этих изъязвлений, во-вторых, возраст больных и, в-третьих, безлихорадочное течение (если только нет других причин для повышения температуры). Происхождение язвочек механическое: трение и давление корнем языка при сосании на место выступа *processus pterygoidei*.

К числу болезней рта, могущих служить для выяснения диагностики общего заболевания, относится, между прочим, изъязвление уздечки языка и сифилитический стоматит. *Изъязвление уздечки языка*—признак, характерный для коклюша, так как язвочка происходит от подрезывания или надрыва уздечки нижними резами во время сильных приступов коклюшного кашля. Изъязвление имеет вид совершенно белой пленки величиной с чевицу, сидящей как раз на уздечке. Она почти никогда не встречается у детей, не имеющих нижних резцов. Диагностическое значение этой язвочки очень велико, так как она встречается почти исключительно только при коклюше.

Сифилитический стоматит (*stomatitis syphilitica*) встречается у детей-сифилитиков очень часто, в особенности при рецидивах. Характеризуется появлением на слизистой оболочке рта, в особенности на внутренней поверхности щек вблизи углов рта, а также на губах, языке, небной занавеске и миндалинах, беловатых, слегка возвышенных бляшек (кондиллом), отличающихся от всех других образований, могущих здесь встретиться, сосочковидным строением, благодаря которому даже и невооруженным глазом нередко удается видеть на поверхности бляшки многочисленные, очень тесно сидящие вершины сосочков в виде беловато-сероватых точек.

Менее характерны для сифилиса *трещины губ* и углов рта; сравнительно большее диагностическое значение этих симптомов нужно признать для врожденного сифилиса у детей в первые недели жизни, у детей же более взрослых трещины губ часто встречаются и без сифилиса, например, под влиянием лихорадочного состояния. В некоторых случаях подобные трещины превращаются в очень болезненные язвы. В других случаях поводом к развитию

изъязвления губ является склонность детей к отдиранию кусочков кожицы, отстающих от высыхающих губ.

В заключение упомянем еще об *укушенных ранах языка*, наносимых себе самими больными во время эпилептического припадка или каких-либо судорог иного происхождения, для диагностики которых раны эти могут иметь значение в случае недостатка анамнеза.

Болезни рта с образованием изъязвлений на слизистой оболочке и с вонью изо рта

Источником дурного запаха изо рта не всегда бывает рот; причиной его может быть, например: 1) вонючий насморк (вонь всего сильнее ощущается при выдыхании через нос с закрытым ртом и почти не ощущается при выдыхании через рот с зажатыми ноздрями); 2) катарр желудка с вонючими отрыжками или 3) бронхоэктазы с вонючим содержимым и особенно 4) гангрена легкого.

Не особенно сильный и легко устранимый простым полосканием запах изо рта встречается при всяком густо обложенном языке, при различного рода катаррах рта, в особенности в течение лихорадочных процессов, также при кариозных зубах и при разложении остатков мясной пищи, застрявшей в зубах, но во всех этих случаях дело никогда не доходит до настоящей вони, указывающей на более серьезное поражение рта.

Вонючее воспаление рта (stomatocace s. stomatitis ulcerosa)—болезнь, стоящая в связи с общим упадком питания; характеризуется, во-первых, сильной вонью изо рта, во-вторых, тем, что язвенный процесс всегда начинается с свободного края десен резцов или клыков и потом распространяется на десны других зубов, в-третьих, тем, что он никогда не наблюдается у детей беззубых; характерно также, в-четвертых, и изменение десен, которые сильно припухают, делаются рыхлыми, чрезвычайно полнокровными и легко кровоточат при малейшем к ним прикосновении.

От афтозного стоматита эта форма воспаления рта резко отличается, во-первых, формой язв (там небольшие круглые язвочки, разбросанные по всей слизистой оболочке рта, а здесь—язвенное разрушение края распухших и легко кровоточащих десен), во-вторых, сильной вонью изо рта и, в-третьих, дальнейшим течением.

В запущенных случаях распадение десен сопровождается выпадением зубов и может вести даже к некрозу челюсти. С другой стороны, вследствие самозаражения язвенный процесс весьма легко распространяется с десен на прилегающую к ним слизистую

оболочку щеки, вследствие чего недели через две от начала болезни на щеке является отпечаток десен в виде двойной язвенной полоски желтоватого цвета. Вследствие характерной склонности язв при stomacase распространяться не столько по поверхности, сколько вглубь (отличие от дифтерита), первоначальное поверхностное изъязвление щек через несколько дней принимает вид довольно глубоких язв, дно и края которых покрыты грязножелтым распадаем; вся щека в это время отечно припухает, увеличиваются также и подчелюстные железы, но кожа опухшей щеки остается бледной. Лихорадочное состояние может отсутствовать совершенно, а если температура и поднимается, то лишь в начале болезни и не достигает высоких градусов (38—39°).

Дальнейшее отличие stomacase от афтозного стоматита мы имеем в отношении этих болезней к хлорноватокислому калию (*kalium oxymuriaticum s. chloricum*), который является специфическим средством для stomacase, тогда как при афтах он довольно индифферентен.

В силу указанных признаков диагностика типичных случаев stomacase всегда легка; затруднение может встретиться лишь при осложнении stomacase афтами, что встречается вовсе нередко. Тогда рядом с признаками первой (вонь изо рта, изъязвление и кровоточивость десен) мы встречаем еще и многочисленные круглые желтоватые язвочки на языке и в других местах. В подобных случаях главное значение следует признавать за stomacase, как за процессом более тяжелым.

Вонючее воспаление рта вследствие неумеренного употребления ртути (*stomatitis mercurialis*) (которое, заметим кстати, встречается и у маленьких детей при лечении каломелем) ничем не отличается от stomacase, как только определенным этиологическим моментом. То же нужно сказать и о *скорбутном стоматите*, который, впрочем, в детском возрасте встречается очень редко.

Из других причин stomacase главнейшую роль играет *обширный упадок питания* организма в зависимости ли от дурных гигиенико-диететических условий или острых инфекционных болезней; по этой причине вонючее воспаление рта чаще встречается в бедных семьях, в сырых квартирах и т. п. Из острых болезней stomacase наиболее часто появляется после кори и тифа.

Течение болезни, предоставленной самой себе, крайне неопределенное: она может тянуться неделями и вести к потере всех зубов, но при правильном лечении кончается обычно в несколько дней, а потому предсказание в свежих случаях хорошее, но в за-

пущенных может наступить и летальный исход, именно: или от перехода в ному, или от септикопиемии.

В периоде изъязвления и опухоли щеки stomasace вызывает картину, сильно напоминающую водяной рак щеки (cancer aquaticus s. noia), в начале развития которого обязательно появляется опухоль щеки при бледных, негорячих и неболезненных при давлении покровах, изъязвление ее слизистой оболочки и сильнейшая вонь изо рта. Сходство этих двух процессов идет и еще дальше: в обоих случаях припухают лимфатические подчелюстные железы, но лихорадочное состояние нередко отсутствует, хотя может и быть; как stomasace, так и нома развиваются у истощенных детей; сродство этих болезней проявляется, наконец, и в том, что stomasace переходит иногда в ному, а эта последняя в свою очередь весьма редко развивается самостоятельно, обыкновенно же из stomasace.

Тем не менее узнать ному нетрудно; диагностика основывается на виде пораженных частей, на *быстроте течения* и исходе. При номе дело идет не об изъязвлении слизистой оболочки щеки, а о гангрене, вследствие чего пораженное место получает не желтый цвет, а бурый или черный, и издает гангренозный запах. Разрушение щеки и соседних мягких частей идет при номе гораздо быстрее, чем при stomasace, так как для гангренозного прободения щеки требуется всего 3—4 дня, а потом с каждым днем гангрена распространяется все дальше и дальше, и в несколько дней от мягких частей щеки не остается и следа, если только смерть, этот обычный, хотя и не исключительный, исход номы не помешает этому.

Иногда нома начинается с кожи щеки, и в таком случае могла бы представиться возможность смещения этого страдания с сибирской язвой. Последняя начинается с образования небольшой пустулы, которая скоро превращается в плотный невоноющий струп, который окружается венчиком из новых пузырьков, а засим уже следует опухоль соседних мягких частей. Процесс распространяется быстро, но не ведет к прободению щеки, как при номе.

Нечто среднее между афтозным стоматитом и stomasace представляет собой я щ у р. Он появляется у детей после употребления в сыром виде молока коров, хворающих ящуром.

У детей болезнь эта характеризуется тем, что при лихорадке в 39—40° высыпают пузырьки с мутным содержимым на слизистой оболочке щек, губ и мягкого неба, но, в отличие от афт, их не бывает обыкновенно ни на спинке языка, ни на задней стенке глотки, ни на миндалинах. После спадения пузырьков язвочек не остается; всегда бывает неприятный запах, даже *вонь изо рта*,

слинотечение и *сильный насморк*. Передко встречается боль живота и понос, а иногда и рвота. Болезнь продолжается 1—2 недели. При диагностике ящура от *stomatitis arphthosa* особое значение следует придавать наличности пузырьков, отсутствию их на спинке языка, вони изо рта и сильному насморку. Диагностика еще легче в тех случаях, в которых ящур сопровождается появлением пузырчатой сыпи на коже; она редко занимает все тело, а чаще всего локализуется около ногтей, как на руках, так и на ногах, и имеет вид мелких (с просыаное зерно) пузырьков со светлым содержанием.

В случаях Weissenberg'a (Jahrb. f. Kinderh., 32, S. 90) был еще зуд кожи и сильная жажда; пузырьки во рту появились после трехдневной продромальной лихорадки, когда температура уже упала до нормы. Большую эпидемию ящура наблюдал Siegel. В течение месяца в одном местечке переболело $\frac{2}{3}$ жителей. Продромальная лихорадка продолжалась от 3 до 8 дней, потом появлялось воспаление рта в виде припухлости языка, покрывавшегося толстым черным налетом, значительной набухлости и разрыхления десен с выпадением зубов и сильнейшей вони изо рта; губы и углы рта были изъязвлены, большие жаловались на боль в ушах и в жевателях. На коже нередко появлялась сыпь с мелкими петехиями. Болезнь всегда продолжалась долго, а у некоторых, благодаря возвратам, затягивалась до 1—1½ года. В числе осложнений он отмечает кровотечения из желудка, воспаление легких, эндокардит, болезненную припухлость печени, обширные кровоизлияния под кожу, в мышцы и даже в полость черепа, orchitis, альбуминурию. Из некоторых органов, взятых от умерших, Siegel выделил бактерию, прививка которой коровам вызывала у них заболевание ящуром.

Вообще говоря, ящур у детей принадлежит к числу редких заболеваний, и желательны дальнейшие наблюдения по этому поводу.

Stomacase, как уже сказано, никогда не развивается у беззубых детей, но в этом возрасте встречается аналогичное страдание, описанное впервые Климентовским в медицинском отчете Московского воспитательного дома за 1876 г. под именем *osteogingivitis gangraenosa neonatorum* (последний эпителий не совсем верен, так как из трех его больных только один был 6 дней от рождения, а в двух других случаях болезнь началась на 39-й и 54-й день). *Osteogingivitis* новорожденных начинается с ограниченного воспалительного припухания десны, которая в этом месте очень скоро гангренозно распадается, и уже через 2—3 дня из образовавшейся

язвы вываливается коронка молочного зуба. Процесс этот сопровождается лихорадочным состоянием и упадком сил, и если больной переживает первые дни болезни, то злокачественное нагноение распространяется на челюсть и ведет к омертвлению кости. В случаях Климентовского смерть последовала на 5-й и 45-й дни болезни.

По мнению Климентовского, *osteogingivitis* отличается от *stomatocase* следующим: в начале болезни нет вони; болезнь поражает детей еще до прорезывания зубов; страдание начинается не со слизистой оболочки, а прямо с более глубоких тканей, и опухоль десны, предшествующая выпадению зуба, представляется ограниченной и резко очерченной, так что напоминает скорее *parulis*, нежели *stomatocase*; десны некровоточивы; отличие от номы — отсутствие гангренозного запаха и гангрены мягких частей.

К числу вонючих язвенных стоматитов относятся еще воспаления рта при некоторых общих заразных болезнях, каковы: дифтерит, оспа, скарлатина, но все эти стоматиты в диагностическом отношении не представляют особого интереса, так как они выявляются уже тогда, когда все другие симптомы этих болезней выражены настолько резко, что диагностика не может быть затруднена.

СЕМИОТИКА АППЕТИТА

Усиление аппетита имеет благоприятное значение, если появляется у ребенка в периоде выздоровления от какой-либо острой лихорадочной или какой-либо другой истощающей болезни. Такой аппетит продолжается обыкновенно недолго и исчезает, как только ребенок совсем поправится.

Прожорливость как явление физиологическое замечается у грудных детей первых месяцев жизни и служит весьма частой причиной развития у них диспепсии и других кишечных расстройств, так как в этом возрасте ребенок не отказывается проглатывать гораздо большие количества молока, чем в состоянии переварить. Эта же прожорливость является благоприятным условием для развития тучности у грудных детей.

Как явление патологическое усиленный аппетит наблюдается у некоторых рахитиков, а также у идиотов, у диабетиков и при хроническом поносе.

Потеря аппетита, доходящая иногда до отвращения от пищи, наблюдается при всех лихорадочных болезнях, при страданиях желудка и воспалениях рта и при истерии.

Потеря аппетита, как симптом выдающийся и почти единственный, на который жалуются родители, нередко наблюдается у детей от 7 до 12 лет, представляющих при этом типическую картину упадка питания, которую можно бы назвать *школьным малокровием*. Такие дети при сравнительно большом росте отличаются узкой грудью, значительным похуданием (так что все ребра легко пересчитать, не трогая их пальцем), бледностью кожи и слизистых оболочек (однако бледность эта по степени своей далеко уступает хлоротической) и полной потерей аппетита, особенно к мясной пище. Обыкновенно они наклонны к запорам и часто жалуются на головную боль. За лето больные поправляются и начинают лучше есть, но с началом учения аппетит снова пропадает, и так тянется дело лет до 12—14, когда большой как бы перерождается, начинает усиленно есть и полнеть.

Точно такая же картина получается в некоторых случаях хронического катарра желудка или хронической диспепсии, так что подчас трудно бывает сказать, зависит ли потеря аппетита от малокровия или же и то, и другое обуславливается катарром желудка; последнее предположение делается более вероятным, если язык густо обложен, больной часто жалуется на отрыжки или даже на тошноту, если у него бывают по временам боли живота, причем запор сменяется поносом, и если у него постоянно замечается желтизна конъюнктив. За всем тем остается все-таки нерешенным вопрос, не оттого ли такие дети часто страдают явлениями катарра желудка, что под влиянием малокровия у них отделяется мало желудочного сока, и оттого они особенно расположены к болезням желудка (*dyspepsia nervosa*).

Отличие катарра желудка от нервной диспепсии значительно облегчается помощью исследования желудка зондом; продолжительность пребывания пищи в желудке при нервной диспепсии остается нормальной (часов через 6—8 после легкого обеда желудок пуст), при катарре же значительно удлиняется; достойно замечания и то обстоятельство, что при нервной диспепсии большое влияние на аппетит оказывает состояние больного: стоит ему немножко расстроиться, и аппетит совсем пропадает, тогда как в иное время он ест сравнительно лучше.

Так называемая *anorexia hysterica* всего чаще встречается у молодых девушек в возрасте от 10 до 17 лет и нередко является первым симптомом истерии. Дело начинается обыкновенно с того, что под влиянием какой-нибудь идеи (желание похудеть, обратить на себя внимание и пр., или под влиянием спазма пищевода, рвоты и т. п.) больная начинает есть гораздо меньше, чем ела прежде.

и в скором времени доходит до полного отказа от пищи и питья. Под влиянием абсолютного голодания наступает сильнейшее похудение и истощение организма (остаются, как говорится, кости и кожа), громадная слабость (больная не может ни стоять, ни сидеть), конечности холодеют и синеют. Когда больной дошел до такой степени истощения, то возможен и смертельный исход. Характерно до некоторой степени для истерической анорексии, что состояние больного обыкновенно быстро улучшается, если он взят из родительского дома в больницу и там подвергнут насильственному кормлению через зонд. Редко бывает надобность в продолжительном кормлении через зонд, большей частью уже через 2—3 дня больные начинают принимать пищу через рот.

Иногда ребенок отказывается от пищи не от недостатка аппетита, а от совсем иных причин (я имею в виду именно грудных детей, не берущих груди). Ребенок отказывается сосать грудь или с самого рождения, или он сначала брал ее, а потом бросил.

Если новорожденный *ребенок не берет груди* на первый день жизни, то это еще ничего не значит, так как явление это очень частое и временное только; но если ребенок продолжает отказываться и на 2-й, и на 3-й день, то с этим приходится уже считаться.

Все причины, от которых зависит отказ ребенка от груди, могут быть подведены под две группы: или 1) он не может сосать, или 2) ему нечего сосать. Ребенок не может сосать грудь или оттого, что он очень слаб, например, недоношен, или родился в асфиксии и страдает ателектазом легких, или оттого, что страдает пороком развития в виде раздвоения губы и твердого неба или недоразвития рта — *mikrostomia*.

В других случаях ребенок не берет груди оттого, что она или вовсе без молока, или хотя и с молоком, но он не может ничего высосать из нее, так как либо она очень туга и, так сказать, не под силу ребенку, либо сосок совсем не развит.

Если ребенок брал грудь в первые дни жизни, но потом бросил, то это всего чаще зависит от молочницы или от присутствия во рту язвочек, афтозных или сифилитических, а также от трещин губ, вообще от того, что сосание причиняет ему боль; в подобных случаях бывает и так, что рожок он сосет, а грудь — нет (потому что последняя требует больших усилий), или сосание оказывается невозможным от тризма (у новорожденных — при тетанусе, у детей постарше — в последнем периоде менингита), или от насморка (не может дышать во время сосания), или ребенок перестает брать грудь от общей слабости, вследствие ли того, что он родился

недоношенным или ослабел от какой-нибудь болезни. Наконец, в третьем ряду случаев причиной отказа от груди бывает слишком раннее давание соска или рожка; ребенка очень легко избаловать и привить ему разные дурные привычки, точно так же, как легко приучить его и к порядку. Привыкнув к сладкой соске или к подслащенному коровьему молоку, ребенок начинает упорно отказываться от груди (особенно, если она тугая и требует от него известной затраты сил на сосание) и кончает тем, что совсем бросает ее. Во всех этих случаях ребенок действительно не берет груди, т. е. губы его остаются просто неподвижными, когда сосок груди вводится в рот, или он делает слабые попытки сосания и скоро прекращает их, нередко раздражаясь при этом громким криком. Но, помимо этого, встречаются еще и другие случаи, когда ребенок начинает сосать жадно, но скоро поперхается и бросает грудь. В этом случае невозможность сосания обуславливается чрезмерным количеством молока у кормящей и слабой грудью, при каковых условиях ребенок не успевает глотать получаемого молока и потому захлебывается.

В публике распространено мнение, что самой частой причиной того, что ребенок плохо берет грудь, бывает слишком короткая подъязычная уздечка. В действительности эта причина никогда не обуславливает полной невозможности сосания, хотя и может затруднять его. Узнать существование короткой уздечки нетрудно: если приподнять свободный конец языка шпателем, то видно, что уздечка натягивается при этом в виде тонкой перепонки, прикрепляющейся слишком далеко впереди, вследствие чего при высывании языка или при подъеме его шпателем образуются на его кончике ряд зазубрины, которой не должно быть, если уздечка не коротка (т. е. прикреплена не слишком далеко впереди).

Если ребенок не берет груди оттого, что в ней нет молока, или оттого, что она слишком туга, то это можно узнать посредством исследования груди, т. е. выдавливанием (сдаиванием) из нее молока.

Матери обращаются иногда к врачу с жалобой, что ребенок не берет груди, а между тем оказывается, что он сосет, но не так долго, как хотелось бы его матери, и врачу предстоит решить вопрос, оттого ли ребенок скоро бросает грудь, что он сыт, или от какой-либо иной причины. Если ребенок скоро насыщается то это может быть при многомолочной груди, и тогда ребенок представляется хорошо упитанным; если же он скоро перестает сосать под влиянием общей слабости и т. п., то он хронически

голодает и прогрессивно худеет. Вопрос этот может быть решен и прямым путем, именно посредством взвешивания ребенка перед кормлением и непосредственно после него: прибавка веса с точностью указывает количество высосанного молока. Чтобы судить о том, достаточно ли это количество, можно пользоваться данными Сниткина, по которому ребенок высасывает в первый день $\frac{1}{100}$ часть веса своего тела (30 г), а потом с каждым днем на 1 г больше, т. е. в конце 1-го месяца он высасывает около 2 унций, в конце 2-го—около 4 и т. д. до 5 месяцев, а потом количество выпиваемого молока остается приблизительно одинаковым. В частной практике за неизменением весов приходится довольствоваться приблизительнольным определением молока.

Усиленная жажда встречается у детей чаще прожорливости. Нередко, например, она наблюдается у рахитиков, даже и не страдающих поносом или усиленным потом. Polydipsia является, далее, постоянным спутником поносов и диабета, настоящего или ложного. Во многих случаях обильное питье молока или сладкого чая, особенно по ночам, обуславливается просто дурной привычкой и еще тем, что таким детям очень нравится вкус даваемого им питья. Стоит, например, заменить молоко простой водой, и тогда сейчас же окажется, что ребенок много пьет не от жажды, а от баловства.

У детей чаще, чем у взрослых, встречается *извращенный аппетит*, так называемый *риса*, выражающийся тем, что ребенок оказывает пристрастие к каким-либо совсем несъедобным вещам, каковы, например, мел, известка, песок и пр. Симптом этот чаще всего встречался нам у рахитиков.

БОЛЕЗНИ ЗЕВА

Острые воспаления слизистой оболочки зева, так называемые жабы, встречаются в детском возрасте очень часто, но так как дети до 5 лет обыкновенно не жалуются на боль при глотании, то весьма легко не заметить жабу, если не придерживаться правила *осматривать горло у всякого заболевшего ребенка*, особенно же при лихорадочном состоянии. Строгое выполнение этого правила является самым главным условием для правильной диагностики болезней горла у детей. Во многих случаях, особенно у грудных детей, одного осмотра недостаточно, но нужно еще пощупать пальцем, которым всего скорее удается открыть существование заднеглоточного нарыва.

Воспаление горла во всех случаях выражается краснотой и набухлостью слизистой оболочки миндалин и мягкого неба, но иногда все дело этим только и ограничивается, тогда как в других случаях на красном фоне появляются беловатые или желтоватые островки или бляшки и сплошные налеты, и на этом основании можно различать простые, точечные и налетные жабы.

Болезни зева, выражающиеся краснотой слизистой оболочки миндалин и мягкого неба

Здесь относится прежде всего простая или катарральная жаба (*angina catarrhalis*). Болезнь эта является или первично, под влиянием простуды у детей совершенно здоровых, или вторично при обострениях хронического катарра зева, в особенности у золотушных детей с гипертрофированными тонзиллами, или при острых инфекционных болезнях, именно при гриппе, скарлатине и кори.

Самостоятельная катарральная жаба (*angina catarrhalis rheumatica*) встречается довольно редко, гораздо реже, например, чем различного рода точечные жабы. Болезнь эта характеризуется значительным лихорадочным состоянием (у старших детей — болью при глотании) и краснотой с набухлостью слизистой оболочки миндалин и мягкого неба. Через 2—3 дня все проходит. Если подобные явления повторяются у ребенка несколько раз в осень и зиму и если миндалевидные железы представляются увеличенными или есть другие признаки хронического катарра зева в виде расширения сосудов и припухлости железок на задней стенке глотки, слизистая оболочка которой бывает обыкновенно суха, то тогда имеем дело с обострением хронического катарра, и в таком случае лихорадочное состояние бывает ничтожным, а то так и совсем отсутствует.

Катарральная жаба, как спутник острой инфекционной болезни, отличается от первичной ангины сопутствующими симптомами: при гриппе обязательно бывает насморк, а нередко и кашель; при скарлатине уже в конце первых суток появляется характерная сыпь на коже, а при кори диагностика облегчается тем, что на первый день лихорадочного состояния слизистая оболочка зева остается еще нормальной, а на 2-й или на 3-й день появляется не разлитая краснота, как при *angina catarrhalis*, а пятнистая. Пятнышки величиной до чечевицы, более или менее в ограниченном числе, появляются на мягком и отчасти на твердом небе

среди нормальной, т. е. не покрасневшей слизистой оболочки, а разлитая инъекция является позднее, например, через сутки, и тогда отдельные пятнышки ступенькаются: в это время их легче заметить на других частях рта, в особенности на слизистой оболочке губ и щек. О диагностическом значении этой продормальной коревой сыпи см. болезни рта (стр. 73).

При скарлатине на первый день болезни краснота зева тоже бывает не разлитой, а мелкоочечной. Точки гораздо мельче, чем пятнышки при кори, и сидят очень тесно друг около друга, и иногда ясно видно, что они обусловлены петехиями. Если скарлатинозная сыпь мягкого неба не сопровождается точечными кровоизлияниями, то она очень скоро уступает место разлитой красноте, которая до некоторой степени характерна только потому, что в первое время занимает центр мягкого неба и ограничивается очень резкими краями (ландкартообразная краснота), тогда как при простой катаральной жабе больше поражаются миндалины, и краснота никогда не отграничивается резко от нормальной слизистой оболочки. Через день или два специфический характер скарлатинозной катаральной жабы исчезает, краснота делается разлитой и распространяется на миндалины и на заднюю стенку глотки.

Болезни зева, выражающиеся образованием на миндалинах беловато-желтоватых островков

Фолликулярная жаба (angina follicularis). Вследствие воспаления фолликулов, на покрасневшей поверхности миндалины появляется значительное количество желтоватых, круглых, величиной с булавочную головку, слегка возвышенных островков или угорьков. От всех других форм точечных жаб эта ангина отличается довольно легко по *равномерной величине и правильной форме островков*, придающих миндалинам вид «звездного неба», по меткому сравнению Stremeyer'a. *Высыпание угорьков никогда не заходит за границы миндалевидных желез*. Болезнь эта сразу начинается сильным жаром, а иногда и рвотой, и потому может навести врача на мысль о скарлатине, тем более, что angina scarlatinosa появляется иногда и в форме фолликулярной. Сомнение не может продолжаться долее суток, т. е. до времени высыпания скарлатины.

Лакунарная жаба (angina lacunaris) отличается от предыдущей формой и цветом островков. На покрасневшей миндалине замечаются совершенно *неправильной формы*, часто щеле-

образные фигуры, отличающиеся совершенно белым цветом. Здесь дело идет не об угорьках слизистой оболочки, т. е. не о припухших фолликулах, а просто о скоплении катаррального секрета (слизь, эпителий, грибки) в углублениях, которыми так богаты миндалевидные железы, в особенности гипертрофированные. Если пробки, выполняющие лакуны, чисто белого цвета, то диагностика легка, так как при других точечных ангинах островки отличаются желтоватым или сероватым цветом; если же лакуны выполняются слизисто-гнойным отделяемым и получают вид желтоватых островков, то болезнь может быть принята за точечный дифтерит. Этому последнему присущи два свойства, на основании которых диагностика может быть поставлена тотчас же или по крайней мере не далее как через сутки. Первое свойство дифтерита состоит в том, что экссудат при нем (где бы то ни было—в зеве ли, кишках и пр.—это все равно) первоначально занимает выпуклые места слизистой оболочки (при дизентерии, например, вершины складок), и потому при существовании углублений на миндалях дифтерит займет сначала не полость ямки, как *angina lacunaris*, а края ее. Чтобы рассмотреть подробнее локализацию островков, необходимо, конечно, чтобы больной умел показывать горло, что встречается в детском возрасте не особенно часто; в противном случае приходится отложить решение до другого дня и пользоваться вторым свойством дифтерита, именно его склонностью *распространяться по поверхности*. Если до завтра островки сделались больше, некоторые слились, образовав бляшки, то, вероятно, это не лакунарная ангина, а дифтерит.

Лакунарная жаба начинается и протекает при сильной лихорадке (до 40°) и отличается циклическим течением, кончаясь кризисом на 3-й, редко на 4-й день. Если же дифтерит начинается сильным жаром, то в первые дни он всегда прогрессирует, принимает пленчатую форму и без лечения сывороткой так скоро никогда не кончается. Abortивная форма дифтерита, остающегося до конца в виде точечной ангины, хотя и может кончиться выздоровлением в 3—4 дня, но в таком случае она остается в виде чисто местной болезни и протекает не только без жара, но и без красноты пораженной слизистой оболочки. Лакунарная жаба принадлежит к числу острых инфекционных болезней, на что указывает ее циклическое течение и появление ее в виде семейных эпидемий; последнее обстоятельство значительно облегчает распознавание, так как эпидемии дифтерита не могут появляться в виде типически протекающих легких ангин.

Афтозная жаба характеризуется образованием на слизистой оболочке мягкого неба и тонзилл небольших (с чечевицу), круглых, поверхностных, желтоватых *язвочек* с резко инъсцированными краями. Смешать эту форму жабы с дифтеритом или с другими точечными ангинами нелегко, так как язвочки никогда не локализируются на одних только миндалинах, но обязательно сопровождаются афтами и на *других частях слизистой оболочки рта*, в особенности на языке, губах и деснах. Афтозная ангина, как и афтозный стоматит, нередко сопровождается значительным жаром.

Точечный дифтерит отличается от других форм точечных жаб, как уже сказано, двумя свойствами: склонностью к распространению по поверхности и первоначальным появлением на выступах слизистой оболочки. Дифтерит, даже и пленчатый, нередко протекает почти с нормальной температурой, а точечная его форма почти исключается значительным жаром. Если дело идет о семейной эпидемии дифтерита, то диагностика облегчается тем, что рядом с abortивными точечными формами наблюдаются и типические случаи дифтерита.

Если через 2—3 недели у больного появляются дифтеритические параличи, то значит жаба у него была дифтеритическая; правда, Gubler давно уже описал несколько случаев типических для дифтерии параличей, развившихся после простых жаб, но описание его относится к временам добактериологическим. Более доказательны случаи Bourges'a, — дифтерийный паралич после стрептококковой жабы, и случай Fütterer'a; во всяком разе, если параличи и могут встретиться после недифтерийной жабы, то это такая редкость, с которой можно не считаться.

*Болезнь зева, сопровождающаяся образованием бляшек
или пленок*

В нормальной, не гипертрофированной миндалевидной железе всегда можно заметить в середине ее довольно большое углубление (лакуна) овальной формы, с длинным диаметром сверху вниз. При простой катарральной жабе или при паренхиматозной это углубление выполняется иногда до самого верха слизистой пробкой (как при *angina lacunaris* выполняются мелкие углубления), и тогда в центре припухшей и покрасневшей миндалины появляется белое пятно величиной примерно с боб. Пятно это сидит так крепко, что не может быть удалено кисточкой и поэтому, а также и по величине своей, симулирует дифтеритическую пленку

Эта разновидность лакунарной ангины часто сопровождается значительной припухлостью всей железы (*angina pagenchymatosa*) и нередко кончается нарывом. Начало болезни обозначается сильным жаром, обыкновенно со знобом, и у детей старшего возраста очень затрудненным глотанием.

В силу того, что белое пятно образуется на месте лакуны, оно представляет некоторые особенности, служащие для отличия его от дифтеритической бляшки: 1) оно всегда занимает *средину миндалены*; 2) всегда имеет овальную форму с продольным диаметром сверху вниз; 3) *края* его резко *ограничены*, а поверхность лежит на уровне слизистой оболочки, редко несколько выстоит над ней; 4) *цвет* его в начале *интенсивно-белый*; 5) величина пятен в течение нескольких дней остается стационарной. Напротив того, дифтеритическая бляшка—сероватого или желтоватого цвета, с неправильно очерченными контурами, с каждым днем увеличивается и распространяется не только на всю миндалину, но обыкновенно также на мягкое небо (на язычок) и на заднюю стенку.

Герпетическая жаба, или лишай глотки (*herpes tonsillarum, s. angina herpetica*), характеризуется появлением на миндалине группы тесно сидящих пузырьков, которые очень скоро лопаются и оставляют на своем месте ссадину, окруженную яркочерным фоном. Ссадина скоро покрывается фибринозной оболочкой, имитирующей дифтерит. Высыпанию пузырьков и образованию желтоватой бляшки предшествует двух-трехдневное лихорадочное состояние, большей частью очень сильное. Болезнь кончается выздоровлением в 3—4 дня. Если врач не застал периода пузырьков, то он легко может ошибиться, приняв серовато-желтую поверхность ссадины за дифтеритическую бляшку, на которую она похожа и по цвету, и по очертанию. По замечанию Cadet de Gassicourt herpes глотки служит самым обильным источником ошибок, которых при однократном осмотре больного не всегда можно избежать; впрочем, едва ли можно согласиться с тем, будто *angina herpetica* служит «обильным» источником ошибок; дело в том, что эта форма жабы, по крайней мере у нас в Москве, принадлежит к весьма большим редкостям.

Отличия от дифтерита состоят, помимо этиологического момента (*angina herpetica* от неизвестной причины или от явной простуды, *diphtheritis*—от заражения), в продолжительной и сильной *продромальной* лихорадке, в происхождении бляшки из группы пузырьков (если удалить экссудат с поверхности язвочки ватным

шариком, то удается видеть иной раз фестончатые края ссадины, как намек на пузырчатое происхождение ее), в передком сопутствии лишая глотки герпесом губ и в быстром выздоровлении.

Перепончатая, или ложнодифтеритическая, или дифтероидная жаба (*pseudo diphtheritis, s. angina diphtheroidea, s. angina fibrinosa simplex*). Мы употребляем это название в чисто клиническом смысле и понимаем под этим именем всякого рода воспаление слизистой оболочки, протекающее с образованием белых или беловато-желтоватых бляшек, похожих на дифтеритические, но не зависящих от заражения ядом дифтерии, т. е. такого рода жабы, при которых нельзя найти леффлеровские бактерии ни путем микроскопического исследования пленок (см. ниже), ни посредством разведения культур микроба на кровяной сыворотке. Что дифтеритические бляшки могут быть произведены не одним только бактерием Лöffler'a, но также и другими микробами, это в настоящее время не подлежит сомнению, но какие именно микробы обладают этим свойством, мы в точности еще не знаем. Известно только, что таких микробов несколько: таковы, например, стрептококк, мелкий кокк Briseu, стафилококк, pneumobac. Fränkel'я и др. На основании собственных наблюдений, произведенных за последние годы в клинических заразных бараках, мы пришли к убеждению, что всего чаще при ложнодифтеритических жабах встречаются стафилококк и цепоччатый кокк (*streptococcus*) и что, например, почти все случаи скарлатинозного дифтерита с бактериологической точки зрения могут быть названы стрептококковой жабой. Для нас несомненно, далее, и то, что стрептококковая ложнодифтеритическая жаба встречается иногда и без скарлатины, т. е. в виде самостоятельной болезни. Нельзя, конечно, отрицать возможности в подобных случаях скарлатины без сыпи, но иногда это предположение решительно опровергается тем, что больной, только что перенесший стрептококковую ложнодифтеритическую жабу, вслед за тем заражается и заболевает скарлатиной. Один такой случай встретился нам в бараках в декабре 1892 г. Klebs (*Real-Encyclop. Diphtheritis, S. 164*) наблюдал пелую семейную эпидемию ложного дифтерита, обусловленного крупным микробом из группы монадин, так что *заразительность отнюдь не может считаться доказательством против ложнодифтеритического характера жабы*. Доктор Boulluche (*Les angines à fausses membranes, Paris, 1894, p. 142—153*) описывает, кроме стрептококковой, еще три формы ложнодифтеритических жаб, именно: 1) ста-

филококковую, 2) пневмококковую и 3) кокковую. По его мнению, все эти жабы, не исключая и стрептококковой, п е з а р а з и т е л ь н ы и в громадном большинстве случаев (однако не всегда) отличаются коротким и безопасным течением. Раухфус (Отчет о 25-летней деятельности детской больницы Ольденбурга, 1894, стр. 334) находил в большинстве случаев дифтероидных жаб инволюционные формы леффлерского бацилла и считает эти жабы за abortивные случаи дифтерии, т. е. за дифтерит, развившийся у субъекта, почти невосприимчивого к яду этой болезни; по его наблюдениям, подобные больные не заражаются в среде дифтерийных больных и не заражают других (дифтеритом) в среде здоровых.

Так как в патологоанатомическом отношении ложный дифтерит ничем не отличается от настоящего (так называемой дифтерии), а этиология, составляющая главнейшее отличие этих жаб, часто остается невыясненной, то понятно, что распознавание ложного дифтерита в самом начале болезни представляет большие затруднения, а между тем своевременное выяснение вопроса о натуре болезни чрезвычайно важно как для прогностики, так и для лечения. Дело в том, что ложнодифтеритические жабы относятся к числу легких заболеваний [наши наблюдения вполне подтверждают в этом отношении наблюдения Roux и Yersin'a (см. «Врач», 1890, стр. 708), которые никогда не видали при ложном дифтерите смертельного исхода], а потому не требуют изоляции, столь необходимой при дифтерите настоящем. Быстрая и точная диагностика может быть сделана только посредством бактериологического исследования (см. ниже, стр. 101), а если последнее почему-либо неприменимо, то приходится довольствоваться более или менее вероятным предположением и ждать выяснения вопроса посредством дальнейшего течения. Многочисленные исследования различных авторов доказывают, что дифтероидные жабы встречаются далеко не редко. Из таблицы, приведенной в работе д-ра Полиектова (Труды Общества детских врачей в Москве за 1893—1894 гг., стр. 113), оказывается, что из 1 169 случаев, исследованных в различных клиниках, ложнодифтеритическая жаба (т. е. вызванная не леффлерским бациллом) встретилась 151 раз (15%); в нашей клинике из 100 случаев—26 раз, у Martin'a еще чаще, именно из 112 случаев—43 раза, т. е. в 38,4%. Само собой разумеется, что если к ложному дифтериту отнести все случаи жаб с белыми точками, которые клинически совсем не похожи на дифтерию, то процент случаев ложного дифтерита будет еще больше.

Во многих случаях ложнодифтеритические жабы до такой степени похожи на настоящую леффлиерскую дифтерию, что даже и самый опытный врач без бактериоскопического исследования не может высказаться определенно. Практическое указание на этом основании таково: если врач находится в такой обстановке, что не может произвести бактериоскопического исследования, то во всех сомнительных случаях он должен делать инъекции сыворотки и изолировать больного.

На основании клинических и этиологических данных можно с большей или меньшей вероятностью *исключить ложнодифтеритическую жабу* и признать дифтерию, если в данной семье уже есть другие случаи дифтерии, если болезнь протекает без лихорадки или с незначительным повышением температуры (но не наоборот, ибо высокая лихорадка не исключает дифтерии), пленки переходят за границы тонзилл, например, на мягкое небо, язычок, нос, гортань. Из ложнодифтеритических жаб только скарлатинозная жаба отличается большой склонностью распространяться далеко за пределы тонзилл, все же другие обыкновенно не идут ни на мягкое небо, ни на заднюю стенку, хотя исключения, конечно, встречаются. Альбуминурия нередко встречается и при ложнодифтеритических жабах, но последовательные параличи — только при дифтерии (случай Bourges'a см. выше).

Предположить ложный дифтерит можно в том случае, если в данной семье уже было несколько случаев как бы легкого дифтерита, если перепонки белого цвета и неплотно пристают к слизистой оболочке, если болезнь началась в виде сильной катарральной жабы, т. е. значительной лихорадкой при интенсивной красноте зева и очень болезненной глотании. Важно отметить, что при ложном дифтерите пленчатый экссудат почти никогда не распространяется за границы тонзилл, а потому присутствие бляшек на мягком небе, язычке и на задних дужках сильно говорит в пользу настоящего дифтерита (напомним еще раз, что скарлатинозный ложный дифтерит составляет исключение). Наконец, выяснению диагностики значительно способствует и результат инъекции сыворотки: если случай свежий (2—3 дня от начала болезни), то в случае бациллярной дифтерии заметное улучшение наступает через 12—24 часа после инъекции, а при ложном дифтерите сыворотка не оказывает никакого влияния на течение процесса.

Д и ф т е р и т з е в а. Руководствуясь патологоанатомическим критерием, дифтеритом зева можно бы назвать только такую ангину, при которой образуется настоящий дифтеритический экссудат, при котором происходит так называемый коагуляцион-

ный некроз слизистой оболочки; в периоде выздоровления омертвевшие части должны бы отделяться путем реакционного нагноения, и на месте дифтерита осталась бы язва, а по заживлении ее—рубец. Но с клинической точки зрения под именем дифтерита зева понимается нечто совсем другое, нечто такое, что не требует ни омертвления слизистой оболочки, ни образования язв, ни рубца, хотя все это и может иметь место. При диагностике дифтерита зева клиницисты руководствуются не анатомическими изменениями слизистой оболочки, а этиологическими моментами; *под именем дифтерита зева мы понимаем воспаление слизистой оболочки его, развившееся под влиянием яда дифтерии, палочки Löffler'a.* Будет ли при этом в зева крупозный экссудат или дифтеритический или воспаление abortируется на степени катарральной,—это безразлично; раз мы знаем, что в данном случае ангина произошла от заражения палочкой Löffler'a, мы назовем ее дифтеритической жабой, а для обозначения ее степени прибавим соответствующий эпитет. Таким образом, мы различаем катарральную форму дифтерита, крупозный дифтерит и гангренозный, или септический, дифтерит. Это различные степени проявления одного и того же процесса—дифтерии, принадлежащей к числу заразительных и эпидемических болезней.

Так как не один только бацилл Löffler'a способен вызывать крупозное или дифтеритическое воспаление слизистых оболочек, т. е. перепончатые экссудаты, но также и другие микробы, то понятно, что одно только присутствие перепончатой бляшки на той или другой слизистой оболочке еще не доказывает заражения данного субъекта ядом дифтерии. При тяжелом кровавом поносе, например, бывает дифтерит толстых кишок; но это не значит, что больной заразился ядом дифтерии; такую болезнь производит обыкновенно яд другой болезни, известной под именем dysenteria. И здесь так же, как и при дифтерите зева, встречаются всевозможные градации воспаления, и потому отличают, например, катарральную форму дизентерии, крупозную и дифтеритическую, словом—аналогия полная. То же самое по отношению к зеву мы имеем и при скарлатине, яд которой всегда вызывает воспаление слизистой оболочки зева; но степень этого воспаления в различных случаях колеблется в широких пределах—от простой катарральной жабы до степени настоящего дифтеритического некроза.

Итак, по степени развития местных и общих симптомов мы различаем точечную форму дифтерии, пленчатый дифтерит и септический.

Точечная форма или катарральный дифтерит характеризуется появлением на слизистой оболочке миндалин сероватых или желтоватых островков величины от булавочной головки и несколько больше; лихорадка невелика или совсем отсутствует, подчелюстные железы не припухают; болезнь может кончиться выздоровлением в 3—4 дня.

В патологоанатомическом смысле точечная форма не может быть названа не только дифтеритом, но даже и крупом, потому что никакого фибринозного экссудата тут нет, и дело идет лишь о легком катаре слизистой оболочки, при котором, вследствие острововидного отложения слизеподобного экссудата в верхних слоях эпителия, образуются желтовато-серые пятнышки (Heubner).

Если эта форма не развивается дальше, а abortируется на степени точек, то, конечно, ее легко принять за лакунарную или за какую-нибудь другую катарральную жабу. Об отличиях было сказано выше. Так как все катарральные жабы начинаются обыкновенно со значительного жара, и только один дифтерит составляет исключение, то нормальная или почти нормальная температура при точечной ангине дает право подозревать дифтерийную натуру данной жабы; а если притом в семье есть или были другие случаи ясно выраженной дифтерии, то диагностика делается более чем вероятной.

В действительности такие формы встречаются очень редко; обыкновенно же распознавание облегчается тем обстоятельством, что с каждым днем отдельные островки увеличиваются по поверхности и, сливаясь, образуют бляшки и пленки сначала на миндалинах только, а потом на мягком небе, и можно прямо сказать, что если пленки захватывают край небной занавески или язычок, то это наверное не катарральная жаба, а либо дифтерия, либо скарлатина; осмотр кожи немедленно решает, что именно.

Крупозная или пленчатая форма дифтерии образуется или из точечной, или является сразу таковой, и в таком случае, подобно катарральным жабам, дифтерия начинается нередко сильным жаром. При осмотре горла на первый день болезни можно заметить лишь явления сильной катарральной ангины: яркая краснота миндалин и мягкого неба и отечная припухлость этих частей (увеличение язычка); на второй день появляются бляшки на миндалинах, а на третий или четвертый день при продолжающейся лихорадке появляются дифтеритические бляшки и на мягком небе. В начальном периоде пленки сидят плотно и не могут быть

отделены без кровотечения, но через несколько дней они отходят сами собой.

Постоянным спутником подобных жаб бывает опухоль подчелюстных и шейных желез, которые, однако, почти никогда не переходят в нагноение (отличие от скарлатинозной жабы).

Отсутствие лихорадочного состояния и опухоли желез не исключает дифтерии.

Продолжительность крупозной формы дифтерии колеблется от 5—6 дней до 2—3 недель, редко дольше.

Каким бы легким ни казался дифтерит у данного больного, никогда нельзя быть покойным за благополучный исход ввиду возможности распространения процесса на гортань (круп). Безлихорадочное состояние не только не гарантирует от этой неприятности, но даже как будто располагает к ней. Чем больше прошло времени от начала болезни, тем меньше шансов на поражение гортани и, следовательно, тем лучше предсказание. Дифтерит всего больше показывает наклонность распространяться по поверхности в течение первых 5 дней, и потому, если благополучно прошла первая неделя, можно надеяться, что крупы не будет.

Чем моложе ребенок, т. е. чем меньше расстояние от миндалин до гортани, тем скорее можно ждать развития крупы; у детей до 2 лет дифтерит особенно опасен именно потому, что переход на гортань в этом возрасте является почти правилом.

Дифтерит может быть опасен и сам по себе, по влиянию его на общее состояние организма и на деятельность сердца. Дифтерит тем тяжелее, чем толще ложные оболочки, чем более они занимают места и чем сильнее вонь изо рта (в легких случаях ее совсем не бывает). Распространение дифтерита на заднюю стенку глотки и, в особенности, на слизистую оболочку носа справедливо считается очень дурным предзнаменованием; такое же значение имеет и значительное увеличение шейных желез, и отек окружающей их клетчатки. Всего меньше данных для предсказания дает лихорадка; по Боткину, высокие температуры при дифтерии допускают лучшее предсказание, чем низкие.

Септическая, злокачественная или токсическая форма дифтерии отличается от предыдущей как по характеру местных явлений, так и по общему состоянию организма. Значительно увеличенные миндалины покрыты грязносерым экссудатом, издающим вонючий запах; из носа вытекает серозно-гнойная, иногда кровавистая жидкость; шея значительно опухает и не столько от инфильтрации, сколько от отека клетчатки; упадок сил, похолодание конечностей, слабый пульс.

Подобные случаи почти всегда смертельны; если явления адинамии появляются с самого начала, то больной редко переживает первую неделю, а некоторые умирают в первые 2—3 дня.

О характеристике дифтеритических параличей будет сказано в главе о параличах.

Дифтерит в своей пленчатой или септической форме очень похож на *тяжелую скарлатинозную жабу*, которая тоже характеризуется образованием дифтеритических пленок в зеве. Разница здесь не столько клиническая, сколько этиологическая. Отличие дифтерии от злокачественной (дифтеритической) скарлатинозной жабы можно резюмировать таким образом: скарлатинозный дифтерит происходит от отравления организма ядом скарлатины (по некоторым, от вторичной инфекции цепотчатым кокком), а потому вместе с жабой появляется и скарлатинозная сыпь; а самостоятельный дифтерит происходит от заражения ядом дифтерии, который никакого отношения к коже не имеет и сыпи не вызывает. Итак, если при пленках в зеве есть известная сыпь на коже, то это скарлатинозная жаба или скарлатинозный дифтерит, а если сыпи нет, то—обыкновенный дифтерит или дифтерия. Но правило это, годное для громадного большинства случаев, допускает и исключения, и именно в двух направлениях: во-первых, встречаются случаи скарлатинозного дифтерита без сыпи (чаще у взрослых) и, во-вторых, больной может заразиться ядами двух болезней: скарлатины и дифтерии, и тогда может случиться, что у скарлатинозного больного разовьется настоящая бациллярная дифтерийная жаба.

О диагностике скарлатины без сыпи будет речь в главе о скарлатине, а что касается до дифтерии, осложняющей скарлатину, то по одному лишь наружному виду жабы точная диагностика невозможна—необходимо бактериоскопическое исследование.

Скарлатинозный дифтерит появляется у больного с первых дней заболевания, всего чаще на 3—5-й день, а потому если дифтеритическая жаба появляется прежде сыпи или, наоборот, позднее конца первой недели, то можно думать, что дифтерит у больного самостоятельный, и это тем вероятнее, чем позднее он появляется. Скарлатинозная жаба часто распространяется на хоаны, но почти никогда не поражает гортани, а потому если у скарлатинозного больного дифтерит появляется позже и распространяется на гортань, по почти наверное это самостоятельный дифтерит; диагностика становится несомненной, если в периоде выздоровления появляются характерные дифтеритические параличи.

Случаи осложнения скарлатины самостоятельным дифтеритом, т. е. дифтерией, встречаются в частной практике крайне редко, так что все случаи дифтеритической жабы при скарлатине можно считать за злокачественную скарлатинозную жабу (или за скарлатинозный дифтерит). Поступая таким образом, врач очень мало рискует ошибиться; но в дурно устроенных больницах, где все заразные больные лежат чуть не рядом, случаи двойственного заражения принадлежат к числу довольно обычных явлений.

Так как в настоящее время считается за доказанное, что во всех случаях настоящего дифтерита можно найти в пленках бацилла Klebs-Löffler'a, то в сомнительных случаях всякого рода пятнистых или пленчатых жаб для скорейшего выяснения диагностики необходимо прибегать к бактериоскопическому исследованию частиц перепонки, добытых из зева пинцетом. Тот, кто занимался вопросом о диагностике дифтерита посредством микроскопического исследования пленок или слизи, конечно, согласится с взглядом Roux и Yersin'a, что «нет ничего легче и скорее, как микроскопическое исследование ложной оболочки, и ничего проще, как выделение колоний на сыворотке». Они советуют поступать так: клочки перепонки осушивают о пропускную бумагу и натирают ими предметное стекло таким образом, чтобы на поверхности последнего получился слой из ложной перепонки, а не из слизи; затем предметное стекло высушивают, проводя через пламя, и окрашивают леффлерской синькой или генцианвиолетом по Граму¹. Окрашенный препарат промывают водой и во влажном состоянии исследуют помощью иммерсионной системы. Дифтерийные палочки слегка изогнуты, на концах набухли в виде гриппи или булавы, зернисты и неравномерно окрашены; впрочем, следует отметить, что эта набухлость концов и неравномерная окраска выступают нерезко и заметны далеко не на всех экземплярах палочек. В плен-

¹ Наблюдения наши в клинических заразных бараках показали нам, что бацилл Löffler'a нетрудно найти и без удаления кусочка пленки пинцетом; достаточно слегка поскоблить по поверхности пленки в зеве платиновой петлей и приставшую к ней слизь размазать на покрывательном стеклышке, высушить его и окрасить леффлерской синькой. Для приготовления этой краски мы берем насыщенный спиртовой раствор метиленаула, фильтруем его и смешиваем с водным раствором едкого кали (1 : 10 000), причем на 100 частей последнего берем 30 частей раствора краски. Высушенное покрывательное (покровное) стеклышко, смазанное слизью, опускается в краску минут на 10, потом оно слегка обмывается водой, обсушивается пропускной бумагой, помещается на объективное стекло с каплей канадского бальзама, и препарат готов.

ках при настоящем дифтерите такие палочки встречаются постоянно, хотя бы рядом с другими микробами. Для диагностики дифтерии важен не столько наружный вид отдельных палочек, сколько их группировка; для дифтерии характерно то, что палочки располагаются по препарату группами, образуя как бы «войлок». Микроскопическое исследование требует всего несколько минут и в большинстве случаев дает совершенно точные результаты. Если болезнь идет к выздоровлению, то дифтеритные палочки уменьшаются в числе, тогда как число загрязняющих микробов увеличивается—обстоятельство, имеющее значение для предсказания. В легких случаях уже с самого начала бывает мало дифтеритных палочек, но много других микробов. Когда палочек очень мало, то для проверки диагноза Roux и Yersin советуют прибегать к разводкам на кровяной сыворотке, в которую прибавляют, по совету Леффлера $\frac{1}{3}$ телячьего бульона, содержащего 1% сахара и пептона и 0,5% поваренной соли. Такая сыворотка составляет настолько благоприятную среду для развития дифтеритной палочки, что уже через 15 часов получают совершенно ясные колонии, тогда как большинство загрязняющих микробов в это время лишь едва начинает разрастаться; достаточно поскребти проволочным платиновым шпателем в двух-трех трубочках по поверхности свернутой сыворотки и поместить их в термостат при 35—37°. По большей части уже спустя 10—15 часов в них ясно видны дифтеритные колонии: кругловатые серовато-белые возвышенные пятна, центр которых менее прозрачен, чем периферия. Но так как подобные колонии могут быть произведены кокком, то для верности следует приготовить из них микроскопические препараты и окрасить их. *Посевы можно получить и из сухих перепонок*, для чего стоит только размочить их в чистой воде; сухие дифтеритные палочки сохраняются очень долго и могут даже выносить температуру в 96—97° Ц в течение часа (Врач, 1890 г., стр. 708).

Весьма редко случается, чтобы на простых препаратах или в культуре дифтеритный бацилл встретился в чистом виде, обыкновенно же вместе с ним живут и другие микробы, которых не следует оставлять без внимания, так как по ним можно судить о большей или меньшей злокачественности данного случая. Наблюдения показывают, что чисто бациллярные формы и жабы бациллярно-кокковые отличаются гораздо более легким течением, чем те ангины, при которых рядом с бациллами в большом количестве встречается стрептококк. Едва ли не все случаи так называемого токсического или септического дифте-

рита относятся именно к категории этих бациллярно-стрептококковых жаб.

Некоторые думают, что диагностическое значение бактериоскопического исследования ослабляется тем обстоятельством, что не только при различного рода жабах, но даже и в ротовой слизи вполне здоровых людей не особенно редко встречается так называемая *ложнодифтеритная палочка*, которая по своему виду и по своим колониям и способу развития на сыворотке совершенно тождественна с настоящей дифтеритной палочкой, от которой отличается только своей неядовитостью (т. е. что прививка чистых культур ее морским свинкам не заражает их). По этому поводу Roux и Yersin замечают, что как при недифтеритических жабах, так и у здоровых людей палочек всегда бывает мало; на сыворотке получаются 1—4 колонии или из нескольких трубочек только в одной. На этом основании они и утверждают, что распознавание дифтерита посредством посевов несколько не страдает от существования ложнодифтеритной палочки, ибо в случаях дифтерита получается много характерных колоний.

В последнее время Fraenkel указывает на метод двойной окраски по Neisser'у, как на верный способ распознавания истинных и ложных дифтеритных палочек (Berl. Woch., 97, № 50). Техника этого способа нетрудна, высушенный на покровном стекле мазок из испытуемой культуры погружают на 1—3 секунды в уксуснокислый раствор метиленовой синьки, а потом, промыв препарат водой, красят его в течение 3—5 секунд водным раствором Bismarkbraun. При этом истинные дифтеритные палочки принимают желтовато-бурую окраску и на концах имеют зернышки, окрашенные в фиолетово-синий цвет. Зернышек этих совершенно не видно в ложнодифтеритных палочках. Автор утверждает, что испытуемый микроорганизм, не обнаруживающий при двойной окраске по Neisser'у полярных тел, не может считаться истинной дифтеритной палочкой. Состав красок для метода Neisser'a следующий: 1) Methylenblau 1,0; Alcohol 96% 20,0; Aq. destill. 950,0; Ac. acetici glac. 50,0. DS. Уксуснокислая метиленовая синька. 2) Водный раствор Bismarkbraun 2 : 1 000.

Скарлатинозная жаба. Распространяться о диагностике этой жабы не приходится; достаточно сказать, что скарлатинозный яд обладает свойством вызывать воспаление зева; от степени злокачественности яда и от почвы, на которой он развивается (индивидуальная восприимчивость), зависит характер жабы, другими словами, — *интенсивность скарлатинозной жабы зависит от силы самой скарлатины*. В легких случаях (умерен-

ная лихорадка, бледнорозовая сыпь, хорошее общее состояние) встречаем простую катаральную жабу, в случаях средней силы— фолликулярную или лакунарную, в тяжелых—дифтеритическую во всевозможных степенях развития, но без бацилла Löffler'a. Все эти различные формы жабы мы признаем за скарлатинозные, раз они встречаются рядом со скарлатинозной сыпью на коже. Что касается до бактериоскопического исследования, то во всех случаях скарлатины, протекавших с дифтеритическим экссудатом, в зеве мы обязательно встречали цепотчатого кокка. Бывали, конечно, и в нашей клинике случаи, когда рядом с цепотчатым кокком мы находили при скарлатине и бацилла Löffler'a, но это были случаи скарлатины, осложненной дифтерией. Одна из таких больных происходила из семьи, в которой в данное время господствовали три контагия—скарлатины, дифтерии и варицеллы, так что из 4 детей этой семьи у одного была дифтерия, у одного—скарлатина и варицелла, у одного—скарлатина с дифтерией, а у последнего—и то, и другое, и третье. Trousseau различал две формы перепончатой скарлатинозной жабы, одну он называл *ранней* (*angine pseudo-membraneuse precoce*), другую—*поздней* (*tardive*). Первая является в периоде высыпания (2—4-й день); она часто сопровождается поражением носа и подчелюстных желез, но щадит гортань, она никому не передается в виде дифтерии; вторая является в периоде выздоровления (2—3-я неделя), нередко распространяется на гортань. Первая, по его воззрению, обуславливалась заражением ядом скарлатины, вторая—ядом дифтерии. Бактериоскопические исследования последнего времени вполне подтвердили справедливость его мнения, так как при равных скарлатинозных дифтеритических жабах встречается стрептококк вместе с другими микробами, а при поздних—бацилла Löffler'a.

Я з в е н н а я ж а б а. Под этим названием я понимаю язвенное разрушение слизистой оболочки миндалин, в основе которого лежит тот же самый процесс, что и при язвенном вонючем воспалении рта,—*stomacase*. В обоих случаях слизистая оболочка сильно набухает, получает синеватый оттенок и при прикосновении легко кровоточит; в скором времени пораженная слизистая оболочка подвергается поверхностному омертвлению и распадению, отчего образуется язва, покрытая довольно толстым, мягким желтовато-грязным слоем распада, издающего вонючий запах. Этот грязный налет на миндалинах и вонь изо рта при небольшом лихорадочном состоянии и припухлости подчелюстных желез обуславливают большое сходство данной формы жабы с дифтеритом.

В первом случае, встретившемся мне на консилиуме с доктором Шлоссбергом, диагностика облегчалась тем, что у девочки было сильно выраженное stomacase, да притом резкая набухлость и кровоточивость слизистой оболочки, и самый вид налета, представлявшего, так сказать, особую рыхлость и сочность, говорил против дифтерита. Так как в то время ни я, ни он не слышали о существовании подобной жабы, то диагностика наша была высказана только в виде предположения и подтвердилась успешным действием бертолетовой соли. Второй случай язвенной жабы встретился нам в клинике у девочки 12 лет, поступившей на 3-й день болезни, начавшейся сильным жаром и болью при глотании. В день поступления в клинику были констатированы следующие явления: сильная вонь изо рта, очень характерная для stomacase, хотя десны не поражены; обе миндалины, особенно левая, до такой степени увеличены, что uvula оказался сдавленным ими, заднюю стенку глотки видеть нельзя; обе миндалины, а отчасти и небная занавеска были покрыты серовато-желтым, весьма рыхлым и толстым экссудатом; под углом нижней челюсти значительная опухоль весьма плотной консистенции вследствие periadenitis; голос с носовым оттенком, лихорадочное состояние до 39°. В экссудате при бактериоскопическом исследовании найдено множество различных кокков, но леффлерского бацилла между ними не оказалось.

Хотя десны в этом случае и не были поражены, но мы все-таки считали себя вправе исключить дифтерит и признать язвенную жабу, и именно на основании характерной вони, вида экссудата и плотной опухоли под углом нижней челюсти (при дифтерите опухоль клетчатки бывает обыкновенно отечного характера). Лечение, состоявшее в назначении бертолетовой соли внутрь и снаружи (то и другое в 2% растворе), вполне подтвердило диагностику, так как вонь уже на следующий день значительно уменьшилась, а вслед за тем с каждым днем уменьшались и местные явления в зеве, и через неделю больная выздоровела совсем.

Краткое описание этой жабы можно найти во II томе Traité clin. et prat. des maladies des enf., Barthez et Sanné, p. 226. По их наблюдениям оказывается, что angine ulceromembraneuse, как они называют ее, не всегда сопровождается stomacase, и в таком случае диагностика будет труднее; она основывается на виде пораженных мест, на этиологии (те же причины, что и для stomacase) и на блистательном действии kali chlorici. Особенно характерна для этой болезни своеобразная вонь изо рта, как при stomacase. Вонь

эта совершенно иного характера, чем вошь при гангрене рта или при дифтерите.

Подробно описал язвенную жабу проф. Симаковский в газете «Врач», 1890, № 1—7. Он наблюдал эту болезнь в виде небольшой эпидемии рядом со случаями язвенного поражения слизистой оболочки рта, и называет ее *pharyngitis ulcerosa*. Ему не раз приходилось видеть поражение и задней стенки зева и миндалин, и притом в некоторых случаях слизистая оболочка рта и десны оставались нормальными. Описываемое язвенное поражение зева сопровождалось лишь очень слабыми общими явлениями, при незначительной лихорадке или вовсе без повышения температуры, и держалось 7—10 дней и более; иногда поражалась только одна миндалина. При отсутствии поражения десен сходство с дифтеритом усиливалось еще тем, что в моче появлялся белок; впрочем, из 8 случаев, приведенных проф. Симаковским, изъязвление десен не отсутствовало ни разу.

Д-р Невежин (Груды Общества детских врачей в Москве, 1894, стр. 86—92), на основании собственных 8 случаев и 28 случаев из литературы, резюмирует симптоматику язвенной жабы в следующих положениях:

1) запах специфический, как при *stomatase*, отличный от такового же при дифтерите и скарлатинозной жабе;

2) вид налетов—как бы сальные, серо-желтые, рыхлые, мало похожие на плотный дифтеритический налет или какой-либо фибринозный выпот;

3) сочувственное участие слизистой оболочки полости рта (хотя бы и в виде весьма легкого катарра), видимое раздражение отсюда слюнных желез и всегда сопутствующая саливация;

4) присутствие характерных язв;

5) весьма характерная плотность и увеличение подчелюстных желез без одновременного отека подкожной клетчатки, патогномичного (при таких обширных налетах в зеве) для дифтерита, в зависимости от периаденита;

6) общее состояние больных, сохранение физических сил, хороший пульс наряду с апатией, обширными налетами в зеве и часто повышенной температурой;

7) развитие болезни при тех же условиях некоторого истощения организма и внешних гигиенических, что и при *stomatase* (Barthéz и Sanné). Все наши больные жили в дурных условиях;

8) блестящее действие *kali chlorici*, которое здесь, повидимому, то же, что и хины при малярии;

9) и, наконец, как одно еще резкое отличие от дифтерии — отсутствие параличей в периоде выздоровления.

При бактериоскопическом исследовании экссудата (окраска синькой Löffler'a) как при язвенной жабе, так и при stomacae всегда встречаются веретенообразные палочки с заостренными концами и спириллы. Если руководствоваться при диагностике язвенной жабы этим признаком, то можно сказать, что свежие и легкие случаи *anginae ulcerosae* не сопровождаются ни вонью изо рта, ни припуханием подчелюстных желез; без бактериологического исследования такие легкие формы не могут быть отличимы от легкой лакунарной жабы.

Замечу кстати, что у нас принято за правило начинать лечение всякого «вонючего» дифтерита с внутренних приемов *kali chlorici*.

Сифилитическая жаба бывает двух родов: кондиломатозная и язвенная. *Angina syphilitica condylomatosa*, s. *condylomata faucium*, как выражение наследственного сифилиса, встречается преимущественно у маленьких детей 2—5 лет, тогда как *angina syphilitica ulcerosa*, s. *ulcera syphilitica faucium* является обыкновенно симптомом позднего периода сифилиса и потому встречается обыкновенно у детей старшего возраста, лет после семи; любимым местом кондилом бывает внутренняя поверхность щеки, начиная от углов рта, и мягкое небо; реже поражаются миндалины и язык. Кондиломы имеют вид белых с розоватым оттенком бляшек, заметно возвышающихся над соседней слизистой оболочкой. При прикосновении они не кровоточат и не болезненны; реактивной, воспалительной красноты вокруг них не заметно. Так как кондиломы происходят вследствие разрастания сосочков кожи или слизистой оболочки, то их всегда можно узнать по сосочковому строению, проявляющемуся на их поверхности в виде очень мелких, точечных, беловатых возвышений, сидящих так тесно, что они придают кондиломе нежный мозаичный вид. Развитие кондилом идет медленно, в течение недель, но так как оно не сопровождается болью, то нередко остается незамеченным, пока не открывается случайно. Редко случается, чтобы кондиломы рта и зева составляли единственное проявление сифилиса, обыкновенно одновременно существуют кондиломы и на коже, и всего чаще именно *sigsa anum*, что значительно облегчает диагностику.

Так как кондилома всегда выстоит над поверхностью окружающей слизистой оболочки, то смешать ее с какой-нибудь язвой невозможно, скорее уж похожа она на дифтеритическую бляшку, за каковую и принимается иногда, если занимает только мягкое

небо и миндалины, при отсутствии анамнеза и других объективных симптомов сифилиса. В подобных случаях следует обратить внимание на цвет бляшки (кондилома—беловато-розоватого, дифтеритическая бляшка—желтовато-серого) и на сосочковое строение ее.

Angina syphilitica ulcerosa характеризуется появлением на слизистой оболочке язв различной величины и формы, обыкновенно с резко обрезанными краями и с грязножелтым дном. Они занимают или мягкое небо, причем нередко ведут к прободению его, или миндалины и заднюю стенку; нередко рядом с язвами замечаются старые рубцы от прежде бывших язв. Течение болезни очень длительное, субъективных жалоб бывает мало. Язвы зева происходят обыкновенно из распавшихся гumm, они соответствуют, следовательно, позднему периоду сифилиса, а потому из сопутствующих симптомов всего чаще встречаются в подобных случаях поражения костей; больные жалуются обыкновенно на боли в голених (боли усиливаются по ночам), при исследовании которых нетрудно заметить болезненные периоститы на передней поверхности кости.

Туберкулезный и люповозный язвенные процессы, с которыми по их хроническому течению мог бы быть смешан сифилис глотки, в детском возрасте встречаются в высшей степени редко; из этих двух хронических язвенных процессов для детского возраста сравнительно больше значения имеет *lupus*. Картина разрушения при нем весьма напоминает сифилис. Диагностика основывается на: 1) сопутствующих явлениях (*lupus* носа), 2) на анамнезе (нет указаний на сифилис) и 3) на результате лечения иодом (*lupus* не поддается ему, между тем как сифилитические язвы подживают быстро).

СЕМИОТИКА ЗАТРУДНЕННОГО ГЛОТАНИЯ—DYSPHAGIA

Если мать обращается к доктору с жалобой на то, что ребенок ее не может глотать пищу, то это еще не значит, что существует какое-нибудь препятствие для прохода пищи изо рта в желудок; иногда ребенок выбрасывает пищу изо рта, даже и не сделав попытки проглотить ее, что случается именно в некоторых случаях распространенного афтозного стоматита; многочисленные язвочки, занимающие язык и другие части рта, могут причинять ребенку такую боль при жевании, что он или совсем отказывается от твердой пищи, или берет ее в рот, но скоро выкидывает; он не переносит также ничего горячего, соленого и сладкого, но удобно глотать

тает прохладное молоко, и в этом состоит особенность этой формы ложной дисфагии, истинная причина которой легко выясняется осмотром рта.

В других случаях невозможность глотания действительно существует и зависит она или от болезней зева и глотки, или от сужения пищевода; к первой категории относятся почти все острые и подострые случаи дисфагии, ко второй—хронические.

Замечательно, что различные формы катарральных и фолликулярных ангин у детей протекают в этом отношении совсем незаметно и потому часто просматриваются. То же самое можно сказать про многие случаи дифтерита и скарлатинозных жаб. Напротив, затрудненное глотание встречается при флегмонозных жабах, кончающихся образованием нарыва в той или другой миндалевидной железе, а также при заднеглоточных абсцессах и в тяжелых случаях дифтеритных и скарлатинозных жаб. Диагностика всех этих процессов нетрудна при помощи простого осмотра или ошупывания пальцем в случае нарыва. Чрезвычайную болезненность при глотании как мягкой, так и жидкой пищи, болезненность, ведущую иногда к полному отказу от пищи, приходится наблюдать нередко вследствие образования ссадин на миндалинах после отделения дифтеритных пленок.

Затрудненное глотание, сопровождающееся поперхиванием от попадания пищи или питья в гортань и выбрасыванием проглатываемой жидкости через нос, зависит от паралича небной занавески, как последствия недавно перенесенного дифтерита. При осмотре зева слизистая оболочка оказывается нормальной, но небная занавеска остается неподвижной как при глубоком вздохе и фонации, так и при дотрагивании до нее кисточкой. У грудных детей выливание молока через нос может встретиться и без паралича небной занавески, именно при раздвоении твердого и мягкого неба.

Из острых болезней пищевода, ведущих к невозможности глотания в детском возрасте, встречаются *oesophagitis corrosiva* (узнается из анамнеза и по присутствию ожогов рта и зева), *soor пищевода*, исключительно свойственный детям первых дней и недель жизни при запущенной молочнице, и *спазм пищевода*, у более взрослых детей. Правда, в руководствах по детским болезням мы не нашли указаний на то, что, помимо бешенства, сужение пищевода вследствие спазма его мышц может быть причиной полной невозможности глотания, но тем не менее причина эта все-таки иногда встречается, как, например, это было в случае, продемонстрированном мной студентам в ноябре 1889 г.

Девочка семи лет, прежде всегда здоровая, но худощавая и бледненькая, была приведена в амбулаторию по случаю того, что ничего не может проглотить. Болезнь началась дней 10 тому назад с того, что иногда комки твердой пищи останавливались в пищеводе и вскоре выходили обратно в рот; в последние дни даже и жидкость проходила с трудом, производя особого рода урчание; временами непроходимость была настолько велика, что девочка не могла проглотить даже и чайной ложечки молока. При исследовании зондом, препятствия в пищеводе не было найдено, так как инструмент, снабженный губкой величиной с лесной орех, прошел совершенно свободно, и больная могла выпить после зондирования несколько глотков воды. Больной назначен был бромистый натрий. Она пришла еще раз через неделю, и оказалось, что с тех пор затрудненного глотания более не замечалось. В пользу спастического сужения говорило в данном случае быстрое развитие и внезапное исчезание непроходимости пищевода и временный характер его. Подобные чисто нервные сужения пищевода иногда выдают свою истинную натуру или тем, что твердая пища проходит легче, чем жидкая, или чрезвычайной изменчивостью степени стеноза. Спастическое сужение пищевода, как и другие неврозы, встречается главным образом у детей невропатических семей.

Невозможность глотания вследствие непроходимости или сужения пищевода характеризуется тем, что пища или питье, хотя и проглатываются больным, т. е. скрываются в пищеводе, но не доходят до желудка и тотчас же выходят обратно в неизменном виде; что пища не из желудка, ясно из того, что в выкинутых массах нет ни соляной кислоты, ни желчи. При помощи зонда можно определить не только место сужения, но и степень его. Самой частой причиной сужений пищевода у детей бывает ожог его при печальных отравлениях едкими веществами, особенно серной кислотой, которая употребляется обыкновенно при вставлении зимних рам, и едким щелоком, применяющимся при стирке белья. Причина болезни выясняется из анамнеза; сужение появляется в периоде рубцевания изъязвленной слизистой оболочки и постепенно прогрессирует в течение нескольких месяцев. Очень редко рубцовые сужения развиваются у детей от других причин, каковы, например, сифилитические язвы, раны от проглатывания инородных тел, оспенные пустулы. Сравнительно чаще, но все-таки тоже редко, стеноз пищевода у детей происходит от сдавления его опухолями переднего или заднего средостения, например, творожисто-перерожденными железами, натечным нарывом при костоеде позвонков и пр.

В других случаях сужение пищевода бывает врожденным пороком развития. В подобных случаях дело идет или об образовании дивертикула, или об ограниченном сужении пищевода. В первом случае зонд иногда проходит свободно в желудок, а иногда вдруг упирается в слепой мешок и не идет дальше. Комки пищи, попадая в дивертикул, могут оставаться в нем довольно долго и потом извергаются наружу в загнившем виде.

При врожденной узости пищевода зонд не всегда открывает сужение в определенном месте (оно постоянно переходит в нормальное), но родители замечают, что ребенок очень часто давится, как только начинает есть; им кажется, будто он глотает пищу недостаточно разжеванной. При полной врожденной непроходимости пищевода новорожденные дети очень скоро (в 3—4 дня умирают с голода, постоянно выбрасывая молоко, которое глотают с жадностью.

СЕМИОТИКА РВОТЫ

Рвота является у детей значительно чаще, чем у взрослых, и наступает тем легче, чем моложе ребенок. В первые месяцы жизни она нередко является у вполне здоровых детей вследствие перекармливания и носит название *привычной рвоты* или *срыгивания*. От настоящей рвоты срыгивание отличается внезапным своим появлением у ребенка, совершенно здорового и веселого, без всяких предвестников, которые указывали бы на тошноту, без искажения черт лица и без всякого усилия, т. е. без заметного участия брюшного пресса. Срыгнувши, ребенок остается таким же веселым, каким был; особенно легко появляется срыгивание у ребенка, только что сосавшего, если его неосторожно берут на руки (сдавливают животик) или качают. Напротив того, настоящей рвоте предшествует обыкновенно тошнота, проявляющаяся у грудного ребенка побледнением лица и общим беспокойством, малым, частым пульсом, похолоданием конечностей; сама рвота совершается при участии брюшного пресса, почему содержимое желудка вылетает с большой силой, и большой издает в конце акта рвоты особый звук, производящий впечатление, будто он давится. Свойство молока, извергаемого при срыгивании, не имеет особого значения для отличия его от рвоты, так как и в том, и в другом случае оно может быть то совсем свежим, то свернувшимся, что зависит от времени, протекшего со времени кормления: если срыгивание совершается тотчас после кормления, то извергаемое молоко оказывается жидким; если спустя некоторое время, напри-

мер, минут через 20, то—свернувшимся. В том случае, однако, если молоко извергается несвернувшимся, несмотря на достаточный промежуток времени после сосания, это указывает на недостаток кислоты (или lab-фермента) в желудочном соке, и такая рвота уже не может считаться за простое срыгивание, а должна быть принята за явление патологическое; то же самое надо сказать и по поводу значительной примеси слизи к извергнутому молоку, или если содержимое рвоты совсем свободно от молока, а состоит из небольшого количества жидкости с примесью желчи (рвота при пустом желудке не может быть срыгиванием). Совершенно особое значение получает рвота в том случае, если в содержимом желудка оказывается значительная примесь крови.

Кр о в а в а я р в о т а у детей встречается очень редко, так как обычные причины для такой рвоты, именно круглая язва желудка или рак его и хронические болезни печени, детскому возрасту несвойственны. Правда, в литературе описано несколько случаев язв желудка и двенадцатиперстной кишки, но почти все они относятся к детям первых недель жизни. Под влиянием этой причины у новорожденных действительно появляется иногда кровавая рвота и кровь в испражнениях, причем потеря крови большей частью бывает настолько обильна, что больные умирают в несколько дней при явлениях острого малокровия. Болезнь эта описывается в руководствах под именем *melaena neonatorum*; случаи выздоровления от этой болезни редки.

Гораздо чаще, чем язвы желудка, причиной кишечных и желудочных кровотечений у новорожденных является общее расстройство питания, выражающееся при жизни упадком сил и склонностью к кровотечениям из слизистых оболочек вообще и в кожу, а в трупе—кровоизлияниями в серозные полости и в паренхиматозные органы. Сущность болезни, названной *Grandidier временной кровоточивостью* новорожденных, до сих пор еще с точностью не определена. Сюда относятся случаи септицемии и так называемого острого жирового перерождения новорожденных Buhl'я и некоторые случаи врожденного сифилиса, *syphilis haemorrhagica neonatorum*. Кровавая рвота как симптом временной гемофилии отличается от *melaena neonatorum* тем, что в первом случае кровотечения появляются не только из желудочно-кишечного канала, но и из *различных* органов, и одного этого обстоятельства достаточно для диагностики временной гемофилии. По частоте появления кровотечения стоят приблизительно в таком порядке: пупочные, желудочно-кишечные, из половых органов, изо рта и носа, из соединительной оболочки глаз, из ушей, из кожи, почек. Кровь

никогда не бьет струей (артериальные пупочные кровотечения сюда не относятся, а составляют местную болезнь), а сочится по каплям из неповрежденной слизистой оболочки. Кровотечения всего чаще являются от 5-го до 12-го дня жизни и довольно быстро (3—5 дней) ведут к смертельному исходу; выздоровление возможно, но оно случается редко.

У детей более взрослых кровавая рвота обыкновенно является тоже симптомом временной кровоточивости, но только значение этого состояния совсем иное, чем у новорожденных, а именно: желудочные кровотечения встречаются у детей старшего возраста, всего чаще при *геморрагической пурпуре*, *s. morbus maculosus Werlhofii* (см. пурпuru) и реже в продромальном периоде геморрагической оспы (см. там же). При диагностике кровавой рвоты следует иметь в виду, что, кроме настоящей кровавой рвоты, встречается еще и *ложная кровавая рвота*. Эта последняя есть не что иное, как рвота проглоченной кровью, тогда как при настоящей кровавой рвоте кровотечение имеет место из слизистой оболочки самого желудка.

Ложная кровавая рвота у грудных детей появляется при трещинах сосков у кормящей, когда ребенок вместе с молоком высасывает и кровь (очень редкая причина!), или при кровотечении из слизистой оболочки рта, например, после подрезывания уздечки языка или операции заячьей губы; по Rilliet и Bartz, от проглатывания крови во время акта родов и пр. Во всех подобных случаях диагностика ложной кровавой рвоты основывается, во-первых, на открытии источника кровотечения; во-вторых, на незначительном количестве крови в испражнениях и, в-третьих, на состоянии общего питания, которое при незначительной потере крови почти вовсе не страдает, между тем как при настоящей кровавой рвоте ребенок всегда очень слаб и бледен.

У детей постарше самой частой причиной ложной кровавой рвоты бывает носовое кровотечение, особенно когда оно совершается при положении больного на спине. Так как при носовых кровотечениях часть крови всегда выходит наружу, то уже по этому одному симптому можно легко поставить диагностику. К ложной кровавой рвоте относятся также случаи рвоты, когда кровь примешивается к извергнутым массам в виде полосок или небольших капелек, происходящих обыкновенно из зева вследствие застоя крови во время акта рвоты. Подобная примесь крови указывает, следовательно, только на то, что рвота сопровождалась большим напряжением брюшного пресса. В некоторых случаях кровавую рвоту симулируют вещества, не имеющие с кровью

ничего общего, кроме цвета, например, красное вино, вышито больным незадолго до рвоты, лекарство, содержащее кошениль, и т. п. На все эти возможности следует обращать внимание в анамнезе, прежде чем диагностировать настоящую кровавую рвоту. В случае сомнения прибегают к микроскопическому исследованию на кровяные шарики, а если последние оказываются настолько измененными под влиянием желудочного сока, что и микроскоп не решает дела, то остается произвести химическое исследование посредством известной Heller'ской пробы, рекомендуемой при гематурии и основанной на том, что при подогревании щелочной жидкости, содержащей кровь и фосфаты, последние, осаждаясь, увлекают с собой кровяной пигмент и окрашиваются при этом в крованокрасный цвет. В данном случае поступают таким образом: содержимое рвоты смешивают со слабым раствором едкого натра, фильтруют и, смешав с равным количеством мочи (т. е. с жидкостью, содержащей фосфаты), подогревают. Что касается до сходства кровавой рвоты с кровохарканием, то это обстоятельство не имеет большого значения в детском возрасте и именно ввиду того, что легочное кровотечение у детей почти не встречается. Заметим, впрочем, что кровь, побывавшая в желудке, отличается от легочной крови более темным цветом и кислой реакцией.

Болезни, при которых появляется обыкновенная рвота, могут быть разделены на две группы, смотря по тому, начинаются ли они сильной лихорадкой или протекают при нормальной или почти нормальной температуре. Диагностическое значение *рвоты при остро-лихорадочных болезнях* различно, смотря по возрасту больного. У маленьких детей, лет 2—3, однократная рвота при быстром и значительном повышении температуры не имеет особого значения для диагностики, так как в этом возрасте рвота нередко появляется в любой из лихорадочных болезней, от какой бы причины ни повысилась температура градусов до 39,5—40. Другое дело—рвота у детей более взрослых, у которых она появляется только в начале немногих болезней, к числу которых из сыпных процессов принадлежат скарлатина, оспа и рожа, а из болезней местных—воспаление мозговых оболочек и брюшины. Об этих-то болезнях и следует прежде всего подумывать, когда имеешь дело с ребенком старше 3 лет от роду, заболевшим сильным жаром и рвотой. В начале других лихорадочных болезней рвота встречается почти исключительно только при нецелесообразной диете, а потому для диагностики вышеприведенных болезней рвота может иметь особое значение

лишь в том случае, если она появляется при пустом желудке, т. е. если больного рвет слизистой жидкостью с примесью желчи и если притом можно исключить влияние различных медикаментов, из числа которых большую роль в произведении рвоты играют, между прочим, новейшие *antipyretica*, каковы, например, антипирин, салициловые препараты и др. В интересах диагностики, и ввиду бесполезности всех этих жаропонижающих средств в смысле влияния их на самый болезненный процесс (в кратковременном понижении температуры польза невелика), нельзя не пожелать, чтобы врачи не слишком спешили с назначением лекарств.

Рвота без лихорадочного состояния или с незначительным повышением температуры встречается также при разнообразнейших болезнях. Для правильной оценки рвоты прежде всего следует справиться о том, появляется ли она после кашля или без него.

Рвота после кашля всего чаще встречается: 1) при *коклюше*, но не исключительно при нем, а также 2) при *сухом фарингите*, когда слизистая оболочка находится в состоянии такой гиперестезии, что уже нескольких кашлевых толчков достаточно для вызывания рвоты рефлекторным путем с зева; 3) при хронической гиперплазии и *творожистом перерождении бронхиальных желез*; 4) при простудном *бронхите*, если он развивается у ребенка, только что перенесшего коклюш, наконец, 5) при удушливом кашле, встречающемся иногда при *бронхоэктазиях* с обильной, но трудно удаляемой мокротой, и 6) при гнойном плеврите, вскрывшемся через бронхи.

Вообще говоря, диагностика этих случаев нетрудна. Два последних процесса определяются путем физикального исследования (см. соответствующие главы), а остальные хотя и могут протекать при отрицательных данных в смысле перкуссии и аускультации, но отличаются между собой течением и самым характером кашля (см. о коклюше). Рвота, наступающая в конце пароксизма кашля, имеет особенно важное значение для диагностики коклюша у грудных детей, у которых он протекает нередко без характерного свиста, но со рвотой, а между тем другого рода кашель, который мог бы вызвать рвоту, в этом возрасте почти никогда не встречается.

Безлихорадочная рвота, не зависящая от кашля, происходит или от раздражения слизистой оболочки желудка, или рефлекторно при страдании других органов, или от общей интоксикации организма (отравление крови). *Желудочная рвота*, зависящая от введения в желудок раздражающих его веществ, будет ли то неудобоваримая пища, или просто рвотные средства, ха-

рактируется тем, что она не сопровождается никакими другими симптомами и не ведет ни к каким дурным последствиям; после такой рвоты ребенок остается совершенно здоровым и даже не теряет аппетита. В других случаях желудочная рвота является лишь одним из симптомов страдания желудка, каковы диспепсия или катарр (см. соответствующую главу).

Рвота, как выражение невроза (гиперестезия) желудка, встречается иногда просто вследствие общей нервозности и хлороза, как это было, например, в следующем случае:

Девочка 11 лет, прежде всегда здоровая, поступила в больницу по поводу ежедневной рвоты, продолжавшейся без перерыва в течение двух последних месяцев; рвоты никогда не бывает у нее натошак, а всегда после пищи, жидкой или твердой, все равно; до рвоты больная в течение целого месяца страдала икотой. За последние два месяца больная, по словам родителей, испражнялась не более 4 раз. При поступлении в больницу больная была отнюдь не истощена, но только несколько бледна и слаба; теперь она может пройти пешком с версту, но до начала болезни она была значительно полнее и сильнее. *Язык чист*, аппетит недурен, жажда нормальна, *подложечка не вадута и не болезненна при давлении*, живот заметно вздут, но не болезнен ни сам по себе, ни при давлении, никакой опухоли в нем не прощупывается; на низ не было будто бы дней 10; лихорадки и кашля нет, сон хорош, глист не было; температура 37°, пульс 88, правильный; моча без белка. На первый день пребывания в больнице вырвало два раза—утром после нескольких ложек супу и вечером после чая; самый акт рвоты совершается чрезвычайно легко, без всякого напряжения. После ужина (несколько ложек кашицы) рвоты не было. 2-й день—опять двукратная рвота; 3-й день—рвоты не было, прослабило очень густо само собой. Потом до 10-го дня было еще одно испражнение; рвота повторялась не ежедневно. Назначено Tr. chin. comp. 15,0, Liq. arsen. Fowl. gtt. XX. DS. Перед обедом и ужином по 25 капель. Через день после этого рвота и запор исчезли и не возвращались даже и тогда, когда через неделю мышьяк был отменен; еще через неделю выписана из больницы здоровой. Спустя несколько месяцев больная опять поступила к нам по поводу рвоты, на этот раз мышьяк уже не помог. Больная скоро была взята родителями и дальнейшая ее судьба нам не известна.

Вопрос о том, не имели ли мы в данном случае дело *со рвотой от симуляции*, остался невыясненным. Легкость, с которой наступала рвота после самых небольших количеств пищи, позволяла предполагать, что больная выкидывала пищу, не проглотив ее, но наблюдение не подтвердило этого.

Рвоту от гиперестезии желудка (vomitus nervosus) Неносч наблюдал преимущественно у нервных детей, в особенности по утрам после торопливой еды; в двух случаях (мальчик 7 лет и девочка 8 лет) рвота появлялась и днем, но не иначе, как после какого-нибудь нервного возбуждения. Такая рвота с перерывами в несколько дней продолжалась целые месяцы без дальнейших

последствий и потом окончательно прекращалась или самопроизвольно, или под влиянием укрепляющего лечения.

Диагноз нервного происхождения рвоты основывается, главным образом, на возможности исключить болезни желудка и других органов, от которых, как выше сказано, может зависеть рвота; часто нервная рвота характеризуется упорностью и легкостью появления, часто без тошноты, и тем, что продолжительность ее стоит в контакте с порядочным аппетитом и относительно хорошим общим состоянием питания. Это справедливо, по крайней мере, для детского возраста: мы видели несколько случаев нервной рвоты как у мальчиков, так и у девочек, страдавших рвотой ежедневно по нескольку месяцев подряд, и тем не менее не особенно худевших, но для взрослых этот симптом, повидимому, опаснее, так как некоторые женщины под влиянием постоянной рвоты доходят иногда до самых опасных степеней истощения.

Рефлекторная рвота всего чаще вызывается раздражением кишок или брюшины, или мозга. Рвотой может сопровождаться всякая *сильная боль живота*, будет ли она нервного происхождения (колика) или воспалительного; далее, всякий упорный *запор*, особенно вследствие непроходимости кишок, когда неукротимая рвота получает, наконец, характер каловой рвоты (если не по виду, то по крайней мере по запаху); рвота вызывается иногда кишечными глистами. Последнюю причину можно подозревать в том случае, если больной жалуется на тошноту, преимущественно натощак, а прием пищи не только не вызывает рвоты, но даже предотвращает ее, уничтожая тошноту. Диагностика глист получает полную достоверность в том случае, если микроскопическое исследование испражнений открывает в них присутствие яиц, по характеру которых можно с точностью определить вид паразита. Кроме этого средства выяснить диагностику глист, есть только еще один симптом для безошибочного распознавания, именно выход глист или их члеников с испражнениями.

Мозговая рвота сопровождается как острые, так и хронические болезни головного мозга и его оболочек. Многие авторы придают особенное значение характеру рвоты; желудочная рвота, говорят они, отличается от мозговой тем, что первой предшествует тошнота, наступающая вскоре после принятия пищи, тогда как мозговая рвота появляется без тошноты, вдруг, как будто больной выбрасывает содержимое рта, а не желудка; далее, мозговой рвоте приписывается еще и та особенность, что она часто появляется натощак и притом главным образом при переходе больного из горизонтального положения в вертикальное. Приведенными

признаками следует, конечно, руководствоваться при диагностике мозговой рвоты, но придавать им *решающее* значение никак образом нельзя, так как здесь встречаются нередкие исключения в обоих направлениях, т. е., с одной стороны, не всегда легко заметить тошноту и при желудочной рвоте, которая, подобно мозговой, тоже появляется иногда при переходе в вертикальное положение, а с другой стороны, не может подлежать сомнению, что и мозговая рвота весьма часто появляется после пищи или питья и в особенности после приема лекарства. Большое значение для диагностики мозговой рвоты имеет *упорство рвоты*, не уступающей в течение нескольких дней ни диете, ни лекарствам, и еще то обстоятельство, что после желудочной рвоты больной чувствует некоторое (иногда значительное) облегчение, тогда как после мозговой он еще больше ослабевает. Далее, в пользу мозговой рвоты говорят: чистый язык, нормальный стул (или запор), отсутствие дурного запаха изо рта, болезненности при давлении на подложечку и метеоризма, *сильная* головная боль (которая, впрочем, бывает таковой далеко не во всех случаях начинающегося туберкулезного менингита), сонливость и неправильный, замедленный пульс. Вообще говоря, ни один из перечисленных признаков не может считаться абсолютно верным и каждый из них, взятый в отдельности, может отсутствовать, а потому всего важнее для диагностики общий комплекс симптомов, представляемый больным.

В некоторых случаях рвоте обязательно предшествует в течение нескольких часов сильная головная боль, общая или односторонняя, но после рвоты больной засыпает покойным сном и просыпается совершенно здоровым. Подобные приступы повторяются то в неделю раз, то гораздо реже, например, раз в месяц или два два-три в год и зависят от *мигрени*, чаще встречающейся у детей около 7—10 лет, но не падающей и детей первых лет жизни. Детская мигрень сопровождается обыкновенно побледнением лица, иногда несколько замедленным пульсом и даже легким повышением температуры, так что, не зная анамнеза (а также в случае первого приступа мигрени), врач может предположить начало острой головной водянки; но дело выясняется, конечно, очень скоро, так как после сна ребенок оказывается совсем здоровым. Сходство с мозговой рвотой бывает еще больше в том случае, если во время мигрени случается повторная рвота, а сон наступает не скоро.

Образчиком *рвоты от стравления крови* может служить рвота от подкожного впрыскивания апоморфина. К этой же категории относится *уремическая рвота* при остром и хроническом воспале-

нии почек и рвота от хлороформа, при диагностике которой следует иметь в виду, что она отличается иногда чрезвычайной упорностью и может продолжаться в течение нескольких дней подряд после операции, не уступая никаким средствам (замечу, кстати, что при такой рвоте следует испытать перемену воздуха, например, перевести больного из больницы на частную квартиру; известны случаи, когда эта мера оказывала на рвоту магическое действие).

Leuyden описывает рвоту от раздражительной слабости (Ztschr. f. klin. Med., XII, 4 Heft). Эта нервная рвота, по его мнению, есть следствие гиперестезии желудка у ослабленных и легко возбудимых субъектов, выздоравливающих от тяжелых болезней. По его наблюдениям, это одна из самых тяжелых форм рвоты, потому что она нередко достигает чрезвычайно сильной степени и угрожает опасностью жизни. Часто такая рвота сопровождается судорожной икотой. Поводом может служить нарушение диеты или какое-нибудь лекарство (в случае Leuyden'a — антипирин). Особенно опасной эту рвоту Leuyden считает в периоде выздоровления от цереброспинального менингита, тифа и дифтерита. При тифе, между прочим, Leuyden наблюдал наступление сильной рвоты во время лечения ваннами, с отменой которых прекращалась и рвота.

Нервная рвота у выздоравливающих от дифтерита заслуживает специального упоминания, так как в детском возрасте она встречается много чаще, чем после других острых болезней, и зависит, вероятно, от паралича блуждающего нерва. Мы наблюдали ее только после тяжелых форм дифтерита; обыкновенно появлению ее предшествует паралич мягкого неба и слабость или неправильность и замедление пульса. Незадолго до рвоты больной начинает жаловаться на сильную боль живота, которая продолжается то несколько минут, то часа 2—3; вслед за появлением рвоты наступает значительный упадок деятельности сердца (слабый, иногда неправильный пульс, расширение правого сердца, увеличение и болезненность печени от пассивной гиперемии, уменьшение количества мочи, альбуминурия). Больной может умереть от паралича сердца на первый же день, но чаще смерть наступает на 2—3-й день. Выздоровление возможно, но наступает редко, а потому такой комплекс симптомов, как *слабость сердца, боли живота и рвота*, в периоде выздоровления от дифтерита должен считаться весьма зловещим.

От рвоты следует отличать выбрасывание пищи или питья, не дошедших до желудка, что наблюдается, во-первых, при сужениях пищевода и, во-вторых, при параличе небной занавески.

Сужение пищевода в детском возрасте развивается почти исключительно только после ожогов горячей водой или едкими веществами, например, серной кислотой, которая так часто употребляется для предохранения оконных стекол от замерзания.

Диагностика нетрудна; невозможность проглатывания твердой пищи или больших количеств жидкости при анамнестических данных вполне достаточна для правильного распознавания; место и степень сужения определяются желудочным зондом.

Паралич мягкого неба развивается после дифтерита (анамнез) и выражается тем, что при глотании пищи или питья больной вдруг поперхивается и выбрасывает пищу через рот и нос; голос больного получает носовой оттенок; при осмотре зева легко заметить неподвижность небной занавески при фонации и при раздражении ее щекотанием кончиком зонда.

БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И КИШОК

Острые заболевания желудка и кишок у грудных детей

Острое расстройство пищеварения у грудных детей встречается в трех главных формах, известных под именем диспепсии, катарра тонких кишок и фолликулярного энтерита или катарра толстых кишок.

Первая форма—*dyspepsia*—обуславливается раздражением слизистой оболочки желудка и кишок продуктами брожения не вполне переваренной пищи; расстройство пищеварения не зависит здесь от каких-либо грубых анатомических изменений слизистой оболочки, а просто от недостаточной деятельности желудочного сока; впрочем, провести резкую границу между диспепсией и катарром желудка нельзя.

Вторая форма имеет своим анатомическим субстратом катарр слизистой оболочки тонких кишок, а в основании третьей формы лежит воспаление слизистой оболочки толстых кишок с преимущественным поражением фолликулов.

Дифференциальная диагностика всех этих болезней основывается, во-первых и главным образом, на характере испражнений и, во-вторых, на сопутствующих явлениях. При оценке детского стула необходимо обращать внимание на *число* испражнений в течение суток, на их *консистенцию*, *цвет*, *запах* и посторонние *примеси*.

Здоровый грудной ребенок при нормальной деятельности желудка марается в сутки 2—3 раза; испражнения его бывают

кашицеобразной или киселеобразной консистенции и не содержат избытка воды, т. е. нормальные испражнения, попав на простынку, должны промачивать пеленки вокруг себя приблизительно на 1 см; чем больше воды в испражнениях, тем шире делается пояс влажных пеленок. Нормальный стул отличается, далее, тем, что он *равномерно окрашен* в прекрасный желтый или оранжевый цвет и обладает слабым, непротивным кисловатым запахом; реакция его слабокислая, он содержит обыкновенно заметную примесь слизи, но она тесно смешана с калом, а не является в виде отдельных комков или гнезд, как при фолликулярном энтерите.

Диспепсический стул представляет следующие особенности: он *обилен*, но *не част* (вместо 2—3 раз ребенка слабит до 5 раз в сутки) и состоит главным образом из *кала*; содержание воды в нем почти не увеличено, а потому *консистенция* остается *нормальной*—*киселеобразной*; количество слизи несколько увеличено, но слизь эта, как и в нормальном стуле, тесно смешана с калом; если же она встречается в отдельных комках, то это указывает на раздражение толстых кишок и, следовательно, на переход диспепсии в фолликулярный энтерит. Особенно характерно для диспепсии присутствие в стуле большого количества непереваренного молока в виде *белых свертков*, состоящих главным образом из жира, солей жирных кислот, эпителия и казеина. Характерно, далее, и изменение *цвета*: билирубин желчи при диспепсии легко переходит в биливердин, вследствие чего желтый цвет стула является перемешанным с зеленым. Таким образом, смесь желтого, зеленого и белого цвета придает диспепсическому стулу довольно своеобразный вид, оправдывающий сравнение его с «рублеными яйцами». В хронических случаях, особенно у детей, вскармливаемых коровьим молоком, вследствие недостатка красящих веществ желчи, стул является бледножелтым или даже и совсем бесцветным.

Запах и реакция диспепсических испражнений большей частью бывают слабо- или сильнокислые: в запущенных случаях встречаются и вонючие испражнения, с запахом тухлых яиц.

Самый акт дефекации совершается легко, нередко с шумом, вследствие выхода ветров, но без тенезмов и без боли.

Диспепсия выражается, далее, рвотой, метеоризмом и приступами колик. *Диспепсическая рвота* является обыкновенно после пищи, иногда тотчас, в других случаях через $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа после еды, в сопровождении тошноты и беспокойства, чем она и отличается от срыгивания.

Метеоризм и колики обуславливаются скоплением в кишках газов—продукта брожения непереваренной пищи. Приступы колик

состоят из периодически возвращающихся болей живота. Лихорадка при диспепсии не бывает.

Если на основании приведенных симптомов установлена диагностика диспепсии, то этим сделана только половина дела, так как остается еще определить причину ее, иначе лечение не может быть успешным. Все *причины диспепсии* могут быть сведены на неправильность диеты. У детей, получающих грудное молоко, самой частой причиной диспепсии бывает перекармливание: или ребенку дают грудь чаще, чем через 2 часа, или позволяют ему сосать более 15 минут, или кормят его всякий раз из обеих грудей, тогда как надо соблюдать очередь между грудями. Особенно часто страдают диспепсией дети молодых, здоровых матерей, богатых молоком, при слабых грудях (из слабой груди молоко бьет в несколько струй уже при легком высасывании и выдавливается труднее). Далее, причиной диспепсии может быть порча грудного молока под влиянием трудноваримой и малопитательной (постной) пищи, а также кислых фруктов, регул и душевных потрясений. На свойства молока может иметь влияние и возраст (до 20 и после 40 лет), и состояние здоровья кормящей, а также время, протекшее со времени родов (новорожденные часто получают диспепсию, если их кормит кормилица со старым молоком). Причины диспепсии у рожковых детей так многочисленны и разнообразны, что можно указать лишь на главнейшие, например, на употребление коровьего молока дурного качества (не говоря о подмесах, здесь может иметь значение и содержание коровы), особенно прокислого, или если молоко недостаточно разводится водой и дается с какими-нибудь прибавками, не соответствующими возрасту ребенка; так, например, можно считать за доказанное, что для детей до 3—4 месяцев не годятся ни крахмал, ни какао, ни разные сорта кофе (а стало быть, и мука Нестле). О диагностике всех этих причин не распространяюсь, так как она основывается просто на анамнезе.

Некоторые авторы, по почину Demme и Biedert'a, описывают еще другого рода диспепсию, характеризующуюся появлением испражнений, очень богатых жиром, и известную под именем *жирового поноса*. Это страдание всегда отличается упорством и излечивается только посредством пищи, бедной жиром. По Biedert'у, для точной диагностики требуется химическое определение процентного содержания жира в сухом остатке испражнений. При жировом поносе процент жира колеблется от 41 до 67, а в нормальном стуле—от 4 до 25. Для целей практического врача можно

ограничиться менее кропотливым микроскопическим исследованием: небольшая частица испражнений разбавляется на объективном стеклышке каплей воды и исследуется; в нормальном стуле на поле зрения в микроскопе появляются только мелкие капли жира и притом в ничтожном количестве, между тем как при жировом поносе все поле занято крупными каплями жира или кристаллами жировых кислот и солей.

Позднее Uffelmann и Чернов показали, что значительное увеличение процента жира в испражнениях оказывается при всякой диспепсии, так что руководствоваться этим признаком в деле диагностики жирового поноса нельзя, а потому и самое существование жирового поноса как особой формы диспепсии приходится считать недоказанным.

При остром катаре тонких кишок испражнения, как и при диспепсии, *обильны*, но притом значительно *учащены* (6—7 раз в сутки) и, вследствие преобладания воды над прочими составными частями, *жидки*, водянисты, бледны и выходят сильной струей и с шумом от выделяющихся газов. *Живот* обыкновенно вздут, но при давлении неболезнен. Лихорадки не бывает.

При одновременном поражении желудка появляется и *рвота*. Подобные формы гастроэнтерита составляют переход от простого катара тонких кишок к *детской холере*, известной также под именем *летнего поноса*.

В этиологии *детской холеры* главную роль играют четыре условия: 1) возраст (до года); 2) рожковое кормление; 3) душная квартира и 4) летняя жара. В смысле патологоанатомическом детская холера есть не что иное, как очень острый катар всего тракта желудочно-кишечного канала, конечно микробического происхождения, хотя специфический микроб и не найден; вероятно, детская холера вызывается разными сапрофитными бактериями. На инфекционное происхождение *детской холеры* указывает внезапное наступление болезни, иногда при высокой лихорадке, несоразмерно быстрое развитие коллапса и смертельного исхода, не всегда соответствующих числу и качеству испражнений. Клинически *детская холера* выражается, как эпидемическая, чрезвычайно упорной рвотой, сильнейшим поносом и *быстрым наступлением коллапса*. Больного слабит раз 10—12 в сутки; испражнения жидкие, как вода, очень обильны и совершенно не окрашены желчью (пеленки смочены точно мочой); от примеси кишечного эпителия и массы грибков они мутны, вначале кислой, позднее щелочной реакции, с едва замет-

ным, иногда аммиачным, запахом; живот, вследствие частых испражнений, мягок и невздут; лихорадки обыкновенно не бывает, но иногда в начале болезни температура быстро поднимается до 39—40°. Беспреданная рвота и обильный понос сопровождаются не только сильной жаждой и ничтожным отделением мочи (иногда дело доходит, как и при cholera epidemica, до полной анурии), но и быстро наступающими явлениями коллапса, составляющего отличительный признак детской холеры от простого катарра желудка и кишок. В таком случае прежде всего замечается похолодание конечностей, малый и частый пульс, большая слабость, а позднее развивается цианоз (губы), глаза вваливаются, пульс почти исчезает, слизистая оболочка рта холодна, покрыта клейкой слизью; хриплый слабый голос; родничок впадает, кости черепа заходят одна под другую (края лобной и затылочной кости заходят под края теменных). Незадолго до смерти появляется *склерема*, т. е. затвердение кожи и подкожной клетчатки, зависящее от всасывания в кровь паренхиматозных жидкостей. Склерема, как и похолодание кожи, начинается с ног и рук, а потом идет кверху, на ягодицы и туловище и даже на лицо. В последнем периоде наступает спячка, сведение затылка и, наконец, смерть при явлениях так называемого гидроцефалоида. Течение детской холеры очень острое; смерть или поворот к выздоровлению наступают через несколько дней.

Детскую холеру всего легче смешать с *эпидемической холерой*, так как признаки в обоих случаях одинаковы. Диагностика основывается лишь на характере эпидемии: азиатская холера не щадит ни взрослых, ни детей и не стоит в такой близкой зависимости от летней жары, как холера детская, которая с наступлением прохладных дней быстро ослабевает. В сомнительных случаях следует, конечно, прибегнуть к отысканию в испражнениях холерных бацилл. Для исследования всего лучше брать слизистые комочки, плавающие в «рисовых» испражнениях; приготовив из них сухой препарат на покрывальном стеклышке, его окрашивают метиленовой синькой или фуксином (слегка подогревая в течение 2—3 минут) и рассматривают при увеличении в 400—600. Ввиду того что при cholera nostras, а иногда и при детской холере (Lesage) встречается тоже микроб в форме запятой (запятая Fincler'a и Prior'a), весьма похожий на холерную запятую Коха, то для вполне надежной диагностики необходимо производить еще разводки по методам, излагаемым в руководствах по бактериологии.

Как у маленьких детей, так и у детей старшего возраста во время жарких летних месяцев часто появляются расстройства пищеварения в виде весьма жидких и очень вонючих испражнений; подобные вонючие поносы нередко сопровождаются лихорадочным состоянием, а иногда и рвотой. В этиологии их важную роль играет мясная диета.

Симптомы острого катарра толстых кишок (*enteritis follicularis*) легко объясняются участием в процессе слизистой оболочки прямой кишки. Испражнения состоят, главным образом, из бесцветной или зеленоватой слизи, иногда окрашенной кровью; они не обильны, но зато очень часты: больного слабит раз 10—15 в сутки, причем (в отличие от катарра тонких кишок и детской холеры) всякий раз появляются болезненные тенезмы в прямой кишке и жилище. Слизистый стул почти совсем не пахнет; в легких случаях после нескольких слизистых испражнений появляется нормальный или жидкий каловый стул из верхних отделов кишок, а после этого опять выделяется голая слизь; в более серьезных случаях то же самое наблюдается только после назначения слабительного, а в самых тяжелых—калового стула не удается вызвать даже и касторовым маслом (этим можно руководствоваться при предсказании). Живот обыкновенно несколько вваливается, иногда замечается болезненность при давлении в области нисходящей части толстой кишки. Дальнейшее отличие фолликулярного энтерита от других видов катарра состоит в том, что он сопровождается обыкновенно лихорадочным состоянием, которого, впрочем, в легких случаях может не быть. Легкие формы *enter. follic.* могут кончиться выздоровлением в 2—3 дня, в более тяжелых понос затягивается недели на 2—3 и дольше или переходит в хронический катарр кишок.

Некоторые французские авторы, по почину Наяем'а (Hammon, Vigier, Winter, Delattre, Lesage), отличают еще особую форму поноса, описываемую ими под именем *зеленого поноса*, зависящего от развития в кишечнике хромогенного (зеленого) бацилла. Не всякий зеленый понос у детей непременно бациллярный, так как зеленый цвет испражнений может зависеть и от примеси желчи—это желчный зеленый понос французских авторов. Отличить эти два вида зеленого поноса легко и без микроскопа,—стоит только подействовать на испражнения азотной кислотой: если окраска зависела от желчи, то зеленый цвет или прямо переходит в фиолетовый и розовый, или сначала зеленая окраска делается более насыщенной; в случае же бациллярного поноса испражнения от азотной кислоты обесцвечиваются. Для диагностики имеет зна-

чение и возраст: желчный понос всего чаще встречается у детей первых двух месяцев жизни, у которых бациллярный является крайне редко; напротив того, от 2 до 12 месяцев зеленый понос чаще зависит от хромогенного бацилла. После двух лет этот последний почти никогда не встречается.

Lesage различает три степени зеленого бациллярного поноса у детей: легкую, среднюю и тяжелую. Первая степень безлихорадочная, число испражнений не более 6, выздоровление в несколько дней. При средней форме число испражнений от 6 до 10, ребенок лихорадит, понос нередко затягивается в хроническую форму. Тяжелая форма или холероподобный зеленый понос: число испражнений до 20, скоро развивается коллапс, но рвоты, в отличие от детской холеры, обыкновенно не бывает вовсе или она незначительна. Смерть может наступить в 36—48 часов.

Острые заболевания желудка и кишок у детей старшего возраста

Скоро проходящий катарр желудка у детей встречается в острой и подострой форме.

Острый катарр или засорение желудка (*gastritis ac. s. gastricismus*) нередко появляется у детей совершенно здоровых после грубых погрешностей в диете (обильное употребление конфет, в особенности шоколадных, фруктов, закусок и т. п.) и выражается с самого начала рвотой, обыкновенно повторной, и сильным лихорадочным состоянием (до 40°); на низ в начале болезни бывает обыкновенно запор, но позднее может появиться и понос с болями живота; полное отсутствие аппетита, дурной вкус и неприятный запах изо рта, обложенный язык и значительная жажда, особенно к холодному питью, замечаются уже с самого начала.

Так как рвота нередко является при быстром повышении температуры и при других болезнях, то понятно, что диагностика таких гастритов на первый день заболевания нелегка, тем более что и обложенный язык также свойствен не одним только гастритам. Для правильной оценки случая чрезвычайно важны анамнестические данные (нарушение диеты), содержимое рвоты, обыкновенно состоящее из остатков непереваренной пищи, вызвавшей болезнь; вздутие подложечки и боль при давлении на нее; рвота облегчает больного; наконец, быстрое выздоровление после абсолютной диеты и слабительного. Отсутствие какой-либо эпидемии в данной местности облегчает диагностику.

Вторая форма—*gastritis subacuta*—начинается постепенно—с потери аппетита, головной боли, общей слабости и вялости

и протекает с незначительной лихорадкой и с желтухой, но нередко без рвоты и без поноса (хотя то и другое может и быть). Лихорадочное состояние, колеблющееся между $37,8^{\circ}$ и $38,5^{\circ}$, затягивается дней на 10—14. В случае существования начальной рвоты болезнь эта может быть принята за туберкулезный менингит, начало которого тоже обозначается рвотой, головной болью, запором, анатией и легким повышением температуры.

Основанием диагностике могут служить: обложенный язык и неприятный запах изо рта, вздутость и легкая болезненность подложечки при давлении на нее, желтизна конъюнктив. Диагностическое значение в пользу засорения желудка может иметь также и *herpes labialis*, который почти никогда не бывает при туберкулезном менингите, но часто встречается при «желудочной лихорадке». Наоборот, против гастрита и за менингит говорит неправильный и в то же время замедленный пульс (одна неправильность без замедления не имеет особого значения), слегка ввалившийся живот и чистый язык.

Острый катарр тонких кишок у детей более взрослых ничем существенным не отличается от того же катарра у субъектов зрелого возраста. Он характеризуется довольно частыми (4—6 раз в сутки), обильными, жидкими испражнениями, сопровождающимися схваткообразными болями живота.

Хронический катарр желудка в детском возрасте редко встречается в резко выраженной форме, столь свойственной взрослым и выражающейся отрыжками, изжогами, рвотой большим количеством слизи и значительной болезненностью подложечной области при давлении. Чаще мы встречаемся с легкими степенями катарра желудка, при которых больные теряют аппетит, худеют, делаются вялыми и вообще представляют картину малокровия, о которой была речь в главе об аппетите, где указаны также и основания для дифференциальной диагностики.

Хронический катарр желудка у детей сравнительно редко комбинируется с *расширением его*: главные признаки *dilatationis ventriculi* состоят в обильной рвоте, которой выбрасывается пища, принятая более суток назад, и в значительном распространении тимпанического тона желудка (до уровня пупка и ниже); после приема шпичуей смеси удается иногда видеть границы желудка; в сомнительных случаях прибегают, как и у взрослых, к исследованию желудочным зондом.

Хронический катарр кишок принадлежит к числу весьма обыкновенных болезней детского возраста. Он развивается обыкновенно из той или другой формы острого катарра кишок и осо-

бенно часто бывает следствием дизентерии или летнего кровавого поноса, но иногда уже с самого начала понос появляется как бы в хронической форме, т. е. в анамнезе не удается открыть сильного поноса; родители свидетельствуют, что расстройство всегда было в том виде, как и теперь, когда они решили обратиться к врачу.

Симптомы хронического катарра кишок бывают различны в зависимости от интенсивности болезни и от локализации, но так как острый катарр кишок, в особенности тонких, при переходе в хроническую форму не остается на месте своего первоначального появления, а распространяется обыкновенно на весь тракт кишечника, то здесь нельзя строго разграничивать катарр тонких кишок от катарра толстых, а можно говорить лишь о том, в каком месте катарр локализуется по преимуществу. Самым обычным симптомом хронического катарра толстых кишок (но не нижнего отдела их) является *запор*; большой испражняется через 2—3 дня твердым калом, или приходится то и дело прибегать к клизмам; вместе с испражнением выходит довольно много слизи, чем собственно этот катарральный запор отличается от так называемого привычного запора. При второй форме хронический катарр кишок характеризуется постоянной *сменой запора поносом*; это чередование идет иногда с замечательной правильностью: 2—3 дня запор, а потом 1—2 дня понос вонючими жидкими испражнениями, богатыми слизью; в других случаях никакой правильности нет: проходят целые недели, в течение которых ребенок марается нормальным, плотным стулом, или замечается склонность к запору, и вот под влиянием какой-нибудь погрешности в диете является понос. Наконец, в третьем ряду случаев хронический катарр кишок выражается ежедневным поносом: большого слабит 1—2—3 раза очень вонючим жидким испражнением, большей частью сероватого, глинистого или темнобурого цвета. В подобных случаях участие тонких кишок весьма вероятно. В некоторых случаях вонючий понос принимает как бы периодическое течение: 2—3 испражнения раз за разом ночью или рано утром, и потом целый день больного совсем не слабит, или жидкие испражнения следуют непосредственно после еды; в обоих этих случаях можно с уверенностью предполагать поражение толстых кишок.

Далее, характерны для поражения толстых кишок явная примесь слизи к испражнению и некоторая болезненность по тракту ободочной кишки или в области слепой. При изолированном поражении толстой кишки, когда пищеварение в желудке и в тонки-

кишках совершается нормально, бросается в глаза несоответствие между продолжительностью поноса и хропшим общим видом больного; несмотря на долго продолжающийся понос (в течение месяцев), подкожный жир не исчезает, бледность покровов и слизистых оболочек невелика, язык чист, аппетит прекрасный.

Если катарр ограничивается главным образом верхним отделом тонких кишок, то в страдании принимает участие и желудок, больной теряет аппетит, худеет и бледнеет, конъюнктивы глаз немного иктеричны, давление в подложечке слегка болезненно, но понос может совсем отсутствовать, и на участие кишок указывает, кроме желтизны конъюнктив, еще только частое урчание в животе, метеоризм и по временам схваткообразные боли живота.

Своеобразную картину представляет хронический понос в случае более или менее значительного поражения прямой кишки, что так часто бывает у маленьких детей, лет до 3, при *хроническом фолликулярном энтерите*, как исходе кровавого поноса. В таких случаях, хотя и появляются такие же вонючие испражнения, как при всяком хроническом катарре кишок, но вперемежку с ними выделяются испражнения, вполне характерные для поражения прямой кишки: они скудны, состоят по преимуществу из *гнойной слизи*, иногда с примесью крови, и сопровождаются ясно заметным *жилением*, а иногда и болью; число испражнений редко бывает меньше 6, обыкновенно же *более 10* в сутки, а потому вздутие живота при *enteritis follicularis chronica*, хотя бы и осложненной катарром тонких кишок, никогда не достигает такой степени, как при обыкновенном катарре. Живот, если несколько и вздут, то все-таки мягок, тестообразен. Истощение достигает высшей степени, подкожный жир исчезает, нередко являются отеки рук и ног и в некоторых случаях дело доходит даже и до общей водянки со скоплением жидкости в серозных полостях; во всех случаях дети страдают бессонницей и выказывают сильную жажду.

При всяком хроническом поносе может явиться вопрос о том, не зависит ли понос от туберкулеза кишок и нет ли у ребенка казеозного (туберкулезного) перерождения брыжеечных желез. Так как симптомов, специально указывающих на то или другое поражение, мы не знаем (туберкулезно перерожденные брыжеечные железы, спаиваясь между собой, хотя и образуют иногда значительной величины опухоль с бугристой поверхностью в области пупка или в боковых областях, но прощупать подобную опухоль при жизни удается крайне редко, так как этому препятствует обыкновенно напряжение брюшных стенок вследствие метеоризма), то предполагать существование туберкулеза кишок или желез

мы можем лишь в том случае, если хронический понос развивается у ребенка, страдающего туберкулезом других органов. В дополнение к сказанному мы приведем здесь диагностическую таблицу, заимствованную нами у Widerhofer'a (Jahrb. für Kinderh., VI B., S. 16 и 17. Die Semiotik des Unterleibs).

Хронический катарр кишок	Туберкулез кишок	Творожистое перерождение брыжеечных желез
<p>Всего чаще встречается у детей после отнятия от груди, потом все реже и реже до 4 лет.</p>	<p>Появляется вообще не ранее 1-го года, потом все чаще и чаще до 6 лет у детей туберкулезных родителей.</p>	<p>Почти никогда раньше 3-го года не появляется; наибольшее распространение от 5 до 10 лет, большей частью у детей туберкулезных родителей.</p>
<p>Испражнения не обильны, но понос постоянный, хотя бы только 2—3 раза в день.</p>	<p>Понос делает паузы в несколько дней или недель и потом появляется снова; только в случае обширного поражения кишок понос делается постоянным.</p>	<p>Понос с паузами.</p>
<p>Испражнения, состоящие из слизи, гноя и крови, чередуются с катарральными или кашицеобразными, которые только тогда содержат непереваренные остатки пищи, когда очень часты.</p>	<p>Испражнения состоят по преимуществу из кала, некоторые питательные вещества выходят совсем непереваренными, особенно — богатые жиром (мозг, желток яйца, плотный жир).</p>	<p>Главная составная часть вода; в испражнениях тоже много жира, плавающего на поверхности жидких испражнений и легко различимого глазом.</p>
<p>Слизистые испражнения выходят при тенезмах, а катарральные — с коликообразными схватками.</p>	<p>Боли схваткообразные, никогда не достигают сильной степени, но сопровождаются обыкновенно познанием.</p>	<p>Боли обыкновенно внемлемы испражнений; они наступают внезапно и скоро проходят; особенно часто возвращаются после еды.</p>
<p>Живот обыкновенно вздут в области colon tra svers. и при исследовании его. Иногда нижняя часть colon descend. и в особенности S-gon. и а оказываются припухшими и при более сильном давлении болезненными.</p>	<p>Нигде не видно особого вздутия, нередко весь живот мягок и чувствителен при давлении; иногда область слепой кишки напряжена и болезненна при глубоком давлении.</p>	<p>Живот раздут и напряжен: на некоторых местах (при periton. chr.) очень чувствителен и в таком случае в области пупка прощупываются болезненные узлы, тесно соединенные с брюшной стенкой и неподвижные.</p>

Хронический
катарр кишок

Лихорадка умеренная равномерная краснота щек во время жара. Кожа то сухая, то влажная; бледная.

Губы сухие, изъязвлены, и больной постоянно возится с ними, обдирая чешуйки.

Остальные органы здоровы.

Похудание начинается значительное время спустя после появления поноса.

Лекарство и покой всегда приносят некоторую пользу; рецидивы вызываются обыкновенно нарушением диеты. Наибольшего успеха можно ждать от полного изменения диеты и перемены климата.

Продолжительность 4—8 недель, и потом с прекращением лихорадки наступает прочное выздоровление. Изредка встречаются случаи, затягивающиеся на год и дольше.

Туберкулез кишок

Лихорадка умеренная, эксцерабации обозначаются внобами; ограниченная краснота щек; кожа сухая, на руках и бедрах покрыта буроватыми чешуйками (*putriginosis tabescentium*) и обильными волосами.

То же самое.

Часто можно доказать туберкулез легких; большей частью бывает гиперплазия или творожистое перерождение перитонеальных желез; никогда не отсутствует значительная припухлость паховых и шейных желез.

Похудание наступает скоро и постоянно прогрессирует.

Лекарства и постельное содержание или совсем не оказывают действия, или понос прекращается лишь на время и снова появляется без всякой заметной причины.

2—6 месяцев при перерывах до года; в случае наступления улучшения нельзя рассчитывать на прочность его.

Творожистое перерождение брыжеечных желез

Лихорадка очень умеренная или совсем отсутствует; кожа очень суха и бледна. На коже живота прощупываются лимфатические железки в виде маленьких узелков.

Нормальны. Больной настоятельно требует сухой крахмалистой пищи.

Припухлость и твердость паховых и бронхиальных желез; золотуха (туберкулез) других органов.

Похудание наступает медленно; во время пауз больной несколько поправляется.

Лекарства и покой действуют, как при катарре, но рецидивы часты.

Неопределенная продолжительность. Выздоровление возможно, если дело не дошло еще до перитонита или до других последствий туберкулизации желез.

У детей встречается еще (и притом не особенно редко) особая форма хронического поноса, служащего выражением маскированной болотной лихорадки и отличающегося от многих других видов хронического поноса своей периодичностью.

Подобный периодический понос всего чаще встречался мне у детей от 5 до 10 лет (по Bohn'у, чаще у грудных). Ребенка слабит от 3 до 5 раз в сутки жидким вонючим каловым стулом, обыкновенно в течение немногих часов, а в остальную часть суток ребенок или совсем не марается, или испражняется нормальным стулом. Такая смена жидких испражнений нормальными и наоборот довольно характерна для случаев болотного поноса. Понос появляется в виде пароксизмов изо дня в день и приблизительно всегда в одно и то же время, *большой частью ночью или утром*. Повышение температуры в периоде поноса бывает редко, но селезенка нередко оказывается настолько припухшей, что прощупывается. Так как желудочное пищеварение остается в полном порядке, то при болотном поносе, подобно тому как при некоторых формах катарра толстых кишок, язык остается чистым, аппетит хорошим, общее состояние питания удовлетворительным. Важная особенность болотного поноса состоит в том, что он не уступает ни строгому диететическому лечению, ни назначению слабительного или опия и вяжущих, но *быстро проходит от хинина*. Одного, много двух приемов хинина, данных за несколько часов до появления жидких испражнений, часто бывает достаточно, чтобы сразу прекратить понос, упорно не уступавший лечению в течение нескольких месяцев.

В свежих случаях понос проявляется большей частью в форме слизистого или кровавого поноса с жилием и повышением температуры; замечательно, что нередко жар держится только один день, но достигает значительной степени, например градусов 40, так что ввиду такой температуры кровавый понос производит на врача впечатление очень серьезное, но дальнейшее течение не оправдывает опасений. При этих острых формах болотного поноса периодичность не бывает так резко выражена, как при хронических, так как слизистые испражнения появляются в течение целых суток, но в *известные часы частота испражнений заметно усиливается*. В легких случаях, впрочем, и при острых формах замечается строгая периодичность, причем во время апирекции появляется нормальный стул. По Bohn'у (Jahrb. f. Kinderkr. VI. S. 115), кровавый болотный понос отличается от обыкновенной дизентерии отсутствием тенезмов, жилиения и болей

живота, но это подтверждается не во всех случаях. Острые формы тоже уступают только хинину.

В острых случаях болотный понос можно принять за обыкновенный слизистый понос или за дизентерию, а хронический болотный понос — за хронический катарр толстых кишок, но диагностика в сущности нетрудна; она основывается, главным образом, на типичной периодичности поноса (не надо только ожидать возвращения его всякий день час в час; разница на 2—3 часа ничего не значит). Подспорьем диагностике служат в острых случаях начальное повышение температуры и опухоль селезенки (хотя ни то, ни другое не обязательно), в хронических — хороший общий вид больного, чистый язык, удовлетворительный аппетит, опухоль селезенки и анамнез (больной или хворал перемежающейся лихорадкой, или, по крайней мере, жил в болотной местности, в сыром доме и т. п.), а также безрезультатность лечения опиумом и другими облеупотребительными средствами.

Несмотря на легкость диагностики, болотный понос узнается все-таки далеко не всегда; очень нередко случается так, что больной хроническим поносом переходит в течение нескольких месяцев от одного врача к другому, перепробует множество лекарств, рекомендованных против хронического катарра кишок, и, наконец, быстро выздоравливает от нескольких гран хинина. Подобные недоразумения объясняются малым знакомством врачей с болотным поносом, несправедливо считающимся редкостью; врачи забывают об его существовании и потому, расспрашивая о числе испражнений, никогда не спрашивают о том, когда именно больного слабит, в какие часы, а в этом вся суть¹. Словом, чтобы легко узнать болотный понос, надо иметь его в виду.

Следует, однако, заметить, что одной периодичности поноса еще недостаточно для верной диагностики болотного поноса, так как несомненно, что некоторые случаи катарра толстых кишок (как было сказано выше) тоже выражаются периодическим поносом, причем испражнения вонючи, жидки и появляются обыкновенно под утро, в числе 2—3 раз в течение короткого времени, а днем больного или вовсе не слабит, или слабит исключительно только вскоре после еды. По мнению проф. Чернова (*Perityphlitis* и *paratyphlitis* у детей, Киев, 1892, стр. 34), подобный понос зависит от поражения слепой кишки, на что указывают, по его мнению, высокий тимпанический тон при постукивании в обла-

¹ Виноваты в этом и наши руководства по детским болезням, в большинстве которых болотный понос совсем игнорируется.

сти соесі, урчание в этом месте и боль или неприятное ощущение при надавливании. Если брюшные мышцы не напряжены, то при ощупывании живота на первой трети линии, соединяющей *spin. anter. sup. os. ilei* с пупком, или же несколько выше, а то и ниже, ясно ощущается, как из-под пальцев выскальзывает утолщенный болезненный край слепой кишки; нередко в то же время представляется болезненным S-гоманум и вообще замечается повышенная чувствительность по всему ходу толстых кишок. Подобные поносы, по мнению Чернова, указывающие на катарр соесі (а затем уже и вообще толстой кишки), являются чаще всего следствием запущенного острого *enterocolitis* (т. е. слизистого или кровавого поноса), а по Edlefsen'у (*Lehrb. d. Diagnostik der inner. Krankheiten*, 1890, S. 109) периодический понос есть вернейший признак катарра толстых кишок вследствие копростаза. Как бы то ни было, но верно то, что периодический понос встречается иногда при катарре толстых кишок и отличается от болотного поноса, помимо болезненности живота при давлении по тракту толстой кишки, еще тем, что хинин не оказывает на такой понос никакого влияния, а всего лучше уступает он назначению касторового масла, молочной диеты и большим клизмам из 1% раствора таннина. Мясо и жирная пища при подобном поносе абсолютно воспрещаются.

Нам остается сказать еще о своеобразном хроническом страдании кишок, известном под именем *enteritis membranacea s. colica mucosa*. Болезнь характеризуется появлением приступов боли живота, сопровождающихся выделением *рег аниш* слизистых масс то в виде перепонок, напоминающих ленточную глисту, то в виде трубок (отпечаток кишки), то просто в виде гнезд слизи; вместе со слизью выходят обыкновенно и испражнения в виде отдельных сухих комков, что, впрочем, не обязательно, так как слизь может выделяться и без испражнений или в сопровождении кашицеобразного стула. Выделение слизи продолжается 1—2 дня или несколько дней подряд и потом прекращается на неопределенное время: в легких случаях антракты между приступами доходят до нескольких недель, тогда как в более тяжелых приступы повторяются каждую неделю. К числу характерных признаков болезни принадлежит, между прочим, запор в периоде антрактов. В отличие от *proctitis*, при котором тоже выделяется много слизи, здесь не бывает ни тенезмов, ни жжения. Болезнь всегда отличается хроническим течением и тянется месяцы и даже годы, хотя в некоторых случаях все ограничивается одним-двумя приступами. Во многих случаях больные весьма чувствительны

к нарушениям диеты: незначительного увеличения количества пищи или изменения качества (непривычное кушанье) бывает достаточно для того, чтобы появился приступ. Одни больные не переносят мяса, другие—молока, третьи—еще чего-нибудь, так что каждый отдельный случай требует индивидуализирования при назначении диеты, которая выясняется опытом.

Большинство современных авторов считает эту болезнь не за катарр толстых кишок, а за невроз, выражающийся усиленной деятельностью слизистых желез, на что указывает, во-первых, периодическое течение и, во-вторых, то обстоятельство, что болезнь встречается, главным образом, у нервных истерических женщин. По нашим наблюдениям, в детском возрасте «нервность» не выступает на первый план, хотя и нельзя отрицать, что невропатическая наследственность и нежность конституции (белые, мягкие волосы, тонкая, просвечивающая кожа, тонкие кости, скудность жирового слоя) отмечаются у таких детей нередко; с другой стороны, не может подлежать сомнению, что enteritis membranaceus нередко встречается у таких детей, которые или с раннего детства страдали поносами попеременно с запорами, или недавно перенесли кровавый понос,—словом, влияние катарра кишок оказывается в подобных случаях весьма вероятным. Nothnagel по этому поводу высказывается в том смысле, что существуют, вероятно, две формы перепончатого энтерита: одна—чисто нервная и другая—катарральная; при первой выделение слизи сопровождается приступами сильной боли (colica mucosa), при второй—боли не бывает или она не сильна.

Семиотика кровавых испражнений

Присутствие крови в испражнениях узнается обыкновенно легко при осмотре стула, вид и цвет которого различно изменяются не только от количества примешанной к нему крови, но также и от того, где произошло кровотечение (т. е. ближе или дальше от желудка) и как долго оставалась кровь в кишках. Вообще говоря, чем ближе к желудку произошло кровотечение, тем дольше кровь остается в кишках, и следовательно, тем более подвергается она действию пищеварительных соков, отчего выходит наружу сильно измененной в цвете (потемневшей). Кровяные шарики являются под микроскопом изуродованными или совсем разрушенными; кровь в этих случаях успевает тесно смешаться с калом, который получает равномерный темнубурый или даже черный цвет. Но подобная окраска кала в черный цвет наблю-

дается также при употреблении некоторых средств, например, железа, черники, угля и пр. Чтобы узнать в сомнительных случаях примесь крови, стоит только распустить кусочек кала в воде: последняя немедленно окрашивается от крови в красный цвет; в случае сомнения можно прибегнуть к Heller'ской пробе (см. стр. 114). Кровь без примеси кала происходит обыкновенно из толстой кишки; впрочем, если испражнения часты и кровотечения, хотя бы и в верхних отделах кишок, обильное и повторное, то и в этих случаях стул может состоять из одной крови, которая выходит тогда или жидкой, дегтеобразной, или свернувшейся, но во всяком случае темной, сильно измененной. Чистая пунцовая кровь, не смешанная с калом, а только приставшая к нему, является наверное из прямой кишки.

Причины кровотечений с возрастом ребенка изменяются, и поэтому в позднейших возрастах мы не наблюдаем некоторых видов кровотечений, с которыми встречаемся у грудных, а потому можно разделить все относящиеся сюда случаи на две группы: к первой относятся кишечные кровотечения, наблюдаемые исключительно у новорожденных и в первые месяцы жизни, ко второй — у детей старшего возраста.

К первой группе относятся кишечные кровотечения при *meleena neonatorum* и при временной гемофилии, о чем было уже говорено в главе о кровавой рвоте (стр. 112).

По Vohn'у, кровавые испражнения у детей до года нередко появляются вследствие заболевания их перемежающейся лихорадкой.

Кровавые испражнения детей более взрослых тоже бывают как при желудочных, так и при кишечных кровотечениях. Причины последних сводятся: 1) к общим болезням, так называемым болезням крови; 2) к болезням отдаленных органов, при которых затрудняется отлив крови из кишечных вен; 3) к болезням самих стенок кишок.

К болезням первой категории относятся *variola haemorrhagica*, *morbus maculosus Werlhofii* и *scorbut*. Во всех этих случаях кровотечение происходит обыкновенно в верхних частях кишок, отчего кровь выходит или тесно смешанной с калом, или — при повторных и частых кровотечениях — без него, но во всяком случае значительно измененной. Диагностика в большинстве случаев легка и именно на основании изменений, представляемых кожей и слизистыми оболочками, характерных для данной болезни, как, например, болезни десен при скорбуте, *rigrida* при верльгофовой болезни и т. п. Всего труднее узнать геморрагическую

оспу, особенно в начале оспенной эпидемии, так как *variola haemorrhagica* протекает очень быстро и нередко убивает больного, прежде чем успеет показаться папулезная оспенная сыпь; петехии на коже и кровоизлияния во внутренние органы появляются уже на первый день предвестников в сопровождении очень сильного лихорадочного состояния с бредом и конвульсиями.

К числу общих болезней, при которых может появиться кровь в испражнениях, относятся также все страдания, ведущие к глубокому истощению организма, каковы: *morb. Brighti chron.*, костоеда, хронические поносы и пр. У таких субъектов перед смертью почти всегда наступают упорные водянистые поносы, во время которых появляются иногда (хотя нередко) и кровавые испражнения, вероятно, вследствие разрыва амилоидно перерожденных сосудов.

Случаи второй категории, т. е. кишечные кровотечения вследствие затруднительного отлива венозной крови, встречаются у детей в исключительно редких случаях, как и те болезни печени, от которых всего чаще зависят кишечные кровотечения. Так как притом кровавистые испражнения в подобных случаях отступают совсем на задний план, то мы и не будем говорить о них.

К третьей категории относятся, во-первых, различные изъязвления слизистой оболочки *тонких кишок*. Язвы появляются обыкновенно вследствие общих страданий организма, а всего чаще при тифе и бугорчатке. Диагностика этих язв не всегда возможна, так как в некоторых случаях они не вызывают никаких резких симптомов; почти всегда, правда, они сопровождаются поносом, но этот последний зависит не от язв, а от сопровождающего их катарра; где нет последнего, там, несмотря на язвы, могут быть запоры, как, например, это имело место в наблюдениях Rilliet и Barthez в случаях туберкулезных язв кишечника (*Kinderkrankheiten*, III, S. 993); те же авторы отметили и тот факт, что сила поноса не зависит от числа язв. Боль в ограниченном месте живота, усиливающаяся при давлении, тоже иногда наблюдается при язвах, но может и отсутствовать, так как она зависит тоже не от самих язв, а от ограниченного воспаления брюшины в месте, соответствующем язве; гной образуется в незначительном количестве и так тесно смешивается с испражнениями, что не может быть открыт; вот ввиду приведенных-то соображений самым надежным признаком язв кишок и является кровавое испражнение, если оно наблюдается в течение тифа или бугорчатки. Само собой разумеется, что признак этот далеко не постоянен, так как изъязвления кишок редко дают повод к появлению кровотечений.

Чистая кровь, примешанная в большем или меньшем количестве к *необильному слизистому стулу*, испражняемому при сильных *тенезмах* и болях живота, указывает на поражение *толстой кишки* и особенно *прямой*. Такой стул наблюдается при остром фолликулярном энтерите, при дизентерии и при фолликулярных язвах нижнего отдела кишок (хроническая дизентерия).

Симптомы острого фолликулярного энтерита уже изложены нами в главе о поносах у грудных детей.

Dysenterya, как и всякая другая инфекционная болезнь, проявляется в чрезвычайно разнообразных формах. Между самыми легкими случаями, кончающимися выздоровлением в 2—3 дня и даже в несколько часов, например после первого же приема касторового масла, и самыми тяжелыми, ведущими к смерти в несколько дней, существуют всевозможные переходные степени.

Удобства ради можно принять три формы дизентерии: легкую, среднюю и тяжелую. Общими признаками всех этих форм служат *необильный частый слизистый стул*, жжение и боль живота.

Легкие формы по признакам и течению ничем не отличаются от средних и легких случаев фолликулярного энтерита (стр. 125), а разница между ними лишь та, что дизентерия—есть болезнь эпидемическая и заразительная, тогда как фолликулярный энтерит незаразителен и потому носит название спорадического кровавого поноса. Как на самую характерную черту легкой формы дизентерии, мы укажем здесь лишь на то, что *чисто слизистого стула или совсем не бывает, или вперемежку с ним несколько раз в день появляются и кашицеобразные каловые массы*.

При *средней форме* число испражнений от 10 до 20; большинство их состоит из чистой слизи, зеленой или белой, окрашенной кровью; тенезмы значительны, каловые массы не появляются в течение двух-трех дней подряд, но они могут быть вызваны слабительным. В начале болезни замечается повышение температуры в течение нескольких дней. Живот при давлении неболезнен или боль невелика и ограничена небольшим местом в области левой fossae iliacaе. *Коллапса нет*. Дней через 8—12 начинается период улучшения, т. е. постепенного ослабления всех признаков, причем все чаще и чаще в течение суток начинают появляться вместе со слизью и каловые массы, и дело кончается тем, что недели через 2—3 слизисто-кровавый понос переходит в простой, а еще через 1—2 недели все приходит к норме.

Тяжелая форма дизентерии обуславливается образованием дифтеритического экссудата на воспаленной слизистой оболочке и характеризуется не столько высоким лихорадочным состоянием

вначале и чрезмерно частым стулом (больше 20—30 раз в сутки) и сильным жжением, сколько симптомами наступления *коллапса и значительной болезненности живота при давлении по тракту ободочной кишки*, в особенности *colon descendens*. Калового стула нет в течение нескольких дней подряд, причем его трудно добиться даже и назначением слабительного. Красные испражнения, похожие на мясную воду и состоящие из равномерно окрашенной серозной жидкости с примесью слизистых клочков, встречаются только в тяжелых случаях дизентерии.

Если больной переживает острый период (недели 2—3), то дальнейшее течение затягивается на очень продолжительное время, так что получается картина *хронической дизентерии*. Больного слабит не особенно часто (раз 6—8 в сутки) чрезвычайно вонючим жидким или кашицеобразным стулом с примесью гноевидной слизи, причем бывают обыкновенно схваткообразные боли живота и тенезмы. Этими остатками тенезмов и примесью гнойной, иногда сукровичной слизи к каловому стулу хроническая дизентерия отличается от обыкновенного хронического катарра кишок, при котором испражнения тоже очень вонючи и нередко сопровождаются болями живота (см. главу о хроническом катарре кишок, стр. 127). Продолжительность хронической дизентерии можно определить приблизительно от 2 до 6 месяцев, а потом в большинстве случаев она все-таки кончается выздоровлением.

Появление чистой алой крови из заднего прохода у детей всегда бывает в незначительном количестве—несколько капель.

Самой частой причиной подобного кровотечения бывает *запор* с образованием твердого кала, надрывающего слизистую оболочку при своем проходе через *anus*.

Для диагностики достаточно простого осмотра стула: он состоит из твердых сухих комков темнобурого или, наоборот, белого цвета (у маленьких детей при исключительно молочной диете), местами окрашенных приставшими к ним каплями неизменной крови. Само испражнение несколько болезненно и сопровождается сильным жжением (т. е. действием брюшного пресса, а не тенезмами в прямой кишке); после испражнения, вследствие надрыва слизистой оболочки, более взрослые дети жалуются на легкое жжение *in ano*.

Незначительное кровотечение может быть также и при жидких, но *едких испражнениях*, именно в случае образования ссадин в слизистой оболочке *gesti*, аналогичных ссадинам верхней губы при насморке. Эти ссадины занимают обыкновенно заднюю стенку исопрождаются экземой в окружности *ani*, облегчающей диагно-

стику. С этими незначительными и весьма скоро заживающими ссадинами не следует смешивать чрезвычайно упорные и болезненные трещины заднего прохода, о которых будет речь в главе о запоре (стр. 146).

Появление нескольких капель чистой крови из заднего прохода после каждого испражнения, но при отсутствии запора и без всякой боли во время дефекации, служит надежным признаком присутствия полипа в прямой кишке. Исследование пальцем открывает в таких случаях повыше внутреннего сфинктера, на задней стенке recti, небольшую (величиной в вишню), мягкую, упругую, легко кровоточащую опухоль, сидящую на ножке. В некоторых случаях при всяком испражнении полип выходит наружу и может имитировать небольшой prolapsus ani. Достаточно знать это, чтобы легко ориентироваться при исследовании пальцем. Иногда точно такой же кровавый стул (т. е. при мягких испражнениях и без боли) зависит не от полипа, а от язв в прямой кишке.

При выпадении прямой кишки (prolapsus recti) из заднего прохода показывается грушевидная или цилиндрическая опухоль красно-багрового цвета, легко кровоточащая. На вершине опухоли находится отверстие, через которое легко ввести палец. Между опухолью и краями anus'a остается кольцеобразная щель, через которую легко дойти пальцем до места загиба вывороченной стенки кишки. В случаях свежих и когда опухоль не превышает величины обыкновенной груши, она легко вправляется. На основании перечисленных признаков смешать с чем-либо prolapsus recti трудно.

Семiotика запора

Запор в качестве временного или второстепенного симптома встречается весьма часто при многих лихорадочных и других болезнях, но здесь мы имеем в виду лишь те случаи, в которых запор является единственным или, по крайней мере, главным признаком и притом неопределенной продолжительности; это так называемый привычный запор, всего чаще встречающийся у детей в первые два года жизни.

Ребенок в первые месяцы жизни, пока он питается только грудным молоком, марается 2—3—4 раза в сутки; но, спрашивается, можно ли говорить о запоре у грудного ребенка, имеющего только одно испражнение, но зато обильное, нормального цвета и горчицеобразной консистенции? Некоторые авторы отвечают на это утвердительно, хотя при таком взгляде теряется всякий критерий для суждения о том, где кончается запор и начинается нор-

мальная деятельность кишечника; ведь и одно испражнение в сутки может быть обильнее 2—3 вместе взятых, а потому, мне кажется, справедливее основывать диагностику запора на качестве испражнений и на явлениях, сопутствующих акту дефекации. Как у взрослых, так и у грудных детей отправления кишечника стоят в зависимости от индивидуальности. Встречаются дети, марающиеся через день, но тем не менее испражнения их остаются постоянно нормальной, т. е. киселеобразной, консистенции и желтого цвета, а общее состояние прекрасным, и говорить в подобных случаях о запоре и тем паче лечить его нет никаких оснований. Если ребенок марается меньше, чем бы следовало по его организации, то задержка испражнений должна так или иначе проявлять себя известными симптомами, при существовании которых мы и говорим, что у ребенка привычный запор.

Симптомы эти могут состоять в следующем: 1) испражнения получают плотную консистенцию и выходят оформленными, в сравнительно легких случаях в виде довольно мягких сосисок, а в более тяжелых—в форме совсем плотных комков беловатого цвета; 2) самый акт дефекации совершается при видимом участии брюшного пресса: ребенок жилится, лицо его краснеет, иногда покрывается потом; 3) во время испражнения или незадолго до него у ребенка появляются боли живота, вследствие которых он беспокоится, а иногда впадает даже в судороги; 4) живот вздут, но обыкновенно неболезнен при давлении; прощупать у грудного ребенка твердые комки испражнений через брюшные стенки удается крайне редко; 5) испражнения совершаются в легких случаях раз в день или через сутки, в более тяжелых—через 2—4 дня, и тогда задержка испражнений может быть причиной лихорадочного состояния.

У детей старшего возраста запор сопровождается обыкновенно потерей аппетита, вздутием живота, иногда схваткообразными болями, а также вялостью, головной болью и при случае лихорадочным состоянием, так что может симулировать *хронический перитонит*, при котором тоже бывает склонность к запору при вздутом животе и схваткообразных болях и по временам лихорадочное состояние.

Диагностика не всегда легка; она основывается на том, что при хроническом перитоните живот не только вздут, но и *напряжен*, запор часто сменяется поносом, в полости брюшины скоро замечается скопление жидкости, в более резко выраженных случаях удается прощупать в животе плотные ограниченные опухоли вследствие воспалительного утолщения брюшины и сращения

между петлями кишок. Общее состояние питания при перитоните представляет гораздо большую степень истощения, чем при простом хроническом запоре.

Если при запоре резко выступают лихорадочное состояние, общая слабость и головная боль, и такой комплекс симптомов держится несколько дней, то легко принять его за начало тифа.

В других случаях запор сопровождается мозговыми симптомами, каковы: рвота, головная боль, легкое повышение температуры, *замедленный* и несколько *неправильный пульс*, расширение зрачков, сонливость; все это продолжается несколько дней и быстро исчезает после обильного стула, вызванного слабительным (ср. два случая, приведенные в руководстве Barthez и Sanné, t. II, p. 532, относящиеся к девочке 9 лет и мальчику 27 месяцев).

Наконец, упомяну еще, что в одном из наших случаев, у мальчика 8 лет, лихорадка в продолжение двух недель симулировала *intermittens* с утренними повышениями до $39,5^{\circ}$ и даже до $40,8^{\circ}$ (но не совсем правильно и не ежедневно), не уступала хинину и прекратилась после стакана слабительного лимонада.

За исключением подобных редкостей, диагностика запора, конечно, нетрудна, но суть в том, чтобы узнать в каждом отдельном случае *причину запора*, так как только при этом условии возможна рациональная терапия.

У грудных детей причину запора следует искать или в самом ребенке, или в свойствах пищи.

Встречаются дети, у которых запор обуславливается, повидимому, *слишком хорошим усвоением грудного молока*; они редко мараются потому, что выпиваемое ими молоко дает мало остатка для образования кала, а пока накопится достаточное количество последнегб, жидкие составные части всасываются в толстой кишке, и испражнения получаются плотными, а потому и акт дефекации затрудняется. Избыточного образования газов при такого рода запоре не замечается, а потому характерно для него отсутствие метеоризма и прекрасное состояние общего питания; ребенок представляется во всех отношениях здоровым и прибавляет в весе больше, чем следовало бы, т. е. он тучнеет. Перемена кормилицы не устраняет запора; цель эта гораздо вернее достигается назначением ребенку непривычной для него пищи, например, бульона или нескольких ложек содовой или даже простой прохладной воды. Французские авторы высказывают предположение, что причиной такого *врожденного привычного запора* служит порок развития толстой кишки, именно увеличение размеров и числа изгибов римского S у такого рода детей. В других случаях запор

зависит от вялости или торпидности кишечной *мускулатуры*, которую мы имеем право предполагать при запорах у детей, вообще слабых, малокровных и, в особенности, у рахитиков, у которых вся мышечная система слаба. Ту же причину, т. е. *недостаток перистальтики*, мы имеем право предполагать при хронической головной водянке и при других мозговых болезнях. Насколько принимает участие в детских запорах *наследственное расположение* в случаях существования хронического запора у матери, трудно сказать, так как влияние это замечается далеко не во всех случаях, особенно если ребенок вскармливается кормилицей.

Причиной запора у грудных детей с первых недель жизни может быть также *врожденное сужение всей прямой кишки* или заднего прохода. В нормальном состоянии в *anus* грудного ребенка без большого труда можно провести мизинец, при сужении же его это исследование или вовсе не удается, или только с большим трудом. Эта причина запора, несмотря на легкость ее распознавания, очень часто остается неузнанной только вследствие того, что врачи не имеют обыкновения прибегать к обследованию заднего прохода пальцем, что *необходимо делать во всех случаях хронического запора у детей*. Для иллюстрации приведу два случая.

Ребенок 10 месяцев; до 9½ месяцев воспитывался при материнской груди и все время выказывал склонность к запору, хотя испражнения были нормальной кашицеобразной консистенции. В течение двух недель после отнятия от груди запоры сделались настолько упорными, что несколько раз приходилось давать слабительное, а за последние три дня ребенок совсем не марался, несмотря на прием нескольких столовых ложек *Huniadi*.

Живот был вздут, при постукивании его в левой *reg. hypogastrica* получался притупленный звук. Ребенок сделался беспокоен, за последние сутки его два раза вырвало; он несколько раз принимался жидиться, но без результата. Ожидая встретить в нижнем отделе прямой кишки комки твердого кала, я предпринял исследование ануса пальцем, причем сейчас же выяснилась совсем иная причина запора. На расстоянии не более 1 см от наружного отверстия *ani* палец встретил пленчатую перегородку с узким отверстием в середине; конец мизинца с трупом входил в это отверстие и ущемлялся в нем, причем получалось ощущение, точно палец перетянут тонким, но крепким резиновым шнуром; подобное исследование причиняло ребенку сильную боль. Дело шло, следовательно, о врожденном сужении прямой кишки вследствие неполного исчезания перегородки, образующейся в известном периоде жизни плода при развитии прямой кишки. Пока ребенок был при груди, испражнения его были настолько жидки, что проходили через узкое отверстие, хотя и не совсем свободно; после же отнятия от груди испражнения сделались несколько плотнее, и влияние перегородки не замедлило проявиться упорнейшим запором.

В другом случае у ребенка нескольких недель от роду испражнения хотя и выходили несколько раз в день, но всегда очень маленькими порциями и с жилинием. Цвет и консистенция испражнений представлялись совсем нормальными, примеси слизи не было. В этом случае сужение каса-

лось самого ануса, который, благодаря складке слизистой оболочки, занимавшей передний сегмент его, был так узок, что с трудом пропускал обыкновенный катетер.

О запоре вследствие сужения или непроходимости выпячивающихся частей кишечника будет сказано в следующей главе.

У детей, отнятых от груди, или у рожковых, а также у детей старшего возраста исследование пальцем открывает иногда причину, а вместе с тем и следствие запора в присутствии объемистых сухих комков над самым анусом, которые, несмотря на сильное жилие, не могут пройти через наружное отверстие прямой кишки только благодаря своей несоразмерно большой величине. Понятно, что в подобных случаях клистиры совсем неприменимы, так как наконечник инструмента сейчас же закупоривается испражнением, да и слабительные не ведут к цели до тех пор, пока каловые массы не будут удалены посредством обыкновенной кофейной ложечки или просто пальцем.

Если ребенок, постоянно страдавший запором у одной кормилицы, избавляется от него при перемене последней, то мы можем с уверенностью предполагать причину запора в *свойствах молока*. В чем именно состоят эти свойства, мы не знаем, и предполагаем их или в недостатке жира, или в избытке казеина. Подобное молоко, известное под именем *тяжелого молока*, встречается иногда у женщин, страдающих привычным запором, а также у откормивших (старое молоко) и пожилых. Причиной запора может послужить также *недостаток молока* или очень *жидкое* молоко. В обоих этих случаях ребенок хронически голодает, т. е. мало прибавляет в весе, худеет и страдает запором от недостатка материала для образования кала.

Кроме похудания, характерно для подобного запора еще беспокойство ребенка (он много кричит от голода) и редкое мочеиспускание. Так как весы в наших детских встречаются крайне редко, а медленно идущее похудание заметить простым взглядом нелегко, то в практике случается чрезвычайно часто, что беспрестанный крик ребенка приписывается коликам и сообразно этому лечится различными лекарствами. Если ввиду отсутствия срыгивания, редкого мочеиспускания и запора (вместо диспепсического стула) можно предполагать причину крика в недостатке молока, то убедиться в справедливости этого предположения очень легко, стоит только покормить ребенка коровьим молоком, и он сразу успокоится на несколько часов. Впрочем, доказать, что у кормилицы мало молока, нетрудно и без помощи весов. Если молока вполне

достаточно, то тотчас после того, как ребенок пососал, из сосанной груди при сдавлении ее рукой молоко должно брызгать в несколько струй, в противном же случае, т. е. если молоко выдвливается лишь по каплям, то его, значит, мало.

Нередко причиной запора бывает *прикармливание детей крахмальными веществами*, которые в первые месяцы жизни совсем не перевариваются, и в испражнениях встречается тогда масса крахмала, не перешедшего в кишках в декстрин и сахар. Запор, обусловленный этой причиной, быстро уступает соответственной диете (запрещению давать мучнистые вещества).

У рожковых детей, а также у детей, только что отнятых от груди, самой обыкновенной причиной упорнейшего запора надо считать *чрезмерное употребление коровьего молока*. Запор в таком случае характеризуется появлением слабо окрашенных, иногда совсем белых, как при катарральной желтухе, плотных и даже совсем сухих испражнений, по своему виду напоминающих творог. Из анамнеза выясняется, что ребенок выпивает в сутки до 8—10 стаканов молока. В практическом отношении весьма важно отметить, что такие громадные количества молока употребляются детьми лишь при том условии, что молоко дается им не только как пища, но и как питье, и притом и днем, и ночью. Кроме молока, иной ребенок буквально ничего не ест и не пьет. При лечении подобных запоров нет никакой надобности в абсолютном воздержании от молока; совершенно достаточно запретить его употребление в качестве питья, *особенно ночью*, и тем самым количество поглощаемого ребенком молока спустится стаканов до 3—4, аппетит улучшится; он будет есть и другую пищу, и цель лечения будет вполне достигнута одной этой мерой, а вместе с тем вполне подтвердится и правильность распознавания. Если ребенок слишком мал, чтобы кормиться разнообразной пищей, а между тем запор при белых испражнениях продолжается, несмотря на уменьшение приемов молока, то следует давать его не иначе, как разведенным наполовину отварной водой.

После двух лет запор встречается уже значительно реже, под влиянием более разнообразной пищи. Вместе с потерей аппетита привычный запор является обычным спутником малокровия (см. стр. 85) или неврастении; в других случаях он сопровождается симптомами хронического катарра желудка или обуславливается употреблением однообразной, в особенности сухой пищи (в бедном классе общества—хлеба и картофеля) или молока, или вязущих лекарств, к числу которых относятся, между прочим, и некоторые из препаратов железа.

Причиной запора у детей старшего возраста может быть дурная привычка *задерживать позы* на низ. Результатом подобной привычки является растяжение нижнего отдела толстой кишки, которое обязательно сопровождается ослаблением тонуса кишечной мускулатуры. Важную роль играет иногда сидячий образ жизни, усиленные умственные занятия. Если для существующего запора нельзя найти этиологического момента ни в пище, ни в образе жизни, ни в неврастении, ни в катарре кишок и пр., то остается предположить атонию толстой и прямой кишок вследствие аномалии иннервации этих отделов кишечника или тонкости кишечных стенок.

Нередко запор развивается у детей непосредственно после прекратившегося (излеченного) хронического поноса. Запор в таких случаях бывает или временный, исчезающий через несколько недель сам собой, или постоянный. Причина его—хронический катарр толстой кишки; если запору предшествовала тяжелая дизентерия, то можно предполагать образование в толстых кишках рубцовых перемычек, суживающих просвет кишки.

У детей от года до трех лет встречается еще характерная форма запора, типическая черта которой состоит в том, что ребенок боится стула, так как акт дефекации причиняет ему страшную боль. Ребенок всячески старается отдалить этот акт; будучи посажен на стул, вскакивает с него, плачет и т. п. Подобный запор почти всегда зависит от *трещины заднего прохода* (fissura ani). Чтобы убедиться в этом, надо только раздвинуть ягодицы ребенка и осмотреть его anus. Трещинка сидит обыкновенно в месте перехода слизистой оболочки в кожу, располагаясь по направлению одной из лучистых складок, окружающих заднепроходное отверстие.

БОЛЕЗНИ, ВЫРАЖАЮЩИЕСЯ УПОРНЫМ ЗАПОРМ И РВОТОЙ

Непроходимость кишок (*ileus s. volvulus*) от какой бы то ни было причины всегда выражается упорным *запором*, *неукротимой рвотой* (сначала желчью, а потом, может быть, и калом) и вскоре развивающимся *метеоризмом*, а потом упадком деятельности сердца и смертельным коллапсом, если препятствие не будет устранено.

Причины непроходимости кишок в детском возрасте далеко не так разнообразны, как у людей взрослых, а потому и диагностика сравнительно легче.

У новорожденных непроходимость кишечного канала обуславливается исключительно лишь врожденными пороками образования и всего чаще зависит от зарращения заднего прохода и гораздо реже от облитерации просвета тонких кишок. Узнать непроходимость заднего прохода нетрудно. Поводом к обследованию его служит задержка мекониума и упорная рвота. Если зарращение касается заднего прохода, то диагностика выясняется простым осмотром, и вопрос может идти лишь о том, на какой высоте оканчивается слепой конец прямой кишки. Чтобы судить об этом, на промежности ребенка кладут ладонь и по степени выпячивания промежности в месте предполагаемого ануса во время крика заключают о толщине слоя, отделяющего кожу от слепого конца кишки; в легких случаях, например, когда вся прямая кишка развита правильно и только на месте заднего прохода находится перепонка, выпячивание при крике легко заметить и глазом.

Если прямая кишка открывается в мочевого пузырь, то это узнается по примеси мекониума в моче.

Если признаки непроходимости кишок у новорожденного появляются при нормально сформированном анусе, то определенные места закрытия просвета кишки производится введенным пальцем или зондом, а если прямая кишка оказывается проходимой, то место зарращения приходится предполагать в тонких кишках (облитерация толстых кишок встречается гораздо реже). В случае непроходимости двенадцатиперстной кишки живот остается совсем невздутым.

Непроходимость кишок у детей лет до двух и старше не особенно редко обуславливается ущемлением паховой грыжи. Узнать ущемленную грыжу нетрудно, так как при явлениях непроходимости кишок, в виде быстро увеличивающегося метеоризма, коликообразных болей живота, осунувшегося лица и пр., замечаются и местные симптомы со стороны грыжи: она *не может быть вправлена* (тогда как до сих пор легко вправлялась); грыжевая опухоль постепенно все более и более *напрягается* и вместе с тем появляется значительная *болезненность при давлении* на опухоль, особенно около ущемляющего кольца и выше его. Если врачу было неизвестно, что ребенок имел грыжу, или если ее ранее не было, а она ущемилась при первом своем выходе, то красная, распухшая, крайне болезненная, словом, воспаленная, мошонка, плотная наощупь может легко подать повод к диагностике воспаления яичка (orchitis); подобная ошибка возможна даже и при ясно выраженных симптомах непроходимости кишок.

Картину ущемленной паховой грыжи в детском возрасте может симулировать *яичко, ущемленное в паховом канале*. Больной жалуется на боль в паху (маленькие дети заявляют о ней просто громким криком и беспокойным положением в постели); при исследовании оказывается в области пахового отверстия упругая, гладкая, напряженная, шарообразная *опухоль, весьма болезненная при давлении*; обыкновенно бывает при этом и рвота; опухоль не может быть вправлена; словом, сходство с ущемленной грыжей несомненно есть. Ущемленное яичко отличается от грыжи, во-первых, отсутствием прогрессивно увеличивающегося метеоризма и, во-вторых, тем, что исследованиешонки доказывает отсутствие яичка на стороне опухоли (*monorchismus*).

Далее, непроходимость кишок может быть обусловлена, помимо редко встречающегося внутреннего ущемления или перекручивания кишок, *скоплением* в кишках инородных тел в виде, например, вишневых косточек, клубка аскарид, а всего чаще *комков кала*. Эта последняя причина непроходимости кишок представляет для практического врача особый интерес не только потому, что она встречается сравнительно нередко, но еще и потому, что она доступна диагностике и легко устранима. Дело в том, что комки твердого кала скопляются не иначе, как в нижнем отделе толстой кишки и в прямой и потому весьма легко доступны пальцу, введенному в *anus*. При этой форме кишечной непроходимости, так как препятствие находится внизу, обязательно вздувается весь живот, а так как брюшина при этом не заинтересована, то рвота бывает не так упорна, как, например, при инвагинации, и явления коллапса (слабый пульс, осунувшееся лицо и пр.) наступают сравнительно поздно.

Другая форма кишечной непроходимости, отличающаяся характерными признаками и потому в большинстве случаев доступная диагностике, обуславливается в *внедрением одной части кишки в соседнюю нижележащую*—*intussusceptio s. invaginatio*. Смотря по месту образования инвагинации, патологоанатомы отличают *invaginatio ileo-coecalem, iliacam, colicam* и *ileo-colicam*; но так как отличить эти формы у постели больного редко бывает возможно, то для клинициста подобное деление не особенно важно; довольно сказать, что по большей части приходится иметь дело с *внедрением тонкой кишки в толстую (invag. ileo-coecalis и ileo-colica)*.

Это страдание всего чаще встречается у детей *на первом году жизни*. Процесс инвагинации обозначается большей частью *внезапной болью живота, упорной рвотой и запором*. Сначала рвет

остатками пищи, потом просто слизистой жидкостью с примесью желчи, а иногда и кала; впрочем, до каловой рвоты дело доходит у детей далеко не всегда, они не доживают до этого. Особенно характерно для инвагинации появление на первые же сутки (у взрослых позднее) *частых, слизисто-кровянистых испражнений или чистой крови* в сопровождении *тенезмов* прямой кишки. Чем ниже спускается инвагинированная часть, тем сильнее тенезмы и тем чаще показывается кровянистый стул. Небольшая примесь кала в первое время несколько не уменьшает значения этого симптома, так как кал может находиться в частях кишки, лежащих ниже внедрения, да, кроме того, полное закрытие просвета кишок не всегда наступает сразу в момент образования инвагинации, а только позднее, когда, вследствие ущемления внедренной части, наступает воспалительное набухание ее стенок, преимущественно брюшинного покрова и слизистой оболочки. С другой стороны, следует иметь в виду и то обстоятельство, что если в процессе инвагинации толстая кишка не заинтересована (*invag. iliaca*), то кровянистых испражнений может и не быть, а потому отсутствие их не исключает инвагинации, особенно же в случае существования другого патогномичного симптома для этого страдания, именно, если через брюшные покровы удается прощупать в том или другом месте живота *опухоль колбасообразной формы*, с гладкой поверхностью и слегка подвижную; величина опухоли зависит от величины внедрения, которое ее обуславливает. К сожалению, признак этот нередко отсутствует, а если и бывает, то только вначале, так как позднее он замаскировывается значительным напряжением брюшных стенок вследствие метеоризма, необходимо наступающего при непроходимости кишок и прогрессирующего с каждым днем. В этом периоде внедренную часть кишки можно прощупать только в том случае, если она спускается до прямой кишки. Палец, введенный *in rectum*, получает в таком случае ощущение как бы рыльца матки и шейки ее, которую можно обвести.

Боли живота вначале отличаются пароксизмообразным характером, но позднее, когда в месте внедрения возбуждается воспаление брюшины, быстро распространяющееся на соседние части, боль живота делается постоянной и особенно усиливается при давлении. Одновременно с этим появляется и лихорадочное состояние, которого вначале не бывает, но явления коллапса в виде бледного осунувшегося лица, нитевидного пульса, похолодания конечностей и пр. наступают очень рано. Смертельный исход наступает приблизительно от 4-го до 10-го дня. Выздоровление, путем самопроизвольного выправления внедренной кишки в пер-

вые дни заболевания или посредством гангренозного отделения ущемленной части по прошествии многих недель, принадлежит к редкостям.

Итак, от других форм непроходимости кишок инвагинация отличается присутствием в животе колбасообразной опухоли и кроваватым стулом. Правда, подобная же опухоль может встретиться еще и при каловой непроходимости, но в этом случае, так же как и при невозможности прощупать инвагинированную часть, диагностика имеет достаточно оснований в кровавом стуле. Впрочем, смешивать инвагинацию с непроходимостью кишок от скопления кала или вообще от инородных тел уже потому трудно, что инвагинация почти исключительно наблюдается у грудных детей, у которых закупорка кишечника калом и пр. почти что не встречается.

Ввиду сильных тенезмов и частых кровавистых испражнений можно бы принять инвагинацию за обыкновенный кровавый понос, но последний никогда не начинается внезапной болью живота и не сопровождается *упорной рвотой*; метеоризма при нем тоже не бывает, а, напротив того, *живот вваливается*.

Если внедрение кишок повело к воспалению брюшины, то узнать это осложнение легко по чрезвычайной болезненности живота к давлению, но не всегда легко сказать, отчего развилась peritonitis; если врач не видел начала болезни, то ему остается только одно средство—это тщательный анамнез; обыкновенно удается констатировать, что признаки внедрения существовали за несколько дней до появления болезненности живота. Prolapsus recti едва ли может быть смешан с выходом per anum внедренной кишки, потому что палец, введенный между краем заднего прохода и выпавшей частью recti, в первом случае скоро упирается в препятствие, представляемое загибом стенки кишки.

По мнению Englisch'a (Jahrb. f. Kinderh., VIII, S. 79), явления непроходимости кишок могут быть обусловлены *растяжением мочевого пузыря*; по его наблюдениям оказывается, что, вследствие узости малого таза, у детей достаточно небольшого переполнения пузыря для полного сдавления прямой кишки и, следовательно, для появления признаков кишечной непроходимости; в доказательство справедливости этого он приводит два случая (один с аутопсией) и на основании их высказывается за то, что некоторые случаи ileus'a у детей были случаями задержания мочи.

Упорная рвота и запор при болях живота, метеоризме и явлениях коллапса встречаются еще при воспалениях червеобразного отростка и брюшины.

Воспаление червеобразного отростка и брюшинного покрова слепой кишки (*appendicitis et perityphlitis*) у грудных детей встречается крайне редко, обыкновенно же у детей от 5 до 10 лет, наклонных к запору. Болезнь эта, хотя и начинается болью живота, но никогда так внезапно, среди полного здоровья, как это свойственно инвагинации; напротив того, в большинстве случаев ей предшествуют предвестники в виде расстройства пищеварения, временных схваткообразных болей живота, потери аппетита и запора. Самым лучшим основанием для диагностики служат место и характер боли. Болезненность появляется прежде всего в области слепой кишки; ощупыванием легко убедиться, что место наибольшей боли соответствует положению червеобразного отростка, так называемой точке Mac Burney, т. е. середине линии, соединяющей пупок с передне-верхней остью подвздошной кости; боль усиливается при давлении. Одновременно с болью или вскоре после нее появляется сильное напряжение брюшной стенки, лихорадочное состояние и рвота, большей частью повторная и потому под конец желчная, а иногда даже и каловая; раньше существовавший запор продолжается и теперь. Вскоре, например на 2—3-й день, в правой подвздошной области, в месте, как раз соответствующем слепой кишке, удастся прощупать в животе ограниченное затвердение в виде неподвижной опухоли, весьма болезненной при давлении. Болезнь кончается или постепенным разрешением при медленном ослаблении всех явлений, или дает повод к развитию общего перитонита, по большей части смертельного, или, наконец, процесс заканчивается образованием гнойника в области слепой кишки.

Всех этих симптомов вполне достаточно для правильного распознавания; от инвагинации мы имеем резкие отличия в отсутствии кровавого стула, в характере боли (с самого начала болезни боль воспалительного происхождения, т. е. усиливается при давлении) и в лихорадочном состоянии. Что касается до запора, то это явление не принадлежит к числу обязательных при перитифлите, так как при нем бывает иногда и понос. Очень важный отличительный признак обнаруживается при исследовании пальцем *per rectum*: при *perityphlitis* обыкновенно удается прощупать некоторую резистенцию на правой стороне таза в направлении к горизонтальной ветви *os. pubis* (Karewsky).

Appendicitis встречается и в очень легкой, и в очень тяжелой форме. В первом случае появляется живая боль в области слепой кишки, рвота, может быть даже и лихорадочное состояние, но

все эти явления исчезают очень скоро, например, в течение 12—36 часов; это так называемая *аппендикулярная колика*. В противоположность этим случаям встречаются и такие, в которых, благодаря раннему прободению червеобразного отростка, очень скоро развивается общий перитонит со смертельным исходом в 3—6 дней.

Совершенно особую форму составляют случаи *хронического аппендицита*, характеризующегося частыми возвратами. Клиническая картина бывает различна: в одних случаях больной постоянно жалуется на тупую боль в правой подвздошной ямке, боль усиливается при ходьбе или вообще при физической работе, но ощупывание ничего не открывает; в других случаях первый приступ воспаления кончился как бы полным выздоровлением, но по прошествии нескольких недель или месяцев вдруг появляется второй, потом третий и т. д. приступ. Нередко случается, что второй или третий приступ отличается гораздо большей силой, чем первый, и убивает больного.

При дифференциальной диагностике перитифлита надо иметь в виду еще *typhlitis stercoralis* (воспаление слепой кишки), когда от скопления каловых масс в слепой кишке появляется тоже продолговатой формы опухоль в этом месте, боль живота, рвота, метеоризм, запор и лихорадочное состояние, с той, однако, разницей, что, так как брюшинный покров кишки еще не воспален (иначе это было бы уже *perityphlitis*), боль при давлении невелика; характерно, далее, и то, что после обильного стула, вследствие слабительного или клистира, наступает быстрое облегчение всех припадков. Впрочем, провести резкую границу между тифлитом и перитифлитом нельзя, недаром же некоторые авторы, например, Barthez и Sanné (*Traité clin. et Prat. d. maladies d. enf.*, t. II, p. 473) считают их за различные степени одной и той же болезни.

При воспалении *m. psoatis* (*psoitis*) тоже бывает болезненная при давлении и неподвижная опухоль в области *fossae iliacaе* и лихорадочное состояние, но, помимо отсутствия явлений со стороны желудка и брюшины (нет рвоты и боли при давлении на живот, за исключением только ограниченного места, соответствующего уплотнению), диагностика основывается и на месте, занимаемом опухолью: при *psoitis* она прощупывается *in fossa iliaca* и распространяется нередко на верхнюю треть внутренней поверхности бедра (область *trochanteris minoris*), а при *perityphlitis*—в области слепой кишки, т. е. несколько выше и более кнаружи. При *psoitis* бедро на больной стороне всегда остается неподвижным, а при

поражении слепой кишки этот симптом наблюдается лишь при распространении воспаления на клетчатку, находящуюся на задней поверхности кишки—*paratyphlitis*.

Острое воспаление брюшины (*peritonitis acuta*) выражается такими резкими симптомами, что узнается легко. Самым характерным признаком является *сильная боль во всем животе*, увеличивающаяся при малейшем давлении, а также при движении, кашле и других условиях, сопровождающихся действием брюшного пресса, а потому больной поневоле лежит неподвижно на спине со слегка согнутыми ногами и буквально не позволяет дотронуться до живота. Вместе с болью появляется *лихорадочное состояние* (до 40°), *упорная рвота и запор* при *сильно вздутом* (особенно поднимается диафрагма) и *напряженном животе*.

Под влиянием раздражения брюшины и частой рвоты скоро развивается коллапс (нитевидный пульс, осунувшееся лицо, похолодание конечностей).

Большое сходство с перитонитом могут представить *гимнастические боли в брюшных мышцах*. Когда дети начинают заниматься гимнастикой, то в первые дни они часто жалуются на боль живота, и именно подложечки или между пупком и лобком. При исследовании оказывается, что боль эта локализуется в прямых мышцах живота и характеризуется тем, что усиливается при давлении на эти мышцы и при некоторых движениях, при которых принимают участие *mm. recti abd.* Подобные же боли встречаются у детей и при коклюше от напряжения мышц во время кашля.

Эти легкие боли не представляют затруднений для диагностики, но другое дело в случаях тяжелых. Боли распространяются тогда на весь живот и отличаются перитонитическим характером, т. е. они усиливаются при самом легком давлении и принуждают больного к неподвижному лежанию на спине. Вместе с болями появляются и другие симптомы перитонита, каковы: рвота, запор, высокое стояние диафрагмы и лихорадочное состояние, так что в первый день заболевания диагностика действительно затруднительна. Однако уже и в это время есть кое-какие отличия: во-первых, пульс остается полным и не очень учащенным, и нет других признаков коллапса, во-вторых, лихорадочное состояние не поднимается выше 38,5°, в-третьих, наконец, можно найти в анамнезе указания на перенапряжение мышц. Так, например, в случае, описанном мной в январской книжке Медицинского обозрения за 1880 г., мальчик 10 лет заболел упомянутыми приступами после того, как долго занимался разными шалостями, выполнение

которых требовало напряженной деятельности мышц брюшной стенки и главным образом прямых; он, например, садился верхом на горничную, обхватывал ее талию ногами и потом перегибался вниз головой до пола и снова подымался.

Дальнейшим течением дело совсем выясняется, так как при покойном положении больного гимнастический миозит проходит очень скоро: дня через два, много через три, рвота и лихорадочное состояние исчезают, а боль живота сосредоточивается в **прямых мышцах живота**, в особенности в нижних частях, и к концу недели почти совсем проходит.

СЕМИОТИКА БОЛИ ЖИВОТА

Боль живота, подобно головной боли, принадлежит к числу крайне неопределенных симптомов, так как причины ее могут быть крайне разнообразны. В этой главе я буду говорить только о болях живота у детей старшего возраста, т. е. у таких, которые могут давать отчет в своих ощущениях.

Имея дело с ребенком, жалующимся на боль живота, прежде всего приходится решить вопрос о месте боли, т. е. узнать, локализуется ли она в брюшной стенке или в каком-нибудь из внутренних органов.

Боль в брюшной стенке может быть: 1) в коже живота, 2) в мышцах и апоневрозах и 3) в брюшине.

Я не буду говорить о *воспалительной боли кожи* (рожа, чирьи и пр.), так как причина боли в подобных случаях ясна.

Гиперестезия кожи живота. Больной жалуется на боль живота, которая значительно усиливается при всяком, хотя бы и легком, давлении на живот и в этом отношении похожа на боль при воспалении брюшины, за каковую и принимается иногда, в особенности в том случае, если появляется в течение болезни, могущей вызвать перитонит в качестве осложнения, как, например, тиф, во время которого гиперестезия кожи живота принадлежит к числу самых обыкновенных симптомов. Избегнуть ошибки нетрудно: диагностика основывается, во-первых, на признаках, свойственных гиперестезии кожи вообще, и, во-вторых, на отсутствии других симптомов перитонита.

Гиперестезия кожи характеризуется, во-первых, обширным распространением. При тифе, например, легко констатировать, что боль отнюдь не ограничивается животом только, но распространяется и на бедра, и на грудную клетку: больной одинаково

реагирует искажением черт лица и оханьем при давлении как на живот, так и на внутреннюю поверхность бедер. Во-вторых, тем, что более сильное давление причиняет не большую боль, чем давление легкое, причем боль будет одинаково сильна, давить ли прямо в стенку живота или *только на кожу, поднятую в складку*. В-третьих, тем, что в течение продолжительного времени, при тифе, например, несколько дней подряд боль остается в одном и том же состоянии, и никаких новых симптомов, свойственных перитониту, не появляется.

Кроме тифа, подобные боли от гиперестезии кожи живота и других мест встречаются еще при менингитах (в особенности цереброспинальном) и при других сильно лихорадочных процессах, а также при общей нервности, особенно у девочек в периоде полового развития (hysteria).

Гиперестезия кожи при тифе, будучи слишком резко выражена, может ввести врача в заблуждение и заставить его предположить менингит там, где его вовсе нет, как было это и с нами в одном случае у 7-летней девочки, поступившей в больницу на 5-й день болезни с лихорадочным состоянием до 40,2°, с опухолью селезенки, в бессознательном состоянии и со сведением затылка. Общая гиперестезия кожи живота была выражена так резко, что всякий раз при собирании кожи в складку больная, находившаяся в бессознательном состоянии, вскрикивала. Ввиду этого симптома, а также сведенного затылка и бурного течения болезни, была поставлена диагностика цереброспинального менингита, несмотря на очень большую и болезненную селезенку, частый пульс (152 при температуре 40,8°) и отсутствие начальной рвоты. Смерть на 9-й день. При вскрытии: свежая опухоль селезенки и припухание пейеровых бляшек (словом, явления тифа) и ни следа воспалительных изменений в оболочках мозга.

Боли в мышцах и апоневрозах живота бывают от двух причин: 1) от простуды (ревматизм мышц живота) и 2) от гимнастики. Первые встречаются крайне редко и на основании личного опыта я бы ничего не мог сказать о них; Vamberger указывает на то, что ревматические боли брюшных мышц могут симулировать перитонит. Вероятно, картина болезни похожа на ту, что наблюдается при мышечных болях от гимнастики, о которых была речь в предыдущей главе (стр. 153).

Боль в брюшине при воспалениях ее принадлежит к числу самых сильных болей живота. Она характеризуется, во-первых, своим постоянством (хотя временами усиливается

схваткообразно, под влиянием перистальтики кишок); во-вторых, тем, что усиливается даже при самом легком давлении на живот; в-третьих, что всегда сопровождается значительным напряжением брюшных стенок, и в-четвертых, что ей сопутствуют другие симптомы перитонита, именно: рвота, запор и метеоризм. Распространение боли зависит от обширности воспаления: при общем перитоните болезнен весь живот, при местном—боль ограничивается небольшим пространством. В детском возрасте местный перитонит всего чаще выражается болями в области слепой кишки: *appendicitis et perityphlitis* (стр. 151).

При хроническом перитоните боль отступает на второй план, а потому о нем будет сказано в другом месте (глава об увеличении живота).

Боли в кишках (*enteralgia s. colica*) характеризуются тем, что появляются в виде *пароксизмов*, отделенных свободными промежутками, боль не усиливается от давления и протекает без лихорадки. Легкий приступ колики не вызывает никаких объективных явлений и может быть узнан только по жалобе больного. Если же боль сильна, то больной не только стонет от боли и искажает болезненно лицо, но представляет похолодание конечностей, клейкий пот на лбу, малый пульс и находится в непрерывном беспокойстве; часто при этом появляется рвота. Смотря по причине и по случаю, приступ продолжается от нескольких минут до нескольких часов.

Колики могут зависеть: 1) от заболевания кишок, 2) от раздражения их содержимым, 3) от поражения нервов живота или, наконец, 4) от раздражения соседних органов.

1. *Колики*, зависящие от катарра тонких кишок, принадлежат к числу самых обыкновенных. Приступ схваткообразной боли предшествует обыкновенно поносному испражнению, и потому причина боли легко узнается. Если колика зависит от катарра толстых кишок или дизентерии, то повторяется значительно чаще и сопровождается тенезмами прямой кишки и слизистым стулом. Сюда же относится пароксизмообразная боль, сопровождаемая выходом больших количеств слизи при так называемом *enteritis pseudo-membranacea*.

К этой же категории, т. е. боли от заболевания кишок, относятся сильные боли живота, сопровождающие непроходимость кишок, например, при интуссусцепции (стр. 148), а также колики, встречающиеся иногда при пурпуре (см. болезни кожи с кровоизлияниями в нее) и зависящие, вероятно, от кровоизлияний в стенке кишок. В течение долгого времени повторяющиеся схваткообраз-

ные боли живота при хроническом метеоризме, общем похудании и бледности и при легком лихорадочном состоянии указывают на туберкулезный перитонит, существование которого делается несомненным, если замечается еще *напряжение мышц живота* и в животе прощупываются различные уплотнения.

2. Ко второй группе относятся боли живота *от трудноваримой пищи* (colica ab ingestis), например, от кислых фруктов (анамнез), от некоторых лекарств, от скопления в кишках кала (colica stercoralis) (запор, вздутие живота, иногда удается прощупать куски кала через брюшную стенку; боль быстро прекращается после устранения причины посредством клистира или слабительного) и от глист. Предполагать колику от глист можно в том случае, если хронические боли живота повторяются у ребенка преимущественно по утрам, натощак, и сопровождаются иногда тошнотой, несмотря на хороший аппетит, правильный стул и вообще полное отсутствие симптомов катарра желудка и кишок; вероятность еще больше, если у ребенка уже выходили прежде аскариды или членики солитера, или если в испражнениях удается открыть присутствие яиц глист, с полной уверенностью можно считать глист за причину болей живота в том случае, если с изгнанием паразитов боль совсем прекращается.

3. *Нервную боль в кишках* мы предполагаем в том случае, если не можем найти для нее причины ни в болезнях кишок (нормальный стул, хороший аппетит), ни в погрешностях диеты (боли не усиливаются от грубой пищи и не уменьшаются при самой строгой диете), ни в глистах (сантонин не изгоняет аскарид, в кале нет ни яиц глист, ни члеников солитера), ни в раздражении соседних органов. Интенсивность боли сама по себе не дает точек опоры для диагностики, так как в одних случаях она бывает очень умеренной и даже легкой, в других—очень сильной, что зависит отчасти от причин, вызывающих боль. Причины эти бывают разнообразны, а именно:

а) *Воспаление позвонков*—исследование спины открывает либо начало спондилита (в виде невозможности сгибания спины или болезненности при давлении того или другого позвонка), либо вполне выраженный поттов горб, боль живота является приступами и в особенности ночью.

б) *Отравление свинцом*—серая кайма на деснах, упорные запоры, не уступающие обыкновенным средствам, при плоском или втянутом и тугом животе, мочи мало, она высокого удельного веса и насыщена; анамнез.

в) *Общая нервность*—нервные боли живота, зависящие от этой причины, наблюдаются почти исключительно у девочек-подростков, бросающихся в глаза своей бледностью; обыкновенно они худощавы, почти ничего не едят, склонны к запорам, приступы болей являются у них независимо от того, давно ли был у них стул или нет; боли повторяются в разное время дня, натощак или после еды, то ежедневно, то раза 2—3 в неделю; иногда больные страдают несомненной истерией.

г) Причиной колик может быть также *простуда* (colica rheumatica) вследствие, например, промачивания ног или всего тела. Понос при подобного рода колике необязателен.

д) *Болотная лихорадка*, несомненно, может быть причиной правильно возвращающихся болей живота, нервная натура которых выражается в полной независимости их от времени, приемов и качества пищи; если приступ боли силен, то он может сопровождаться тошнотой. *Опухоли селезенки, а в особенности повышенная температура может и не быть.* Характерно для этих болей, помимо периодичности появления, их упорство по отношению к опию, слабительным, диете и т. п. и быстрое исчезание после приема хинина. В одном случае у девочки 11 лет мы наблюдали интересное чередование припадков: дело началось с правильных пароксизмов febr. quotidianae, прекратившихся после назначения хинина, но через несколько дней больная стала ежедневно страдать мигренями, начинавшимися около 2 часов дня и скоро уступившими хинину; еще через несколько дней—периодические боли живота, доводившие больную до слез.

К группе чисто нервных колик следует отнести также боль живота, встречающуюся иногда в периоде выздоровления от дифтерита и зависящую, вероятно, от поражения блуждающих нервов, так как, по наблюдениям Suss'a (Rev. mens. des mal. de l'enf., 1887, p. 289), она предшествует обыкновенно внезапной смерти от паралича сердца и потому имеет весьма дурное прогностическое значение (стр. 119).

Прежде чем предполагать у ребенка нервную боль живота, следует подумать о возможности *почечной колики*, которая, в отличие от колики печеночной, встречается в детском возрасте не особенно редко. Предполагать почечную колику можно в том случае, если приступы боли живота появляются у ребенка через различные промежутки времени (у одного проходят дни, у другого—недели и даже месяцы), особенно после тряски (езда по дурной дороге, верхом), если ребенок вообще, здоров, но в *свежесвыпущенной моче* его часто замечается песок и есть болезненность при

давлении на поясницу в области той или другой почки. Боль во время приступа то бывает довольно сносная, то до такой степени сильна, что на лбу показывается холодный пот, появляется рвота и упадок пульса. Диагностика почечной колики становится еще более вероятной, если микроскопическое исследование мочевого осадка открывает в нем гнойные тельца, слизь, черепитчато-расположенный эпителий, словом, признаки пиелита; самым достоверным признаком почечной колики справедливо считается выхождение с мочой каменистого сросточка. Родители таких детей часто представляют признаки мочекишлого диатеза (подагра, мочевого песок) или страдают мигренями. Если в многодетной семье у одного ребенка бывают приступы почечной колики, то у его братьев или сестер нередко удается открыть песок в свежей моче. Самый юный ребенок, у которого мне удалось наблюдать почечную колику с выходом камешков, был в возрасте 3 лет.

Боль живота от почечной колики относится к четвертой категории нашей классификации, т. е. к болям от *раздражения соседних органов*, а не самых кишок. К этой же группе относятся и боли живота при подвижной почке, каковое страдание, хотя и редко, а все-таки наблюдается и у детей.

Наконец, сюда же должна быть отнесена и отраженная боль живота, на которую так часто жалуются дети лет 4—6 при острых воспалениях легких и плевры. Замечательно, что в этом возрасте дети почти никогда не жалуются на боль в боку при *pneumonia scirrosa*, а всегда локализируют ее в животе, так что если ребенок, жалуясь на боль живота, лежит в жару, кашляет сухим кашлем и дыхание сопровождается движением ноздрей, то существование у него *плевропневмонии* в высшей степени вероятно.

СЕМИОТИКА УВЕЛИЧЕНИЯ ЖИВОТА

В нормальном состоянии, т. е. в том случае, если живот не увеличен, но и не втянут, брюшные стенки при полсжении больного на спине должны стоять несколько выше уровня верхнего края грудной клетки или, как у детей жирных, на одном с ним уровне; если же живот возвышается над реберной дугой, то говорят, что он увеличен. Увеличение живота может зависеть от вздутия кишок газами или от скопления в полости брюшины жидкости. Отличить эти два состояния нетрудно. При метеоризме живот всюду дает при постукивании тимпанический звук, тогда

как при водянке в *отложив местах* получается тупой звук, меняющий свое место при перемене положения больного (если только нет сращений, не позволяющих жидкости перетекать с одного места на другое) и легко констатировать флюктуацию, если приложить к одной стороне живота ладонь руки, а по противоположной стороне слегка ударять пальцами. Если брюшные стенки натянуты, то от сотрясения их может получиться ложная флюктуация при простом метеоризме. В подобных сомнительных случаях можно руководствоваться свойством волны, вызываемой поколачиванием по брюшной стенке: при скоплении жидкости, т. е. при настоящей флюктуации, можно ясно различать, что величина волны, ударяющей в приложенную к животу ладонь, изменяется, смотря по тому, ударяют ли концами одного или нескольких пальцев; в первом случае волна будет маленькая, во втором—сравнительно большая. При ложной флюктуации сотрясение брюшной стенки не настолько ясно, чтобы можно было различать величину ударяющей поверхности пальцев.

Можно иногда получить несомненную флюктуацию в животе, несмотря на полное отсутствие асцита; это бывает именно в случае скопления жидкости в какомнибудь мешке, будет ли то гидронефроз, или растянутый мочевой пузырь, или киста яичника. Во всех этих случаях тупой звук не изменяет своих границ при перемене положения больного.

Растянутый мочевой пузырь узнается легко, если брюшные стенки не напряжены и не жирны, так что через них удобно прощупываются границы пузыря. Если же границ этих прощупать нельзя, то диагностика основывается на форме участка тупого звука, занимающего пространство по средней линии живота между пупком и лобком и заходящего симметрично в обе стороны от этой линии на несколько пальцев. Тупой звук этот не изменяет своих границ при перемене положения больного, но исчезает после выпущения мочи катетером.

О гидронефрозе и кисте яичника будет сказано в главе об опухлях живота.

Вздутие живота развивается или остро—*метеоризм*, или существует в хроническом виде—*тимпанит*.

Острый метеоризм в умеренной степени является обычным спутником острого катарра тонких кишок и диспепсии у грудных детей, а также при случайно появляющихся запорах. Значительные степени метеоризма сопровождают более серьезные болезни, каковы: непроходимость кишок (*invagination*) и воспаления брюшины, местные или общие. Диагностическое значение метеоризма,

вообще говоря, невелико, так как в этом отношении он отстывает на задний план ввиду других более важных для распознавания симптомов; в некоторых случаях, однако, он может содействовать выяснению дела, например в сомнительных формах тифа, напоминающих туберкулезный менингит: умеренный метеоризм говорит в пользу тифа, тогда как слегка ввалившийся живот гораздо более свойствен менингиту.

Хронический тимпанит мы встречаем при хронических заболеваниях кишечника (понос или запор), а также при хроническом перитоните (вместе с асцитом, см. ниже) и во многих случаях рахитизма. При нормальной деятельности кишок тимпанит может зависеть у детей от трудноваримой растительной пищи, состоящей преимущественно из хлеба и картофеля.

Водянка живота. Скопление жидкости в животе может быть следствием транссудации в полость брюшины под влиянием затрудненного кровообращения в воротной вене или общей гидремии и изменения сосудистых стенок (*Conheim*), или же жидкость, скопляющаяся в животе, есть результат воспаления брюшины и потому имеет значение экссудата.

Простая, т. е. невоспалительная, *водянка живота*, зависящая от гидремии, характеризуется, во-первых, тем, что при ней всегда бывает и подкожная водянка (*anasarca*) или всего тела, или некоторых мест, а именно лица и ступней, и, во-вторых, тем, что всегда можно открыть причину гидремии или в воспалении почек (исследование мочи), или в истощающих болезнях, в числе которых главную роль играет хронический понос (фолликулярный энтерит).

В других случаях водянка живота, как одно из проявлений общей водянки, бывает следствием *затрудненного кровообращения вообще* и в частности в печени, и тогда причину ее следует искать в пороках сердца или в хроническом заболевании легких и в особенности плевры (гнойный плеврит). В последнем случае в произведении водянки может иметь место двойная причина, т. е. и затрудненное кровообращение, и гидремия от истощения. Допустить застойную брюшную водянку в подобных случаях мы можем с полным правом только тогда, если есть признаки пассивной гиперемии печени (см. опухоли печени).

Некоторое затруднение для диагностики могут представить случаи воспалительной водянки живота, развивающейся у гидрочичных субъектов. Подобная комбинация хронического серозного перитонита встречалась нам, во-первых, при хроническом нефрите и, во-вторых, при туберкулезе. В первом случае, у девочки

7 лет, диагностика основывалась, главным образом, на свойствах выпущенной жидкости, которая оказалась мутной от большой примеси гнойных телец и была богата белком. У туберкулезного мальчика 10 лет диагностика перитонита при общей водянке могла быть установлена на основании существовавших сращений кишок с брюшной стенкой, не допускавших свободного перемещения жидкости при перемене положения больного; оставался именно тимпанический звук в правой подчревной области как при стоячем положении больного, так и при положении его на правом боку, несмотря на очень сомнительное скопление жидкости в животе. В этом же месте прощупывалось затверждение. Диагностика в обоих случаях подтвердилась вскрытием.

В третьем случае, не дошедшем до аутопсии, асцит у 10-летней девочки, страдавшей хроническим нефритом и поносом, хотя и составлял часть общей водянки, но тоже имел, вероятно, воспалительное происхождение, так как жидкость, выпущенная троакаром, была очень мутна от примеси гнойных телец и, кроме того, водянка живота была несоразмерно велика сравнительно с отечной опухолью ног.

Указание Rehn'a (Handb. v. Gerhardt, B. IV, 1880, S. 258), будто экссудативные перитониты, развивающиеся иногда при поражениях почек, достаточно характеризуются лихорадочным состоянием и болезненностью живота, к хроническим случаям мало применимо, так как оба эти симптома могут отсутствовать, а у туберкулезных субъектов лихорадка может зависеть от других причин.

Но так как подобные случаи комбинированного асцита довольно редки, то, говоря вообще, диагностика причин асцита, составляющего часть общей водянки, не трудна. Гораздо большие затруднения представляют в этом отношении изолированные асциты, когда приходится решать вопрос, имеем ли мы дело с застойной водяной жидкостью, т. е. с транссудатом, или с хроническим экссудативным перитонитом. Распознавание этих двух процессов может быть сделано на основании свойств выпущенной жидкости, а также других симптомов, этиологии и анамнеза.

Транссудат имеет вид прозрачной, слегка желтоватой жидкости, удельный вес которой меньше 1 015, а количество белка не превышает 2—3%, тогда как экссудат, хотя иногда и бывает тоже прозрачен (в большинстве случаев он мутен и напоминает по наружному виду воду, слегка забеленную молоком, от более или менее значительной примеси гнойных телец), но отличается богатым содержанием белка (4—6%) и удельным весом.

больше 1 015. Лихорадочное состояние и боль живота при давлении говорят в пользу перитонита, но отсутствие этих симптомов не исключает его.

Reuss заметил, что разница в удельном весе между транссудатом и экссудатом обуславливается, главным образом, большим или меньшим содержанием белка, так что о количестве последнего можно судить по удельному весу; Reuss составил даже формулу для определения содержания белка: если S обозначает удельный вес и E количество белка в процентах, то $E = \frac{3}{8}(S - 1000) - 2,8$; если, например, удельный вес транссудата будет 1 010, то получим:

$$E = \frac{3}{8} \cdot 10 - 2,8 = \frac{30}{8} - 2,8, \text{ или } E = 0,95.$$

Если жидкость, выпущенная из какой-нибудь полости, при продолжительном стоянии свертывается, то это, конечно, экссудат; но если не свертывается, то это еще не исключает экссудата.

Транссудат в полости брюшины при изолированном асците всегда бывает застойного происхождения от сдавления ствола воротной вены или ее печеночных ветвей. Такого рода водянка живота в детском возрасте встречается редко.

Сравнительно более частые причины ее касаются печени.

Сифилис печени, который у детей старшего возраста характеризуется увеличением органа, образованием в нем гумозных узлов и рубцовых стягиваний, вследствие которых получается дольчатый вид печени, можно предполагать или даже диагностировать в том случае, если ребенок страдал прежде симптомами наследственного сифилиса (выкидыши у матери, сыпи на первом году жизни, позднее язвенные процессы на слизистой оболочке рта и зева, периоститы длинных костей) и в данное время можно прощупать у него увеличенную бугристую печень. Если под влиянием специфического лечения (например, иодистым калием) в течение нескольких недель водянка живота исчезает, печень уменьшается в объеме и общий вид больного улучшается, то диагностика делается несомненной.

Простой цирроз печени развивается у детей, которым дают много вина, или и без этого этиологического момента, но после острых инфекционных болезней. По симптомам он мало чем отличается от цирроза печени у взрослых. В диагностическом отношении важно отметить, что в первом периоде болезни замечается обыкновенно расстройство пищеварения в виде

поносов, сменяющихся запорами, и болей живота; это те же симптомы, что всегда получаются в анамнезе при водянке живота от туберкулезного перитонита, но их не бывает при так называемом идиопатическом асците вследствие хронического серозного перитонита. Но менее важно констатировать в анамнезе редко отсутствующую желтуху, хотя бы и в незначительной степени и только временную, но зато повторную, хотя в данное время ее может и не быть даже и в периоде резко выраженного асцита. С большей уверенностью можно диагностировать цирроз печени, если удастся заметить со временем постепенное уменьшение печени и увеличение селезенки; к ссажению, присутствию большого количества жидкости в животе значительно затрудняет исследование или делает его совсем безрезультатным, пока не произведено прокола живота.

Амилоид печени никогда не встречается в виде самостоятельного страдания; а только у истощенных детей и, главным образом, у золотушных, страдающих язвенными процессами в кожных или на коже, а также у чахоточных, сифилитиков и вообще при кахексиях от истощающих болезней. При существовании подобных этиологических моментов узнать амилоидную печень нетрудно; при гладкой поверхности она очень велика (нередко доходит до пупка), плотна, с закругленным краем и безболезненна при давлении. Так как амилоидное перерождение почти никогда не ограничивается печенью, а распространяется также на почки и селезенку, то большая селезенка и альбуминурия могут считаться характерными спутниками амилоида печени. Если нет осложнений, то желтухи не бывает. Относительно асцита следует заметить, что он не принадлежит к числу постоянных симптомов занимающего нас страдания. Ввиду того что нередко водянка начинается с ног, а живот поражается позднее, можно думать, что во многих случаях асцита при амилоиде печени главную роль в происхождении его играет не затрудненное кровообращение в печени, а просто гидремия.

Трудно также сказать, насколько принимает участие в производстве асцита *гиперпластическое затверднение печени* — один из симптомов болотного худосочия, диагностика которого основывается, главным образом, на данных анамнеза (продолжительная плотная лихорадка); большая плотная селезенка при значительно увеличенной и также плотной печени с гладкой поверхностью и, наконец, отеки ног и общая анемия составляют картину болезни.

Что касается до водянки живота от сдавления воротной вены увеличенными железами в воротах печени или от сдавления

нижней полой вены выше впадения в нее печеночных вен, то причины эти недоступны для диагностики.

Так как увеличение лимфатических желез обуславливается либо амилоидом и туберкулезом, либо раковым перерождением при раке соседних органов, то предполагать такую причину водянки нельзя, если больной не представляется истощенным и в анамнезе нет указаний на возможность перерождения желез. Этими обстоятельствами можно пользоваться при дифференциальной диагностике простого серозного перитонита.

Экссудативный асцит. Водянка живота, как следствие хронического перитонита, встречается у детей гораздо чаще, чем водянка застойная. *Хронический перитонит*, как следствие простого острого перитонита, встречается довольно редко. Как пример подобного исхода мы приведем следующий случай.

Глухонемой мальчик 10 лет, сын здоровых родителей, имеющий двух здоровых братьев и прежде всегда здоровый, не страдавший ни продолжительными поносами, ни кашлем, ни болями живота, поступил в больницу по поводу боли и вздутия живота. Болезнь его началась с месяц тому назад после того, как он, будучи в поту, напился холодного дива. Болезнь началась жаром, повторно и рвотой и настолько сильной болью живота, что он принужден был принять неподвижное положение на спине. Через несколько дней после того отец заметил сильное увеличение живота. С тех пор больно не вставал и был помещен в больницу через месяц от начала болезни, когда боли живота стали уже значительно легче и больной мог сидеть в постели.

При поступлении больной был несколько бледен и худ, но далеко не истощен; живот сильно увеличен (66,5 см), при давлении болезнен, особенно между пупком и подложечкой, где легко прощупывалось сквозь брюшную стенку затвердение с резко обозначенным плотным нижним краем, очень похожим на край левой доли затвердевшей печени. Край этот шел поперек живота на два пальца выше пупка, от одного подреберья к другому; верхняя граница опухоли на палец не доходила до нижнего конца sterni, вследствие чего в подложечке оставалось небольшое место с меньшей резистентностью, чего не могло бы быть, если бы мы имели дело с увеличенной печенью. Консистенция опухоли очень плотная, поверхность не совсем ровная; при давлении она болезненна, а при легкой перкуссии по опухоли получается тимпанический звук кишок, указывающий на небольшую толщину опухоли. Печень не прощупывается; тупой звук ее начинается на палец ниже соска и опускается до нижнего края грудной клетки. Живот ясно флюктуирует и при постукивании дает в отлогих местах тупой звук, меняющийся место при перемене положения больного. Язык чист, влажен; на низ раз в день, как следует, аппетит порядочный. Моча интенсивно окрашена мочевым пигментом и богата индиканом, без белка. Селезеночная тупость не могла быть определена. Кашля нет, сон удовлетворительный; лихорадка непостоянная и умеренная (37—37,7° по утрам и около 38,5° вечером) без потов. Состояние сил удовлетворительно, больной свободно сидит в постели. Отеков подкожной клетчатки нет нигде, кроме мошонки.

Диагностика простого перитонита была поставлена на основании анамнеза (острое начало, отсутствие катарра кишок и наследственности к туберкулезу), хотя опухоль между пупком и *scrobiculum cordis*, принятая нами за утолщенный и рубцово-стянутый сальник, говорила скорее за туберкулезную форму.

Через несколько дней больной заболел скарлатиной, от которой и умер. Вскрытие показало присутствие в животе серозной жидкости, а опухоль в верхней части живота оказалась не перерожденным сальником, а просто сильно утолщенной брюшиной; воспалительный инфильтрат оканчивался, не доходя до пупка, очень толстым (с мизинец) отвесным краем, симулировавшим край печени. Следов туберкулеза не оказалось нигде, даже и в бронхиальных железах.

Дифференциальная диагностика подобных случаев от туберкулезного перитонита возможна с некоторой вероятностью только на основании анамнеза, когда можно убедиться в отсутствии наследственности к туберкулезу и когда перитонит поражает ребенка, бывшего до тех пор совершенно здоровым и не расположенного к хроническим катаррам.

В других случаях хронический серозный перитонит развивается совершенно самостоятельно под влиянием неизвестных причин или явной простуды (*Galvani*) и протекает с самого начала медленно, без острых симптомов раздражения брюшины, хотя вначале и с лихорадочным состоянием. Даже и во вполне развитом состоянии он не ведет ни к каким осложнениям и *не выражается никакими другими симптомами, кроме значительной водянки живота*, а потому и описывался прежде под именем идиопатического асцита (*ascites idiopatica*); *Galvani* назвал ее *peritonitis rheumatica serosa chronica*. Остальные признаки его отрицательного свойства: живот не напряжен и не болезнен, форма его шарообразная, как и при застойной водянке, затвердений нигде нет, так же как и сращений, а потому границы тупого звука при перемене положения меняются совершенно свободно. Кроме этих отрицательных признаков, серозный перитонит характеризуется тем, что поражает преимущественно *здоровых детей*, общее состояние которых остается хорошим даже и в периоде полного развития водянки: больной хорошо ест, правильно испражняется (по *Baginsk'ому*, впрочем, часто бывает понос), не лихорадит и не ложится в постель, чем эта болезнь отличается, между прочим, от застойных водянок вследствие болезни печени, при которых общее состояние всегда довольно скоро страдает. Обычный

исход этой формы перитонита—выздоровление по прошествии 3—6 месяцев от начала болезни, хотя возможен и летальный исход, как это было, например, в следующем случае:

Мальчик Н. О., 4 лет и 3 месяцев, поступил в клинику 6/IX 1896 г. по поводу увеличения живота; родители больного—люди здоровые и молодые (отцу 30 лет, матери 24 года); ни туберкулеза, ни сифилиса, ни психических болезней у близких родных нет. Из двух детей первый ребенок—девочка—умерла 8 месяцев от поноса, второй—наш больной, родился в срок, кормился грудью матери 8 месяцев, первые зубы на 8-м месяце, начал ходить в начале 2-го года. На 10-м месяце и на 18-м перенес два воспаления легких, а после того до 15/IV 1896 г. ничем не хворал; 15/IV жар до 40° и кашель, но ребенок вскоре поправился; 2 месяца спустя, около середины июня, по утрам мать стала замечать припухлость век, а еще через несколько дней она обратила внимание на увеличение живота. Это было за 3 месяца до поступления в клинику; за все это время больной оставался на ногах, заметного жара у него не было, но аппетит поуменьшился, развилась некоторая бледность и похудание.

Status praesens. Больной худощав и бледен, его вес всего 32½ фунта, на грудной клетке следы рахитизма, лимфатические железы на шее и на других местах не увеличены; язык чист, аппетит мал (больной довольствуется двумя кружками молока, несколькими ложками бульона и молочной каши), рвоты и отрыжки нет, на низ за последнее время по разу в сутки, нормально. Живот *значительно увеличен* (в самом широком месте 57 см), шарообразной формы, при ощупывании *безболезнен, стенки его не напряжены*, так что легко прощупывается тонкий, нежный край немного увеличенной печени, селезенка не прощупывается; *флюктуация ясно доказывает присутствие в полости живота жидкости*, которая при перемене положения больного всегда занимает отлогие места; следовательно, она вполне подвижна, не закапсулирована. *Никаких затвердений или опухолей в животе не заметно*; печень выстоит из-за края подреберья пальца на три, края ее и передняя поверхность гладки, консистенция печени не увеличена, верхняя граница тупости—VI ребро. Тупой звук селезенки заглушен тимпаническим звуком кишок. Перкуссия и аускультация легких и сердца дают нормальные результаты, кашля нет, но дыхание учащено (40—44), пульс 112, температура in ano 37—37,2°, потливости нет; моча кислая, без белка и без осадка, сон хороший, на головную боль не жалуется.

Больной оставался в клинике 3½ месяца; за все это время никаких особых перемен не было вплоть до тех пор, пока не сделали лапаротомию (6/XII). Швы удалены через неделю, а еще через 5 дней больной спущен с постели; окружность живота после операции—44, через неделю—47, еще через 3 дня—48; 21/XII больной выписался при хорошем общем состоянии, но с жидкостью в животе. В феврале он перенес инфлюэнцу с воспалением нижней доли левого легкого, после чего живот увеличился до 62 см, причем температура оставалась нормальной, аппетит порядочный, стул нормальный, живот болезненный, расположение духа хорошее, больной целый день на ногах. Осенью 1897 г. мальчик поступил в другую детскую больницу с громадной водянкой живота, где и умер. При аутопсии у него оказалось, что брюшина воспалительно утолщена, но совершенно свободна от туберкулов. Морские свинки, которым была врыснута в полость брюшины асцитическая жидкость еще при жизни больного, не заболели туберкулезом.

Случай этот мы привели подробно, главным образом, ввиду того, что в настоящее время некоторые врачи (см., например, *Traité des maladies de l'enfance—Grancher, Comby et Marfan*, т. III, р. 75) сомневаются в существовании простого хронического перитонита и все подобные случаи относят к туберкулезной форме, а между тем случай наш доказывает, что простой хронический перитонит существует.

От застойной водянки живота серозный перитонит отличается отсутствием опухоли печени, сравнительно хорошим общим состоянием и отсутствием в анамнезе и *in statu praesente* указаний на сифилис и туберкулез. Гораздо больше сходства с серозным перитонитом представляет брюшная водянка от атрофического цирроза печени, тем более что и при перитоните печень может оказаться уменьшенной¹ вследствие того, что под влиянием асцита она поворачивается как бы около поперечной своей оси и становится своим нижним краем кпереди, отчего тупой звук печени и представляется уменьшенным. В пользу серозного перитонита говорит отсутствие следов желтухи, *нормальная величина селезенки*, стационарное положение асцита и хорошее состояние питания в течение долгого времени, отсутствие поносов и отчасти возраст детей: серозный перитонит встречается, главным образом, у маленьких детей, лет до 5, а цирроз печени—у детей старшего возраста. Выяснению диагностики может содействовать, наконец, и прокол живота, и именно в двух отношениях: во-первых, после удаления жидкости удобнее исследовать печень и, во-вторых, надежные данные могут получиться при исследовании выпущенной жидкости по отношению к ее удельному весу, количеству белка и микроскопическим ее свойствам (примесь гнойных телец в экссудатах). Удельный вес трансудата бывает не больше 1 010—1 012, а при серозном перитоните —1 015 и больше.

Хронический туберкулезный перитонит является самой частой причиной изолированных брюшных водянок у детей, и на его долю приходится значительно больше случаев асцита, чем на все другие причины, вместе взятые.

Развитию его предшествуют обыкновенно хронические поносы с болями живота, часто сменяющиеся запорами; дети оказываются золотушными (хронические экземы, адениты, болезни костей) или происходят от туберкулезной семьи. Вот если при

¹ Впрочем, при атрофическом циррозе печени в детском возрасте она может быть еще увеличенной даже и в периоде водянки.

таких условиях появляется у ребенка водянка живота при значительном напряжении брюшных стенок, вследствие чего живот несколько сдавливается с боков и получает овальную (а не шарообразную, как при тимпаните или застойном асците) форму с выступающим пупком, то можно с уверенностью предполагать у него начало туберкулезного перитонита. Ни рвоты, ни сильной боли при давлении на живот может при этом не быть, да обыкновенно и не бывает; чаще встречаются схваткообразные произвольные боли, а при давлении только легкая боль. По мере развития процесса диагностика делается легче. Живот значительно увеличен, отчасти от метеоризма, отчасти от накопления жидкости, брюшные стенки напряжены, подкожные вены живота растянуты, при ощупывании в разных местах живота или в одном каком-либо месте удается прощупать или затвердения без ясных границ, или бугристые опухоли; в этих местах живот всегда болезнен при давлении. Если эти затвердения обуславливаются сращением кишок с утолщенной брюшиной, то соответственные места постоянно дают тимпанический звук при каком угодно положении больного. Ничего подобного при застойных асцитах никогда не встречается; там вследствие отсутствия сращений жидкость свободно перемещается, и потому в отлогих местах всегда получается тупой звук.

Далее, характерно для туберкулезного перитонита прогрессивное похудание больного, более заметное на конечностях, грудной клетке и шее и менее в лице, позволяющее диагностировать болезнь *par distance* благодаря характерному контрасту между большим животом и общей худобой, и изнурительная лихорадка с почти нормальными или даже субнормальными утренними температурами и с вечерними повышениями до 38,5—39°. Иногда лихорадка делает на несколько дней перемежку, но потом опять появляется.

При диагностике туберкулезного перитонита не следует смущаться, если у больного нет кашля и вообще признаков туберкулеза легких. Дело в том, что в детском возрасте легкие не представляют излюбленного места для локализации туберкулезных бактерий, и потому нередко случается, что туберкулезный перитонит, а еще чаще менингит являются изолированными. Гораздо реже случается, чтобы при туберкулезном перитоните не было поражения кишок в виде хронического катарра или туберкулезных язв, так как заражение брюшины туберкулезом происходит обыкновенно от кишок или брыжеечных желез; вот поэтому-то именно в анамнезе у больного туберкулезным перитонитом и удается

почти всегда узнать о том, что он долгое время страдал поносами и болями живота; это обстоятельство может служить при случае для дифференциальной диагностики от простого хронического перитонита.

В диагностическом отношении следует заметить еще, что у туберкулезных больных вообще и в частности при перитоните у детей печень нередко встречается увеличенной вследствие ожирения и легко прощупывается; но она никогда не достигает такой величины и плотности, чтобы можно было принять ее за амилондую печень и насчет ее отнести водянку живота.

Наглядности ради мы сопоставим рядом признаки хронического простого и туберкулезного перитонитов.

Peritonitis tuberculosa

Этиология: наблюдается у детей хворых, из чахоточной семьи или представляющих какие-либо туберкулезные поражения костей или внутренних органов. В анамнезе частые поносы с болями живота.

Симптомы: общее питание страдает сильно; через 2—3 месяца от начала увеличения живота больной сильно похудел, кожа на внутренней поверхности бедер висит в складках, лицо очень бледно.

Форма живота: овальная.

Брюшная стенка: напряжена, при давлении в некоторых местах болезненна и кое-где прощупываются уплотнения, всего чаще между подложечкой и пупком.

Тупой звук: вследствие присутствия в животе сращений местами не изменяет своих границ при перемене положения больного.

Тихорадка: всегда ясно выражена.

Течение: ведет к прогрессивному истощению организма и кончается обыкновенно смертью через 6—12 месяцев, хотя возможно и выздоровление.

Peritonitis chronica serosa

у детей, свободных от туберкулезной наследственности и от туберкулеза других органов; в анамнезе иногда отмечается незадолго до начала асцита влияние простуды (лежание на сырой земле, промокание платья) или острой инфекционной болезни (тиф, корь).

общее питание страдает мало; через 2—3 месяца от начала болезни остается еще порядочное количество подкожного жира, так что кожа бедер не висит

шарообразная.

но напряжена; болезненности при давлении нет, уплотнения не прощупываются.

всегда занимает отлогие места.

бывает только вначале, а потом температура остается нормальной

в течение многих месяцев стационарное, большей частью кончается выздоровлением через 4—6 месяцев, но возможен и летальный исход.

ОПУХОЛИ ЖИВОТА

При диагностике опухоли живота надо прежде всего определить, от какого органа она происходит, а потом уже выяснить ее натуру.

Увеличение печени и селезенки узнается легко по месту, занимаемому опухолью, и по форме ее, причем особенно характерной является вырезка на нижнем крае печени или на переднем крае селезенки.

Об опухолях печени мы скажем всего лишь несколько слов, так как они выражаются теми же симптомами, что и у взрослых.

Печень у детей первых лет жизни и в нормальном состоянии выступает из-под ребер по l. mamillaris на один-два пальца и если не прощупывается, то только потому, что край ее недостаточно тверд для этого; но стоит печени получить большую плотность, как она сейчас же становится легко доступной осязанию и кажется увеличенной.

В одних случаях поверхность увеличенной печени бывает гладкой, в других—неровной, бугристой; иногда она бывает значительно увеличенной, иногда же остается почти нормальной. На основании этих признаков и, главным образом, ввиду этиологических моментов диагностика припухлости печени вообще нетрудна.

Острое незначительное увеличение печени при гладкой поверхности и небольшой плотности встречается у детей, во-первых, от застоя желчи при катарральной желтухе и, во-вторых, от паренхиматозного набухания или гиперемии печени в течение острых инфекционных болезней, например при тифе, рекурренте и др. В обоих этих случаях вслед за излечением основной болезни исчезает и увеличение печени. Сюда же относится гиперемийная опухоль печени при отравлении некоторыми ядами, например фосфором.

В хронических случаях большая печень с гладкой поверхностью и мало или совсем неболезненная при давлении может зависеть от следующих причин:

1. П а с с и в н а я г и п е р е м и я п е ч е н и наблюдается при пороках сердца, хроническом плеврите и вообще при условиях, затрудняющих отлив венозной крови к сердцу. Печень несколько чувствительна или даже болезненна при давлении, выступает из-под ребер по l. mamillaris, в легких случаях пальца на два-три, в более тяжелых спускается ниже пупка; плотность ее не особенно велика. *С улучшением состояния сердечной работы объем*

органа уменьшается. Нельзя ставить диагноз застойной гиперемии печени, если нет для этого этиологических условий в виде слабости сердца или других препятствий для кровообращения. Застойную печень приходится наблюдать иногда при скарлатинозном нефрите, сопровождающемся расширением сердца с упадком его деятельности.

2. **Интерстициальный гепатит** является большей частью вследствие долго длившегося интермиттента. Печень очень плотна и безболезненна при давлении. Всегда есть и большая и плотная селезенка. Как показывают наблюдения Оболенского (Медицинское обозрение, т. XXX, стр. 254), подобного рода гиперτροφический цирроз печени (так называемый завал печени) под влиянием лечения каломелем способен к обратному метаморфозу, причем вместе с уменьшением объема печени улучшается и общее состояние больного.

3. **Жирная печень** у детей не достигает особенно большой величины и плотности, поверхность ее совершенно гладкая. Встречается у грудных тучных детей под влиянием избыточного употребления молока, а также у истощенных субъектов, в особенности при туберкулезе, анемии и рахитизме. От амилоидной печени, которая также встречается иногда у туберкулезных и истощенных субъектов, жирная печень легко отличается своей мягкой консистенцией и меньшей величиной (никогда не доходит до пупка). При *мутном набухании* печень, как и при ожирении, бывает слегка увеличена, мягка и гладка, но тут этиология совсем иная: зернистое перерождение или мутное набухание встречается при остролихорадочных болезнях и развивается остро.

4. **Амилоид печени**, о котором была уже речь на стр. 164.

5. **Лейкемическая печень** по величине и плотности не уступает предыдущей, подобно которой сопровождается также значительной опухолью селезенки, но отличается от нее тем, что сопровождается симптомами лейкемии (исследование крови) при отсутствии этиологических моментов, свойственных амилоидной печени.

6. **Эхинококк печени** тоже ведет к значительному увеличению и уплотнению органа, но от всех других сходных процессов отличается чрезвычайно медленным течением (несколько лет) и еще тем, что общее состояние остается очень хорошим даже и тогда, когда печень достигла уже громадных размеров, например, доходит до пупка. Такое несоответствие между хорошим состоянием общего питания, с одной стороны, и громадной печенью—с другой, в связи с очень медленным тече-

нием, при отсутствии асцита и желтухи, делает диагностику эхинококка весьма вероятной даже и при отсутствии симптомов, специально указывающих на эхинококк. Однако правило это допускает исключение. Так, например, осенью 1897 г. в нашу клинику поступила девочка 5 лет по поводу большого живота; по словам матери, увеличение живота замечено три года тому назад. Девочка была порядочно упитана, не бледна, целый день оставалась на ногах и ни на что не жаловалась. Объективное исследование открыло только одну ненормальность, именно—громадную печень; по средней линии нижний край доходил до пупка, по передней подмышечной линии на правой стороне он почти касался подвздошной кости; плотность печени была невелика, поверхность ее совершенно гладка, не было ни асцита, ни желтухи, словом, все говорило как будто за эхинококк печени, почему больная была переведена в хирургическую клинику. Проф. Бобров произвел пробную лапаротомию, обнажил печень, обследовал ее и ощупыванием, и уколами иглой, но в конце концов, заявил, что, помимо значительной гипертрофии, он не находит в этой печени ничего ненормального. Рана была зашита, и через некоторое время девочка выписалась *in statu quo ante*. В январе 1898 г. поступила в клинику другая девочка по поводу пневмонии, а при исследовании у больной была определена такая же печень, как у первой больной, т. е. такая же большая, гладкая и не очень плотная, так что в этом случае мы предположили уже не эхинококк печени, а простую гипертрофию ее.

Ввиду подобных случайностей с диагностикой эхинококка следует быть осторожным, пока не появятся специальные симптомы, которые получаются в том случае, если пузырь эхинококка сидит на верхней поверхности печени, доступной ощупыванию. Тогда на гладкой поверхности печени легко заметить осязанием гладкую же полусферическую выпуклость, дающую более или менее заметную флюктуацию; жидкость, извлеченная пробным проколом из этой выпуклости, отличается от всякого транссудата или экссудата тем, что не содержит белка, но зато очень богата хлористым натрием. Под микроскопом иногда удается открыть в ней крючки эхинококка.

Если пузырь паразита помещается вблизи ворот печени и, сдавливая воротную вену или желчный проток, вызывает водянку живота или желтуху, то диагностика становится более затруднительной. Многокамерный эхинококк печени вызывает совсем иную картину, но в детском возрасте он до сих пор не описан.

При абсцессе печени, бывающем большей частью пиемического происхождения, печень тоже значительно увеличивается, и на поверхности ее удается прощупать флюктуирующие выпуклости; но при этом всегда бывает неправильная лихорадка, печень болезненна, общее состояние сильно страдает.

Иногда, правда, в очень редких случаях, край печени прощупывается около пупка не потому, что печень увеличена, а потому, что она смещена. Смещение печени книзу всего чаще наблюдается у детей при обильном правостороннем плевритическом экссудате, который легко узнается при исследовании груди. В других случаях, как, например, это было в наблюдении Гундобина (Медицинское обозрение, XXIX, стр. 650), смещение печени зависело просто от расслабления поддерживающей связки. Такое смещение печени отличается от увеличения ее опущением верхней границы органа, что легко узнается с помощью перкуссии.

Большая печень с неровной бугристой поверхностью встречается при сифилисе печени и при злокачественных новообразованиях в ней.

О сифилисе печени была речь на стр. 163. Кроме гумозной формы сифилиса, у детей встречается еще и разлитой интерстициальный сифилитический гепатит, при котором печень, увеличиваясь в объеме, сохраняет свою гладкую поверхность. Но форма эта, свойственная новорожденным и грудным детям, позднее почти вовсе не встречается.

Злокачественные новообразования в печени у детей почти никогда не встречаются в первичном виде, обыкновенно же печень поражается последовательно при саркомах глаза, почек или костей. Больной скоро впадает в кахексию и живет не более 3—4 месяцев. Симптомы состоят в громадном увеличении печени, получающей бугристую поверхность.

Увеличение селезенки встречается у детей очень часто и притом как в острой, так и в хронической форме. Узнать опухоль селезенки можно посредством постукивания и ощупыванием.

В нормальном состоянии верхняя граница тупого звука селезенки начинается по задней аксиллярной линии (где селезенка выходит из-под легкого) от IX ребра; передняя граница, соответствующая переднему краю селезенки, лежит на средней аксиллярной линии или несколько заходит за нее, но никогда не достигает линии, соединяющей левый сосок с концом XI ребра; нижняя граница тупого звука (нижний край селезенки) лежит

по задней аксиллярной линии вблизи нижнего края ребер и несколько кзади от конца XI ребра, который приходится обыкновенно на средней аксиллярной линии (Sahii, Die topograph. Percus. im Kindesalter, 1882, S. 155). Ввиду этого можно считать тупой звук селезенки увеличенным в том случае, если по *задней аксиллярной линии он начинается выше IX ребра и доходит до XI и если передняя граница его достигает или заходит за линию, соединяющую конец XI ребра с соском*. Но считать данные перкуссии за доказательные можно лишь в том случае, если тот же результат получается в течение 2 — 3 дней подряд, так как в противном случае нельзя быть уверенным в том, что увеличение селезеночной тупости не зависит от скопления испражнений в соседних петлях кишок. И, наоборот, увеличенная селезенка может дать нормальную селезеночную тупость, если она прикрыта кишками, раздутыми газами.

Гораздо более надежные результаты дает ощупывание. Чем моложе ребенок, тем легче удается прощупать селезенку в случае ее увеличения; у детей первых месяцев жизни она нередко прощупывается даже и в нормальном состоянии. За исключением этих случаев, можно принять за правило, что *если селезенка прощупывается, то, стало-быть, она увеличена* (если только она не смещена левосторонним плевритическим экссудатом).

Отличить острое опухание селезенки от хронического не всегда легко при исследовании больного в первый раз. При хронической опухоли селезенка отличается вообще большей твердостью и большей величиной. При остром опухании селезенка редко вытупает из-под ребер более чем на 2—3 пальца. Если опухоль селезенки наблюдается у больного, не страдающего никакой лихорадочной болезнью, то она, конечно, хроническая; если же больной сильно лихорадит, то опухоль селезенки мы можем с уверенностью считать за свежую лишь в том случае, если увеличение ее произошло на наших глазах или если известно, что несколько дней или недель тому назад опухоли селезенки у больного не было. Подозревать недавнее происхождение припухлости селезенки можно в том случае, если при незначительном увеличении она болезненна при ощупывании. Убедиться в существовании острого припухания селезенки важно потому, что от этого может зависеть диагностика данной лихорадочной болезни, так как несомненно, что не при всех остролихорадочных болезнях, хотя бы и инфекционных, селезенка припухает одинаково постоянно. Острое опухание селезенки всего чаще встречается при различного рода тифах, при болотной лихорадке и пиемии;

особенно большое значение мы придаем свежей опухоли селезенки для распознавания тифа, когда приходится отличать его в первые дни заболевания от различных простудных и гастрических лихорадок, а также от некоторых случаев менингита, которые по ходу температуры и по некоторым другим признакам могут быть очень похожи на него. Присутствие опухоли селезенки при разных других лихорадочных болезнях не может ослабить диагностического значения этого симптома для тифа уже потому, что все те болезни, при которых может встретиться опухоль селезенки, имеют в громадном большинстве случаев так мало общего с тифом, что легко отличаются от него, несмотря на селезенку. Странно было бы, например, диагностировать тиф на основании опухоли селезенки, если вся кожа больного покрыта скарлатиновой или оспенной сыпью, или если есть все признаки крупозной пневмонии.

Хроническая опухоль селезенки у детей до 2 лет всего чаще встречается у рахитиков, а также при врожденном сифилисе. В обоих этих случаях селезенка достигает иногда значительной величины (выступает пальца на 3—4 из-под ребер) и отличается чрезвычайной плотностью (гиперплазия соединительной ткани). Такие дети представляют обыкновенно сильную степень малокровия (восковая бледность), нередко увеличенную, плотную печень, — словом, картина болезни сильно напоминает лейкомию или амилоидное перерождение селезенки и печени. Отсутствие увеличения числа белых кровяных телец отличает эти случаи простой хронической гипертрофии селезенки от лейкомической, исход в выздоровление — от псевдолейкемии; а что касается до амилоидного перерождения селезенки, то диагностика основывается, главным образом, на этиологических моментах: в пользу амилоида говорит именно наличие где-либо в теле хронического нагноения (костоеда, туберкулез легких и пр.). Несомненно, что хроническая опухоль селезенки вместе со значительной анемией встречается иногда и у детей, в других отношениях здоровых, т. е. у таких, у которых нет ни рахитизма, ни сифилиса; подобные случаи описываются под именем *детской селезеночной анемии* (*anaemia splenica infantum*).

У более взрослых детей большие и плотные селезенки всего чаще являются следствием затяжного интермиттента, реже — амилоидного перерождения, лейкомии и псевдолейкемии. Диагностика причин опухоли селезенки основывается на анамнезе и на симптомах, характерных для той или другой болезни.

Почки могут прощупываться в виде опухоли в животе, когда они слишком подвижны—*странствующая почка*—или значительно увеличены.

Подвижная почка, симулирующая опухоль в животе, узнается, во-первых, по величине и форме своей, а, во-вторых, по тому, что посредством методического давления она может быть поставлена на свое место. Характерна также большая подвижность опухоли: сегодня вы находите ее около пупка, завтра—совсем не находите и т. п.

Опухоли почек вследствие *злокачественного новообразования* в них хотя и принадлежат к редкостям, но тем не менее саркома и рак почек есть по преимуществу болезнь детского возраста, и особенно замечательно именно то, что максимум заболеваний падает на возраст до 5 лет; максимум этот так резок, что превышает число случаев любого из следующих десятилетий, не исключая и старческого возраста. По статистике Epstein'a, из 52 случаев первичного рака почек на долю детей от 0 до 5 лет приходится 16 случаев, от 40 до 50 лет—6 случаев, от 50 до 60 лет—10 случаев (Ziems., Handbuch, IX B. S. 112). Из всех внутренних органов почки и надпочечные железы поражаются раком чаще всех других, что имеет важное значение для распознавания, так как если врач имеет основание ставить диагностику злокачественного новообразования в органах живота, то уже а priori он может предполагать, что первично поражены у ребенка почки или, вернее, одна из них, так как двусторонний рак почек встречается редко.

В первом периоде образования рака больной не жалуется обыкновенно ни на что, но по временам у него появляется гематурия или альбуминурия, хотя, впрочем, ни то, ни другое не обязательно. Позднее является опухоль в *поясничной области*, которая всего скорее прощупывается в боковой стороне живота, между гребешком подвздошной кости и нижним краем ребер. Рост опухоли идет довольно быстро, что сопровождается значительными болями живота и скорым наступлением кахексии. Если опухоль почки достигла такого размера, что легко прощупывается через переднюю брюшную стенку, то она характеризуется вообще следующими особенностями: она неподвижна (ни при дыхании, ни пассивно), верхнюю границу ее можно легко прощупать и таким образом доказать, что опухоль исходит не от печени. Она растет сзади наперед, отодвигая кишки в сторону, но так, что ободочная кишка, будучи прикрепленной рыхлой клетчаткой к *m. quadratus lumb.*, не следует общему оттеснению кишок, а остается на перед-

ней поверхности опухоли и узнается по полосе тимпанического звука, идущей в косвенном направлении от нижней границы опухоли к верхней. Поверхность опухоли бугристая, консистенция — неравномерная; живот сильно вздувается, но асцит может и не быть, если новообразование не перешло на брюшину. В случае последовательного поражения брыжеечных или ретроперитонеальных желез опухоли различной величины и плотности могут прощупываться и в других местах живота, но самая главная опухоль, соответствующая почке, все-таки будет между *crista os. ilei* и ложными ребрами, откуда ее можно проследить по направлению кзади до поясницы, а впереди — до пупка. Ради лучшего определения границ опухоли всегда следует производить исследование обеими руками: одна производит давление на опухоль со стороны живота, а другая — помещается на поясницу.

Громадный живот, местами болезненный, и присутствие в нем различной величины опухолей или затвердений обуславливает сходство картины болезни при раке почки с хроническим перитонитом.

Диагностика основывается на более быстром развитии кахексии при раке (смертельный исход в 3—4 месяца, при туберкулезном перитоните — месяцев 6—12), на форме, величине и месте опухолей (при перитоните опухоли прощупываются всего чаще между пупком и подложечкой; при постукивании они дают тимпанический звук, так как небольшая толщина воспалительных инфильтратов не может заглушить тимпанического звука кишок), на отсутствии асцита при раке и туберкулеза других органов.

Напротив того, нормальная моча, свободная от белка и крови, не может служить доказательством против рака почки, так как альбуминурия и гематурия могут наблюдаться только до тех пор, пока пораженная почка продолжает еще функционировать.

У детей встречается еще другого рода опухоль почки, достигающая иногда тоже громадных размеров, именно *hydro-nephrosis*. В животе прощупывается при этом шарообразная флюктуирующая гладкая опухоль, исходящая из области почки. Пробным проколом извлекается прозрачная жидкость, содержащая мочевины и мочевую кислоту. Подобная же флюктуирующая опухоль может встретиться при эхинококке почки и кисте яичника — и то, и другое — громадная редкость; впрочем, в литературе есть случаи удачно оперированных кист яичника у девочек 9—10 лет.

Если флюктуирующая опухоль, исходящая из области почки, обуславливается эхинококком, то в жидкости, извлеченной проб-

ным проколом, не оказывается ни составных частей мочи, ни белка, но в ней удается найти под микроскопом крючки эхиноккока.

При больших овариальных кистах опухоль тоже шарообразная, гладкая и флюктуирующая, но исходит она из малого таза и занимает область пупка и подчревя, оставляя боковые части поясницы свободными; при постукивании здесь получается ясный звук, независимо от того, лежит ли больной на спине или на боку. Отсутствие флюктуации не исключает кист яичника, так как проявлению этого симптома могут препятствовать различные обстоятельства, каковы, например, многокамерность кисты, толстые стенки ее, густота содержимого.

Поводом к образованию объемистых опухолей живота могут служить *творожистоперерожденные брыжеечные железы* или саркома *ретроперитонеальных желез*. В первом случае бугристая опухоль прощупывается в области пупка, если только не препятствует этому значительный метеоризм, который, к сожалению, почти постоянно встречается у подобного рода больных и благодаря которому увеличенные брыжеечные железы часто остаются недоступными для диагностики.

Чаще удается прощупать саркоматозно-перерожденные *ретроперитонеальные железы*, лежащие впереди и по бокам поясничной части позвоночника. Бугристая опухоль, достигающая иногда громадной величины, прощупывается обыкновенно в нижней части живота или в боковых областях его, между гребешком безымянных костей и ложными ребрами; в последнем случае опухоль может быть принята за саркому почек.

Отличие основывается отчасти на свойствах мочи (при поражении ретроперитонеальных желез — нормальная, при раке почек нередко содержит белок и кровь), отчасти на положении опухоли относительно позвоночника: лимфатические железы лежат на средней линии, а почки — более к стороне.

Что в животе могут прощупываться опухоли вследствие образования воспалительных инфильтратов при хроническом перитоните или перитифлите или колбасообразные опухоли при инвагинации кишок, об этом было уже сказано раньше. Здесь остается упомянуть еще об опухолях вследствие скопления в толстых кишках комков кала и о надлобковой упругой шарообразной опухоли от растяжения мочевого пузыря мочой.

Каловые опухоли прощупываются или в средней, или в боковых частях живота; они подвижны и безболезненны. Всего характернее для них то, что после слабительного они исчезают.

Начинающий должен иметь в виду, что в области эпигастрия между пупком и *scrobiculum cordis*, несколько в сторону от средней линии, может прощупываться довольно плотная опухоль, обязанная своим происхождением сокращению верхнего брюшка *m. recti abdominis*. Ложная опухоль эта отличается от настоящих опухолей, во-первых, тем, что она прощупывается не постоянно, и, во-вторых, тем, что контуры ее соответствуют границам мускула.

В заключение заметим еще, что опухоль в подвздошной области может зависеть от скопления гноя в этом месте, например, при *psoriasis* или при затечных нарывах при костоеде позвоночника.

КИШЕЧНЫЕ ГЛИСТЫ

В кишечнике детей встречаются несколько видов круглых и плоских глист. Из класса круглых глист, представляющих клинический интерес, надо назвать *детскую острицу* (*oxyuris vermicularis*) и *аскариду* (*ascaris lumbricoides*), а из ленточных— *солитера* (*taenia solium*), *срединоканальчатого*, или *невооруженного лентеца* (*taenia mediocanellata*), *лентеца широкого* (*botrioscephalus latus*), *тыжковидного цепenea* (*taenia cucumerina s. elliptica*) и *taenia nana*.

Д е т с к а я о с т р и ц а—самая маленькая из всех кишечных глист, достигает в длину всего 0,5 см. Она живет главным образом в толстых кишках и по временам, особенно вечером, делает вылазки наружу, вызывая при этом сильный зуд в заднем проходе. Если в это время исследовать больного, то причину зуда легко открыть в присутствии нескольких экземпляров глист в окружности *ani* и в его складках; их можно найти также в испражнениях в виде очень мелких подвижных белых червячков. Впрочем, вечерний или ночной зуд уже сам по себе настолько характерен для этой глисты, что позволяет ставить правильную диагностику и без исследования кала; если бы врач, упустивший из виду остриц, приписал периодически возвращающийся зуд по вечерам маскированной лихорадке, то он поступил бы очень опрометчиво. Яйца остриц характеризуются неправильно яйцевидной формой и равномерной зернистостью содержимого (рис. 1).

А с к а р и д а, или обыкновенный струнец, по форме своей очень похожа на дождевого червя, но отличается от него большей величиной (длина до 6 вершков) и беловатым цветом с розовым оттенком. Яйца легко узнаются по бугристой скорлупе (рис. 2).

К группе круглых глист относится еще *trichocephalus dispar*—хлыстовик (рис. 3), живущий обыкновенно в слепой кишке и характеризующийся волосовидным головным концом и более толстой задней частью тела; яйцо его овальной формы, резко отли-



Рис. 1. Детская острица (натуральная величина) и ее яйца (увеличение 250).

Рис. 2. Аскарида (натуральная величина) и ее яйцо (увеличение 300).

Рис. 3. Хлыстовик (натуральная величина) и его яйцо (увеличение 300).

чается от яиц всех других видов кишечных глист ясно заметными утолщениями на обоих полюсах.

Все ленточные глисты похожи между собой в том отношении, что состоят из ряда члеников, соединенных в цепочку; по мере приближения к голове членики делаются все меньше и меньше, так что в самой тонкой части глисты, так называемой шейке, имеющей вид нитки, делаются неразличимы для простого глаза.

Самая маленькая из них — *taenia pana*. Глиста эта считается большой редкостью для России и для западной Европы (она водится, главным образом, в Египте и в южной Италии). До прошлого года в России был описан только один случай этой глисты проф. Афанасьевым в Петербурге; случай этот относится к молодому солдату. Исследование испражнений в нашей клинике показало, однако, что *taenia pana* встречается в Москве не особенно редко, так как в течение весны нам встретились 3 случая этой глисты, сначала у мальчика 8 лет и его сестры 6 лет, а потом у девочки 1 года 3 месяцев, умершей от ларингоспазма.

Несмотря на то, что глиста эта водится в кишках обыкновенно в громадном количестве, а именно в числе нескольких сотен, отыскивать ее в испражнениях дело довольно трудное, потому что глиста эта очень тонка и мала. Мы поступали таким образом: брали на кончик ножа жидкое содержимое кишок и разбалтывали его в тарелке с водой; экскременты как более тяжелые после взбалтывания скоро падают на дно, а глисты как более легкие некоторое время остаются взвешенными в воде, и тогда их легко заметить и выловить.

Длина глисты 1—2 см, ширина 0,5—1 мм; голова, как у солитера, — с 4 присосками, хоботком и венчиком из крючков; членики, как у *botrios. latus*, более широки, чем длинны, но отличаются микроскопической величиной, так что на пространстве сантиметра можно насчитать до 150 члеников; половые отверстия (опять-таки, как у ширбкого лентеца) помещаются не на краю членика, а в середине его и притом все с одной стороны. Яйца овальной формы, по величине равняются яйцам солитера, от которых легко отличаются по оболочке: она толста, но не представляет лучеобразных полосок. В яйце виден зародыш, имеющий от 4 до 6 крючков.

Taenia cucumerina достигает только $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ аршина длины и одним уже этим признаком резко отличается от других видов лентецов, длина которых доходит до нескольких аршин. Другое важное отличие — это красный цвет зрелых члеников (у всех других глист они белого цвета), из которых каждый снабжен двумя половыми отверстиями, по одному с каждой стороны. По устройству головы она всего больше похожа на *taenia solium*, так как имеет 4 присоски и хоботок, окруженный венчиком из крючков. Заражение детей происходит от собак, при посредстве особого рода вши, известной под именем волосоеда (*trichodectes canis*). Вошь поедает яйца глисты, случайно приставшие к волосам собаки, заражается финнами, а потом, попадая в рот ребенка, заражает его цепенем.

Широкий лентец легко отличается от двух других видов солитера как по устройству головки, так и по форме члеников. У *taenia solium* и *taenia mediocancl.* четырехугольная головка снабжена 4 круглыми присосками и у первого, кроме того, хоботком, окруженным крючками (венчик), у *botrioc. latus* — головка овальная с двумя продолговатыми ямками. Зрелые членики у первых двух — четырехугольной формы, длина каждого членика приблизительно в $1\frac{1}{2}$ раза больше ширины, а у *botrioc. latus*, наоборот, — поперечник членика больше его длины. Половые отверстия открываются у широкого лентеца в середине плоской поверхности членика и все на одной стороне, а у тех двух — по середине того или другого края.

Taenia solium (рис. 4) и *taenia mediocancl.* легко отличаются друг от друга только по головке, так как членики их очень похожи между собой и отличаются разве только тем, что у *taenia solium* матка, идущая по середине членика, дает в обе стороны гораздо меньше ветвей (7—12), чем у *taenia mediocancl.* (25—30) (рис. 5). Чтобы видеть эти ветви, надо слегка сдавить членик между двух стекол и смотреть на свет. Для *taenia mediocancl.* характерно до некоторой степени то, что его членики нередко выходят и без испражнения, тогда как у *taenia solium* это наблюдается лишь в исключительно редких случаях, хотя все-таки бывает, как доказывает, например, случай с одной дамой, упоминаемый Mosler'ом, у которой проглоттиды *taeniae solii* в первый раз вышли на балу во время танцев. Наконец, можно пользоваться для диагностики анамнезом, так как известно,

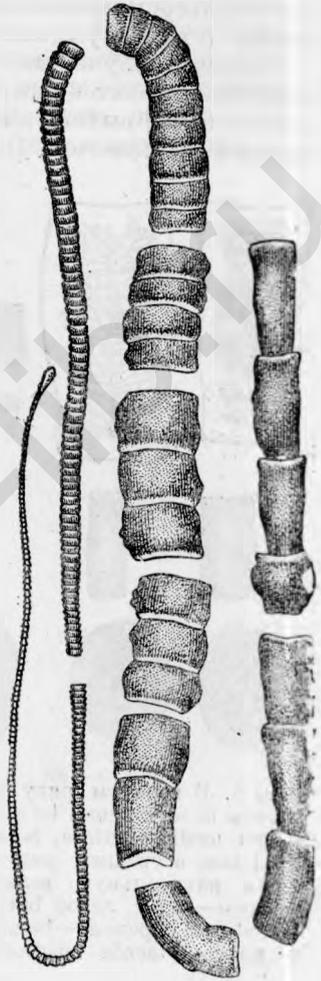


Рис. 4. Различные части солитера в натуральную величину.

что солитером человек заражается при употреблении сырой свинины, а невооруженным цепенем—говядины.

Нередко случается, что присутствие в кишках аскарид или ленточных глист не выражается никакими симптомами и узнается только после выхода или целой глисты (аскариды), или отдельных члеников и цепочек. В других случаях, хотя и появляются раз-

личные симптомы со стороны первой системы (головокружение, наклонность к обморокам, скрежет зубов, хореобразные или эклампсические судороги, расширение зрачков, зуд носа) или со стороны органов пищеварения (тошнота и рвота на тошак, приступы колик, неправильность стула, изменчивый аппетит), или со стороны общего питания (бледность, *злокачественное малокровие*, общая слабость, неправильного типа лихорадка), но все эти симптомы настолько нехарактерны и непостоянны, что на основании их можно только предполагать существование глист. Более точная диагностика основывается или на микроскопическом исследовании кала в смысле открытия в нем яиц той или другой глисты, или на результатах прсбного лечения.

Что касается до яиц, то их всегда можно найти при оксиурах, аскаридах, широком лентеце и *taenia papa*, но не при

Рис. 5. В верхнем ряду в увеличенном виде членики *taenia solium*, *taenia mediocanellata*, *botriosephalus latus*; в среднем ряду—членики в натуральную величину; в нижнем—яйца: левое *botriosephalus latus*; в середине—*taenia solium* и правое—*taenia mediocanellata*.

taenia solium и *mediocan.*, которые не откладывают своих яиц в кишечнике человека, и находка их обуславливается случайным разрушением зрелого членика в кишках, но зато эти два вида глист по временам дают о себе знать выходом члеников.

Если подозреваются у больного аскариды, то дают ему несколько порошков сантонина и в случае успеха продолжают лечение до полного изгнания глист. Если же больной страдает соли-



гером, то, наблюдая за стулом, обыкновенно удается по прошествии нескольких дней заметить в нем членики и без назначения специальных средств, так как очень редко бывает, чтобы членики не выходили в течение долгого времени. В громадном большинстве случаев диагностика солитера облегчается тем, что больной сам приносит врачу *scopus delicti* в виде отдельных члеников солитера или целых цепочек.

акusher-lib.ru

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

БОЛЕЗНИ ВЕРХНИХ ВОЗДУХОСНЫХ ПУТЕЙ

Насморк—rhinitis s. coruza выражается краснотой и набухлостью слизистой оболочки и усиленным отделением в начале свежих случаев прозрачной жидкой слизи, а позднее и в хронических насморках—более густого слизисто-гнойного секрета. Если этот последний застаивается, особенно в соседних полостях решетчатых костей, и разлагается, то получается вонь из носа—*хронический вонючий насморк*.

Диагностика насморка не представляет никаких затруднений; вопрос может идти только о причинах его, которые бывают различны, смотря по тому, имеем ли дело с острым насморком или с хроническим.

Острый насморк редко является у здоровых детей в виде самостоятельного страдания под влиянием каких-либо случайных, местно действующих причин или простуды. Если родители жалуются, что их дети то и дело простужаются и получают острый насморк, то почти наверное дело идет об обострении хронического насморка или об аденоидах. Особой склонностью к острому насморку отличаются также дети, которых всю зиму держат в комнате или очень кутают. В некоторых случаях острый насморк появляется вследствие насыщения организма иодом, благодаря внутренним приемам этого лекарства; отделяемое из носа в таком случае отличается характерным запахом. Если острый насморк появляется у новорожденного на 2—3-й день жизни и с самого начала отделяется большое количество чисто гнойного секрета, то надо думать, что этот насморк гонококковый, т. е. что он произошел от заражения слизистой оболочки носа бленнорройной вагинальной слизью во время родов. Это еще более вероятно, если у ребенка в то же время имеется бленнорройный конъюнктивит;

окончательное выяснение диагностики зависит от результата бактериоскопического исследования. Отличить гонококковый насморк от сифилитического не трудно, так как последний, помимо хроничности, отличается сухостью слизистой оболочки носа. Гораздо чаще острый насморк служит выражением общего заболевания организма, именно гриппа или кори (редко коклюша), и сопровождается тогда катаррами других органов: глаз, бронхов и пр. Насморк является одним из первых симптомов этих болезней, и потому в случае существования той или иной эпидемии позволяет ставить диагностику еще задолго до развития других более характерных симптомов (см. главу о гриппе). Важное значение насморка для диагностики начинающейся лихорадочной болезни явствует еще из того, что он служит важным критерием для исключения некоторых болезней, могущих быть смешанными с гриппом в течение первых дней заболевания, но которым совсем несвойствен насморк, каковы, например, тиф, возвратная горячка, оспа, скарлатина.

В иных случаях слизистая оболочка носа служит местом первичной локализации дифтерии. П е р в и ч н ы й д и ф т е р и т н о с а встречается в двух формах: злокачественной и доброкачественной. В обоих случаях главным признаком болезни, отличающим ее от всякого другого насморка, является присутствие на слизистой оболочке носа фибриновых оболочек, которые, если доходят до ноздрей, то легко доступны глазу, если же они занимают задние части, то могут быть добыты при спринцевании носа или при очищении его турундой. Существенная разница этих двух форм состоит в том, что при злокачественной дифтерии носа прямо видно, что больной хворает тяжело: лицо выражает слабость, температура высокая (39° и больше), подчелюстные железы припухли; немного дней спустя дифтерия распространяется обыкновенно на зев; это болезнь преимущественно маленьких детей, особенно до года.

При доброкачественной форме дифтерита носа лихорадочное состояние или совсем отсутствует, или замечается лишь в первые дни, а дальше болезнь течет или при нормальной, или при едва повышенной температуре (около $37,5^{\circ}$), общее состояние до такой степени мало страдает, что больной производит впечатление, будто у него самый простой катаральный насморк; одним словом, доброкачественная форма дифтерита носа есть болезнь чисто местная и в отличие от первой формы часто описывается под именем фибринозного насморка (*rhyntis fibrinosa s. membranacea*). Замечательно, что, несмотря на легкость местных и общих сим-

птомов, фибринозный ринит в большинстве случаев отличается упорностью, и пленки держатся недели 3 и дольше. Что эти дробнокачественные формы относятся все-таки к дифтерии, видно из того, во-первых, что бактериоскопическое исследование в громадном большинстве случаев открывает в отделяемом из носа настоящего бацилла Löffler'a, вполне патогенного для животных, и во-вторых, что хотя заразительная сила подобных ринитов и не велика, а все же наблюдаются иногда случаи заражения окружающих, у которых появляется большей частью дифтерия зева.

Как не всякое пленчатое воспаление зева вызывается бациллом Löffler'a, так и rhinitis fibrinosa не всегда имеет дифтерийное происхождение: бактериоскопическое исследование открывает иногда только стафилококков или каких-нибудь других микробов. Подобного рода *ложный дифтерит* носа считается незаразительным страданием; особенно часто стафилококковый фибринозный насморк встречается после прижигания слизистой оболочки носа термокаутом: на месте прижигания пленки несколько раз сходят и опять появляются, но в них встречается только стафилококк.

Хронический насморк отличается от острого отсутствием лихорадки и, главным образом, продолжительностью. У детей старшего возраста он сопровождается обыкновенно аденоидными разрастаниями в носоглоточном пространстве и служит обычным спутником золотухи, у детей 1—3 лет—хронических экзем лица, а у новорожденных насморк служит очень важным признаком врожденного сифилиса. Признак этот мы считаем важным, во-первых, ввиду его раннего появления (именно раньше многих других симптомов сифилиса) и, во-вторых, ввиду того, что при врожденном сифилисе он редко отсутствует. От простого насморка, который тоже может встречаться у новорожденных, согуза *syphilitica* отличается медленным развитием, сухим характером и отсутствием катарров соседних слизистых оболочек (глаз, бронхов); при обыкновенном насморке скоро появляется течь, и катарр имеет большую склонность переходить на соседние органы, так как в большинстве случаев он есть следствие гриппа.

Подозрительно, далее, если при насморке у ребенка нескольких дней жизни появляются по временам носовые кровотечения или сукровичное выделение; и то, и другое бывает еще при дифтерии носа, но тогда насморк сопровождается более или менее сильной лихорадкой (каковой при согуза *syph.* не бывает), и если, несмотря на правильное гигиеническое содержание, насморк появляется у недоношенного ребенка. Всякие сомнения исчезают

когда через некоторое время появляются другие симптомы сифилиса (см. главу о сифилисе).

Если причиной хронического насморка служат *аденоидные разрастания* в носоглоточном пространстве, то узнать их присутствие нетрудно; уже наружный вид таких больных довольно характерен, по крайней мере в типических случаях; обыкновенно дело идет о детях в возрасте 5—12 лет, хотя не особенно редко аденоиды встречаются и у совсем маленьких детей, так как они могут быть врожденными. Мать обращается к врачу по поводу того, что ребенок храпит во время сна и часто просыпается, что ребенок легко простужается и то и дело хворает кашлем и насморком; при взгляде на ребенка бросается в глаза утомленный взгляд, вытянутое лицо (уплощенные щеки), суженные неподвижные ноздри и тонкий нос, полуоткрытый рот. По этим признакам можно с уверенностью предполагать о присутствии в носоглоточном пространстве аденоидных разрастаний, а чтобы окончательно убедиться в этом, следует обследовать глоточный свод пальцем; в норме слизистая оболочка гладка и так как она непосредственно прилегает к основанию черепа и к позвоночнику, то исследующий палец прямо ощупывает костную подкладку, в случае же аденоидов замечается большей или меньшей величины опухоль дольчатого строения, довольно мягкой консистенции. Аденоидные разрастания, обуславливая непроходимость носа, ведут еще к разным другим последствиям; так, например, понятно, что должно пострадать обоняние, а вместе с ним, конечно, и вкус; от затрудненного дыхания, особенно по ночам, у маленьких детей нередко развивается сужение грудной клетки с выступами вперед грудины по типу рахитической куриной груди; с расстройством дыхания нарушается и кроветворение, т. е. страдает общее питание: ребенок бледен, слаб, мало упитан, жалуется на частые головные боли, он рассеян в классе и плохо соображает; под влиянием закупорки евстахиевых труб (разросшимися аденоидами или от скопления в них катаральной слизи) дети, имеющие аденоидные разрастания, очень часто жалуются на тугость слуха, которая еще более увеличивается, если катарр с глотки распространяется на среднее ухо и вызывает прободение барабанной перепонки и хроническую течь из ушей; подобные отиты у маленьких детей могут быть причиной глухоноты, если причина болезни (аденоиды) не будет своевременно удалена.

Если хронический насморк упорно держится в одной стороне носа, то следует подозревать или инородное тело в носу (исследование зондом), или полип.

Носовое кровотечение само по себе узнается легко, но не всегда удается открыть причину его. Если кровотечение происходит из задних частей носа и большой лежит при этом на спине, то кровь, не показываясь наружу, может стекать по задней стенке глотки в желудок и потом извергаться рвотой—ложная кровавая рвота. Источник кровотечения выясняется или присутствием кровяных сгустков в носу, или остатками крови на задней стенке глотки, или, в крайности, дальнейшим наблюдением за больным, причем его следует класть в постель не иначе, как с высоко поднятой головой.

В этиологическом отношении носовые кровотечения могут быть разделены на две категории; к первой относятся случайные кровотечения, наступающие под влиянием определенных скоро проходящих причин и потому не повторяющиеся. Сюда принадлежат, например, травматические носовые кровотечения, а также кровотечения во время острых инфекционных болезней, в особенности при тифе, кори и рекурренте и при morbus maculosus Werlhofii.

Ко 2-й категории относятся случаи часто повторяющихся кровотечений и притом нередко без всякого заметного повода. Сюда принадлежат прежде всего так называемые *привычные* носовые кровотечения, для которых сплошь и рядом не удается открыть никаких особых причин, так что приходится допустить «индивидуальное расположение» к разрыву капилляров слизистой оболочки носа под влиянием, например, наследственности или гемофилии. Замечательно, что громадную роль играет тут возраст: у детей до 4—5 лет этих привычных кровотечений почти никогда не бывает, но в возрасте от 7 до 12 они встречаются часто. По наблюдению Rendu (Rev. mens. d. mal. de l'enf., 1884), привычные носовые кровотечения нередко встречаются у детей, на вид совершенно здоровых, но при расспросе оказывается, что они уже давно страдают неясно выраженными ревматоидными болями; моча их мутна, с осадком из мочевых солей. Такие дети часто страдают мигренями. Носовые приливы, кончающиеся кровотечениями, в подобных случаях, по мнению Rendu, вполне аналогичны осторевматическим приливам к сочленениям в более позднем возрасте и требуют назначения ребенку антиартритической диеты (щелочная вода, поменьше мяса и полное запрещение вина).

При существовании расположения к кровотечениям производящими причинами могут быть: высокая температура комнаты или воздуха (многие дети страдают носовыми кровотечениями

только в жаркие летние дни), усиленные умственные занятия при согнутом сидячем положении тела и особенно при узком во ртуничке, утомительные физические упражнения, например во время игр, наконец, по некоторым—онанизм и период развития у девочек.

В других случаях привычные носовые кровотечения являются симптомом хронических пороков сердца или болезней крови, каковы настоящая и ложная лейкемия, хлороз. Носовые кровотечения, ежедневно повторяющиеся иногда по несколько раз в день, после пароксизмов сильного кашля, указывают с большой вероятностью на коклюш.

Из болезней носа ведут к повторным кровотечениям в особенности полипы и язвенные процессы. Любимым местом носовых кровотечений бывает хрящевая часть носолой перегородки, здесь же всего чаще встречаются или небольшие язвочки, дающие повод к повторным кровотечениям в течение многих месяцев подряд, или варикозно растянутые мелкие сосуды, легко разрывающиеся и служащие, таким образом, причиной упорно повторяющихся носовых кровотечений. Знакомство с этими двумя причинами «привычных» кровотечений чрезвычайно важно в терапевтическом отношении, так как кровотечения, в течение целых месяцев не уступавшие никакому лечению, нередко исчезают навсегда после однократного прижигания носовой перегородки пакеленом. Замечательно, что острый насморк хотя и сопровождается всегда значительной гиперемией слизистой оболочки, но к носовым кровотечениям не ведет почти никогда; гораздо чаще наблюдаются они при хроническом насморке на почве аденоидных разрастаний. Насморк с сукровичным отделяемым у новорожденных детей всего чаще встречается при наследственном сифилисе.

В двух моих случаях, у девочек 6 и 11 лет, носовые кровотечения повторялись в течение нескольких дней подряд и притом всякий раз около 12—2 часов ночи, во время сна, и прекратились после одного приема хинина, а потому я предполагаю, что имел дело в этих случаях с *febris intermittens larvata*.

БОЛЕЗНИ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ СТЕНОТИЧЕСКИМ ДЫХАНИЕМ

Под именем стенолитического дыхания мы понимаем комплекс симптомов, зависящий от сужения гортани или трахеи. Узнать стенолитическое дыхание легко. Во-первых, оно всегда сопрово-

ждается особого рода шумом, производимым током воздуха через суженное место и известным под именем *инспираторного стенотического шума*. Во-вторых, вследствие затрудненного доступа воздуха к легким последние не могут успеть за расширением грудной клетки при вдыхании, а потому в последней образуется как бы пустое пространство, чем обуславливаются явления аспирации, т. е. втягивание уступчивых мест грудной клетки в виде западения во время акта вдыхания надключичных и яремной ямок, межреберных промежутков и в особенности подложечки и вообще нижней периферии грудной клетки вдоль мест прикрепления диафрагмы (так как последняя тоже аспирируется и потому во время вдоха опуститься не может, то при своем сокращении она втягивает внутрь нижнюю периферию грудной клетки). В-третьих, затрудненный проход воздуха к легким обуславливает одышку, ради которой больной заставляет усиленно работать все свои вспомогательные вдыхательные мышцы, что выражается раздуванием ноздрей и рельефным выступанием шейных мышц.

Итак, *стенотический вдыхательный шум, втягивание уступчивых мест грудной клетки и работа вспомогательных мышц* — вот основные симптомы *стенотического дыхания*.

Если одышка зависит не от сужения дыхательного горла или гортани, а от болезней легких и мелких бронхов, то при ней тоже может встретиться втягивание уступчивых мест грудной клетки и усиленная работа вспомогателей, но не бывает характерного стенотического шума.

Имея дело со стенотическим дыханием, приходится решать вопросы о степени его, о месте сужения и о причине его.

Знать *степень стеноза* важно потому, что от этого зависит до некоторой степени не только диагностика, но также и образ действия врача и решение вопроса о производстве трахеотомии. Всякое деление стеноза на степени будет, конечно, искусственным, так как между самыми легкими и тяжелыми случаями существуют всевозможные градации, но приблизительно можно различать три степени стеноза: легкую, среднюю и тяжелую.

В случаях легкой степени стенотический шум и другие признаки стеноза появляются только при сильных дыхательных движениях, например при крике, а при спокойном дыхании никаких признаков затрудненного доступа воздуха к легким не заметно.

Случаи средней силы, не представляющие непосредственной опасности и потому не требующие безотлагательного производства трахеотомии, характеризуются тем, что хотя стенотический шум, втягивание уступчивых мест грудной клетки и работа шейных

мышц замечаются и при покойном дыхании, но больной в состоянии все-таки компенсировать последствия сужения и потому кислородному голоданию не подвергается и не представляет симптомов затрудненного кровообращения в виде, например, цианоза.

Наконец, тяжелые случаи характеризуются тем, что больной чувствует недостаток кислорода, он задыхается и потому сильно беспокоится, лицо его выражает мучительную тоску, он мечется в постели, хватается руками за шею и т. п. От аспирации крови к легким артерии застывают (бледное лицо и холодные конечности), а вены переполняются (синюха губ, пальцев). Такое состояние не может продолжаться долго, и если препятствие не будет немедленно устранено, то больной или умирает во время припадка задушения, например, от случайной закупорки суженного места комком слизи, или впадает в состояние сонливости и упадка сил, дыхание делается поверхностным и не столь громким, зрачки расширяются, цианоз усиливается, наступает, наконец, общая анестезия, и больной умирает от отравления углекислотой.

Что касается определения *места сужения*, то вопрос сводится к тому, находится ли препятствие для прохода воздуха в зеве, в гортани или в трахее.

Если больной поддается исследованию ларингоскопом, то дело выясняется очень просто, и врач сразу определяет не только место сужения, но и причину его; к сожалению, в детском возрасте ларингоскопия часто оказывается неприменимой, и приходится идти окольным путем.

Препятствия со стороны зева, в виде ли чрезмерно распухших миндалин или заднеглоточного абсцесса, сравнительно легко определяются глазом и ощупыванием пальцем, но не всегда легко отличить сужение гортани от стенозов трахеи. Помимо течения болезни, мы руководствуемся еще свойством голоса и кашля и экскурсиями гортани. Если голос у больного представляется хриплым, а кашель лающим (короткие толчки с грубым кашлевым звуком, «больной кашляет точно в бочку», по выражению матерей), то место сужения находится в гортани. Правило это допускает, однако, исключения: с одной стороны, голос может остаться чистым при поражении гортани, например, при двустороннем параличе мышц, расширяющих голосовую щель; с другой стороны, он может быть изменен и при стенозах трахеи, например, при осложнениях катарром гортани или просто вследствие слабого тока воздуха при затрудненном выдыхании; если сужение достигло известной степени, то при поражении гортани

с каждым вдыханием замечается опускание гортани по направлению к яремной ямке (следствие аспирации), чего не бывает в том случае, если стеноз занимает нижнюю часть трахеи.

При диагностике места сужений можно руководствоваться еще и тем, что все случаи острого развития стеноза дыхательных путей, за исключением инородных тел, относятся или к гортани или к зеву, но не к трахее, а хронические или к трахее, или к гортани, или к зеву.

В *этиологическом отношении* все стенозы верхних дыхательных путей могут быть разделены на острые и хронические. К первым относятся флегмонозная жаба, заднеглоточный абсцесс, ложный и настоящий круп, инородные тела в гортани, спазм голосовой щели, отек ее; к хроническим—новообразования в гортани, преимущественно папилломы и сифилис, *perichondritis*, сдавление трахеи опухолями щитовидной и зубной железы или лимфатических желез—шейных и бронхиальных.

ОСТРЫЕ БОЛЕЗНИ ГОРТАНИ, ВЕДУЩИЕ К СТЕНОЗУ ЕЕ

Остро развивающийся стеноз гортани всего чаще встречается у детей при катарральном и при фибринозном воспалении слизистой оболочки гортани, т. е. при ложном и при настоящем крупе.

Под именем *ложного крупа* мы понимаем такого рода *катарр* гортани, при котором припухлость слизистой оболочки обуславливает сужение просвета гортани и зависящее от того стенотическое дыхание. Как показал Rauchfuss, припадки ложного крупа являются, главным образом, в тех случаях, когда отечно припухает подслизистая ткань тотчас под голосовыми связками, откуда и название *laryngitis subchordalis*. При *настоящем крупе* дело идет о *крупозном воспалении* слизистой оболочки гортани, характеризующемся образованием фибриновых перепонок на всем ее протяжении. В громадном большинстве случаев настоящий круп имеет дифтерийное происхождение, а потому в фибриновых перепонках, а также и в слизи, взятой с задней стенки глотки, можно найти бациллы Леффлера, но изредка попадают случаи перепончатого, следовательно, настоящего крупа, стафилококкового или стрептококкового, или какого-нибудь иного происхождения, подобно тому как бывает это и при перепончатом воспалении зева.

Хотя в обоих случаях мы имеем почти одинаковые симптомы, именно: стенотическое дыхание, грубый, лающий кашель и хриплый голос, но тем не менее в громадном большинстве случаев

дифференциальная диагностика не представляет особых затруднений. Резкая разница между ложным и настоящим крупом выступает уже с самого начала болезни; ложный круп *начинается внезапно*; больной ложится вечером в постель здоровым, у него был только, может быть, насморк и легкий кашель, он проспал благополучно часа 2—3 и вдруг просыпается с грубым кашлем и с затрудненным дыханием, причем стеноз может достигать даже тяжелой степени; такая сцена продолжается обыкновенно недолго: в счастливых случаях уже через 15—30 минут, в более тяжелых через 1—2 часа, явления стеноза ослабевают, и больной засыпает до утра. Утром он дышит свободно, стеноз исчез совсем или проявляется только при крике (легкая степень), кашель сделался влажнее, но еще не утратил грубого характера. Следующую ночь приступ стенотического дыхания может повториться снова, но обыкновенно он бывает слабее, чем первый раз, и вообще с каждым днем больному делается лучше, и через несколько дней он совсем выздоравливает.

Настоящий круп никогда не начинается так внезапно; прежде, чем дойдет при нем дело до тяжелой степени стеноза, больной в течение 2—3 дней представляет симптомы обыкновенного катарра гортани: голос больного вначале едва охрипший, кашель редкий и влажный, стеноза еще нет. На следующий день все симптомы усиливаются, кашель принимает по временам лающий характер, развивается хрипота, и появляется легкая степень стеноза (при крике); на третий день больному еще хуже, и когда болезнь дойдет до значительного стеноза, то он держится в течение целых суток, усиливаясь по временам до степени почти смертельного удушья, и потом несколько ослабевает, но никогда не задохнется во время одного из приступов, то он скоро, в очень острых случаях через 1—3 дня, в более легких через 5—10 дней впадает в состояние коллапса и умирает при симптомах медленного отравления углекислотой.

Одним словом, для ложного крупа характерно *внезапное и быстрое развитие явлений стеноза гортани и короткая их продолжительность*, а для настоящего — *постепенное начало и прогрессирующее усиление симптомов стеноза в течение нескольких дней*.

Степень стеноза сама по себе не имеет особого диагностического значения, так как очень значительное сужение гортани может встретиться и при ложном крупе; гораздо важнее *продолжительность* припадков. При ложном крупе стенотические явления развиваются быстро, но держатся недолго, не долее нескольких

часов; при истинном крупе развитие стеноза идет постепенно и прогрессивно и, раз развившись, он остается уже до самой смерти или, по крайней мере, в течение нескольких дней—до наступления периода выздоровления, которое совершается тоже постепенно, а потому, *если через сутки признаки стеноза не только не исчезают, но даже усиливаются*, то, по всей вероятности, это круп настоящий. Мы говорим «по всей вероятности», а не «наверное» потому, что встречаются в виде исключения случаи ложного крупа настолько сильные, что больной или умирает от задужения, или мучается от непрерывного стеноза гортани в течение 2—3 дней.

При ложном крупе часто встречается *несоответствие между силой стеноза и хрипотой голоса* и кашля, т. е. при нем может быть, например, лающий кашель и затрудненное дыхание при довольно чистом голосе (когда при нормальных голосовых связках есть сильная опухоль субхордальной слизистой оболочки (Rauchfuss, Dehio), особенно при крике голос часто оказывается еще громким, или наоборот, голос пропадает до степени афонии, а между тем кашель остается не очень грубым и стеноза почти нет (когда при катарральной набухлости истинных голосовых связок субхордальная слизистая оболочка не припухает заметным образом); при настоящем крупе, напротив, все эти припадки бывают выражены пропорционально друг другу, так что если дело дошло до резко выраженного стеноза гортани, то при этом и голос будет афоничен, и кашель лающий.

Кашель при истинном крупе, в большинстве случаев сначала редкий и не хриплый, потом становится чаще, сильнее (пароксизмами) и хриплым; наоборот, при катарре гортани он сразу принимает хриплый, лающий характер и бывает очень част, а через несколько часов катарр разрешается, и кашель делается реже и рыхлее.

Боль при давлении на область гортани бывает сильнее выражена при настоящем крупе, равно как при нем только дело доходит до цианоза и до общей анестезии (отравление крови CO_2).

Если больной настолько велик, что умеет отхаркивать мокроту, то исследование ее может дать самые надежные основания для диагностики, так как *отхаркивание ложных перепон* безапелляционно решает вопрос в пользу настоящего крупа, но обратного заключения сделать нельзя, так как далеко не каждый больной крупом отхаркивает перепонки.

Так как в громадном большинстве случаев круп развивается при дифтерите зева, то исследование зева является тоже очень

важным подспорьем для диагностики: при ложном крупе мы находим здесь или совсем нормальную слизистую оболочку, или легкую красноту, а при настоящем крупе—дифтеритические бляшки на миндалинах или на мягком небе и задней стенке глотки. В случае первичного крупа, т. е. когда дифтерит локализуется с самого начала в гортани, минуя зев, диагностика во многих случаях может быть выяснена путем бактериоскопического исследования слизи, взятой с задней стенки глотки; если дело идет о крупе дифтерийного происхождения, то почти наверное найдутся бактерии Löffler'a.

Наконец, решающее значение в сомнительных случаях может иметь и анамнез; дело в том, что ложный круп оказывает особую склонность повторяться у одного и того же субъекта несколько раз в жизни, тогда как настоящий круп никогда не повторяется, а потому, если известно, что больной уже прежде когда-нибудь страдал крупом, то можно предполагать с большой уверенностью, что круп у него был ложный и что таковой же и теперь.

До сих пор речь у нас шла о диагностике типических случаев ложного крупа, составляющих громадное большинство, но несомненно встречаются и более тяжелые формы ларингита, которые характеризуются более продолжительным периодом стеноза, способным довести больного до асфиксии и смерти от задушения, несмотря на полное отсутствие в гортани фибринозного экссудата. Подобные ларингиты, характеризующиеся значительной припухлостью слизистой оболочки и подслизистой ткани всей гортани и особенно надгортанника и lig. aryepiglott., описывающиеся иногда под именем *laryngitis submucosa*, происходят или от простуды, отличаясь от настоящего крупа чрезвычайно быстрым развитием значительного стеноза, или после некоторых инфекционных болезней, в особенности оспы и кори, или под влиянием травмы (застрявшие в гортани инородные тела, ожоги кипятком). Дифференциальная диагностика подобных ларингитов от крупа возможна только при помощи ларингоскопа. Одних бактериологических данных для этого решительно не достаточно, так как несомненно, что крупозное воспаление слизистых оболочек вообще и в частности гортани обуславливается отнюдь не одним лишь влиянием яда дифтерии, но может развиваться и от других причин; сюда относится, например, незаразительный, так называемый спорадический круп, ларингит в некоторых случаях кори (вторичный круп по Rilliet и Barthez), искусственный круп гортани у животных, вызванный ожогом нашатырным спиртом и пр., так что отсутствие бактерии Löffler'a не исключает крупа.

Большое сходство с крупом могут представить также случаи отека гортани. Здесь диагностика основывается, главным образом, на этиологии данного заболевания и на быстроте развития симптомов стеноза.

Отек гортани развивается или под влиянием гидремии при болезнях почек, и тогда в большинстве случаев он составляет только часть общей водянки, при каковом условии причина стеноза узнается легко; иногда, правда очень редко, случается и так, что отек гортани является первым симптомом водянки, и в таком случае без исследования мочи диагностика не может быть сделана.

В других случаях отек гортани присоединяется к сильным воспалительным процессам в соседних органах, например, при *angina Ludovici*, флегмонозных тонзиллитах, заднеглоточных нарывах, а также к язвенным процессам в самой гортани (сифилис, туберкулез) и перихондриту в острых случаях: скарлатина, оспа, тиф; в хронических—сифилис, чахотка.

Кроме этиологии, при диагностике отека гортани или *laryngitidis submucosae* можно пользоваться еще данными, получаемыми при осмотре—при сильном надавливании шпателью на корень языка часто удается увидеть чрезвычайно утолщенный и обезображенный надгортанник—и ощупыванием входа в гортань пальцем, которым при некотором навыке легко достигнуть до надгортанника и до *lig. aryepiglott.*

Стеноз гортани или трахеи, вызванный присутствием инородного тела, узнается большей частью легко по анамнезу; ребенок, будучи совершенно здоровым, играл какими-нибудь мелкими вещами, и вдруг с ним сделался сильный припадок; он закашлялся и потом стал трудно дышать. Вот характерные данные, которые получают от родителей. Если анамнеза нет или он слишком скуден, то дело может остаться невыясненным. В том случае, если инородное тело застряло при входе в гортань, оно может быть ощупано пальцем и даже извлечено (замечу кстати, что во всех случаях острого развития стеноза у детей следует прибегать к обследованию доступных частей глотки и гортани пальцем—это вернейшее средство для определения заднеглоточного нарыва, но, кроме того, оно может служить для диагностики отека гортани и присутствия инородных тел).

В случае попадания тела в трахею удается иногда ощущать его толчкообразные движения посредством ощупывания шеи снаружи во время кашля. Если оно спустилось еще ниже и закупорило один из главных бронхов, то получается ослабленное дыхание

в соответствующем легком. Припадки задушения могут быть вызваны также инородным телом (куском пищи), застрявшим в верхней трети пищевода. Дело решается обыкновенно анамнезом.

Стеноз гортани вследствие спазма мышц, суживающих голосовую щель (spasmus glottidis), хотя и может повести к смерти от задушения, но тем не менее картина болезни при нем не представляет никакого сходства ни с крупом, ни со стенозом от инородного тела. С последним случаем спазм голосовой щели имеет общим признаком лишь то, что припадки задушения появляются у ребенка внезапно, среди полного здоровья, но зато при условиях, исключаящих мысль об инородном теле: припадок делается или во время крика, или в спокойном состоянии, когда ребенок сидел на руках матери и никакими мелкими вещами не играл. Ребенок делает свистящий вздох и потом моментально перестает дышать, лицо его синее, он задыхается и, наконец, впадает в общие судороги (подергивание лицевых мышц, закатывание глаз, судорожное вытягивание конечностей); припадок апнеи продолжается всего лишь несколько секунд, а потом ребенок начинает дышать свободно, т. е. без стенотического шума при вдыхании, но остается на некоторое время слабым или сонливым. Если спазм настолько силен, что не разрешается тотчас же, то ребенок через 1—2 минуты должен умереть от задушения.

Значит, спазм голосовой щели отличается от стеноза гортани вследствие других причин *внезапным наступлением апнеи, без всякой заметной причины или под влиянием психических возбуждений, крайне малой продолжительностью и громким свистящим звуком во время вдыхания в самом начале или в конце припадка.*

Так как спазм голосовой щели вызывается, так сказать, внутренними причинами, т. е. зависит от особой раздражительности продолговатого мозга, возникает от общего ненормального питания организма и, главным образом, от рахитизма, то никогда не бывает так, чтобы причина эта вызвала только один припадок. Напротив того, спазм голосовой щели, раз появившись, обнаруживает очень большую склонность к возвратам. Сначала припадки бывают несильны и проходят моментально, выражаясь лишь однократным свистящим вздохом без прекращения дыхания (неполное закрытие голосовой щели), по прошествии некоторого времени, после многих подобных abortивных припадков, появляются приступы более тяжелые, с полной задержкой дыхания, с потерей сознания и с судорогами. Если больной не умрет во время одного из таких пароксизмов, то наступает период улуч-

шения в виде постепенного ослабления силы, продолжительности и частоты припадка. Течение затягивается обыкновенно на многие недели и даже месяцы, причем величина свободных промежутков между отдельными приступами колеблется в чрезвычайно больших размерах—от нескольких минут (10—30 приступов в день) до многих дней. Значит, при диагностике можно руководствоваться еще и *повторяемостью припадков, общим состоянием питания и возрастом ребенка.*

Laryngospasmus обязательно начинается на первом году жизни и редко продолжается далее $1\frac{1}{2}$ лет; наибольшая частота его совпадает, следовательно, с периодом первого прорезывания зубов. Почти исключительно подвергаются ему рахитики и, в особенности, страдающие размягченным затылком (craniotabes). Но это вовсе еще не значит, что именно от размягченного затылка и зависит спазм гортанной щели; связь между этими двумя явлениями надо понимать так, что и то, и другое есть проявление рахитизма.

Затруднение дыхания вследствие *сужения просвета зева*, например, при флегмонозных жабах, хотя и может достигать при случае значительной степени, но голос при этом делается только носовым, а не хриплым, кашля нет, но есть сильная боль при глотании, так что уже по этим признакам можно заключить, что болезнь локализуется не в гортани, а в зеве, осмотр которого и выясняет диагностику.

Гораздо чаще не узнаются, потому что просматриваются, за *неглоточные нарывы* (abscessus retropharyngeus). Ввиду этого, а также потому, что болезнь эта в детском возрасте, и в особенности у грудных детей, вовсе не редкая, я опишу ее несколько подробнее.

Заднеглоточные абсцессы у детей бывают двух родов—*острые*, или *идиопатические*, происходящие вследствие гнойного воспаления лимфатических желез, залегающих под слизистой оболочкой задней стенки глотки, и *хронические (натечные)*, сопровождающие костоеду шейных позвонков. Абсцессы первого рода свойственны, главным образом, грудным детям и встречаются довольно часто, а вторые принадлежат к более редким явлениям и у грудных никогда не встречаются.

В начале болезни припадки совсем не характерны. Первое, что замечают матери, это *хриплое дыхание во время сна*. Когда абсцесс уже образовался, то узнать его нетрудно: больной представляет значительную степень затрудненного дыхания с втягиванием углубленных мест грудной клетки при каждом вдыхании,

и в этом отношении между крупом и заднеглоточным абсцессом существует большое сходство, но резкая разница между ними замечается в двух отношениях: во-первых, нет того стеногического дыхательного шума, который так характеристичен для крупа (ложного или настоящего—все равно) и никогда при нем не отсутствует, и во-вторых, нет ни лающего кашля, ни хриплого голоса. Вдыхание и при абсцессе совершается с шумом, но только шум этот совершенно особенный: он похож на влажный храп и бывает всего сильнее выражен во время сна. Изменяется также и голос; он принимает носовой оттенок, но не делается афоничен. Подобный тембр голоса можно воспроизвести искусственно, если сдавить пальцами шею между восходящей ветвью нижней челюсти и верхним концом *m. sterno-cl.-mast.* (Вокан). Кашля или совсем нет, или он незначителен и ничего особенного не представляет; для диагностики важно только, что он не лающий. Боль при глотании замечается с самого начала; она усиливается по мере развития нарыва, и в периоде полного образования его дело может дойти до того, что ребенок совсем отказывается от пищи и питья—ничего подобного при крупе не бывает.

Характерен далее и *habitus* больного, именно несколько закинута назад или согнутая на большую сторону (*torticollis*) фиксированная голова и опухоль шеи под углом нижней челюсти (эта опухоль бывает, впрочем, не всегда, но по крайней мере прощупываются припухшие железки). Если на основании этих признаков можно подозревать присутствие заднеглоточного абсцесса, то не следует думать, что окончательная диагностика достигается простым осмотром зева. Напротив того, оттого-то нарыв на задней стенке глотки и остается часто неузнанным, что врачи ограничиваются осмотром. Дело в том, что у больных этого рода глотание бывает затруднено, а потому в зеве всегда скопляется у них масса слизи, которая сильно мешает исследованию зева, тем более что у грудных детей оно и в нормальном-то состоянии производится с трудом. Чтобы не просмотреть заднеглоточного абсцесса, следует принять за правило во всех сомнительных случаях исследовать зев и заднюю стенку глотки пальцем. В случае существования нарыва легко ощупать его в виде гладкой, упругой, флюктуирующей опухоли, помещающейся на задней стенке, обыкновенно несколько сбоку от средней линии.

Дальнейшее отличие мы имеем и в течении: круп производит стеноз гортани сравнительно быстро, в каких-нибудь 3—4 дня, тогда как заднеглоточный нарыв развивается медленно, так что от момента появления хриплого дыхания во время сна до развития

значительного стеноза проходит 10—14 дней, причем дней 5—10 приходится на долю периода прогрессивного усиления стеноза. Впрочем, отклонения от этих средних сроков попадаются нередко; встречаются, например, случаи образования идиопатического нарыва в 2—3 дня (Вокаж), и, с другой стороны, случаи 5—8-недельной продолжительности, так что некоторые авторы отличают идиопатические заднеглоточные нарывы острые, подострые и хронические.

Лихорадочное состояние не имеет особого значения для диагностики: вначале оно может отсутствовать, но в периоде нагноения температура обязательно повышается градусов до 39, делая сильные ремиссии по утрам.

Отличить *идиопатический нарыв от затечного* нетрудно, так как при последнем, помимо хронического течения, обязательно должны быть резко выражены симптомы шейного спондилита (см. спондилит).

У *маленьких детей*, не умеющих дышать через рот, *симптомы стеноза* верхних дыхательных путей (неучащенное дыхание с втягиванием уступчивых мест грудной клетки, но без характерного стенотического вдыхательного шума) могут появиться под влиянием простого насморка. В подобных случаях самым важным отличительным признаком будет то, что при крике затрудненное дыхание немедленно исчезает.

При исключительных условиях нечто подобное встречается и у детей старшего возраста, как было это, например, в следующем случае: мальчик 8 лет заболел в начале ноября 1888 года сильным насморком и кашлем (грипп), а 10 го под влиянием начавшегося менингита он сделался очень сонлив, и у него появилось очень затрудненное дыхание; оно было замедлено, и при каждом вздохе замечалось западение не только межреберных промежутков, но и нижней части грудины, надключичных и яремной ямок, словом, как при вполне развитом крупе; но так как голос оставался совершенно чистым, то причину стеноза надо было искать где-нибудь вне гортани (resp. вне голосовой щели); заднеглоточный нарыв мог быть тоже исключен. При дальнейшем исследовании оказалось, что больной держит язык сильно оттянутым кзади и кончик его прижимает к твердому небу и таким образом преграждает проход воздуху через рот, а так как нос был заложен от насморка, то в результате и получились явления сильного стеноза верхних дыхательных путей. Стоило только открыть больному рот и прижать ложечкой язык, как дыхание моментально делалось свободным. Стеноз подобного рода каждый человек

может воспроизвести на себе самом; для этого стоит только оттянуть язык кзади, зажать себе нос и попробовать вдохнуть. Понятно, что если бы наш больной не был под влиянием менингита в спячке, то он сумел бы устранить препятствие и стал бы дышать через рот.

К этой же категории случаев относится и *кряхтящее дыхание* детей первых месяцев жизни, зависящее, по мнению Politzer'a, впервые описавшего такого рода дыхание, от ненормальной иннервации мягкого неба. С возрастом, например, к концу года, такого рода кряхтящее дыхание, или храп, исчезает само собой и делается нормальным, беззвучным.

ХРОНИЧЕСКИЕ СУЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Причины хронического стеноза верхних дыхательных путей могут проявлять свое действие или в гортани, или в трахее. В первом случае обязательно изменяется голос: он делается или хриплым, или совсем афоничным, во втором—он остается чистым или мало измененным (от сопутствующего небольшого катарра гортани). Степень сужения при поражениях гортани может встретиться во всех своих градациях, не исключая и самой сильной, а при стенозе трахеи степень его обыкновенно не идет далее средней, т. е. больной в состоянии компенсировать последствия сужения посредством усиленной деятельности вдыхателей.

Хронические стенозы гортани у детей всего чаще обуславливаются *сифилисом* и именно развитием на слизистой оболочке гортани *кондилломатозных разражений*, в более редких случаях—туберкулезом или какими-нибудь новообразованиями в гортани.

Если известен анамнез или если больной представляет явные симптомы сифилиса, то диагностика нетрудна, но если поражение гортани служит единственным проявлением сифилиса в данное время (а случается это вовсе не особенно редко), то распознавание может представить некоторое затруднение. Важно для диагностики то, что одним из любимых мест для развития кондиллом служит надгортанник, который нередко может быть виден при надавливании на корень языка шпателью, в особенности при тошнотном движении, вызываемом исследованием, и тогда представляется в виде безобразно утолщенного, желобоватого валика беловато-красноватого цвета. Еще лучше, если больной допускает ларингоскопическое исследование, хотя бы на один момент: вид кондиллом настолько характерен, что не требует продолжи-

тельного осмотра. Впрочем, в большинстве случаев диагностика возможна и без ларингоскопа. Так как гортань никогда не бывает местом первого проявления вторичных симптомов сифилиса, а, напротив того, поражается обыкновенно при рецидивах, то при осмотре всей поверхности тела удается открыть где-нибудь следы бывшего сифилиса и всего чаще именно или в окружности заднего прохода, в виде красноватых пятен на месте бывших кондилом или рубцов, или около углов рта—утолщение слизистой оболочки, особенно характерное в том случае, если оно представляется беловатого цвета; остатки кондилом могут встретиться также и в зеве, особенно на небной занавеске. (Подробнее о ретроспективной диагностике сифилиса см. в главе о последнем.) Из анамнеза легко получить сведения, что у ребенка прежде болел рот и были мокнувшие места около ануса, что у матери было, может быть, много детей, но они умирали вскоре после родов, что некоторые из них были недоношены, а то были также и выкидыши; как я уже сказал, гортань поражается только при рецидивах и притом довольно поздно, и потому почти никогда у грудных детей; всего чаще мы наблюдали сифилис гортани у детей от 2 до 7 лет.

Реже кондилом встречаются в гортани гуммы и язвы, диагностика которых без ларингоскопа невозможна. Туберкулезные язвы в гортани и в трахее в детском возрасте встречаются очень редко, особенно до 7 лет, хотя в литературе описаны случаи туберкулезных язв гортани и у маленьких детей; так, например, больному Rheindorff'a было всего 9 месяцев, когда появились хрипота и кашель—первые симптомы туберкулеза гортани, доказанного вскрытием на 14-м месяце жизни. Явления стеноза гортани вследствие туберкулезных язв встречаются крайне редко; в громадном большинстве случаев дело ограничивается только хрипотой голоса и кашлем. Диагностика туберкулеза гортани облегчается тем, что подобные больные представляют явные симптомы туберкулеза легких.

Причиной хронического стеноза гортани могут быть также новообразования, которые в детском возрасте почти исключительно относятся к папилломам. В диагностическом отношении важно отметить, что в громадном большинстве случаев они бывают врожденными, и потому предполагать эту причину стеноза можно в том случае, если он развивается крайне медленно у ребенка вообще здорового, у которого нельзя заподозрить ни сифилиса, ни туберкулеза, и если первые симптомы поражения гортани в виде хрипоты или полной афонии и позднее грубого

кашля появились с первых дней жизни или, по крайней мере, на первом году.

Perichondritis laryngea почти никогда не является в виде самостоятельного или первичного страдания, а всегда после каких-нибудь общих болезней, острых или хронических. В детском возрасте его встречали после тифа, оспы, скарлатины (случай Якубовича относится к девочке 1 года 8 месяцев и интересен в том отношении, что стеноз гортани развился так быстро, что прижизненная диагностика была поставлена на дифтерит гортани) (Arch. f. Kinder., X, B. S. 35), но чаще при сифилисе и туберкулезе, хотя вообще все-таки очень редко. Так как перихондрит присоединяется обыкновенно к язвенным процессам, то задолго до развития его больной представляет те или иные признаки тяжелого ларингита. Предполагать развитие перихондрита можно в том случае, если при существовании известных этиологических моментов больной жалуется на боль в определенном месте гортани, усиливающуюся при давлении, и если снаружи боли соответствует опухоль шейной клетчатки.

В странах эндемического господства зоба причиной хронического стеноза трахеи нередко бывает опухоль щитовидной железы, но в нашей местности гораздо чаще сдавливается трахея в месте бифуркации увеличенными и творожисто-перерожденными лимфатическими железами.

Сдавление трахеи при зобах узнается без труда, так как опухоль на передней поверхности шеи бросается в глаза.

Гиперплазия и творожистое перерождение бронхальных желез, сдавливающих трахею в месте бифуркации, узнается отчасти путем исключения других причин стеноза, отчасти же на основании положительных данных и анамнеза.

Что больной страдает хроническим стенозом верхних воздухоносных путей и что стеноз этот развивается крайне медленно, это узнается из анамнеза; оказывается именно, что сначала затрудненное дыхание появлялось лишь на время, при усилении кашля, и притом в легкой степени, а потом стеноз исчезал, чтобы через некоторое время появиться снова, пока, наконец, он сделался постоянным, хотя, быть может, не всегда в одинаковой степени. Больной страдает, кроме того, хроническим кашлем и представляется либо золотушным субъектом, либо рахитиком; голос у него совершенно чист, и, следовательно, гортань свободна. Уже на основании этих данных можно с большой вероятностью предположить, что стеноз находится в трахее и что он обуславливается

увеличенными железами. В пользу последнего предположения говорит именно общее состояние питания больного (золотуха или рахитизм) и хронический катарр дыхательных органов, никогда не отсутствующий у подобного рода больных.

При подробном исследовании больного удается обыкновенно констатировать еще кое-какие данные: в месте сужения скопляется нередко слизь, обуславливающая хрипкое дыхание; хрип этот, напоминающий или *ronchus sonorus*, или крупнопузырчатое клокотание, слышится во всей груди (проведенный хрип), но всего громче спереди, в области рукоятки грудины или сзади между лопаток вверху; в этом месте его можно заметить и ощупыванием, т. е. приложив руку. Хрип этот слышится иногда много недель подряд, но не всегда одинаково: иногда он совсем пропадает, иногда усиливается, особенно при каком-либо возбуждении ребенка. Если железы настолько велики, что выполняют все пространство между бифуркацией трахеи и грудиной, то они служат хорошим проводником дыхательного шума, и потому при выслушивании в первом межреберном промежутке около края грудины на стороне пораженных желез слышится бронхиальное дыхание или, по крайней мере, громкий выдох. При оценке этого симптома надо иметь в виду, что на правой стороне (правый бронх шире левого) бронхиальный выдох нередко слышится и в нормальном состоянии, а потому доказательное значение в пользу увеличения трахеальных желез громкий выдох может иметь только в том случае, если он или особенно резко выражен, или больше на левой стороне.

Постукивание дает иногда (хотя и редко) некоторое притупление с той или другой стороны рукоятки грудины в 1-м и 2-м межреберном промежутке или на грудино-ключичном сочленении; в других случаях удается констатировать притупление на спине между лопаток, по сторонам первых трех спинных позвонков. Если притупление получается только на самой грудине вверху, то оно может зависеть от зобной железы, и чем моложе ребенок, тем вероятнее эта причина; у детей после 5—6 лет присутствие зобной железы обыкновенно не проявляется тупым звуком; у маленьких—тупой звук, зависящий от зобной железы, или вовсе не заходит за край грудины, или выдается в ту или другую сторону не больше как на $\frac{1}{2}$ сантиметра. В случае увеличения зобной железы тупой звук будет выражен, главным образом, на самой грудине, а не в межреберных промежутках, как при гиперплазии желез.

Далее, могут быть на лицо симптомы, указывающие на сдавление венозных сосудов (отек или одутловатость лица, расширение

ние яремных вен) или нервов блуждающего или возвратного (судорожный, коклюшеподобный кашель, но обыкновенно без свиста во время вдыхания, изменение голоса, астма). Явления стеноза могут быть в высшей степени характерны и сами по себе, именно в том случае, если сдавлен один из главных бронхов, так как тогда последствия стеноза, т. е. симптомы недостаточного доступа воздуха к легким, проявляются только на одной стороне грудной клетки.

Симптомы эти состоят в том, что соответственная половина груди расширяется при вдыхании меньше другой, тогда как втягивание уступчивых мест выступает сильнее; на этой же стороне замечаются ослабленный дыхательный шум и слабые голосовые сотрясения при нормально ясном перкуторном звуке.

Лихорадочного состояния при гиперплазии бронхиальных желез может и не быть, но так как значительное увеличение желез наблюдается обыкновенно у детей туберкулезных (хотя легкие могут быть и свободны от туберкулов), то повышение температуры отсутствует редко, так что *лихорадочное состояние, долго продолжающееся у ребенка без всякой заметной причины*, может в значительной степени подтверждать существование туберкулеза желез, особенно в том случае, *если оно затянулось после какой-нибудь болезни, протекавшей с бронхитом* (грипп, корь, коклюш). Что ошибка может быть и в подобном случае, это, конечно, понятно. Так, например, в одном случае я поставил ошибочно диагноз туберкулезной гиперплазии бронхиальных желез на том основании, что стеноз легкой степени (однако, заметный и при покойном дыхании) появился у девочки 4 лет, долгое время страдавшей бронхитом; в последнее время кашель почти совсем прекратился, но умеренное лихорадочное состояние (около 38° утром и 38,5° вечером) упорно держалось в течение целого месяца. Так как у девочки был при этом и насморк, то на консилиум был приглашен специалист по болезням носа и гортани. При ларингоскопическом исследовании оказалось, что, несмотря на чистый голос, место сужения было в гортани и обусловливалось спазматическим состоянием мышц, суживающих голосовую щель, так что при вдыхании голосовые связки не расходились достаточным образом, и для прохода воздуха путь был сужен.

Такое состояние голосовых мышц было вызвано, повидимому, рефлекторным путем со слизистой оболочки носа, местное лечение которой вскоре закончилось полным выздоровлением больной. Принадлежат ли подобные невроты к редкостям, мне не известно.

Franz Maug (Jahrb. f. Kinderh., 1862, T. 5) резюмирует диагностику гиперплазии бронхиальных желез следующим образом: помимо результатов выслушивания и постукивания, мы можем предполагать эту болезнь: 1) если ребенок с наследственным расположением к туберкулезу или к золотухе поражается упорным катарром, во время которого появляются по временам приступы коклюшеподобного кашля; 2) если те же явления замечаются у ребенка, бывшего прежде рахитиком или страдавшего хронической экземой и представляющего избыточную растительность волос на висках, задней части шеи и спине; 3) если ребенок повторно подвергается сильным и продолжительным приступам астмы и, наконец, 4) если у ребенка 3—4 лет появляется кашель, похудание, лихорадочное состояние и поты без всяких признаков туберкулеза легких, мозга и органов живота.

Гиперплазия бронхиальных желез, как и всяких других, не всегда обуславливается туберкулезом, это только самая частая причина, но она может развиться также и под влиянием иных болезней крови, в особенности при сифилисе и лейкемии. Симптомы со стороны дыхательных органов будут те же, но различия в общих симптомах: там мы основываем диагностику на присутствии золотухи, туберкулеза и рахитизма, а здесь—на явлениях сифилиса или лейкемии. Если стенотическое дыхание замечается у ребенка первых месяцев жизни и если нет никаких оснований предполагать у него гиперплазию бронхиальных желез (нет этиологических моментов для этого), то гораздо вероятнее, что стеноз трахеи обуславливается увеличенной зубной железой. Подобные стенозы иногда появляются уже с первых дней жизни, временами усиливаются и опять ослабевают и на втором году жизни мало-помалу совсем исчезают.

Стенотическое дыхание в виде хронического страдания вследствие сужения просвета зева встречается у детей *при гипертрофии миндалинных желез*. Доступ воздуха к легким может быть при этом настолько затруднен, что грудная клетка остается неразвитой и принимает форму куриной груди, как при рахитизме. Такие дети имеют большей частью и аденоидные разращения и представляют тогда характерный *habitus*: они бледны, держат рот полуоткрытым, говорят несколько в нос и имеют узкие ноздри. Во сне они громко храпят. Осмотр зева открывает громадные миндалины, вершины которых иногда сходятся на средней линии зева и ущемляют язычок.

Следует добавить, что втягивание нижней периферии грудной клетки (т. е. мест прикрепления диафрагмы) при глубоком вздохе

ше всегда указывает на затрудненный доступ воздуха к легким, так как у маленьких детей, месяцев до 3—4, такое втягивание принадлежит к числу физиологических явлений, а у рахитиков оно держится гораздо дольше и зависит просто от мягких ребер, не оказывающих должного сопротивления сокращающейся диафрагме.

У маленьких детей, не умеющих дышать через рот, симптомы стеноза верхних дыхательных путей могут появиться при простом насморке. В подобных случаях при крике затрудненное дыхание немедленно исчезает.

БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ, ПРИ КОТОРЫХ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК ОСТАЕТСЯ НОРМАЛЬНО ЯСНЫМ

Катарр дыхательных ветвей (bronchocatarrrhus s. bronchitis). Симптомы бронхита хорошо объясняются из патологоанатомических изменений слизистой оболочки бронхов. Как при всяком катарре, так и здесь мы встречаем гиперемию и набухлость слизистой оболочки и усиленное отделение слизи, вначале скудной, вязкой и прозрачной, позднее—более обильной, желтоватой.

Раздражение слизистой оболочки вследствие катарра выражается кашлем, который есть необходимый и нередко главный симптом всякого бронхита, а что касается до других симптомов, то они бывают различны в зависимости от места и силы болезни и позволяют с клинической точки зрения различать: 1) катарр трахеи и первых дыхательных ветвей, 2) катарр средних бронхов и 3) капиллярный бронхит. Все эти виды катарра встречаются как в острой, так и в хронической форме. Диагностика бронхита вообще не трудна: если больной кашляет и при этом голос у него чист (гортань, следовательно, не поражена), а в легких нигде нельзя найти ни притупления, ни тимпанического звука, то у него либо трахеобронхит, либо фарингит. Если задняя стенка глотки нормальна (нет ни красноты, ни грануляций), если нет и насморка (кашель от стекания слизи по задней стенке глотки), то у больного, стало быть, есть катарр ниже голосовых связок; если же есть изменения, свойственные хроническому фарингиту и, следовательно, исключить эту причину кашля нельзя, то на основании одного лишь кашля было бы неосновательно ставить диагностику бронхита; для этого нужно или чтобы больной жаловался на чувство ссаждения (царапания) по тракту трахеи, или чтобы он отхаркивал мокроту (при хронических фарингитах

кашель (обыкновенно сухой), или чтобы при выслушивании можно было констатировать в груди сухие или влажные хрипы. Особую трудность для диагностики представляют случаи бронхита, развивающиеся в течение крупа, так как аускультативные явления со стороны бронхов и легких совершенно заглушаются стенотическим дыхательным шумом, проведенным из гортани, а между тем констатирование бронхита при крупе имеет чрезвычайно важное значение по отношению к вопросу о производстве трахеотомии и относительно предсказания. Дело в том, что если при крупе появляется бронхит, то большей частью он бывает не простой катаральный, а крупозный, и шансы на выздоровление значительно уменьшаются.

Если крупозный процесс не идет дальше трахеи (tracheitis sicurova), то узнать это осложнение можно только после трахеотомии и именно в том случае, если больной отхаркивает через трубку перепонки. По виду перепонки можно судить о степени распространения процесса и решить, поражена ли только трахея или бронхи; в первом случае выхаркиваются простые перепонки, во втором—разветвленные (мокрота в подобных случаях рассматривается под водой). Если перепонки не выхаркиваются, то предполагать существование крупозного бронхита можно в том случае, если дыхание после операции остается учащенным (у детей до 5 лет—больше 40—50, у старших—30—40) и лихорадка поднимается выше 39°; характерно также почти полное отсутствие кашля в первые часы после операции, указывающее на то, что трахея выложена перепонками и потому мало чувствительна к раздражению ее трахеотомической трубкой. Ввиду сказанного можно исключить поражение трахеи и бронхов крупом, если после операции больной отвечает кашлем на всякое прикосновение к трубке и энергично реагирует на прочищение трубки бородкой пера (гусиного), причем выделяется только слизь, а не перепонки, и если дыхание после трахеотомии падает почти до нормы, а температура не идет выше 38,5°. Если такое состояние продолжается дня три после операции, то можно быть уверенным, что крупозный процесс останется локализованным в гортани.

Предполагать поражение бронхов до операции можно в том случае, если больной, несмотря на стеноз гортани, представляет учащенное дыхание и если припадки отравления углекислотой не соответствуют степени стеноза, т. е. если при сравнительно незначительном стенозе больной делается апатичен, конечности его холодеют, появляется цианоз. Для диагностики

имеет также значение быстрота распространения крупозных перелонок и высота температуры: чем выше лихорадка и чем быстрее увеличиваются по поверхности зева или гортани пленки, тем больше шансов, что процесс не ограничится гортанью, а спустится ниже.

Если диагностика трахеита или бронхита установлена, то остается еще решить, во-первых, с какого рода катарром имеем мы дело, т. е. первичный ли он, идиопатический или симптоматический, и во-вторых, какие именно бронхи поражены, где локализуется катарр.

Ответ на первый вопрос можно резюмировать так: если бронхит не сопровождается симптомами, которые допускали бы диагностику другой болезни (кори, тифа и пр.), то он должен быть признан за катарр идиопатический, т. е. за болезнь самостоятельную.

Идиопатические бронхиты отличаются вообще сравнительно легким течением, так как опасный для детей капиллярный бронхит почти никогда не встречается в виде самостоятельного страдания, а является обыкновенно последствием или спутником гриппа, кори и коклюша, а в хронических случаях—рахитизма.

Острые случаи идиопатического бронхита начинаются более или менее значительным лихорадочным состоянием и сухим частым кашлем; если больной остается при этом в комнате и вообще не подвергается новым вредным влияниям, то в скором времени наступает период разрешения: лихорадочное состояние через 3—5 дней исчезает, а кашель делается реже, влажнее и легче и еще через несколько дней совсем прекращается.

При определении места катарра мы руководствуемся характером аускультативных явлений и дыханием. Если при выслушивании слышатся крупнопузырчатые хрипы или низкого тона сухие хрипы (*ronchus sonorus*), то заключаем о поражении трахеи и крупных бронхов, так как такого рода хрипы могут образоваться лишь в полостях или каналах большого калибра. Если отделение слизи невелико, то при трахеите может совсем не быть хрипов, и дыхательный шум остается вполне нормальным, так что вся болезнь выражается только кашлем да лихорадочным состоянием вначале; дети старшего возраста жалуются еще на чувство ссаждения вдоль трахеи.

Кашель без всяких хрипов в груди и при отрицательных перкуторных явлениях может зависеть еще от *хронического фарингита*, который встречается иногда и в детском возрасте, в особенности у детей золотушных и анемиков. Подозревать

эту причину кашля можно в том случае, если сухой, короткий кашель (вроде перхоты) упорно держится у ребенка, несмотря на комнатное содержание, и если в груди не появляется никаких хрипов. При осмотре зева оказывается, что задняя стенка глотки красна, изборождена расширенными сосудами и суха, как бы лакирована; нередко на ней появляются небольшие плоские, овальные возвышения величиной с чечевицу, покрытые такой же слизистой оболочкой, как и соседние части—*pharyngitis granulosa*. Упорный, сухой кашель может продолжаться целыми неделями и легко возвращается при малейшей простуде.

Здесь же уместно упомянуть о том виде сухого кашля, который появляется без всяких объективных явлений со стороны легких, тянется 1—2 месяца и отличается от всякого другого кашля тем, что беспокоит детей только по ночам, откуда и название—*периодический ночной кашель*. Причина этого нервного кашля, свойственного, главным образом, раздражительным, малокровным детям, неизвестна; в некоторых случаях он быстро прекращается от хинина, а потому можно думать, что иногда он является симптомом *febris intermit. larvatae*.

При поражении *бронхов среднего порядка* получают или среднепузырчатые хрипы, или, в случае ничтожного образования отделяемого, грубое везикулярное дыхание и неопределенный дыхательный шум, или вследствие сужения просвета бронхов ослабленное везикулярное дыхание.

При *капиллярном бронхите* мы имеем свистящее дыхание, как выражение значительного сужения и без того уже узкого просвета мелких бронхов, вследствие набухлости их слизистой оболочки; позднее, в периоде образования отделяемого, слышатся мелкопузырчатые, но *не консонирющие* хрипы. Кроме этих признаков, капиллярный бронхит отличается от всякого другого бронхита никогда не отсутствующей при нем *одышкой*. Капиллярный бронхит всегда бывает двусторонним, и катарр, лежащий в его основе, отличается разлитым характером, т. е. он занимает, если и не все, то почти все мелкие бронхи и обязательно производит сужение их просвета и, следовательно, затрудняет доступ воздуха к альвеолам; по этой причине при каждом вздохе происходит разрежение воздуха в грудной клетке (все равно, как бывает это и при сужении гортани) и в результате получается *втягивание уступчивых мест* грудной клетки и преимущественно нижней периферии груди по линии прикрепления диафрагмы. Происходит, следовательно, инспираторная одышка, которую, однако, нетрудно отличить от инспи-

раторной же одышки при сужении верхних дыхательных путей. При последней, во-первых, всегда бывает слышен характерный стенотический шум, отсутствующий при капиллярном бронхите, и, во-вторых, дыхание остается нормальной частоты или даже несколько замедляется, тогда как при капиллярном бронхите оно *значительно учащается* (у детей до 2 лет от 70 до 100 раз в минуту) и делается, конечно, очень поверхностным. Есть также некоторая разница и в работе дыхательных мышц: при стенозах гортани и трахеи шейные мышцы (scaleni) работают гораздо энергичнее, чем при капиллярном бронхите, а оттого и втягивание надключичных ямок в первом случае бывает заметнее. Чем моложе ребенок, т. е. чем уже бронхи, тем легче при бронхите получают явления аспирации на грудных стенках; у детей до года можно заметить легкое втягивание межреберий почти при каждом бронхите.

Капиллярный бронхит принадлежит к числу весьма опасных болезней детского возраста; он сопровождается обыкновенно довольно высоким и продолжительным лихорадочным состоянием и часто ведет или к развитию катарральной пневмонии, или к недостаточному окислению крови, выражающемуся цианозом и другими симптомами отравления углекислотой. К характеристике капиллярного бронхита относится, между прочим, и то, что он встречается преимущественно у маленьких детей, до двухлетнего возраста.

Переход бронхита в пневмонию совершается обыкновенно постепенно и обозначается появлением консонизирующих и крепитирующих хрипов, а позднее—бронхиального дыхания и приглушения.

Некоторое сходство с капиллярным бронхитом представляют приступы бронхиальной астмы. Болезнь эта, зависящая от спазма мышечных волокон мелких бронхов, характеризуется появлением периодически повторяющихся *приступов* сильной одышки с громким, тонким (высоким) свистом в груди, слышным даже и на расстоянии, и сопровождающихся застоем венозной крови и цианозом. Одышка эта напоминает ту, что встречается и при капиллярном бронхите, но с той лишь разницей, что при астме, главным образом, *затруднено выдыхание*, а потому западение уступчивых мест грудной клетки при вдыхании выступает не так резко, но зато можно заметить *признаки раздутия легких* (низкое стояние диафрагмы и уменьшение сердечной тупости) и усиленную деятельность выдыхателей (от напряжения брюшных мышц во время акта выдыхания брюшные

стенки оказываются наощупь очень твердыми, напряженными). Приступ заканчивается появлением влажных хрипов и выделением обильной водянистой мокроты, в которой и у детей встречаются Charcot-Leuycen'sкие кристаллы. В сомнительных случаях эти микроскопические образования могут иметь для диагностики важное значение. Главное отличие от капиллярного бронхита состоит в том, что *одышка* при астме *наступает быстро*, среди полного здоровья, но держится недолго—от нескольких минут до несколько часов—и столь же быстро исчезает; лихорадочного состояния при этом или совсем нет, или температура поднимается не выше $38-38,5^{\circ}$ in axil.; во время приступа при аускультации груди слышится только громкий свист, но не мелкопузырчатые хрипы, которые если и появляются иногда, то только позднее, в периоде исчезания одышки.

Гораздо труднее узнать астму, когда она является в виде осложнения обыкновенного бронхита. В таких случаях дело начинается насморком или ложным крупом, или бронхитом, а через некоторое время вдруг наступает одышка, свистящие хрипы, цианоз, и в таком состоянии больной остается или только несколько часов, или от 3 до 5 дней, а потом наступает облегчение одышки, и остается только простой катарр средних или крупных бронхов. Быстрота течения и отсутствие мелкопузырчатых хрипов, а иногда и лихорадки, исключают в подобных случаях капиллярный бронхит. За осложнение бронхита астмой говорят, далее: 1) несоответствие между сильной одышкой и напряженной деятельностью диафрагмы, с одной стороны, и незначительностью физикальных симптомов—с другой; 2) преобладание тонкого свиста над хрипами; 3) быстрое развитие эмфиземы (раздутия легких) и 4) значительное ослабление одышки во время сна.

Так как для развития бронхиальной астмы требуется особое индивидуальное расположение, то характерно то, что данный ребенок получает подобного рода приступы почти каждый раз, как только случится ему заболеть бронхитом.

При диагностике астмы всегда желательно выяснить также и ее этиологию. У детей не особенно редко встречается так называемая *эссенциальная форма астмы*, наступающая без всяких заметных причин. От нее не застрахованы даже и дети самого раннего возраста, например, на первом году жизни; в этиологии эссенциальной астмы, как и в других неврозах, играет роль наследственное расположение к нервным болезням. Французские авторы (Grancher, *Traité des maladies de l'enfance*, t. II,

р. 27) признают астму за одно из выражений артритического диатеза и ставят ее в один ряд с мигренью, ожирением, подагрой, почечным песком и диабетом. Астма, по их мнению, является результатом артритической или нейро-артритической наследственности. В числе случайных причин, вызывающих астму у расположенных к ней детей, значится всякого рода простуда (насморк, бронхит), переутомление (физическое и умственное), засорение желудка и др.; в других случаях наблюдается *симптоматическая астма при гиперплазии бронхиальных желез* (это самая частая причина, благодаря которой в числе причин, располагающих к астме, значатся золотуха и рахит) и *рефлекторная астма* при болезнях носа, бронхов и гипертрофии миндалин, а также и при страданиях желудка (*asthma dyspepticum Henoch'a*).

Интересно отметить, что астма в детском возрасте, от какой бы причины она ни зависела, допускает лучшее предсказание, чем у взрослых, так как в большинстве случаев, можно сказать даже почти всегда, с возрастом (к 14—15 годам) она исчезает.

Что касается *хронического бронхита*, то распространяться о диагностике его не приходится. Симптомы его те же, что и при остром бронхите, от которого он отличается отсутствием лихорадочного состояния и продолжительностью течения. Хронический бронхит у детей редко продолжается в течение круглого года; летом кашель обыкновенно прекращается, а осенью и зимой появляется снова, и если проходит, то лишь на короткое время. Хронический бронхит или расположение к частым возвратам кашля большей частью развивается на почве хронического упадка питания, будет ли то золотуха, рахитизм или анемия, и особенно часто у детей, страдающих аденоидными разрастаниями в носоглоточном пространстве. При лечении хронического кашля у детей надо иметь в виду, главным образом, эту почву.

Симптоматический бронхит обязательно встречается при гриппе, коклюше и кори и почти обязательно при тифе и остром милиарном туберкулезе. Здесь мы будем говорить только о первых двух процессах, при которых кашель является самым выдающимся симптомом.

Мы различаем две формы гриппа: 1) эндемический и 2) эпидемический грипп (*influenza endemica et epidemica*). Первая форма встречается у нас в Москве ежегодно в холодное время года, т. е. осенью и зимой, тогда как вторая форма появляется в виде эпидемий, разделенных промежутками в несколько

лет, причем они не стоят в тесной зависимости от сезона и климата.

Второе этиологическое отличие эндемического гриппа от эпидемического состоит в том, что первый распространяется медленно и усиливается постепенно (первые случаи появляются, например, в сентябре, а разгар эндемии приходится на декабрь или январь), тогда как второй достигает своего максимума в данной местности в самое короткое время (2—3 недели) и так же быстро прекращается с тем, чтобы занять новые места; распространяясь по поверхности земли с замечательной быстротой, эпидемический грипп нередко принимает характер пандемии, почему и называется в отличие от нашего эндемического гриппа *пандемическим гриппом*.

Третье этиологическое отличие состоит в том, что эндемический грипп поражает, главным образом, детей (они заболевают не только чаще взрослых, но и сильнее), а при эпидемическом гриппе чаще и сильнее захварывают взрослые. На этом основании наш эндемический грипп можно бы назвать, по аналогии с холерой, *детским гриппом*.

Что касается симптомов, то при детском гриппе на первый план выступают катарр слизистых оболочек органов дыхания (по этой причине он называется также *эпидемическим бронхитом*), а при настоящем гриппе—общая слабость и другие симптомы со стороны нервной системы, в виде различных болевых ощущений.

Общее для обеих форм название «грипп» объясняется сходством этих болезней как с этиологической, так и с клинической стороны: 1) обе они принадлежат к числу инфекционных контактно-миазматических болезней (в обоих случаях люди заболевают целыми семьями, заражая друг друга); 2) скрытый период в обоих болезнях короток и равняется приблизительно 1—3 суткам; 3) однократное заболевание той или другой формой гриппа не гарантирует от его повторения; 4) катарры слизистых оболочек хотя и не совсем обязательны для эпидемического гриппа, но все-таки в большинстве случаев они принадлежат к числу кардинальных симптомов и во время некоторых эпидемий выступают на первый план; 5) продолжительность болезни в неосложненных случаях отличается короткостью (3—7 дней); 6) обычный исход—выздоровление; 7) самыми частыми осложнениями в обоих случаях являются воспаление легких, большей частью неправильного течения, и воспаление среднего уха.

Мы опишем сначала эндемический грипп (синонимы: эпидемический бронхит, детский грипп), а потом эпидемический грипп (настоящий или пандемический грипп, инфлюэнца).

Под именем детского гриппа мы понимаем эпидемический заразительный катарр, локализирующийся на нескольких слизистых оболочках зараз или друг за другом, и в таком случае, начавшись с носа, он быстро распространяется отсюда на соседние части (конъюнктивы, зев) и книзу на бронхи, а иногда и на кишки.

Возраст оказывает заметное влияние на заболевание гриппом; так, главным контингентом для него являются дети от полугода до 5 лет. Возраст оказывает влияние не только на частоту заболевания, но и на интенсивность его: чем моложе ребенок, тем, говоря вообще, сильнее грипп; после 7 лет abortивные и легкие гриппы встречаются уже много чаще резко выраженных форм, но заразительность и тех, и других одинакова, и при диагностике гриппа у ребенка, не выходявшего на воздух и не имевшего повода простудиться, надо иметь в виду, что *источником семейной эпидемии гриппа нередко является острый насморк у кого-либо из взрослых.*

Началу болезни предшествует обыкновенно *период предвестников* в виде безлихорадочного насморка и легкого кашля в течение немногих дней. Собственно болезнь начинается жаром, причем температура поднимается *быстро*, достигая нередко в первый вечер $40-40,5^{\circ}$.

Одновременно с лихорадочным состоянием появляются и катаральные явления (а если они уже были, то усиливаются), сначала в виде насморка и конъюнктивита, а затем вскоре присоединяется и кашель.

Течение лихорадки при гриппе отличается большим разнообразием; в одних случаях имеется *febris continua remittens* со значительными утренними ремиссиями и вечерними повышениями, как при тифе ($39-39,5^{\circ}$ утром и $39,5-40,5^{\circ}$ вечером). Такая высокая и постоянная лихорадка наблюдается по преимуществу у маленьких детей до 2 лет и указывает на очень острое течение гриппа, кончающегося в таких случаях более или менее резким кризисом через 8—15 дней. Катарр быстро распространяется с носа на бронхи, а нередко и на легочную паренхиму, т. е. развивается пневмония. Подобные гриппы нередко принимаются за тиф или за крупозную пневмонию.

В других случаях лихорадка представляет *быстрые колебания* в течение дня; она то падает до нормы, то снова подымается

градусов до 40. Заметить какую-либо правильность в колебаниях температуры нельзя, но тем не менее при некоторой натяжке можно принять болезнь за *f. intermittens*.

Вторым постоянным симптомом гриппа бывает *катарр слизистых оболочек*. Как правило, прежде всего поражается нос и конъюнктивка век, потом—день или два спустя, а иногда и одновременно—зев и гортань. Слезотечение с краснотой век, непроходимость носа и истечение из ноздрей *прозрачной* жидкости, иногда хриплый голос, реже признаки сужения гортани при сухом лающем кашле (ложный круп) характеризуют этот период.

Насморк уже сам по себе составляет драгоценный признак для диагностики гриппа, но значение его еще больше, когда появляется при нем *стрельба в ухо*. Симптом этот важен в особенности потому, что он является рано, обыкновенно на первую или вторую ночь. Как бы высока ни была температура, как бы сильно ни были выражены явления со стороны нервной системы в виде бреда, метания в постели и пр., но если на 2-й день болезни имеется насморк и стрельба в ухо, то можно диагностировать грипп, потому что такой комплекс симптомов, как *сильный жар, насморк и стрельба в ухо в самом начале болезни, патогномичен для гриппа*. Само собой разумеется, что отсутствие ушной боли никоим образом не исключает гриппа.

Дня через 3 или позднее катарры начинают разрешаться; из носа отделяется слизисто-гнойная жидкость, хриплый голос и лающий кашель исчезают, лихорадка прекращается, и больной, в случае если катарр не распространяется дальше, в 7—10 дней совершенно выздоравливает. Подобные легкие случаи, при которых катарр не идет далее трахеи, свойственны преимущественно детям старшего возраста. Самые легкие случаи гриппа, выражающиеся только насморком и краснотой конъюнктивы, могут кончаться даже в 2—4 дня. Это *абортивные формы гриппа*.

В громадном большинстве случаев катарр не ограничивается носом, а распространяется дальше и нередко, минуя гортань, прямо перескакивает на бронхи, что обозначается обыкновенно новым ожесточением лихорадки. Бронхит при гриппе, в отличие от обыкновенного катарра бронхов, характеризуется, во-первых, весьма сильным и частым сухим кашлем при ничтожных физикальных признаках со стороны бронхов и, во-вторых, тем, что катарр этот долго не разрешается. В этом отношении грипп похож на коклюш; в обоих случаях родители рассказы-

вают, что ребенок сильно закашливается, так что иногда лицо покраснеет от кашля или приступ оканчивается рвотой, а между тем для объяснения этого кашля в груди не удастся найти почти ничего, кроме отсутствия свистящего вдыхания, характерного для коклюшного кашля; разница еще в том, что при гриппе всегда бывает более или менее значительная лихорадка, не свойственная коклюшу, и что при гриппе пароксизмы кашля особенно сильны по утрам и вечерам, тогда как при коклюше—по ночам. При новом ожесточении лихорадки катарр может распространяться на мелкие бронхи, на легочные пузырьки (*pneumonia*), а иногда и на кишки.

Кроме этих кардинальных симптомов, каковы лихорадка и катарры, при сколько-нибудь ясно выраженном гриппе всегда поражается и *нервная система*. Самым постоянным симптомом, кроме никогда не отсутствующей *головной боли*, иногда весьма сильной, бывает *бессонница* по ночам и *раздражительность* днем. Больной производит впечатление очень злого ребенка, и эта-то чрезмерная капризность или злость в высокой степени характерны для гриппа, особенно когда дело идет о дифференциальной диагностике некоторых случаев гриппа от тифа—тифозные больные смиренны.

В более тяжелых случаях гриппа дети бредят, нередко с первой же ночи (тоже существенное отличие от тифа, при котором бред является обыкновенно лишь в конце первой недели); или вскакивают по ночам, кричат, как бы испугавшись чего-нибудь, и, может быть, даже не узнают окружающих.

Течение гриппа крайне неопределенное и неправильное, а потому и предсказание при нем относительно продолжительности не может быть точным, но *quo ad vitam* предсказание весьма хорошо, так как грипп кончается обыкновенно выздоровлением даже при осложнении пневмонией.

Тяжелые случаи гриппа могут затягиваться на несколько недель; такое хроническое течение располагает к развитию хронической пневмонии и туберкулеза.

Что касается до диагностики гриппа, то всего чаще смешивается он с *острым катарром бронхов*, от которого отличается, во-первых, эпидемическим распространением и заразительностью; во-вторых, тем, что, кроме бронхов, поражаются и другие слизистые оболочки; в-третьих,—что высота температуры, продолжительность лихорадки и сила или частота кашля не соответствуют обыкновенно признакам катарра; в-четвертых,—что катарры при гриппе долго не разрешаются, несмотря на по-

стельное содержание больного, и, наконец, в-пятых,—что при гриппе часто поражается и нервная система.

О сходстве гриппа с первым периодом коклюша см. о последнем. Здесь же заметим только, что, чем выше температура в начале болезни, тем вероятнее грипп, и наоборот, если несмотря на нормальную или субфебрильную температуру катарры носа и трахеи долго не разрешаются, не взирая на комнатное содержание, то вероятен коклюш.

В течение двух-трех первых суток диагностика может колебаться между гриппом и периодом *предвестников кори*; характер красноты слизистой оболочки зева, век и рта всего лучше решает дело; при кори краснота этих слизистых оболочек, в особенности мягкого и твердого неба, обыкновенно пятнистая, при гриппе же, как при обыкновенных катарах,—сплошная.

Вторым критерием может служить характер эпидемии; понятно, что если в известной семье, в которой есть уже коревой больной, кто-либо из детей заболевает насморком и слезотечением, то мы скорее предположим у него корь, а не грипп, хотя бы в зеве в данном случае и не было пятнистой красноты, так как при кори она бывает далеко не всегда.

Наконец, 3-й, хотя и менее важный, признак мы имеем в *чихании*, которое в периоде предвестников кори встречается значительно чаще, чем при гриппе, что зависит, может быть, от того, что при кори и светобоязнь бывает сильнее, а известно, что под влиянием сильного света чихание появляется даже у здоровых людей, не имеющих насморка.

В дальнейшем течении грипп, протекая с постоянной лихорадкой, и, может быть, с поносом, симулирует *тиф*. Диагностика основывается на том, что при отсутствии симптомов, специально указывающих на тиф, каковы тифозная розеола и опухоль селезенки, есть симптомы, совсем не свойственные тифу, но характерные для гриппа: насморк и раздражительность. Свежая опухоль селезенки говорит против гриппа. Если насморк уже исчез, то весьма существенные данные получают из анамнеза: болезнь началась с насморка, с появлением лихорадочного состояния кашель уже с самого начала выступил на первый план, лихорадка шла правильно, часто падала почти до нормы—грипп; болезнь началась исподволь, с головной боли, потери аппетита и лихорадочного состояния по вечерам, вначале не было ни насморка, ни кашля, последний появился к концу недели, лихорадка постепенно увеличивалась и, достигнув максимума на 4—5-й день, стоит на этой высоте, делая ремиссии по утрам,—тиф.

Важное диагностическое значение имеет и возраст: до двух лет тиф встречается редко, тогда как грипп очень часто.

Разница резкая, и, несмотря на то, ошибки в диагностике встречаются довольно часто; врач принимает грипп или за тиф, или совсем не может подвести свой случай под какую-нибудь рубрику, а все подобные затруднения проистекают только из того, что врач не имеет в виду гриппа.

Что касается до симптомов и течения эпидемического гриппа, то в этом отношении существует такое разнообразие, что, смотря по преобладанию тех или иных симптомов, принято различать разные формы этой болезни, каковы, например, *influenza cephalica* (спячка, сильный бред, бессознательное состояние), *infl. abdominalis s. gastrica* (потеря аппетита, рвота, боль живота, понос), *infl. neuralgica* (боли по направлению периферических нервов, а также в спине и конечностях), *infl. thoracica s. catarrhalis* (катарры и воспаления дыхательных органов). Общими признаками всех этих форм являются, кроме быстрого и обширного распространения эпидемии и повального заболевания людей всех возрастов, внезапное начало болезни в виде быстрого поднятия температуры с сильной головной болью и с значительной общей слабостью при короткой продолжительности: неосложненные случаи кончаются в 2—5 дней большей частью критическим по́том.

Выше было уже указано на то, что у взрослых настоящий грипп протекает тяжелее, чем в детском возрасте; по крайней мере в эпидемию 1889—1890 г. разница эта была выражена так резко, что я нахожу более удобным описать течение гриппа у взрослых и детей отдельно, причем буду основываться, главным образом, на эпидемии зимы 1889/90 г.

У взрослых субъектов на первый план выступали нервные, т. е. болевые, симптомы, тогда как катарры дыхательных органов (составляющие обыкновенно существенную принадлежность инфлюэнцы) или вовсе отсутствовали, или являлись поздно, например по окончании лихорадки. Болезнь почти всегда начиналась внезапно (редко после 1—2-дневного недомогания) сильным лихорадочным состоянием (39—39,5° на первый вечер), одновременно с которым появлялись различные боли: головная боль, боль в глазах, усиливавшаяся при движении глаз, в пояснице и ногах, особенно в икрах; сравнительно реже появлялись боли и в других местах, например, в виде общей гиперестезии кожи, межреберных невралгий, мигрени, а также и артралгий.

К числу постоянных симптомов принадлежали, далее, потеря аппетита, большая слабость, головокружение при попытках встать, бессонница, реже бред или сонливость. Все поименованные боли характеризовались внезапностью своего появления или быстротой развития и тем, что не сопровождалось какими-либо симптомами воспаления (в болезненных местах не было ни красноты, ни припухлости, ни повышения местной температуры) и, наконец, тем, что они были продолжительны и быстро исчезали вслед за прекращением лихорадочного состояния, и только в виде исключения оставались иногда невралгии на более или менее продолжительное время; напротив того, потеря аппетита и общая слабость почти у всех больных оставались недели на 2—3, что совершенно не соответствовало ни короткости, ни силе лихорадочного состояния.

В последнюю эпидемию инфлюэнцы во многих случаях все дело ограничивалось только одними этими нервными припадками да жаром, при полном отсутствии каких-либо катарров. В других случаях встречались и катарры, и всего чаще именно дыхательных органов, в виде насморка, красноты зева, хрипоты и кашля; реже наблюдались желудочные явления, каковы рвота и понос. У большинства больных кашель появлялся поздно, т. е. лишь по прекращении лихорадки и исчезании болей. Особую окраску этим катаррам придавал как бы нервный характер их; так, например, насморк сопровождался сильной болью во лбу, над переносьем; ларинго-трахеит—спазматическим сухим кашлем, иногда со рвотой, как при коклюше, трахео-бронхит—сильной болью вдоль sternum и одышкой; в случае рвоты больные жаловались на боль в подложечке, а при поносе—на боль живота.

Из числа симптомов, встречающихся хотя бы в меньшинстве случаев, но до некоторой степени затруднявших диагностику и подававших повод к смешению инфлюэнцы с денге, заслуживают упоминания боли в сочленениях, особенно в коленях (без воспалительных явлений) и различные сыпи то в виде уртикарии, то напоминавшие корь или скарлатину.

Продолжительность инфлюэнцы у взрослых в легких случаях равнялась 1—2 дням, в средних и тяжелых—от 3 до 5 и даже до 10 дней. Впрочем, продолжительность инфлюэнцы колебалась в больших размерах; так, например, в отдельных случаях лихорадочное состояние при неосложненной инфлюэнце не особенно редко продолжалось до 3—4 недель и дольше; в случаях же *хронической* инфлюэнцы умеренное лихорадочное состояние без всяких местных явлений, даже без насморка и кашля, продол-

жалось иногда до 3 месяцев и кончалось полным выздоровлением. Подобные хронические случаи встречались среди детей зимой 1897/98 г. не особенно редко. Из осложнений всего чаще встречались различные формы воспаления легкого.

Что касается симптомов инфлюэнцы в детском возрасте, то несомненно, что в эпидемию 1889 г. дети захварывали не так сильно, как взрослые; у детей очень часто отсутствовали не только катарры, но даже и боли в пояснице и в икрах; сплошь и рядом дети 8—10 лет не жаловались на эти боли даже и при вопросах о них, так что вся болезнь выражалась у детей внезапным наступлением жара (39—40°), головной болью и общей слабостью; через 2—3 дня все симптомы исчезали, и диагностика инфлюэнцы могла быть установлена только на основании характера эпидемии, т. е. поголовного заболевания в самое короткое время всех членов семьи. В детском возрасте сравнительно чаще, чем у взрослых, появлялась в начале болезни тошнота и повторная рвота и носовые кровотечения. Сравнительная легкость заболевания детей выражалась, между прочим, короткостью периода выздоровления (т. е. у них раньше возвращался аппетит и восстанавливались силы) и редкостью развития осложнений вообще и пневмонии в особенности. Различные сыпи изредка встречались и у детей; они ничем не отличались от сыпей у взрослых. Печень и селезенка при инфлюэнце у детей обыкновенно не увеличивались заметным образом.

Так как инфлюэнца отличается гораздо большим разнообразием признаков, чем наш эндемический грипп, то при дифференциальной диагностике ее пришлось бы затрагивать очень много болезней, смотря по преобладанию того или иного симптома. Так, например, очень сильная головная боль может породить мысль о менингите, особенно в случае начальной рвоты; боль в ногах, особенно в сочленениях, наводит врача на мысль о ревматизме; повторная рвота и жар—на катарр желудка; боль в пояснице при сильном лихорадочном состоянии и рвоте—на опсу; катарр носа, глаз и гортани—на корь; разлитые эритемы—на скарлатину. Распознавание во всех случаях значительно облегчается характером эпидемии, т. е. повальным заболеванием и взрослых, и детей различными формами инфлюэнцы и нестойкостью симптомов последней; колебания врача не могут продолжаться более 2—3 дней, так как после этого срока симптомы инфлюэнцы в большинстве случаев начинают уже стихать.

В спорадических случаях или в начале эпидемий диагностика может быть твердо установлена только при вполне выраженных

случаях и, главным образом, при наличии симптомов со стороны нервной системы в виде упадка сил, не соответствующего ни силе, ни продолжительности лихорадочного состояния, и различного вида болей, о которых уже не раз было говорено.

Спорадические случаи *детской* инфлюэнцы, отличающейся отсутствием характерных болей, а нередко и катарров, не поддаются точной диагностике и в неэпидемическое время регистрируются врачами то как *febris gastrica*, то как *febris herpetica*, *rheumatica* или *erhemeга*. Инфлюэнца 1889 г. благодаря частому отсутствию катарров представляла большое сходство с Денге (*Dengue*), за каковую и считалась некоторыми французскими врачами. Обе эти болезни поражают громадное число жителей; обе они относятся к числу миазматически-контагиозных болезней, обе наступают внезапно среди полного здоровья и начинаются быстрым поднятием температуры и болью головы, поясницы и в конечностях; обе кончаются критически через 2—3 или в 5—7 дней; в обеих болезнях наблюдаются рецидивы через 1—3 дня после окончания первого приступа; наконец, в обеих встречаются разнообразные сыпи на коже, в виде пятнистых или разлитых эритем или крапивницы. Сходство усиливается еще и тем, что и при *Dengue* появляются иногда катарры слизистых оболочек носа, рта и зева или диспнеа без катарра бронхов. Со стороны органов пищеварения в обоих случаях наблюдаются в качестве обязательных симптомов потеря аппетита, обложенный язык и склонность к запору, а иногда и рвота; далее, обоим свойственна бессонница, головная боль, носовые кровотечения, упадок сил, медленное выздоровление. Предсказание в обеих болезнях благоприятное.

Отличия состоят в том, что при *Dengue* боль в конечностях локализуется не столько в икрах, сколько в сочленениях, причем последние припухают, как при остром ревматизме, чего при инфлюэнце обыкновенно не бывает; рецидивы при *Dengue* составляют правило, подобно тому как в рекурренте, а также и сыпи на коже отсутствуют редко, между тем как при инфлюэнце к то, и другое встречается лишь в меньшинстве случаев; главное же отличие состоит в том, что при *Dengue* почти никогда не бывает катарров дыхательных органов. Итак, в отдельных случаях сходство между инфлюэнцей и *Dengue* может быть полным до степени тождества, но в общем характере эпидемий будет большая разница: инфлюэнца принадлежит к числу катарральных болезней, а *Dengue*—нет.

Во всех сомнительных случаях инфлюэнцы, протекающих с насморком или с кашлем, диагностика может быть выяснена путем бактериоскопического исследования мокроты или носовой слизи на бациллы Pfeiffer'a. Инфлюэнцные бациллы отличаются прежде всего тем, что они очень малы, длина их только в 2—3 раза больше ширины, концы их закруглены; капсулы около них нет, в висячей капле они оказываются неподвижными; они трудно красятся, и потому стеклышко с размазанной мокротой нужно оставлять в краске не менее 10 минут; всего лучше красить Löffler'ской метиленовой синькой или водным раствором фуксина; по Gram'у не красятся. Получение чистых культур возможно только в присутствии гемоглобина или лейкоцитов; Pfeiffer рекомендует для этого агар, смазанный кровью. Трубочка с посевом помещается на сутки в термостат при температуре 37—42°. Колонии инфлюэнцных бацилл очень характерны и не могут быть ни с чем смешаны: они имеют вид почти микроскопических, бесцветных, как бы водяных капель, которые редко достигают величины булавочной головки, а обыкновенно они так малы, что хорошо видны только в лупу.

Диагностическое значение бациллов умалывается тем, во-первых, что они встречаются только в мокроте и в носовой слизи, но не в крови, так что для нервных и гастрических форм инфлюэнцы бактериоскопическое исследование неприменимо, а, во-вторых, тем, что при бронхопневмониях неинфлюэнцного происхождения Pfeiffer находил *ложно-инфлюэнцные бациллы*, которые по форме, по отношению к краскам и по способности своей культивироваться только на кровяном агаре, очень похожи на настоящие, от которых отличаются в культурах большей величиной и наклоном к образованию длинных нитей.

Дифференциальная диагностика эпидемического гриппа от детского гриппа затруднительна только при катарральных формах первого, так как симптомы в обоих случаях тождественны и точная диагностика возможна только на основании бактериоскопического исследования (микробы детского гриппа пока еще неизвестны). От тифа катарральная форма инфлюэнцы легко отличается насморком, который при тифе встречается лишь в виде исключения; серьезные затруднения представляют для диагностики случаи затяжной инфлюэнцы, протекающие без насморка. В пользу последней говорит вначале быстрое повышение температуры на первый день болезни и боли в конечностях (у детей они встречаются довольно редко), а на второй неделе—отсутствие тифозной розеолы, реакции Widai'я и опухоли селезенки (опухоль

селезенки при инфлюэнце изредка встречается, а потому наличие ее не исключает этой болезни) и значительно учащенный пульс (при тифе у детей старше 5 лет пульс бывает относительно замедленный).

К о к л ю ш, подобно гриппу, принадлежит тоже к числу общих инфекционных, эпидемических и контагиозных болезней; он характеризуется своеобразным, судорожным кашлем вследствие локализации болезни на слизистой оболочке верхних воздухоносных путей, а может быть также и в продолговатом мозгу.

В течении коклюша различают: 1) период предвестников, или катарральный; 2) период спазматического кашля и 3) период разрешения, или бленорройный.

Первый период—катарральный—начинается или в виде легкого гриппа, или под маской фарингита. В первом случае больной начинает немного лихорадить ($38-38,5^{\circ}$) и вместе с тем получает кашель при отрицательных результатах физикального исследования груди (pharyngitis s. aryngo-tracheitis), а иногда и насморк. Картина болезни настолько похожа на фарингит или—при насморке—на легкий грипп, что диагностика в первые три дня может быть сделана разве только на основании свойств мочи (см. ниже) и характера эпидемии. В дальнейшем течении можно предполагать коклюш на том основании, что *легкий* грипп обыкновенно не затягивается, а, напротив того, дня через три от начала болезни начинает разрешаться, лихорадка прекращается, кашель делается реже и рыхлее, тогда как при коклюше—как раз наоборот, если лихорадка и исчезает, то кашель все-таки остается сухим и более частым и особенно в *первые часы ночи* (это характерно для коклюша), причем доверов порошок, данный вечером, обыкновенно не облегчает кашля; в течение второй недели диагностика коклюша в большинстве случаев может быть сделана уже с очень большой вероятностью на том основании, что в те же часы ночи кашель начинает принимать пароксизмообразный характер. Прежде он состоял из отдельных кашлевых толчков, а теперь несколько кашлевых толчков (и чем больше их число, тем характернее для коклюша) следуют уже так быстро друг за другом, что ребенок не может сделать вдоха иначе, как только после целого ряда кашлевых толчков; такого рода кашель похож на кашель 2-го (судорожного) периода, но отличается от него, главным образом, отсутствием рвоты в конце пароксизма и спазма голосовой щели, обуславливающего свистящий вдох, столь характерный для настоящего коклюшного кашля.

Переход катаррального периода в спазматический совершается, таким образом, довольно постепенно, своеобразный судорожный кашель появляется сначала раз или два в ночь, а потом и днем. Кашель этот настолько характеристичен, что стоит хотя раз услышать его, чтобы потом никогда не забыть и узнавать коклюш из соседней комнаты.

Коклюшный кашель состоит в следующем: больной вдруг сильно закашливается, лицо его синеет, и кашлевые толчки следуют друг за другом *без передышки* до тех пор, пока в легких есть запас воздуха; потом больной делает глубокий вздох, но в это время голосовая щель судорожно сжимается, и воздух, проходя через узкую щель, производит *громкий* звук, напоминающий свист, слышимый через несколько комнат; непосредственно после этого опять начинается кашель, опять свист и т. д., от двух до пяти и более раз, пока приступ кашля не окончится *рвотой* или *извержением большого количества тягучей слюны* или слизи при тошнотном движении. Коклюшные пароксизмы всего чаще повторяются ночью. Сильные пароксизмы коклюшного кашля чрезвычайно неприятны ребенку, и потому часто случается, что больной, чувствуя приближение приступа, волнуется, и лицо его выражает беспокойство; это довольно характерно для коклюша, так как ничего подобного при бронхитах не бывает.

Для оценки интенсивности болезни следует обращать внимание на силу приступов и частоту их. Если число приступов не превышает 15 раз в сутки, то коклюш можно считать легким, если от 15 до 24 раз—средним, и если больше 24 раз—то тяжелым. О силе пароксизмов судят, во-первых, по числу свистящих вздохов от начала до конца приступа кашля. В тяжелых случаях рвота наступает лишь после 4—6-го свиста, а в легких—уже после первого.

Свист при кашле является более постоянным симптомом коклюша, нежели рвота, так как в нормальных случаях он является при всяком пароксизме, а рвота раза 2—3 в день, в особенности после тех приступов кашля, что наступают вскоре после еды. По частоте появления рвоты тоже можно судить о тяжести коклюша.

В диагностическом отношении важно отметить, что коклюшный пароксизм в большинстве случаев может быть вызван у больного искусственно различными способами, суть которых сводится к тому, чтобы заставить больного кашлянуть. Детям старшего возраста можно просто сказать, чтобы они нарочно кашляли, а у маленьких кашель вызывается надавливанием

пальцем на яремную ямку или на гортань, а еще вернее—при исследовании зева с помощью шпателя. Известно также, что пароксизм конъюнктивиты при всяком волнении ребенка, будет ли оно выражаться смехом или плачем и т. п.

Из других симптомов коклюша, позволяющих врачу узнать его, не слышавши кашля, важны *habitus больного, изъязвление уздечки языка и характерные свойства мочи*. Вследствие часто повторяющихся застоев крови во время кашля у больного развивается одутловатость лица, припухлость век, покраснение конъюнктивы глаз, иногда кровавые подтеки на склерах и кашиллярные геморрагии на коже лица и всего более на веках.

Изъязвление уздечки языка встречается только у детей, имеющих резцы, и чем острее они, тем скорее появляется и язвочка; по этой причине у детей до двух лет она встречается гораздо чаще, чем у детей после пяти лет. Диагностическое значение язвочки уздечки велико, так как она встречается почти исключительно только при коклюше.

На особые *свойства мочи* при коклюше обратили внимание московские врачи Блументаль и Гиппиус. Они подметили именно, что моча коклюшных больных, несмотря на свою *бледную окраску*, отличается *высоким удельным весом* (от 1 022 до 1 035 по урометру Vogel'я вместо нормального 1 010—1 012) и *беднотой мочевоы кислоты*, которая в силу трудной растворимости своей осаждается в виде мелкого беловатого порошка, оказывающегося при микроскопическом исследовании кристаллами мочевоы кислоты.

Проверив заявление Блументаль и Гиппиус более чем в 10 случаях коклюша, я не встретил ни одного исключения из установленного ими правила и нахожу вполне справедливым называть подобную мочу «коклюшной мочой». Для диагностики коклюша особенно важно то обстоятельство, что, по наблюдениям Блументаль и Гиппиус, коклюшная моча появляется очень *рано*, а именно *уже в инкубационном периоде коклюша*, значит, до появления какого бы то ни было кашля или в самом начале катаррального периода, когда для диагностики коклюша нет никаких других точек опоры. Дальнейшим наблюдениям предстоит выяснить, не встречается ли подобная моча когда-нибудь и при некоклюшном кашле, например при безлихорадочном фарингите или при легком гриппе.

Диагностика коклюша отнюдь не может основываться на одном лишь свисте во время кашля, так как свистящего дыхания может и не быть; довольно часто, например, он отсутствует при коклюше у грудных детей; он может исчезнуть у больных, у которых

он был вследствие наступления слабости, как результата какого-нибудь осложнения; наконец, его не бывает в легких и abortивных случаях коклюша, при которых болезнь не развивается далее катаррального периода с намеками на судорожный кашель. Иногда диагностика подобных случаев возможна только на основании характера эпидемии.

При нормальном, неосложненном коклюше выслушивание и постукивание груди дают отрицательные результаты, так как катарр не идет далее трахеи и первых бронхов.

Что касается до лихорадочного состояния, то в периоде полного развития коклюша температура бывает нормальной и, по общему отзыву авторов, повышение температуры в спазматическом периоде указывает на какое-нибудь осложнение. Однако с этим последним положением безусловно согласиться нельзя, так как встречаются случаи коклюша, в которых лихорадка, начавшись в катарральном периоде, тянется во время всего *stad. spasmatici* и дело обходится все-таки без всякого осложнения, а потому при диагностике осложнений коклюша следует иметь в виду, что *лихорадочное состояние во время коклюша еще не доказывает развития какого-либо осложнения.*

После 3—4-недельного существования судорожного периода он переходит постепенно в третий—разрешения, или бленорройный период. Кашель делается реже и слабее, рвота и свист исчезают, в груди слышатся распространенные, влажные, крупно- и среднепузырчатые хрипы, мокрота, бывшая прежде светлой и тягучей, делается теперь желтоватой и легко отхаркивается; недели через 2—3 кашель совсем прекращается, и больной выздоравливает.

Замечательно, что у больного, выздоровевшего от коклюша, надолго (на несколько месяцев) остается располжение к коклюшному кашлю, так что стоит ему простудиться или получить грипп, словом, закашлять, и кашель его сейчас же принимает спазматический характер, т. е. больной закашливается до покраснения лица и во время вдоха происходит свист вследствие спазма голосовой щели. Это возврат не коклюша, а только коклюшеподобного кашля, который никого не заражает и при комнатном содержании проходит так же скоро, как обыкновенный бронхит.

На основании описанных признаков и течения диагностика коклюша легка, так как коклюшный кашель настолько типичен, что не узнать его трудно, даже и не врачу, кто хоть раз его слышал. Если такой кашель встречается у нескольких детей известной семьи, то в диагностике не может быть сомнения.

Известное сходство с коклюшем могут представить некоторые случаи laryngo-pharyngitidis, когда больной закашливается сухим кашлем до покраснения лица и до рвоты, но при этом не бывает характерного свиста при вдыхании во время кашля, да и рвота продолжается недолго, если больной остается в комнате.

Коклюшеподобный кашель встречается еще в некоторых случаях гиперплазии и творожистого перерождения бронхиальных желез. Помимо того, что сходство между этими двумя кашлями довольно отдаленное, существенная разница состоит в течении и в анамнезе. Для коклюша типично то, что он начинается с сухого, короткого кашля, который через несколько уже дней постепенно переходит в судорожный, а этот последний, в свою очередь, через 2—4 недели начинает ослабевать и переходить во влажный, катаральный. При гиперплазии желез кашель тянется сначала в виде хронического бронхита, который, долго спустя, принимает сходство с коклюшем (ребенок закашливается до покраснения лица и иногда делает при этом свистящее вдыхание) и на этой степени развития остается неопределенно долго. Такие дети — рахитики или золотушны, страдают опухолью шейных желез и представляют или симптомы стеноза трахеи (от сдавления), или другие симптомы поражения бронхиальных желез (см. стр. 205). К этому следует еще добавить, что хотя увеличение бронхиальных желез встречается в детском возрасте и очень часто, но коклюшеподобный кашель вне коклюша является очень редко.

Что с коклюшем не следует смешивать спазматический кашель (со свистом и со рвотой), являющийся у выздоравливающих от коклюша при простуде, об этом было уже говорено.

Распознавание коклюша не представляет затруднений даже и в амбулаторной практике. Основанием к диагностике в таких случаях служат: 1) эпидемичность болезни (кашляют несколько детей в данной семье); 2) приступ кашля сопровождается свистящим вдыханием и покраснением (посинением) лица и оканчивается рвотой и извержением мокроты даже у маленьких детей (дети до 5 лет при простом бронхите никогда не отхаркивают мокроту, а глотают ее), а потому если мать передает, что ребенок после приступа кашля выделяет мокроту наружу, то это обстоятельство (обязанное своим происхождением рвотному движению) очень характерно для коклюша; 3) кашель ночью заметно сильнее, чем днем; 4) одутловатость лица и припухлость век; 5) изъязвление уздечки языка; 6) для многих случаев характерны и отрицательные результаты физикального исследования груди, несмотря на заявление матери, что ребенок кашляет очень сильно.

Всего труднее узнать коклюш в самом начале катаррального периода. О тех признаках, которыми можно руководствоваться в это время, было сказано выше; главнейшим из них является коклюшная моча и, может быть, эпидемия в доме.

При диагностике коклюша у грудных детей следует иметь в виду, что в этом возрасте коклюшный кашель часто протекает без свиста; но для правильной оценки его важно то, что большинство приступов кашля кончается рвотой, что ряд кашлевых толчков следует друг за другом без передышки и ведет к покраснению лица, что часто развивается язвочка под языком и что сильный кашель протекает без лихорадочного состояния и нередко даже без хрипов.

Ввиду отсутствия свиста врачи часто не узнают коклюша у грудных детей и принимают его за кашель к зубам, но, конечно, без всякого основания, так как кашель во время прорезывания зубов ничем не отличается от обыкновенного бронхита: он скоро проходит и не имеет наклонности осложняться рвотой.

К числу легочных болезней, протекающих без притупления перкуторного звука, но с кашлем (вследствие сопутствующего бронхита) и одышкой, относится еще *отек легкого и эмфизема*.

Отек легкого по своим физикальным признакам имеет сходство с распространенным бронхитом, так как он выражается одышкой при ясном перкуторном звуке и при обильных, влажных, мелко- и крупнопузырчатых хрипах в обоих легких. Диагностика отека легких значительно облегчается сопутствующими обстоятельствами, выясняющими этиологию его; сюда относятся, например, общая водянка вследствие нефрита или порока сердца, упадок деятельности сердца при сильных инфекционных заболеваниях, затрудненное кровообращение в легких при обильном плевритическом экссудате, пневмонии и т. п. Характерно, далее, для тяжелых случаев быстрое развитие одышки вместе с синюхой, похолоданием конечностей и сонливостью от отравления углекислотой. Капиллярный бронхит никогда не распространяется так быстро на оба легких, а усиливается постепенно, начинаясь с задних, нижних частей. Но самым характерным симптомом отека легкого бесспорно считается отхаркивание обильной, очень жидкой, пенистой, желтоватой или слегка кровянистой мокроты.

В большинстве руководств по детским болезням *эмфизема* не уделяется особой главы на том основании, что настоящая эмфизема, характеризующаяся растяжением легочных пузырьков с последовательной атрофией межальвеолярных стенок и капилляров, в детском возрасте почти не встречается; то, что называется

у детей эмфиземой, есть собственно не эмфизема, а растяжение легких (*dilatatio pulmonum*), отличающееся, главным образом, временным характером. Такое растяжение легких весьма часто встречается при коклюше, а также при хроническом бронхите и характеризуется, главным образом, перемещением границ ясного звука легкого в области его передних краев (уменьшение сердечной тупости) и нижних (понижение верхней границы печеночной тупости до 7-го и даже до 8-го ребра). Редко бывает, чтобы грудная клетка приняла вследствие увеличения ее горизонтальных диаметров бочкообразную форму, как это наблюдается у взрослых; впрочем, в очень хронических случаях могут появиться и другие симптомы настоящей эмфиземы, каковы, например, явления со стороны органов кровообращения в виде заустения артерий и застоя в малом кругу и в венах всего тела; усиленный 2-й тон легочной артерии и пульсация в подложечке указывают в таких случаях на растяжение и гипертрофию правого желудочка и на усиленное давление в легочной артерии (застой в венах малого круга), а увеличение печени, застойная моча и отек ног — на застой в венах большого круга.

БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ ТУПОГО ЗВУКА

Крупозное воспаление легких (*pneumonia cruposa*) встречается у детей всех возрастов, не исключая и грудных, не реже, чем у взрослых. Она всегда протекает в очень острой форме и характеризуется внезапным наступлением сильного жара и быстрым развитием уплотнения целой или почти целой доли легкого. Соответственно месту образования экссудата получается тупой звук, и так как уплотненное легкое лучше проводит звук, чем легкое раздутое, то в месте притупления слышится бронхиальное дыхание и бронхофония, а при ощупывании — усиленные голосовые сотрясения.

Эти основные симптомы встречаются как в типических, так и в аномальных формах крупозной пневмонии, отличие которых обуславливается различным характером сопутствующих симптомов и течением.

Типическая крупозная пневмония начинается у детей старшего возраста после 7 лет, как и у взрослых, ознобом, у маленьких — намеком на него (похолодание конечностей, синева губ), иногда общими судорогами, чаще рвотой, но для всех случаев обязательно *быстрое наступление сильного жара*: уже на первые сутки

температура достигает 40° и больше; одновременно появляется короткий, сухой, *болезненный* кашель и учащенное дыхание (у детей до 2 лет—до 80 раз, у старших—до 50—40) с раздуванием ноздрей; дети после 5—6 лет с первых же дней жалуются на *боль в боку*, усиливающихся при кашле и глубоком вздохе, что значительно облегчает диагностику вначале болезни, когда признаки уплотнения легких еще не появились.

Дети от 3 до 5 лет на боль в боку никогда почти не жалуются, но зато они столь же постоянно указывают на боль живота то в области подлечечки, то ниже, но вообще без точной локализации. Боль живота в начале пневмонии у детей младшего возраста имеет довольно важное значение для диагностики, так как при острых гастритах, с которыми может представить сходство крупозное воспаление легких в случае начальной рвоты, дети обыкновенно не жалуются на самостоятельную боль в животе, потому что боль живота при пневмонии обыкновенно не усиливается при давлении и потому определить ее место посредством ощупывания нельзя; боль эта только кажущаяся, отраженная, т. е. неправильно локализуемая ребенком боль в боку; итак, если у больного мы находим сильный жар, учащенное дыхание с раздуванием ноздрей и короткий, сухой, частый кашель и предполагаем на этом основании начало пневмонии, то боль живота, хотя бы и при повторной рвоте, обложенном языке и пр. не только не говорит против этого предположения, но даже подтверждает его; она имеет, по нашему мнению, более важное значение, чем даже *учащенное дыхание*, встречающееся при всяком сильном жаре, а потому следует иметь в виду, что частое дыхание только в том случае может иметь значение симптома поражения легких, когда оно сопровождается раздуванием ноздрей и кашлем и когда частота его увеличилась непропорционально пульсу. В нормальном состоянии на одно дыхание приходится 3—4 удара пульса, а при острых заболеваниях легких отношение изменяется, как 1 : 1½.—2. Если боль при дыхании значительно усиливается, то получается *охлажденное* выдыхание, характеризующееся тем, что каждое выдыхание заканчивается коротким оханьем. Впрочем, подобный характер дыхания встречается при одышке и от других причин.

На основании только что указанных симптомов можно предполагать начало пневмонии с большой вероятностью, но более определенно высказаться нельзя даже и при помощи результатов физикального исследования груди, так как уплотнение не является сразу; проходит 2—3 дня, пока оно выяснится. В первое время

постукивание дает либо отрицательные результаты, либо на месте воспаления получается тимпанический оттенок, не решающий дела: при выслушивании у взрослых часто можно слышать на ограниченном месте крепитирующие хрипы, но у детей в первом периоде пневмонии их почти никогда не бывает, так как для этого ребенок должен бы глубоко вздохнуть, а между тем вследствие боли он дышит очень поверхностно, и выслушивание дает только ослабленное или неопределенное дыхание; раньше других признаков уплотнения легкого является бронхофония, при помощи которой нередко можно предсказать, где именно появится дна через два уплотнения.

В дальнейшем течении пневмонии лихорадка остается на несколько дней на достигнутой высоте или поднимается еще выше (до 41—42°) и в виде *febris continua* с ничтожными колебаниями держится до 5—9 дней, когда в несколько часов кончается кризисом с падением температуры ниже нормы, большей частью при обильном поте. За это время местные явления со стороны легких выясняются вполне; соответственно той или другой доле легкого появляется значительное *притупление*, *громкое бронхиальное дыхание*, *бронхофония* и *усиление голосовых сотрясений*. Вместе с падением температуры начинается период разрешения воспаления: на месте сухого бронхиального дыхания появляется *крепитация*, тупой звук и другие явления уплотнения легкого постепенно исчезают, и через несколько дней все приходит к норме.

На основании приведенных симптомов диагностика в разгаре болезни легка. Если тупой звук соответствует нижней доле легкого, то вопрос может идти только еще о плевритическом экссудате. Умеренной величины экссудат хотя и дает тупой звук при постукивании, но так как легкое сдавлено не вполне и между ухом наблюдателя и бронхами помещается воздушносодержащая легочная ткань, то при выслушивании бронхиального дыхания не слышно, а только ослабленное везикулярное; нет также и бронхофонии, а голосовые сотрясения обязательно бывают ослаблены. Появление на губах или на носу пузырьков *herpes*'а сильно говорит в пользу пневмонии и против плеврита, потому что при воспалении легкого герпес встречается очень часто, а при плеврите почти что никогда.

Но тем не менее встречаются случаи, когда диагностика пневмонии от плеврита не так проста, как кажется; она тем труднее, чем меньше количество экссудата и чем моложе ребенок. Большая трудность распознавания плеврита от пневмонии у детей

сравнительно со взрослыми обуславливается следующими условиями: 1) нет *мокроты* (у взрослых кровавая, липкая, тягучая мокрота патогномична для пневмонии); 2) трудно исследовать *голосовые сотрясения*. Вообще говоря, этот симптом принадлежит к числу самых надежнейших для отличия пневмонии от плеврита: при первой они усилены, при втором — ослаблены, что особенно хорошо заметно у взрослых при низких нотах, у детей же голос высок, и уже поэтому *fremitus pectoralis* ощущается слабее, а при острой пневмонии, как и при плеврите, условия еще неблагоприятнее, так как по случаю боли дети избегают и громкого разговора, и тем более крика, они только охают или слегка стонут, а этого недостаточно для исследования голосовых сотрясений. Мало того, если воспаление легкого протекает с бронхитом и приводящий бронх закупорен, то голосовые сотрясения могут быть ослаблены, несмотря на уплотнение легкого, а вместе с тем ослабляется и бронхиальное дыхание, и бронхофония. То же самое бывает при так называемых массивных пневмониях (Gnancher), характеризующихся обильным образованием экссудата с закупоркой бронхов фибринозными свертками; 3) бронхиальное дыхание при пневмонии может быть негромким или вовсе неслышным даже и без закупорки бронхов, просто вследствие того, что ребенок слабо дышит, а, с другой стороны, нередко оно появляется и при плеврите, вместе с бронхофонией (но без усиления голосовых сотрясений), и именно в случаях более значительного экссудата, который легочную ткань сдавливает вполне, но бронхи оставляет проходимыми для воздуха.

Дифференциальная диагностика сомнителных случаев пневмонии от плеврита основывается: а) на характере лихорадки; б) на форме тупого звука и в) на течении.

а) Немного найдется болезней, которые протекали бы при таких высоких температурах, как крупозная пневмония, при которой 41° в подмышке явление обычное, даже и 42° не представляют ничего особенного, ни редкого, ни опасного, а температура ниже 40° во всю первую неделю болезни почти исключает крупозное воспаление легких. Совсем не то при плеврите; начало болезни обозначается не так резко, потому что первоначальный подъем температуры совершается не так быстро; в течение первой недели она редко стоит выше 40° , да и то непостоянно, так как к утру замечается обыкновенно существенное понижение (на $0,5-1,0^{\circ}$); критического окончания не бывает никогда, а, напротив того, на 2—3-й неделе по утрам температура начинает давать более значительные понижения, может быть, даже полные интермиссии

и, таким образом, кончается лизисом, в легких случаях недели в три, в тяжелых—гораздо дольше. Итак, если большой кашляет, жалуются на боль в боку, постукивание дает тупой звук сзади от $\frac{1}{2}$ лопатки донизу, дыхание в этом месте неопределенное или слабое бронхиальное, *frémitus* исследовать нельзя, то во многих случаях вопрос решается ходом температуры: если у больного в течение нескольких дней стояла постоянная лихорадка с температурой до 41° , то у него, по всей вероятности, пневмония; если же температура ни разу не поднималась даже и до 40° , то плеврит.

Если температура на первой неделе болезни стояла около 41° и оказался все таки плеврит, то можно опасаться, что он поведет к образованию гнойного экссудата. В других случаях подобные температуры сопровождают экссудативные плевриты, осложняющие пневмонию. Узнать такое осложнение можно в том случае, если притупленный звук, характеризующий пневмонию, делается абсолютно тупым, голосовые сотрясения пропадают, резистенция значительно увеличивается и межреберные промежутки выпячиваются. Что касается до бронхиального дыхания и бронхофонии, то оба эти симптома нередко значительно усиливаются. Так как уплотненное легкое не может быть сдавлено и не уступает места экссудату, то тем скорее наступают признаки смещения соседних органов.

б) Тупой звук при крупозной пневмонии по форме своей соответствует пораженной доле, т. е. в случае, нас занимающем, нижней доле легкого; но только очень редко случается, чтобы инфильтрат занимал всю долю: обыкновенно передние края остаются свободными, и тупой звук круто кончается по *l. axillaris poster.* или несколько дальше впереди, но не заходит на переднюю поверхность грудной клетки, так что на правой стороне, например, между соском и верхней границей печени, звук остается ясным; характерно также и то, что тупой звук при пневмонии появляется почти сразу на всем пространстве. При плеврите тупой звук прежде всего появляется в самой нижней части грудной клетки сзади и потом медленно, в течение нескольких дней, поднимается кверху, и когда он дойдет до половины лопатки, то заходит и на переднюю поверхность груди, где верхняя граница его всегда стоит ниже, чем на спине. Такая форма тупого звука очень характерна для плевритического экссудата и служит надежным критерием для отличия его не только от пневмонии, но и от *hydrothorax*, при котором вследствие свободного передвижения жидкости в полости плевры верхняя граница тупого звука при

сидячем положении больного стоит горизонтально, т. е. на одинаковом уровне как на спине, так и на груди.

Наконец, достойно внимания и то, что при значительном левостороннем экссудате уменьшается или совсем исчезает так называемое Траубе'вское полулунное пространство, которое при пневмонии не уменьшается (полулунным пространством Траубе называется область тимпанического звука желудка, лежащая над левым гипохондрием; нижнюю границу полулунного пространства составляет нижний край левой половины грудной клетки, а верхнюю—образует кривая линия, обращенная выпуклостью кверху, достигающая 6-го ребра; боковые границы Траубе'вского пространства определяются сосковой и передней аксиллярной линиями).

При больших плевритических экссудатах смешать плеврит с воспалением легкого нелегко, так как у детей раньше, чем у взрослых, замечается расширение большой половины грудной клетки, заметное глазом и легко констатируемое измерением (разница у маленьких детей $1\frac{1}{2}$ —2 см, у старших 3—4 см), уменьшение подвижности ее при дыхании и смещение сердца или печени. Начинаящие должны иметь в виду, что даже и при очень обильных экссудатах, выполняющих всю половину груди до ключицы, бронхиальное дыхание все-таки может быть слышно, и действительно слышится нередко; если есть бронхиальное дыхание, то есть и бронхофония, но голосовые сотрясения во всяком случае будут ослаблены.

Если тупой звук занимает всю половину грудной клетки—от ключицы донизу и от позвоночника до грудины, то это почти наперное плеврит, так как при так называемой *pneumonia totalis* передние края остаются обыкновенно свободными, и, следовательно, вдоль *sternum* звук будет ясный и с тимпаническим оттенком. Наоборот, если тупой звук соответствует одной верхней доле, то это прямо говорит за пневмонию и исключает плеврит.

в) Течение *pneumoniae* очень острое, лихорадочный период кончается в 5—7, много в 11 дней; немного дней спустя исчезают и физикальные явления уплотнения; напротив того, плеврит отличается вялым течением, лихорадка редко прекращается раньше 3 недель, а тупой звук держится еще дольше.

г) Если на основании приведенных признаков диагностика все-таки остается неясной, то для окончательного решения прибегают к пробному проколу в области тупого звука.

АНОМАЛЬНЫЕ ФОРМЫ КРУПНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЛЕГКОГО

Абортивная пневмония отличается от типической только более коротким течением, лихорадочный период тянется дня три или даже один день, а сообразно этому и местные симптомы исчезают скоро. В случае начальной рвоты болезнь может быть принята за приступ гастрической лихорадки, но подобной ошибки легко избежать, если обратить внимание на частое дыхание, кашель и результаты физикального исследования груди.

Несравненно больше затруднений для диагностики представляют случаи центральной пневмонии (pneum. centralis), характеризующиеся поздним появлением физикальных симптомов уплотнения легких. Болезнь начинается, как обыкновенная крупозная пневмония, т. е. с сильного жара, кашля и учащенного дыхания; но проходит 3—5 дней, пока выяснится истинная натура и место болезни. Предполагается, что воспалительный фокус появляется первоначально в центре какой-нибудь доли легкого и потому остается скрытым до тех пор, пока уплотнение, увеличиваясь мало-помалу во все стороны, не достигнет поверхности легкого. Замечательно, что в громадном большинстве случаев центральные пневмонии локализируются в верхних долях и что большинство верхушечных пневмоний относится к числу скрытых.

Симптомы, на основании которых можно с уверенностью предполагать скрытую пневмонию, состоят в следующем: во-первых, *одышка*, характеризующаяся частым дыханием (отношение к пульсу, как 1 : 2) с раздуванием ноздрей и с ударением на выдыхании, нередко сопровождающемся оханьем; во-вторых, короткий сухой болезненный кашель; в-третьих, *очень сильная*, постоянная типа *лихорадки*; в-четвертых, боль в одной стороне груди или — у детей до 5 лет — боль живота. Если дети сами не жалуются на боль (например, грудные), то можно узнать ее посредством постукивания: ребенок начинает плакать всякий раз, как только производится перкуссия в известном месте, например, под той или другой ключицей. При помощи этого признака нередко удается определить место воспаления суток за двое до появления приупления или бронхиального дыхания.

Еще больше диагностических затруднений встречается при так называемых *мозговых пневмониях* (pneum. cerebrealis), при которых, как точно нарочно, собрано все, чтобы ввести врача в заблуждение: во-первых, с самого начала болезни вместе с наступлением жара появляются мозговые симптомы,

симулирующие менингит (отсюда и название); во-вторых, дело идет обыкновенно о верхушечных пневмониях, протекающих скрытно; в-третьих, повторные судороги и спячка маскируют проявление одышки и кашля. Barthez и Rilliet различают две формы церебральной пневмонии—конвульсивную и менингеальную.

К о н в у л с и в н а я ф о р м а мозговой пневмонии встречается почти только у маленьких детей, лет до двух, и, главным образом, у грудных. Подобно всякой другой пневмонии, она начинается внезапно сильным жаром, нередко рвотой, а вслед за тем появляются эклампсические судороги с последовательным сопорозным состоянием; если эклампсия не повторяется больше, то спячка скоро проходит, и случай течет дальше, как обыкновенное воспаление легкого и, пожалуй, не заслуживает названия церебральной пневмонии; но, к сожалению, большей частью бывает так, что общие или местные судороги повторяются несколько дней подряд, так что ребенок не выходит из состояния сопора или близкого к тому, и под влиянием пассивной гиперемии мозга (от затрудненного кровообращения под влиянием судорог, лихорадки и поражения легкого) появляются и другие мозговые симптомы в виде сведенного затылка, расширенных и вяло реагирующих зрачков, неправильного дыхания и даже временного косоглазия и пареза лицевых мышц.

Для диагностики таких случаев важное значение имеет характер лихорадки, именно *постоянство очень высоких температур*; если мы имеем, например, утром и вечером температуру около 40° , то это обстоятельство сильно говорит против менингита, который протекает при более низких температурах. Далее, известно, что бурное начало (с *сильного жара* и судорог) свойственно только острому гнойному менингиту, который ни с того ни с сего не появляется, а для этого требуется какая-нибудь причина, например, гнойная течь из уха, ушиб головы, инсоляция; следовательно, *отсутствии всякой заметной причины для острого менингита* служит вторым критерием для исключения его; наконец, важна также и продолжительность болезни. Если при менингите дело дошло до повторных судорог, то это уже начало конца: больной впадает в глубокий сопор, из которого не выходит до смерти, не заставляющей себя долго ждать; острый менингит, характеризующийся ранним наступлением судорог, кончается смертью в 3—5 дней.

При пневмонии, напротив, глубоких изменений в мозгу нет, и потому, если только судороги делают антракт хотя на несколько часов, сознание больного начинает проясняться и он лучше реаги-

рует на раздражение (см. также семиотику судорог). Замечательно, что с выяснением пневмонии мозговые симптомы обыкновенно ослабевают. Barthez и Sanné (Tr. cl. et prat. des mal. des enf., 1884, t. I, p. 744) не придают диагностического значения учащенному дыханию, которое встречается и в некоторых случаях острого менингита у очень маленьких детей; гораздо важнее для правильной оценки случая частый кашель и экспираторный характер дыхания (выдыхание кончается оханьем), каковые симптомы говорят решительно за пневмонию и против менингита. С другой стороны, развитие параличей и сведений после судорог указывает, по их мнению, на воспаление мозговых оболочек.

Если мозговые симптомы появляются не с самого начала пневмонии, а присоединяются к ней в дальнейшем течении, и если в периоде выяснения уплотнения мозговые симптомы не только не ослабевают, а даже усиливаются, то можно думать об осложнении пневмонии менингитом, что встречается иногда и у детей, хотя крайне редко.

При менингеальной форме, свойственной детям более взрослым ($2\frac{1}{2}$ —6 лет), судорог не бывает, а после начальной рвоты и жара наступают явления, более напоминающие тиф, нежели менингит: большой сонлив или апатичен, язык его сух, покрыт бурыми корками, моча и кал часто испражняются непроизвольно; по ночам, а иногда и днем бывает бред. Иногда присоединяются и симптомы менингита в виде общей гиперестезии сведенного затылка, запора при несколько ввалившемся животе, но не бывает ни замедленного пульса, ни глубоких вдохов, ни характерной для менингита смены окраски лица (внезапная краснота щек, сменяющаяся бледностью)¹. Отсутствие вышепри-

¹ В этом отношении совершенно исключительным можно считать случай Berger'a, приведенный у Cadet (Tr. clin. d. mal. des enf. t. I, 1880, p. 100). У ребенка $2\frac{1}{2}$ лет болезнь началась рвотой, продолжавшейся трие суток, жаром и сонливостью; на 3-й день судороги, на 4-й—сведение затылка, бессознательное состояние, жевательные движения нижней челюсти, гиперестезия кожи, ввалившийся живот, пятна Trousseau, быстрая смена окраски лица, и, что особенно замечательно, температура была не выше 39° , пульс замедлен (92), так же как и дыхание (28). На 5-й день сознание яснее, появляется кашель, и выясняется пневмонический фокус в нижней доле левого легкого. На 6-й день все мозговые симптомы исчезли, и ребенок скоро выздоровел. До 5-го дня диагностика пневмонии не могла быть сделана, главным образом потому, что температура, пульс и дыхание были совсем не обычными для мозговой пневмонии, а физического исследования не было произведено.

веденных симптомов, а также сильный жар и быстрое начало совершенно исключают туберкулезный менингит; что касается до тифа, то ему тоже не свойственно столь раннее появление сонливости и других так называемых тифозных симптомов, а также болезненного кашля и одышки с раздуванием ноздрей.

Важное значение для дифференциальной диагностики подобных пневмоний от тифа имеет начальный озноб у детей старшего возраста или приступ судорог у маленьких. И то, и другое почти наверное исключает тифы. Понятно, что продолжительное сомнение может иметь место лишь при центральных пневмониях.

Бродячая пневмония, *pn. migrans*, характеризуется тем, что воспаление не остается на месте своего первоначального появления, а распространяется, подобно рожке, все дальше и дальше и, таким образом, обходит иногда целое легкое, вследствие чего процесс может значительно затянуться.

При физикальном исследовании груди нетрудно заметить, что в прежде пораженных местах воспаление разрешается, а на соседних вспыхивает снова. Лихорадка может делать при этом значительные скачки и кверху, и книзу, обозначая этим начало образования нового фокуса и окончание его (саккадированные пневмонии).

Впрочем, повышения температуры нередко бывают так кратковременны, что не могут соответствовать образованию фокуса. По мнению Cadet de Gassicourt, в таких случаях дело идет только об отдельных, непродолжительных легочных приливах, выражающихся то скоропроходящим притуплением и крепитацией, а то так и никакими объективными признаками. По наблюдениям Barthez и Sanné (*Tr. clin. et prat. de mal. des enf. t. I, p. 732*), такие приливы никогда не затягивают болезни дольше как до 12-го дня, но это несправедливо, как видно, например, из кривых на стр. 249.

Так как подобные пневмонии чаще встречаются при гриппе, то кривые температур мы приведем, когда будем говорить о гриппозных воспалениях легкого.

КАТАРРАЛЬНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ЛЕГКИХ—*PNEUMONIA CATARRHALIS*

Главнейшие отличия катарральной пневмонии от крупозной основываются на том, что первая всегда предшествуется и сопровождается явлениями катарра мелких бронхов; катарр этот, распространяясь до легочных пузырьков, вызывает образование

небольших воспалительных фокусов, соответствующих разветвлениям бронхиальных веточек, откуда и название—бронхопневмония, или лобулярное воспаление легкого, в отличие от лобарной формы, свойственной крупозной пневмонии. В дальнейшем течении отдельные мелкие островки уплотнения могут сливаться между собой, образуя более обширные гепатизации—ложнолобарная или генерализованная лобулярная пневмония. Клинически такой ход процесса выражается в начале явлениями лихорадочного капиллярного бронхита, т. е. одышкой и присутствием более или менее обильных мелкопузырчатых хрипов, преимущественно в задних нижних частях легких. По мере перехода воспаления на легочные пузырьки, по мере развития уплотнения легкого хрипы делаются все громче и громче—консонизирующие хрипы, и, наконец, дело может дойти до появления заметного притупления, бронхиального дыхания и бронхофонии. Капиллярный бронхит обыкновенно бывает более выражен в задних и нижних частях обоих легких, тогда как в передних краях развивается при этом эмфизема; совершенно то же должно иметь место и при катарральной пневмонии; действительно, для нее характерно именно то, что явления уплотнения прежде всего замечаются на спине, с обеих сторон позвоночника. Консонизирующие хрипы при рассеянной бронхопневмонии могут присутствовать в этих местах в течение долгого времени без ясно выраженного притупления: перкуторный звук остается ясным или он получает тимпанический оттенок, в зависимости от того, что между уплотненными фокусами остается еще достаточное количество нормальной легочной ткани, которая и препятствует появлению тупого звука, а потому и выходит, что распознавание катарральной пневмонии в начале ее развития гораздо доступнее выслушиванию, нежели постукиванию. При крупозном воспалении легких, напротив, воспаление сразу занимает паренхиму легких, без предварительного поражения капиллярных бронхов, т. е. развитию пневмонии не предшествует лихорадочный бронхит. Фокус уплотнения с первых же дней занимает целую долю легкого, или по крайней мере большую часть ее, вследствие чего очень скоро появляется тупой звук на пространстве пораженной доли, а при выслушивании—бронхиальное дыхание и бронхофония; что касается до консонизирующих хрипов, то они являются лишь в периоде разрешения воспаления и только на ограниченном месте, т. е. не выходя за границы воспаленной доли.

Дальнейшее отличие состоит в том, что катарральная пневмония в большинстве случаев бывает двусторонней; любимым

местом локализации ее служат задние части легких; крупозная же пневмония чаще занимает только одно легкое, и притом не оказывая особого предпочтения нижним долям, так как приблизительно одинаково часто она локализуется и в верхних долях.

Ход температуры: при крупозном воспалении легких лихорадка уже на первый вечер достигает значительной высоты, держится на одном уровне, с незначительными колебаниями, несколько дней и кончается резким кризисом; при катарральной пневмонии температура вообще не достигает такой высоты и только временами делает скачки выше 40° , но остается на подобных градусах недолго (от нескольких часов до 2—3 суток) и потом снова падает, словом, температурная кривая при катарральной пневмонии отличается нестойкостью и сильными колебаниями в течение суток и кончается лизисом, который тянется 3—7 дней и дольше.

По течению крупозная пневмония—болезнь очень острая: она внезапно начинается, стоит на известной высоте несколько дней и через 5—11 дней кончается так же быстро, как и началась. Катарральная пневмония развивается постепенно, тянется от двух до нескольких недель и кончается медленно.

Кашель при катарральной пневмонии отличается большей силой; больной, как говорится, тяжело кашляет; одышка сильнее, легче появляется цианоз и одутловатость лица и ступней.

Существенную разницу мы имеем и в этиологии: крупозная пневмония всего чаще поражает детей вполне здоровых, она является, следовательно, в виде первичного, вполне самостоятельного страдания, тогда как катарральная пневмония всегда бывает вторичной болезнью, развиваясь из бронхита, и потому наблюдается только у детей, хворающих какой-нибудь болезнью, сопровождающейся поражением бронхов; всего чаще она встречается именно при кори, коклюше, крупе, особенно у маленьких детей, лет до 4, и у рахитиков.

Если катарральная пневмония затягивается на несколько недель, то она может сопровождаться образованием бронхоэктазов, и тогда при исследовании легких получают признаки каверны в виде крупнопузырчатых консонирующих хрипов, металлического оттенка перкуторного звука, кавернозного дыхания, так что является вопрос, с какого рода полостями в легких мы имеем дело, с кавернами ли туберкулезного (казеозного) происхождения или с бронхоэктазами.

Вопрос этот сводится вообще к отличию затянувшейся катарральной пневмонии от пневмонии туберкулезной. Одних физических симптомов для решения этого вопроса недостаточно,

так как в обоих случаях они будут одинаковы; кроме того, обе болезни всего чаще развиваются после кори и коклюша, обе сопровождаются неправильной лихорадкой и истощением, и обе тянутся неделями и даже месяцами.

Для туберкулезного воспаления легких у взрослых считается характерным место поражения, именно—верхние доли легких, но у детей туберкулез не оказывает особого предпочтения верхушкам. Исследование мокроты на бактерии и упругие волокна большей частью невозможно, так как дети до 6 лет, у которых всего чаще встречается катарральная пневмония, мокроты не отхаркивают. Точно также не дает достаточных данных для диагностики и кривая температуры, так как при туберкулезе она отличается таким же неправильным течением, как и при затянувшейся катарральной пневмонии. Словом, дифференциальная диагностика этих двух процессов очень трудна, а между тем от нее зависит предсказание, так как туберкулез легких почти всегда кончается смертью, а катарральная пневмония нередко принимает исход в выздоровление, даже в тех случаях, когда затягивается на целые месяцы и сопровождается значительным истощением и физикальными признаками каверн (resp. бронхоактазов).

Почти с полной уверенностью можно предполагать туберкулезную пневмонию в том случае, если больной представляет другие симптомы туберкулеза, например в виде поражения костей, сочленений или желез, или, если хронический воспалительный процесс занимает легочные верхушки, больной находится в возрасте старше 6 лет, и легочное страдание с самого начала отличалось хроническим течением. У детей старшего возраста туберкулезная чахотка отличается от той же болезни взрослых разве только более скорым наступлением летального исхода.

Наоборот, если болезнь началась в виде острой катарральной пневмонии (например, после кори) у ребенка, бывшего до тех пор здоровым и находящегося в возрасте до 6 лет и в особенности до 3 лет, если процесс занимает задние нижние части легких, то можно предполагать нетуберкулезную катарральную пневмонию и рассчитывать на благополучное окончание. Само собой разумеется, что полной уверенности насчет отсутствия туберкулеза при затянувшейся пневмонии быть не может, и именно по той причине, что при известном предрасположении к нему, столь часто встречающемся у рахитиков и золотушных, туберкулез может присоединиться впоследствии в виде осложнения.

Большое сходство с катарральной пневмонией представляют случаи гипостатического воспаления легких. Сходство состоит в том, что гипостаз бывает обыкновенно двусторонним и занимает задние нижние части легких; вначале замечается здесь ослабленное дыхание и мелкопузырчатые хрипы, а потом симптомы настоящей пневмонии—тупой звук, бронхиальное дыхание и бронхофония. Отличие основывается не столько на симптомах, сколько на этиологии: гипостатическая пневмония для своего развития требует двух условий—ослабленной деятельности сердца и продолжительного лежания на спине, а потому всего чаще развивается она в тяжелых случаях лихорадочных болезней, особенно тифа.

Крепитирующие хрипы в задних нижних частях грудной клетки нередко появляются при *глубоком вздохе* у детей, у которых сердце работает хорошо и состояние сил удовлетворительно, но которым почему-нибудь пришлось долго лежать в постели. Эта крепитация отличается от крепитаций воспалительного происхождения тем, что она *исчезает после двух-трех глубоких вздохов* и зависит не от присутствия жидкости в альвеолах, а от слипания и разлипания их стенок. В одном случае у девочки 8 лет я наблюдал это явление на 10-й день весьма легкой скарлатины; у больной не было ни лихорадки, ни одышки, ни кашля, так что сомнения насчет природы крепитации быть не могло. Случай этот показывает, как легко появляется у детей подобного рода крепитация. Ее можно наблюдать также после всасывания обильного плеврального экссудата и притом в течение долгого времени (неделями) после того, как ребенок совсем уже поправился и ходит, но сдавленное легкое остается в состоянии ателектаза.

У тяжело больных мелко- и крупнопузырчатые громкие хрипы могут служить выражением *отека легких*, т. е. выпотевания серозной жидкости в легочные пузырьки. Состояние это характеризуется, главным образом, распространенностью хрипов при ясном перкуторном звуке и быстро наступающей одышкой, а также тем, что эти симптомы появляются или при существующей уже общей водянке (болезни почек, пороки сердца), или как предсмертный симптом при разных острых болезнях в периоде упадка деятельности сердца. От капиллярного бронхита отек легкого отличается быстрым появлением и распространенностью хрипов и, главным образом, мокротой, если только больной выплевывает ее: при отеке легких она очень обильна, жидка, пениста.

В учебниках можно найти, между прочим, указания на то, чем отличается от катарральной пневмонии капиллярный брон-

хит, осложненный спадением легочных ячеек, — *atelectasis pulmonum*. Там говорится, например, что ателектаз не вызывает лихорадки, что тупой звук и ослабленное дыхание или явления консонанции быстро исчезают после того, как больной сделает несколько глубоких вдохов и пр., но все эти признаки чисто теоретического свойства, так как при подобного рода ателектазе лихорадка бывает всегда, хотя она зависит не от него, а от сопровождающего капиллярного бронхита; заметить исчезновение тупого звука после глубоких вдохов уже потому не удастся, что ателектазы развиваются обыкновенно у маленьких детей, которых трудно заставить делать глубокие вдохи. Впрочем, диагностика ателектаза даже и не особенно нужна, потому что он очень скоро переходит в пневмонию. Достаточно сказать, что ателектаз можно с уверенностью предполагать при всяком капиллярном бронхите и при катарральной пневмонии у маленьких детей.

Врожденный ателектаз протекает, действительно, без лихорадки и характеризуется тупым звуком и ослабленным везикулярным дыханием в известных местах груди или крепитирующими хрипами вследствие разлития легочных пузырьков. Что касается до острововидного ателектаза, то он узнается не по результатам физикального исследования груди, а на основании анамнеза (родился ребенок в состоянии асфиксии), слабого пискливого голоса, частого дыхания и цианоза.

Воспаление легкого при эндемическом гриппе имеет различное течение в зависимости от того, осложняет ли оно случай гриппа, протекающий с постоянной лихорадкой, или случай затяжной, с лихорадкой атипической.

В первом случае пневмония по физикальным своим признакам вполне соответствует крупозному воспалению легкого, с каковым всегда и смешивается: тупой звук, бронхиальное дыхание, бронхофония и усиленный *rëmitus* развиваются быстро и сразу занимают целую долю легкого, и притом безразлично — верхнюю или нижнюю; через несколько дней болезнь кончается почти критически. Словом, все как при *pn. stuposa*, но разница все-таки есть и состоит она в следующем: типическая крупозная пневмония поражает детей здоровых, а гриппозная — тех, которые несколько дней уже хворали гриппом, т. е. она *всегда является несколько дней спустя после появления насморка, кашля и жара*, всего чаще именно между 5-м и 9-м днем. В этом отношении она похожа на так называемую центральную пневмонию, большинство случаев которой, по моему мнению, относится к гриппу, особенно если дело идет о пневмониях верхушек. Температура при крупозной пневмонии

отличается постоянством высоких градусов и очень быстрым окончанием на 5—11-й день. При гриппозных воспалениях температура хотя тоже может быть постоянной, но в большинстве случаев она делает значительные скачки книзу и вверх и кончается не так быстро (приблизительно в 36—72 часа).

Иногда ход температуры в первые дни заболзания, еще до развития пневмонии, бывает до такой степени неправилен и тем самым типичен для гриппа, что о крупозном воспалении легкого нечего и думать. Мы приводим здесь две подобные кривые, относящиеся к девочке 10 месяцев и мальчику 7 лет.

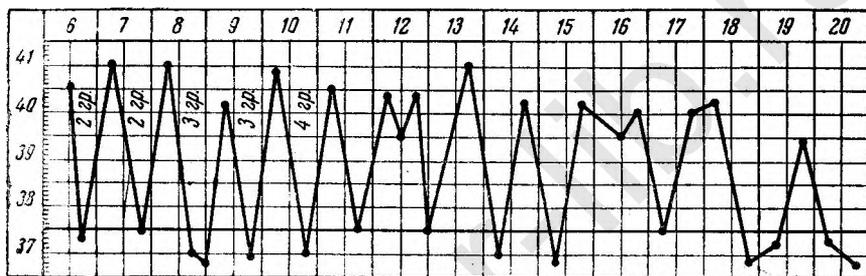


Рис. 6.

Девочка 10 месяцев заболела 22 февраля 1886 г. насморком, кашлем и жаром. С 24 по 28 ребенку было лучше, а с 1-го марта снова появилась лихорадка и на этот раз интермиттирующего типа (с 6-го температуру начали записывать) (рис. 6). Объективное исследование легких до 12-го дня болезни давало отрицательный результат, кашель был ничтожный, но *всякий раз усиливался в периоде повышения температуры*. Дыхание от 60 до 80. Опухли селезенки не было. Хинин от 2 до $4\frac{1}{2}$ гран pro die не влиял на температуру. На 12-й день отмечено притупление под правой ключицей, бронхиальное дыхание и бронхофония. Выздоровление при индифферентном лечении на 22-й день.

Кривая в этом случае очень напоминала интермиттент, тем более что повышения приходились на утро, но особенности, отмеченные курсивом, а также бесполезность хинина и начало болезни с насморка достаточно говорили за грипп.

Во втором случае мальчик 7 лет заболел гриппом вместе с тремя своими сестрами. Воспаление правой верхушки выяснилось у него на 9-й день болезни, а окончательный кризис последовал на 11-й день (рис. 7).

Для диагностики подобных случаев имеет значение наличие в данной семье других случаев гриппа и возраст больного; лобарные пневмонии у грудных детей до двух лет в большинстве случаев являются следствием гриппа, между тем как у детей старшего возраста чаще встречаются первичные пневмонии.

Пневмонии, осложняющие случаи гриппа с атипической лихорадкой, отличаются от предыдущих крайне неправильным и продолжительным течением; вследствие повторного образования новых воспалительных фокусов развитие последних всякий раз сопровождается ожесточением лихорадки, а разрешение их — понижением температуры.

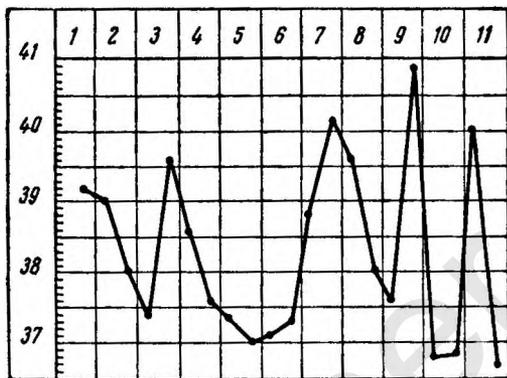


Рис. 7.

отчего получается самый неправильный ход лихорадки. Если случаи воспаления легких при остром течении гриппа я сравнил с центральной пневмонией, то при гриппе с атипической лихорадкой воспаление легкого соответствует бродячей или саккадированной пневмонии.

Типический образчик такого течения болезни представляет сле-

дующий случай: А. Д., 2 лет, поступил в больницу по поводу 10-дневного кашля и лихорадочного состояния. В первые дни больничного пребывания не удалось открыть ничего, кроме умеренного бронхита; на 3-й день небольшое притупление в области правой верхушки, над ключицей, и бронхиальное дыхание. С каждым днем уплотнение выяснялось все более и более и в течение следующих недель распространилось на все легкое (рис. 8).

Итак, в течение 35 дней было 11 резких и быстрых повышений температуры и столько же понижений, из них некоторые, именно на 16-й, 19-й, 24-й, 29-й и 34-й день достигали 36,5°, т. е. симулировали настоящий кризис, тем более что одновременно появились и другие признаки кризиса в виде пота и мелкопузырчатых консонирующих хрипов на месте уплотнения.

Сюда же я отношу и случай интермиттирующей пневмонии, который я наблюдал совместно с д-ром Веревкиным, описавшим его в XXV т. «Медицинского обозрения» (стр. 1014). Случай

относится к девочке 5 лет. Пневмония появилась первоначально в нижней доле левого легкого, но потом перешла и на правую сторону, перебрала все доли и, наконец, заняла целиком все

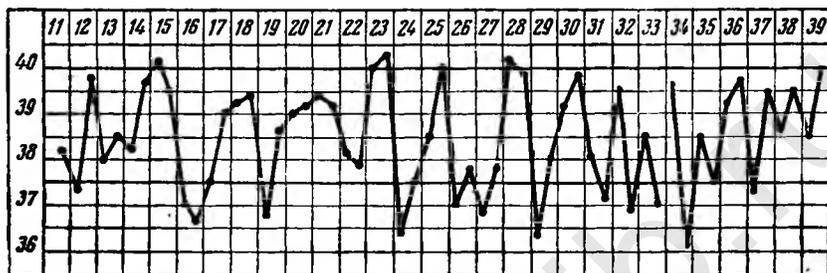


Рис. 8.

левое легкое и закончилась образованием абсцесса, со вскрытием которого через бронхи наступило полное выздоровление (рис. 9).

Отличить блуждающую крупозную пневмонию (если только таковая действительно встречается) от блуждающей гриппозной

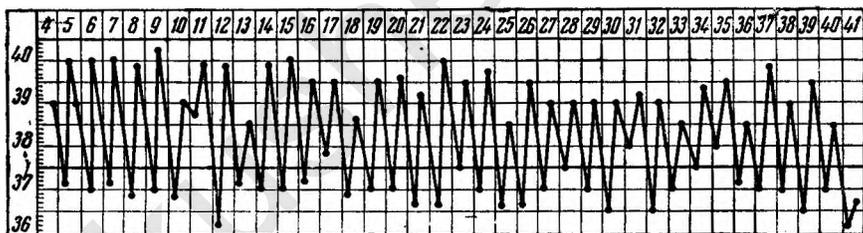


Рис. 9.

по объективным признакам нельзя. Если болезнь началась прямо в виде пневмонии с озноба и жара у здорового ребенка, то можно скорее предположить крупозную форму, если же воспаление легкого появилось у больного гриппом, то гриппозную.

Если грипп протекает с поражением мелких бронхов, то он может подать повод к развитию типической катарральной пневмонии, т. е. с локализацией сзади, по обеим сторонам позвоночника, с мелкопузырчатыми консонирующими хрипами, без заметного

притупления, но с значительной одышкой, как при капиллярном бронхите.

Затяжные пневмонии при гриппе (катарральные или блуждающие) могут быть приняты за туберкулезные. Для правильной оценки случая важно знать начало болезни (насморк) и отсутствие наследственного расположения к туберкулезу; далее, в пользу гриппа может говорить существование эпидемии, время года и отсутствие бацилл в мокроте (если есть мокрота).

Воспаление плевры—*pleuritis*—может быть сухим или экссудативным. Для сухого плеврита мы имеем патогномичный признак в шуме трения плевры, который хотя и может быть похож на некоторые мелкопузырчатые хрипы, но отличается от них тем, что слышится во время обоих актов дыхания, тогда как крепитирующие хрипы являются только при вдыхании, что шум трения слышится обыкновенно на очень ограниченном пространстве, что он усиливается при надавливании стетоскопом и что не изменяется после того, как больной откашливается. Следует, однако, заметить, что шум трения плевры в детском возрасте, особенно у маленьких детей, наблюдается далеко не так часто при плеврите, как у взрослых.

Плевритический экссудат характеризуется появлением на одной стороне грудной клетки тупого звука, *прежде всего сзади, внизу, а потом распространяющегося кверху и по направлению кпереди*, но притом так, что верхняя граница его на спине стоит несколько выше, чем на груди.

В месте тупого звука дыхательный шум при неполном сдавлении легкого остается везикулярным, но ослабленным; при более значительном экссудате, когда между бронхами и грудной стенкой помещается более однородная безвоздушная среда, появляется бронхиальное дыхание, но только не столь громкое, как при крупозной пневмонии, а если экссудат так обилен, что сдавливаются и бронхи, то дыхательный шум совсем исчезает, по крайней мере в нижних задних частях. Если есть бронхиальное дыхание, то может быть также и бронхофония, но *голосовые сотрясения всегда ослаблены*. Ослабление дыхательного шума и голосовых сотрясений всегда легче заметить, если сравнивать эти явления на месте тупого звука с соседними, вышележащими частями грудной клетки, дающими ясный звук.

Если экссудат выполняет всю половину грудной клетки, то появляются еще и другие характерные симптомы: больной страдает одышкой, усиливающейся при положении на спине и еще больше при лежании на здоровом боку, а потому больной

принимает *вынужденное положение на больном боку*. От давления жидкости происходит, во-первых, *выравнивание межреберных промежутков* на больной стороне и, во-вторых, *оттеснение сердца* в сторону, противоположную экссудату; при левостороннем плеврите толчок сердца ощущается с правой стороны грудины, при правостороннем—на *lin. axillaris sin.*; печень оттесняется книзу, и нижний край ее ощущается иногда на горизонтали пупка; оттеснение диафрагмы на левой стороне выражается перемещением книзу селезенки и исчезанием или уменьшением полулунного пространства *Traube* (в нормальном состоянии тимпанический звук желудка и кишок по *l. axill. ant.* доходит у детей до 8-го, а по *lin. mamil.*—до 6-го ребра).

Большая сторона грудной клетки расширяется при вдыхании заметно меньше здоровой, а при измерении окружность ее оказывается сантиметра на 2 или на 3 больше.

В начале своего развития плеврит протекает с лихорадкой, но в противоположность крупозной пневмонии редко начинается сильным жаром, рвотой и судорогами (несколько таких случаев описано *Неносч'ом*: стр. 389, 3 Aufl. 87). Обыкновенно же температура поднимается умеренно, градусов до 39, протекает с более значительными утренними послаблениями и кончается лизисом не ранее 2—3 недель, но при обильных экссудатах, хотя бы и не гнойных, затягивается недель на шесть.

В начале плеврита у детей редко удается констатировать шум трения плевры, исчезающий при увеличении количества экссудата; гораздо чаще его можно слышать в периоде всасывания, когда отсутствие боли не мешает ребенку делать более глубокие вздохи. Кашель является при плеврите с самого начала и продолжается до конца. Вначале он короткий, сухой и болезненный, позднее более рыхлый. В некоторых случаях кашля совсем не бывает.

Словом, симптомы плеврита у детей те же, что у взрослых, и чем обильнее экссудат, тем легче диагностика. Затруднение может представиться только в начале болезни, пока экссудат еще невелик (доходит, например, до половины лопатки), тогда плеврит легко может быть смешан с пневмонией. Об отличии этих двух болезней было говорено на стр. 235.

В некоторых случаях плевритический экссудат развивается *скрытно* и протекает с самого начала не только без заметной лихорадки (обыкновенно она бывает, но только невелика, и потому просматривается), но и без кашля, и вся болезнь выражается неопределенными симптомами прогрессивно развивающегося истощения: ребенок, по словам родителей, за последний месяц сильно

похудел и побледнел, он ничего не ест и не может долго ходить, так как скоро устает и у него появляется одышка, но кашля нет или он ничтожен. Если ввиду последнего обстоятельства врач исключит болезнь легких и не найдет нужным исследовать грудь, то плеврит останется неузнанным надолго, хотя диагностика его чрезвычайно легка, так как в громадном большинстве подобных случаев родители обращаются к врачу уже тогда, когда экссудат довольно велик и, может быть, доходит даже до ключиц.

Если скрытно развивающийся плеврит сопровождается лихорадкой, то, смотря по характеру ее, болезнь принимается то за тиф, то за болотную лихорадку. Я помню случай такого плеврита у девочки 4 лет, у которой экссудат занимал решительно всю левую половину груди и все-таки не был узан только потому, что лечащий врач считал болезнь за болотную лихорадку и не находил нужным перкутировать грудь, так как девочка не кашляла, а дыхательный шум был хорошо слышен на обеих сторонах.

Имея дело с плевритическим экссудатом, врач всегда должен ставить себе вопрос о характере экссудата, т. е. серозный ли он или гнойный, так как от этого зависит и предсказание, и лечение. Диагностика гнойных экссудатов не всегда легка; она может быть основана на общих и на местных симптомах.

Если у больного, страдающего плевритическим экссудатом, лихорадка принимает интермиттирующий характер с ежедневными знобами и обильными потами и если при этом замечается быстрое развитие похудания и бледность, то экссудат у него, наверное, гнойный, и если бы лихорадка при таком экссудате всегда принимала пиемический характер, то диагностика не представляла бы затруднения; но так как, несмотря на гнойный экссудат, *повторные знобы и поты могут отсутствовать*, а лихорадка может иметь такой же ремиттирующий характер, как и при серозных выпотах, то для определения свойств экссудата приходится прибегать к другим данным. Для диагностики может иметь значение причина болезни, возраст, количество экссудата, продолжительность болезни и местные симптомы.

Что касается до причины, то известно, что плеврит после скарлатины особенно часто оказывается гнойным; то же самое нужно сказать и по поводу плевритов у субъектов, страдающих пневмией.

Гнойный характер экссудата можно предполагать с тем большей вероятностью, чем моложе ребенок и чем больше количество экссудата. На этом основании всегда подозрительно, если у ребенка экссудат доходит до ключицы, а если больной находится

при этом в возрасте до 2 лет, то гнойный характер экссудата более чем вероятен.

Как долго может продолжаться лихорадка при серозном экссудате, мы точно не знаем; известно только, что обильные экссудаты могут всосаться при многонедельном существовании лихорадки, но подобные случаи ничего не доказывают, так как несомненно, что в детском возрасте всасываются иногда и чисто гнойные экссудаты, что доказывают многочисленные случаи эмпиемы, исчезавшей после однократного прокола, между тем как известно, что простым проколом, хотя бы и с высасыванием, никогда не удается удалить все содержимое грудной полости.

По мнению Cadet de Gassicourt (*Trait. cl. d. mal. de l'enf.*, т. I, р. 372), если экссудат не начинает всасываться после 30-го дня и если температура делает большие колебания, то экссудат почти наверное гнойный. Правило это допускает, конечно, исключения, но для большинства случаев оно верно, и потому им можно пользоваться хотя бы для того, чтобы предпринять пробный прокол.

Что касается до местных симптомов, то наверное указывают на гнойный экссудат только три симптома, которые, однако, в большинстве случаев являются поздно. К числу этих симптомов я отношу: 1) отек подкожной клетчатки на больной стороне груди, 2) образование натечного нарыва, указывающего на предстоящее вскрытие эмпиемы через грудную стенку, и 3) внезапное извержение с кашлем больших количеств гноя вследствие вскрытия эмпиемы через легкое. Что касается до натечного нарыва, то, конечно, не всякий нарыв, образующийся на грудной стенке, указывает на эмпиему; последнюю легко констатировать только в том случае, если у больного нет костеоды позвоночника или ребер и нельзя предположить простого абсцесса в подкожной клетчатке. Во всех этих случаях постукивание больной стороны груди дает ясный звук.

Если на основании наличных данных гнойный характер экссудата оказывается сомнительным, то для окончательного выяснения дела следует прибегнуть к пробному проколу дезинфицированным правацовским шпирцем.

Определить время, когда именно следует прибегать к этому способу исследования, довольно трудно, так как здесь многое зависит и от особенностей случая, и от воззрений врача. Общее правило я могу дать только такое: если случай кажется сомнительным, то следует колоть; но понятно, что, руководствуясь этим правилом, один врач предложит пробный прокол раньше, другой—позднее, смотря по тому, какие именно симптомы пока-

жуются сомнительными тому или другому. Я лично считаю нужным и своевременным делать пробный прокол в тех случаях: 1) когда экссудат выполняет всю половину грудной клетки, и особенно если дело идет о ребенке в возрасте до 2 лет, причем время, прошедшее от начала болезни, не имеет значения, так как экссудат может быть гнойным уже с самого начала; 2) если в течение 4-й недели от начала болезни лихорадка не оказывает явной склонности к окончанию, и особенно в том случае, если она принимает интермиттирующий характер, и 3) если после 30-го дня не заметно всасывания экссудата, хотя бы температура и была нормальна, так как *отсутствие лихорадки не исключает гнойного плеврита*. Само собой разумеется, что если есть знобы, поты и другие вышеприведенные признаки гнойного экссудата, то о показаниях к проколу не может быть спора. Не следует думать, что при гнойном экссудате пробный прокол всегда дает чистый гной. Иногда случается извлечь только мутную серозную жидкость (мутность оказывается под микроскопом зависящей от гнойных телец), а потом, при вскрытии, оказывается, что стенки плевральной полости выстланы толстым слоем густого гноя; дело в том, что если гнойный экссудат не очень густ, то форменные элементы легко осаждаются на дно и стенки, а сверху стоит серозная жидкость; ввиду этого следует диагностировать эмпиему даже и в том случае, если при пробном проколе получается не гнойная, а только мутная (от примеси гнойных телец) серозная жидкость.

Можно бы думать, что бактериоскопическое исследование экссудата даст возможность легко отличить туберкулезный плеврит от всякого другого, но оказалось, что дело не так просто; для серозных экссудатов бактериоскопическое исследование почти не имеет значения, так как в большинстве случаев такие экссудаты оказываются стерильными; в гнойных экссудатах встречаются то пневмококки, то стрептококки, то разные другие гноеродные микробы, но почти никогда туберкулезные бациллы: наблюдение, однако, показало тот важный факт, что если бактериологическое исследование гнойного плевритического экссудата дает отрицательный результат, т. е. не открывает никаких микробов, то туберкулезное происхождение такой эмпиемы очень вероятно; ради окончательного выяснения вопроса можно впрыснуть некоторое количество гноя в полость брюшины морской свинки, которая через 4—5 недель заболит туберкулезом в случае туберкулезного происхождения гноя.

Некоторое сходство с плевритическим экссудатом представляют случаи *hydrothorax'a* (скопление трансудата в полостях

плевры) и pneumothorax'a (скопление воздуха в полости плевры).

Общие симптомы у плевритического экссудата и hydrothorax'a состоят в появлении в нижних частях грудной клетки тупого звука, верхняя граница которого по мере развития болезни поднимается все выше и выше; в месте притупления слышится ослабленное дыхание и слабые голосовые сотрясения.

Разница в следующем: 1) скопление трансудата в полостях плевры не бывает изолированным страданием, а всегда сопровождается образованием трансудата в других местах и всего чаще в подкожной клетчатке и в полостях брюшины; 2) hydrothorax почти всегда бывает двусторонним, хотя на одной стороне он может быть выражен больше (именно на той стороне, на которой больной больше лежит); 3) можно найти причину водянки или в болезнях почек (всего чаще), или в болезнях сердца, или в гидремии от хронического энтерита; 4) верхняя граница тупого звука при вертикальном положении больного идет горизонтально; при перемене положения изменяется и граница тупого звука; 5) hydrothorax протекает без лихорадки, без боли в боку и без одышки, если только количество жидкости не слишком велико, а также без кашля.

Общие признаки у экссудата и pneumothorax'a состоят в изменении формы грудной клетки: больная сторона мало расширяется при дыхании, она больше здоровой стороны, межреберные промежутки сглажены; дыхательный шум ослаблен так же, как и fremitus; соседние органы смещены, больной жалуется на одышку и принимает вынужденное положение на больном боку. Существенная разница состоит в результатах постукивания—при экссудате получается тупой звук, а при pneumothorax'e—ясный, тимпанический, с металлическим оттенком, а при выслушивании—или отсутствие дыхательного шума, или амфорическое дыхание. Если pneumothorax развивается вследствие вскрытия эмпиемы через легкое, то место вышедшего экссудата занимает воздух, и в верхних частях грудной клетки получается ясный или тимпанический звук, благодаря которому начинающий может предположить, что легкое, бывшее до сих пор сдавленным, начинает расправляться и что больной находится на пути к выздоровлению. Но подобной ошибки легко избежать, если обратить внимание, во-первых, на то, что одышка не только не уменьшилась, а, может быть, даже усилилась и, во-вторых, что в местах ясного звука совсем не слышно дыхательных шумов.

БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ВЫДЕЛЕНИЕМ ВОНЮЧЕЙ МОКРОТЫ

Вонючая мокрота указывает или на существование *бронхоэктатических полостей*, в которых застаивается и разлагается отделяемое слизистой оболочки, или на гнилостный бронхит (*bronchitis putrida*), или на *гангрену легкого*. Мокрота во всех этих трех случаях представляет то общее свойство, что она очень вонюча и что при отстаивании разделяется на три слоя: верхний—пенистый, средний—жидкий, довольно светлый, прозрачный и нижний—гнойный, богатый детритом и кристаллами маргаритовой кислоты. Особенно сильным гангренозным запахом отличается мокрота при омертвлении легкого, когда и дыхание большого чрезвычайно вонюче. Для бронхоэктазов характерно то, что больной по временам (особенно утром при перемене положения) отхаркивает обильное количество довольно жидкой вонючей мокроты. Общий вид, состояние сил и лихорадка при бронхоэктазах стоят в зависимости от основного страдания. Если расширение бронхов сопровождается, например, интерстициальной пневмонией [исход крупозной или катарральной (коревой) пневмонии], то общее состояние представляется удовлетворительным, а лихорадочного состояния может не быть вовсе. То же самое бывает в случаях развития бронхоэктазов в спавшемся легком, вследствие бывшего плевритического экссудата; напротив, при бронхоэктазах в течение туберкулезной пневмонии будет и лихорадка, и истощение.

Что касается физикальных признаков, то они могут быть различны в зависимости от того, окружены ли бронхоэктазы раздутым легким или уплотненным. В первом случае больной представляет симптомы хронического бронхита, тогда как при уплотнении легкого получают признаки каверны: амфорическое дыхание или громкое бронхиальное, бронхофония, крупнопузырчатые, консонирующие хрипы и при постукивании тимпанический тон, иногда с металлическим оттенком. *Все эти характерные физикальные симптомы исчезают в том случае, если полость выполняется секретом, и снова появляются после приступа кашля с извержением большого количества мокроты.* Конечно, те же симптомы могут быть и при туберкулезных кавернах, но тогда в мокроте будут бациллы и могут быть эластические волокна.

Мы говорим здесь только о хронических бронхоэктазах (так как вонючая мокрота свойственна только им), всего чаще встречающихся при интерстициальных пневмониях, протекаю-

щих сплошь и рядом без лихорадки и остающихся в течение долгого времени в стационарном виде; а потому, если признаки каверн замечаются у больного при сравнительно хорошем общем состоянии и при выделении обильной вонючей мокроты, то можно с уверенностью заключить, что у него не чахотка, а бронхоэктазы на почве интерстициальной пневмонии.

Если бронхоэктатические каверны настолько малы, что не выражаются никакими физикальными признаками полостей, то отличить их от гнилостного бронхита нельзя, так как последний отличается именно тем, что при нем не замечается периодического отхаркивания обильной мокроты с появлением после того кавернозных симптомов.

Вонючая мокрота при гангрене легких отличается от мокроты при бронхоэктазах, кроме более сильного запаха, еще тем, что в ней нетрудно открыть присутствие остатков легочной ткани в виде черных ключев, которые, будучи рассматриваемы под водой, представляются в виде лохматых комков. Микроскопом легко доказать, что комки эти имеют ячеистое строение, но упругих волокон найти не удастся, так как при гангрене легкого они встречаются странным образом, крайне редко.

Чтобы легче найти эти остатки легочной ткани, надо дать мокроте отстояться и взять для исследования осадок со дна сосуда. (Подробное описание микроскопических свойств мокроты можно найти в руководстве частной патологии и терапии Eichhorst'a, т. I, стр. 456.)

Общее состояние при гангрене легкого всегда сильно страдает; лихорадка нередко сопровождается ознобами и обильными потами, и скоро наступает упадок сил. Что касается до физикальных симптомов, то они бывают различны, смотря по случаю: при разлитой, быстро распространяющейся гангрене преобладают признаки уплотнения легкого, а при ограниченной гангрене с распадением легочной ткани—полостные симптомы.

Прежде чем ставить диагноз по вонючей мокроте на бронхоэктазы или гангрену легкого, надо исключить другие источники для вонючего отделяемого, например некоторые болезни рта, каковы: нома, stomacase, вонючий насморк, некоторые случаи заднеглоточного нарыва и особенно ихорозный экссудат при застарелом плеврите, вскрывшемся через легкое.

БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Мы изложим сначала семиотическое значение некоторых симптомов, имеющих общее значение, а потом перейдем к дифференциальной диагностике отдельных болезней, наиболее встречающихся в детском возрасте.

СЕМИОТИКА ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Головная боль встречается, конечно, у детей всех возрастов, но, как симптом субъективный, она часто остается незамеченной даже у детей, умеющих говорить, потому что до 5 лет они вообще редко жалуются на боль в определенном месте, где бы то ни было. У маленьких детей можно узнать головную боль только в том случае, если она очень сильна и заставляет ребенка выражать ее тем, что он часто хватается ручками за голову, дергает себя за волосы, беспрестанно двигает головой в ту и другую сторону, морщит брови. Но чтобы появились подобные симптомы, необходимо, чтобы головная боль была очень сильна; головная боль вследствие значительного повышения температуры тела обыкновенно не достигает такой степени, чтобы выражаться объективными признаками; мы встречаем их почти исключительно при мозговых болезнях и воспалениях среднего уха, и об этих двух страданиях следует прежде всего подумать, если имеем дело с ребенком, который много кричит, беспокоится и хватается ручонками за голову.

Головная боль у детей после 5 лет встречается очень часто, и в целях диагностики все относящиеся сюда случаи можно разделить на острые и хронические.

К категории острых головных болей мы относим те случаи, в которых головная боль появилась недавно, например, несколько дней тому назад, и больной прежде подобной головной

болью не страдал; отсутствие лихорадочного состояния не исключает острой головной боли.

К хронической головной боли мы относим все случаи так называемых привычных головных болей, будут ли они постоянными или неправильно повторяющимися.

Острая головная боль отличается от хронической, помимо анамнеза, еще тем, что за редкими исключениями, она всегда сопровождается повышением температуры.

Если больной страдает острой головной болью с повышением температуры, то главный вопрос, подлежащий разрешению, состоит в том, зависит ли она от лихорадочного состояния или же она является симптомом начинающегося менингита. В первые 2—3 дня, а иногда и дольше, вопрос этот не всегда может быть решен. Мы обращаем внимание, во-первых, на характер головной боли, во-вторых, на интенсивность лихорадки и, в-третьих, на сопутствующие симптомы.

Головная боль при менингите и острой головной водянке характеризуется тем, что она сильна и постоянна, т. е. не делает переминок, и *интенсивность ее не соответствует высоте температуры*, между тем как головная боль, зависящая просто от лихорадки, бывает обыкновенно несильна, если только температура не слишком высока (не выше 40°); если ребенок жалуется на головную боль только на вопрос о ней, то это, вероятно, не менингит (мы говорим «вероятно», так как незначительность головной боли еще не исключает менингита и именно туберкулезной его формы), если же он мечется от головной боли и эта последняя составляет главную его жалобу, то менингит тем вероятнее, чем *ниже* температура; очень сильная, непривычная головная боль при температуре около 38—38,5° почти патогномична для менингита. Если очень сильная головная боль наблюдается при температуре выше 40°, то она не имеет особого значения для диагностики менингита даже и в том случае, если сопровождается рвотой, так как, во-первых, и то, и другое может встретиться при всяком сильном лихорадочном состоянии, и, во-вторых, сильный жар почти исключает туберкулезный менингит, т. е. именно ту форму, которая всего чаще встречается в детском возрасте.

Что касается до простого гнойного и цереброспинального менингита, при которых температура в 40° вовсе не редкость, то следует иметь в виду, что при этих формах (вообще редких) очень скоро наступают другие мозговые симптомы, выясняющие диагностику.

Мы только что сказали, что очень сильная головная боль до некоторой степени характерна для менингита, но отсюда еще вовсе не следует, что при этом страдании она всегда бывает таковой. *Отсутствие резкой головной боли исключает только остро-гнойное воспаление мозговых оболочек (meningitis simplex s. purulenta)*, но оно не говорит против начинающейся острой головной водянки (*meningitis tuberculosa*). Начало туберкулезного менингита потому, между прочим, и не узнается так часто, что очень сильная головная боль встречается при нем довольно редко. Дело в том, что степень головной боли при острой головной водянке стоит в большой зависимости от быстроты развития ее: головная боль будет тем сильнее, чем быстрее наступает *повышение давления* в полости черепа, а так как при туберкулезном менингите головная водянка развивается иногда довольно медленно, то и головная боль может быть несильна.

Что касается до сопутствующих симптомов, то на первом месте из их числа надо поставить, конечно, *рвоту*, которая встречается во всех случаях менингита, как острого гнойного, так и подострого или туберкулезного. *Если больного ни разу не вырвало с момента появления головной боли в течение 1—2 суток, то почти наверное можно сказать, что у него не менингит.* Случаи менингита без рвоты хотя и встречаются, но принадлежат к числу самых редких исключений, с которыми можно не считаться. О характере мозговой рвоты мы уже говорили. Диагностическое значение рвоты при головной боли умалется, однако, тем, что она может встретиться и при других болезнях и в особенности под влиянием противных лекарств.

Другим симптомом, весьма важным для оценки головной боли, является *замедленный и неправильный пульс*. Этот симптом выступает тем резче, чем сильнее лихорадочное состояние и чем старше ребенок. При остром гнойном менингите, при температуре в 40°, пульс нередко остается правильным и частым; но зато в подобных случаях рано наступает потеря сознания и общие судороги.

Другие симптомы менингита, о которых речь будет в соответственном месте, являются позднее.

Головная боль, не зависящая от мозгового страдания, а стоящая в связи с повышением температуры, не имеет особого диагностического значения, за исключением разве того только, что она вместе с другими симптомами общего недомогания помогает выяснению анамнеза по вопросу о том, когда приблизительно началось лихорадочное состояние у ребенка. Сильная головная боль без повышения температуры или при незначительной лихорадке,

но при насморке, может зависеть от распространения *катарра на лобные пазухи*; в таком случае боль локализуется во лбу.

Головная боль имеет особое значение в том случае, если она появляется у ребенка, страдающего острым нефритом. Есть ли при этом лихорадочное состояние или температура остается нормальной—это все равно; *головная боль в течение острого нефрита всегда должна возбуждать опасение насчет начинающейся уремии и особенно в том случае, если она сопровождается рвотой.*

При оценке значения головной боли острого происхождения следует иметь в виду, что она может локализоваться в мягких покровах черепа, например при ревматизме или при ограниченных воспалительных фокусах. Место боли в таких случаях определяется ощущением головы, так как воспалительная боль усиливается при давлении на больное место. При ревматизме *galeae aroneuroticae* боль ощущается не только в голове, но нередко распространяется также и на мышцы шеи (*torticollis*) и усиливается при подымании бровей и сморщивании лба.

При известном анамнезе, и если головная боль появляется у нескольких членов семьи, легко поставить диагностику *угара*. Головная боль от угара нередко сопровождается рвотой и общей слабостью. Что подобные же симптомы могут зависеть также от отравления алкоголем (вином), это известно.

Хроническая головная боль может зависеть или от каких-нибудь грубых анатомических изменений головного мозга, вроде, например, хронической головной водянки, опухоли в полости черепа и пр., или от поражения других органов, или же она является в виде самостоятельного страдания.

Диагностика *симптоматической головной боли*, зависящей от хронической болезни головного мозга, основывается на одновременном существовании других мозговых симптомов, каковы: рвота, ослабление умственных способностей, параличи и парезы, в особенности глазных мышц (косоглазие, *ptosis*, *amblyopia*), припадки местных или общих судорог. Головная боль, зависящая от хронического страдания мозга, характеризуется резко выраженной склонностью к прогрессивному ухудшению. При ограниченном поражении мозговых оболочек (абсцесс, сифилис) появляются упорные головные боли, строго ограниченные известным местом; к числу характерных признаков такой головной боли относится, между прочим, и то, что в некоторых случаях она усиливается при постукивании соответственного места черепа.

Хроническая головная боль, не зависящая от болезней головного мозга или его оболочек, встречается в детском возрасте довольно часто и может зависеть от разнообразных причин.

Из этой большой группы нужно выделить прежде всего обыкновенную мигрень, главной причиной которой бывает наследственность. От всякой другой головной боли мигрень отличается тем, что головная боль является приступами, занимает только одну сторону головы (чаще левую) и через несколько часов кончается большей частью рвотой и сном. В легких случаях до рвоты дело не доходит, но для диагностики достаточно и того, что хотя некоторые из приступов сопровождаются рвотой. Объективно мигрень выражается у детей бледностью лица, общей вялостью и иногда зевотой. Если подобные симптомы появляются по временам у ребенка, во всех других отношениях здорового, и всякий раз дело кончается через несколько часов рвотой и сном, то можно узнать мигрень даже и у детей, не умеющих говорить.

Приступы головной боли при мигрени являются через неправильные, но более или менее продолжительные промежутки времени, от нескольких дней и недель до целых месяцев; почти никогда мигрень не повторяется два дня подряд, и вообще можно сказать, что если у ребенка головная боль повторяется несколько дней подряд или хотя бы даже всякую неделю—то это, по всей вероятности, не чистая мигрень. Приступы мигрени появляются или без всякой определенной причины, или под влиянием утомления физического и умственного; основной причиной следует считать наследственное расположение (в анамнезе значится обыкновенно мигрень у кого-либо из родителей). Эта причина до того постоянна, что если головная боль появляется у ребенка, родители которого никогда не страдали мигренью, то одно уже это обстоятельство заставляет усомниться в существовании в данном случае мигрени идиопатической, т. е. самостоятельного невроза; вероятнее, что такая мигрень окажется или рефлекторным явлением (болезни носа), или симптоматической головной болью (анемия, болезни мозга и пр.).

Довольно характерно для мигрени и то, что головная боль почти всегда может быть купирована приемом антипирина (столько гран, сколько больному лет) или антифебрина (вдвое меньшим количеством), хотя я вовсе не имею в виду утверждать, что эти средства бесполезны при головной боли иного происхождения.

Общее состояние питания у детей, расположенных к мигрени, может оставаться прекрасным.

Мигрень легче всего смешать с невралгией верхнеглазничного нерва (*neuralg. supraorbitalis*), при которой боль тоже ощущается на одной стороне головы, но существенная разница в том, во-первых, что если больной умеет локализовать свои ощущения, то он указывает на верхнеглазничную область как на место боли и, во-вторых, что во всех случаях боль усиливается при давлении на *foramen supraorbitale*.

Верхнеглазничная невралгия сравнительно часто бывает малярного происхождения и тогда правильно возвращается ежедневно или через день в один и тот же час, а потому во всех случаях интермиттирующей головной боли у ребенка прежде всего надо думать о *neuralg. supraorbitalis*.

Кроме мигрени, у детей встречаются еще и другого рода нервные головные боли, которые повторяются или ежедневно, или через неправильные промежутки времени от неизвестных или от строго определенных причин. Эти головные боли, то едва заметные, то очень сильные, не имеют особой локализации: больные жалуются, смотря по случаю, на лоб, темя, затылок, всю голову.

Сюда относится, например, головная боль, стоящая в связи с *общим упадком питания*. Диагностика основывается на исключении других причин головной боли и на симптомах общего малокровия (бледность кожи и слизистых оболочек, потеря аппетита, худоба, беспокойный сон, раздражительность) или хлороза, отличающегося от обыкновенного детского малокровия гораздо более выраженной бледностью (восковая бледность) кожи и слизистых оболочек и возрастом пациентов: обыкновенное малокровие мы встречаем преимущественно у детей 5—12 лет, безразлично как у мальчиков, так и у девочек, а хлороз почти исключительно у девочек после 8—12 лет. Головная боль, зависящая только от хлороза, а не от других каких-либо причин, отличается, между прочим, тем, что скоро проходит при лечении железом.

Имея дело с головной болью у малокровного ребенка, надо иметь в виду, что само малокровие может зависеть от какой-либо определенной причины, без устранения которой лечение останется, конечно, бесполезным. К числу таких причин относятся, например, катарральное состояние желудка, глисты, воспаление почек (уремия), онанизм.

По мнению некоторых, подозревать *онанизм* можно в том случае, если головная боль локализуется в затылке; но лучше руководствоваться другими признаками, каковы: открытый *glans penis*, плохая реакция *cremasteris* на щекотание внутренней поверхности верхней части бедра, подозрительные пятна на белье и одеяле.

Как на весьма ценный признак, часто встречающийся у онанистов, Renzi указывает на исчезание коленного рефлекса (Медицинское обозрение, 1888, № 11). Характерно до некоторой степени и то, что онанисты бывают рассеяны, не могут долго сосредоточить внимание, а дети старшего возраста делаются обыкновенно слишком богомольными. (Они слышали про вред этого порока и, не находя в себе достаточно сил для борьбы с ним, прибегают к молитве.)

Особого рода нервная головная боль, встречающаяся как у слабых и малокровных детей, так и у совершенно здоровых, хорошо упитанных и живущих в лучших гигиенических условиях, известна под именем школьной головной боли, или *головной боли от переутомления*, а также головной боли от роста (*cephalalgie de croissance* французских авторов). Ею страдают преимущественно подростки от 10 до 14—16 лет. Головная боль эта, подобно всякой другой нервной головной боли, локализуется или во лбу, или во всей голове и часто комбинируется с явлениями невращения: ребенок делается раздражителен или грустен, плаксив и т. п., но главный характерный признак, присущий всем случаям школьной цефалопатии, состоит в *неспособности к умственной работе*: в легких случаях головная боль является только при усиленных умственных занятиях, а в случаях тяжелых и вполне выраженных—даже и при самой легкой, не исключая и занимательной умственной работы, например при чтении интересной повести.

Головная боль упорно повторяется изо дня в день в течение многих месяцев и для своего излечения требует полного прекращения занятий по меньшей мере на полгода, а иначе она может продолжаться в течение нескольких лет, пока не окончится период более быстрого роста.

Школьную головную боль всего легче смешать с той *цефалалгией*, которая часто встречается у детей в зависимости от *ненормальной рефракции и аккомодации* и излечивается не чем иным, как только соответственными очками. Такая этиология головной боли не составляет большой редкости, как видно, например, из работ Vickers'а (Врач, 1888, стр. 680), который, разобрав тысячу своих больных с пороками преломления, нашел, что головная боль занимала видное место среди жалоб больных у 277 (27,7%). Самую важную роль в этом отношении играет гиперметропия с астигматизмом. Сходство головной боли, зависящей от порока глаз, со школьной состоит в том, во-первых, что как та, так и другая являются только во время занятий и исчезают при

покое, и во-вторых, что они не щадят ни слабых, ни крепких детей.

Хроническая головная боль может стоять в связи также и с болезнями носа, причем видимого насморка, т. е. течи из носа, может и не быть, достаточно непроходимости носовых ходов. Случаев излечения упорных головных болей посредством терапии носа описано немало: припомню для примера случай Menier'a (Врач, 1888, № 22): у мальчика 9 лет головная боль, продолжавшаяся 2 года, была излечена удалением опухолей носоглоточной области и прижиганием слизистой оболочки носа.

Если головная боль является у ребенка после бегания или во время жаркой погоды и облегчается после носового кровотечения, то это указывает на зависимость ее от прилива к мозгу.

Eichhorst обратил внимание на появление головной боли, иногда со рвотой, под влиянием временной альбуминурии, подчас появляющейся у подростков без всякой заметной причины. Альбуминурия может тянуться недели и месяцы, и за это время довольно часто появляются приступы головной боли, иногда вместе с общей слабостью, ослаблением памяти, раздражительностью и даже с судорогами.

СЕМИОТИКА ОБЩИХ СУДОРОГ

Когда приходится иметь дело с ребенком, у которого от неизвестной причины появились общие судороги тонического или клонического характера, выражающиеся, главным образом, в беспорядочном подергивании мышц лица и конечностей и потере сознания, то иногда бывает очень трудно определить причину судорог, и нередко врач, видящий больного в первый раз, не бывает в состоянии сделать больше того, как констатировать факт, и поневоле довольствуется фразой, что у больного эклампсический припадок или так называемый родимчик.

Приступ общих судорог, от какой бы причины он ни зависел, приблизительно всегда одинаков; в отдельных случаях разница лишь в том, что у одного больного припадок продолжается дольше и сами судороги сильнее, у другого — покороче, у одного приступы следуют друг за другом через более или менее короткие промежутки времени, так что за сутки можно насчитать до 20 и больше приступов общих судорог, а у другого все кончается единственным припадком. Существенная разница может выражаться также и в течении, именно в том отношении, что у некоторых больных припадок судорог, раз появившись, не повторяется

потом во всю их жизнь, тогда как у других судороги появляются при разных поводах (у детей, страдающих ларингоспазмом, например, подобным поводом часто бывает какое-нибудь волнение, крик и т. п., у других судороги повторяются в начале каждой сильно лихорадочной болезни и пр.), а то так и без заметных причин в течение первых двух лет жизни или даже в течение всей жизни (эпилепсия).

Каждый отдельный приступ общих судорог начинается обыкновенно с короткого периода тонических судорог (ребенок перестает дышать, глаза его закатываются под верхнее веко, лицо синее, спина выгибается, конечности вытягиваются), но уже через несколько секунд тонические спазмы уступают место клоническим, выражающимся подергиванием лицевых мышц и глазных яблок, пеной у рта, вздрагиванием туловища и конечностей. Этот период клонических судорог продолжается значительно дольше первого и тянется от 2—3 минут до получаса и дольше; после приступа ребенок впадает обыкновенно в сон (сопорозный период), продолжающийся различное, большей частью недолгое, время.

При определении причины судорог прежде всего надо решить вопрос, зависят ли они от грубых анатомических изменений в центральной нервной системе или от каких-либо других причин.

Судороги могут встретиться как при хронических болезнях мозга, так и при острых. Для диагностики мозговых судорог важно отметить то обстоятельство, что мозговая болезнь почти никогда не начинается приступом эклампсии, а потому если судороги являются симптомом поражения головного мозга, то при подробном исследовании больного или в анамнезе всегда можно найти указания на существование каких-либо других мозговых симптомов, каковы, например, в хронических случаях, постоянная или часто повторяющаяся головная боль, парезы мышц лица или конечностей, ослабление умственных способностей, изменения на дне глаза и пр., а в острых, кроме того, еще и сонливость, лихорадочное состояние, неправильность и замедление пульса и пр., а потому, если судороги *появляются у ребенка, до сих пор совершенно здорового, который и по окончании припадков не представляет никаких других мозговых симптомов*, то можно утверждать с большой уверенностью, что судороги у него были не мозговые.

Судороги, зависящие от хронического страдания мозга, характеризуются, между прочим, тем, что они очень склонны к возвратам и возвращаются через различные промежутки времени—от нескольких дней до нескольких недель. Правда, подобного рода повторяющиеся судороги часто встречаются у детей до 2 лет

и без мозговой болезни, но диагностика облегчается тем, что из хронических мозговых болезней в том возрасте встречается только хроническая головная водянка, легко узнаваемая по значительно увеличенному черепу и расхождению швов. У детей старшего возраста повторные судороги в течение месяцев и даже лет зависят или от какой-либо хронической болезни мозга (всею чаще опухоль), или от эпилепсии.

Чистая, так сказать идиопатическая, *эпилепсия* большей частью имеет наследственное происхождение и отличается от симптоматической эпилепсии, т. е. от мозговых судорог, своим крайне хроническим течением и тем, что в промежутках между приступами судорог ребенок не представляет никаких мозговых симптомов (подробнее об эпилепсии см. ниже).

Если судороги постоянно поражают только одну сторону тела, то это обстоятельство сильно говорит в пользу их мозгового происхождения, тем более еще если судороги распространяются с ноги на руку и потом на лицо, т. е. по порядку расположения двигательных центров в центральных извилинах мозговой коры, причем сознание обыкновенно остается сохранным; все это признаки так называемой корковой или Jackson'овской эпилепсии.

В острых случаях мозговые судороги сопровождаются лихорадочным состоянием, и потому приходится решать вопрос, зависят ли судороги от менингита (или от какого-либо иного страдания мозга) или просто от повышения температуры.

Всякое быстрое повышение температуры, выражающееся у взрослых ознобом, может сопровождаться у маленьких детей судорогами, и чем моложе ребенок, тем они легче наступают.

Эти так называемые лихорадочные судороги, или эклампсия вследствие жара, могут быть допущены только при наличии трех условий: 1) возраст ребенка до 3 лет (исключения очень редки), 2) быстрое повышение температуры не менее как до 39,5° и 3) судороги появляются в первые часы заболевания, т. е. в начале жара. Значит, судороги, по всей вероятности, не зависят от одной только лихорадки, если одно из этих условий не соблюдено: если, например, ребенок старше 3 лет или температура низка, или поднималась медленно (в течение 2—3 дней), или если судороги появились не на первый день болезни.

Так как острые мозговые болезни у детей сравнительно редко начинаются внезапным и сильным жаром, то и начальные судороги при них бывают редко, а потому, *если эклампсия появляется у ребенка, только что заболевшего и термометр показывает около 40°, то почти наверное это не мозговая болезнь*. Правда,

некоторые формы острого гнойного менингита начинаются иногда с судорог, но тогда болезнь течет вообще очень бурно и большой или совсем не приходит в сознание после приступа, или судороги повторяются раз за разом, и дня через 2 наступает смертельный исход. В противоположность этому лихорадочные судороги обыкновенно не повторяются (сильный озноб у взрослых тоже не повторяется), за исключением редких случаев злокачественного интермиттента (*f. interm. convulsiva*), и большой скоро (через 10—20 мин.) приходит в себя¹. Итак, *если судороги появились у маленького ребенка в начале развития сильного жара, и ребенок скоро пришел в себя, и в течение нескольких часов судороги не повторялись,—то можно исключить острую мозговую болезнь и диагностировать лихорадочную эклампсию, причем остается еще решить, от какой болезни зависит лихорадка.*

Но, помимо этих начальных судорог, при некоторых лихорадочных болезнях встречается эклампсия еще и другого рода, отличающаяся тем, что вместо однократных судорог мы имеем дело с повторными и притом у детей любого возраста, а не только у маленьких.

Так как подобного рода эклампсия встречается у детей лишь при инфекционных болезнях и, в особенности, при крупозной пневмонии (почти исключительно у детей до 2 лет), скарлатине и оспе (как у маленьких, так и у детей старшего возраста) и притом всегда в тяжелых случаях, то можно думать, что судороги обуславливаются здесь не столько повышением температуры, сколько ядом, циркулирующим в крови.

Если судороги повторяются так часто, что ребенок не успевает выйти из сопора и болезнь скоро кончается смертью (при скарлатине иногда через несколько часов от начала болезни), то, конечно, сходство с бурным менингитом (*meningite foudroyante*) может быть настолько велико, что на основании одних наличных симптомов диагностика не может быть сделана, если не успеют появиться признаки, вполне характерные для той или другой болезни, каковы, например, сыпь при скарлатине и оспе или физикальные симптомы со стороны легких при пневмонии.

¹ Иногда, хотя и редко, судороги являются первым симптомом туберкулезного менингита, но при этой болезни лихорадка бывает так незначительна (около 38—38,5°), что судороги, несмотря на их однократность и возвращение сознания, не могут быть объяснены повышением температуры, и потому для объяснения их приходится искать другую причину. В громадном большинстве случаев при туберкулезном менингите судороги появляются лишь в самом конце, незадолго до смертельного исхода.

Важное значение для диагностики в подобных случаях имеет этиология, а потому необходимо справиться, не было ли повода больному заразиться оспой и в особенности *скарлатиной* (это самая частая причина для смертных случаев от повторных судорог при жаре даже и у более взрослых детей), не ушибал ли он головы, не пекся ли на солнце, не имел ли он перед тяжелым заболеванием насморка и кашля (грипп как повод к церебральной пневмонии), наконец, нет ли в данной местности случаев эпидемии цереброспинального менингита.

Нередко диагностика выясняется лишь через несколько дней после смерти больного и именно в том случае, если в данной семье кто-либо заболевает ясно выраженной заразной болезнью, которая всего чаще, конечно, оказывается скарлатиной.

Если ребенок вдруг заболевает сильным жаром, рвотой и повторными судорогами и через 20—30 часов умирает при явлениях сопора и упадка сил, и для диагностики не оказывается никаких других данных, то врачи отмечают обыкновенно, как причину смерти менингит и, по моему мнению, в громадном большинстве случаев ошибаются. Дело в том, что туберкулезная форма менингита никогда так не протекает; простой гнойный менингит для своего развития требует какой-либо определенной причины и ни с того, ни с сего у здорового ребенка не развивается, а что касается до эпидемического воспаления мозговых оболочек, то эта болезнь вообще встречается редко, а гиперакутные ее формы почти никогда, а потому в случаях, подобных вышеприведенным, прежде всего следует думать о скарлатине, потом об оспе, а о менингите после всего.

Узнать в самом начале заболевания *скарлатину* удастся нередко, так как сыпь при ней высыпает очень рано, иногда в первые часы, а если сыпи еще нет, то все-таки есть уже скарлатинозная жаба. Гораздо труднее узнать *оспу*, так как слизистая оболочка зева при ней в первые дни не поражается, сыпь высыпает только на 3-й день и вообще симптомы предвестников мало характерны, если только дело идет не о геморрагической оспе, при которой своеобразные петехии на животе, а потом и на других местах появляются очень рано, например на 1-й или на 2-й день. Эклампсия при оспе отличается притом значительной силой и по повторности судорог симулирует менингит. Вот причины, почему на практике эклампсия при оспе часто смешивается с менингитом. Важным подспорьем для диагностики служит характер эпидемии в данной местности, особенно если больной живет в оспенном доме и у него нет знаков привитой оспы. Об отличии менингита

от так называемой церебральной формы воспаления легких мы говорить здесь не будем, так как можно сослаться на главу о пневмонии. Зато необходимо упомянуть еще об *уремии*, которая в своей эклампсической форме протекает у детей обыкновенно с значительным повышением температуры (до 40° и выше). Если судороги повторяются часто, то больной не выходит из коматозного состояния, и сходство с острым менингитом тем более велико, что обязательно бывает и рвота. Ошибки, однако, встречаются не часто, так как судороги развиваются у нефритика, а воспаление почек просмотреть не легко, если придерживаться правила смотреть мочу у всякого больного.

Эклампсия при других лихорадочных болезнях у маленьких детей может представить врачу затруднение лишь на несколько часов, так как, во-первых, многие из воспалительных процессов скоро выясняются, а, во-вторых, как уже сказано, судороги эти обыкновенно не повторяются.

Для дифференциальной диагностики мозговых судорог от простой лихорадочной эклампсии огромное значение имеет также способ развития или группировка мозговых припадков, комплекс которых может быть такого рода, что его нельзя объяснить не чем иным, как только страданием мозга; мозговые явления, зависящие от лихорадки, отличаются от настоящих мозговых симптомов *недостаточным постоянством и тем, что они обыкновенно не усиливаются, а, напротив того, по мере выяснения первичной болезни все более и более ослабевают.*

Что касается специально до судорог, то при мозговых болезнях им предшествует обыкновенно *очень сильная головная боль, появляющаяся во всей своей интенсивности с самого начала заболевания и не делающая послаблений вплоть до периода потери сознания*; настоящие мозговые судороги при острых болезнях мозга повторяются обыкновенно раз за разом и оставляют после себя глубокое сопорозное состояние, из которого больной, большей частью, не выходит до самой смерти. По Barthez и Sanné, мозговые судороги отличаются от простой эклампсии следующим: 1) после мозговых судорог резко выражаются последовательные изменения в сфере сознания и движения (чаще появляются, например, параличи и сведения), 2) продолжительность самого приступа больше и 3) мозговые судороги очень склонны к возвращению; если у ребенка в возрасте после двух лет судороги повторяются раз за разом, то они почти наверное мозгового происхождения (мы уже говорили, что подобные судороги у детей старшего возраста могут быть обусловлены скарлатиной и урмией).

При оценке мозговых судорог до некоторой степени можно руководствоваться еще и состоянием *большого родничка*, причем надо иметь в виду, что выпяченный и пульсирующий родничок встречается при всяком сильном лихорадочном состоянии. *Выпячивание* и *пульсация* большого *родничка* могут считаться несомненными симптомами *гиперемии мозга* лишь в том случае, если и то, и другое оказывается постоянным, несмотря на ослабление *лихорадки*, и притом существует спячка или другие симптомы поражения мозга. Если *фонтанель* *высоко* поднимается над краями окружающих ее костей и при давлении на нее пальцем представляет *значительную резистенцию*, то это сильно говорит в пользу экссудативного процесса в мозгу, так как при лихорадочных болезнях *фонтанель* хотя и может пульсировать и выпячиваться, но она оказывается легко вдавимой. Однако обратного заключения сделать нельзя, потому что *отсутствие усиленной резистенции фонтанели не исключает существования экссудата в полости черепа*. Если на основании тех или иных соображений мозговая болезнь может быть исключена, то остается определить действительную причину судорог.

Причины судорог у детей крайне разнообразны, так что в этом отношении принято различать четыре вида эклампсии: 1) мозговая, или симптоматическая (об отличии этой формы было уже говорено); 2) рефлекторная, зависящая от периферического раздражения; 3) гематогенная, появляющаяся при различных лихорадочных болезнях и отравлениях, и, наконец, 4) идиопатическая, или эссенциальная эклампсия, причины которой неизвестны. По мере совершенствования наших сведений число случаев этой последней категории будет, конечно, постоянно уменьшаться.

В настоящее время сюда относятся судороги вследствие испуга и других психических влияний, а также «беспричинные» конвульсии у вполне здоровых или анемичных детей, которые впоследствии оказываются иногда эпилептиками.

В целях диагностики всего лучше разделить все случаи эклампсии на две категории: 1) судороги при повышенной температуре тела и 2) судороги без лихорадки.

Если лихорадки у ребенка не оказывается и если мозговая болезнь исключена, то на суждение о причине судорог оказывает большое влияние возраст больного.

Безлихорадочные судороги у *детей от 4 до 12 лет* встречаются вообще редко; причиной их всего чаще бывает *эпилепсия*. Общие судороги с потерей сознания и с последовательной кратковременной спячкой повторяются в течение ряда лет через

различные промежутки времени, от нескольких недель до целых месяцев; особенно характерно для эпилепсии, если припадки появляются иногда по ночам или если непосредственно перед наступлением пароксизма судорог больной жалуется на то или другое ощущение, известное под именем ауры. Аура имеет довольно большое диагностическое значение, так как, во-первых, у детей старшего возраста она редко отсутствует и, во-вторых, потому, что у одного и того же больного она всегда повторяется одинаково. Всего чаще она описывается больными как дуновение, идущее от периферии конечности к голове; в других случаях она является в виде болевого ощущения или в виде шума в ушах, искр перед глазами, какого-нибудь запаха (*aura sensitiva*); в третьем ряду случаев замечаются так называемые ненормальности в двигательной сфере, дрожание, подергивание (*aura motoria*), и со стороны психики, например галлюцинации, головокружение и пр. Обычно аура продолжается очень короткое время (несколько секунд), но все-таки она дает возможность больному принять удобное положение и, так сказать, приготовиться к припадку. Для самого припадка характерна, между прочим, полная потеря сознания и отсутствие всяких рефлексов, в том числе и со стороны зрачков, которые всегда очень расширены. Эпилептические судороги продолжаются всего минуты 2—3, но встречаются случаи эпилепсии с гораздо менее продолжительными припадками и даже совсем без судорог или только с легкими подергиваниями мышц лица. Подобные abortивные припадки эпилепсии (*petit mal s. epilepsia mitior*) выражаются тем, что ребенок среди полного здоровья вдруг теряет сознание, резко бледнеет и через несколько секунд приходит в себя; потеря сознания проходит так скоро, что больной не успевает даже упасть; если непосредственно перед наступлением припадков он разговаривал, то останавливается на полуслове и по окончании припадков продолжает свою речь. Во время припадков больной ничего не чувствует, а по окончании его не помнит, что с ним случилось что-то. Если такие abortивные приступы эпилепсии чередуются с судорожными припадками, то диагностика легка; если же настоящих эпилептических приступов нет, то правильная оценка случая возможна лишь на основании повторяемости времени от времени *совершенно одинаковых* припадков несколькосекундной потери сознания.

Подобные *неправильные* формы эпилепсии выражаются иногда очень странными припадками; так, например, я знал одного больного мальчика 10 лет, у которого приступы эпилепсии выражались моментальной потерей сознания, но больной в это время

не падал, а хватался за первый попадавшийся под руку предмет и махал им по воздуху; один раз, будучи в лесу около костра, он схватил таким образом горящую головешку и причинил себе сильнейший ожог, другой раз, будучи в гостях первый раз в доме, он во время игры в лото вдруг ни с того ни с сего схватил за волосы соседа и порядком оттащил его. К 14 годам он совершенно избавился от подобных припадков.

Неправильные формы эпилепсии в виде так называемого *petit mal*, как и полные судорожные припадки, могут быть выражением какого-нибудь хронического мозгового страдания. Дифференциальная диагностика основывается отчасти на свойстве самих припадков (Jackson'овская эпилепсия см. выше), отчасти же на состоянии больного во время промежутков: в пользу мозгового страдания говорят всякого рода моно- или гемиплегии, гемианестезии, упорные головные боли, особенно со рвотой. Все эти вещи бросаются в глаза, и потому распространяться о них нечего; важнее отметить, что иногда рядом с припадками *petit mal* в виде кратковременного головокружения или легких подергиваний лицевых мускулов в течение долгого времени (несколько месяцев) из всех мозговых симптомов имеется только легкий *парез п. facialis*, заметный, например, при оскаливании зубов, или изменения на дне глаза в виде *застойного сосочка*; на эти два признака всегда следует обратить специальное внимание, прежде чем успокоиться на диагностике идиопатической большой или малой эпилепсии.

В детском возрасте редко приходится иметь дело с *притворной эпилепсией*, которая отличается от настоящей, между прочим, тем, что больной, падая в судорогах, никогда не ушибается и не прикусывает себе языка, а также и тем, что рефлекс у притворщика сохраняются (при внезапном обрызгивании лица холодной водой он вздрагивает) и зрачки его отлично реагируют на свет.

Большое сходство с эпилепсией могут представить некоторые случаи истерических судорог, известные под именем *hystero-epilepsia*. Припадок *hystero-epilepsiae* отличается от эпилепсии неполной потерей сознания и тем, что эпилептический приступ начинается обыкновенно вскрикиванием, часто сопровождается прикусыванием языка, недержанием мочи и кала и сопором, по выходе из которого больной ничего не помнит, что с ним было, тогда как при истерических судорогах не бывает обыкновенно ни вскрикивания, ни прикусывания языка, ни непроизвольного испускания мочи, ни полной амнезии. Следует, далее, обратить

внимание на наследственность и поискать, не представляет ли больной каких-либо характерных для истерии симптомов, известных под именем истерических ярлыков или клейм; всего чаще они встречаются в сфере органов чувств, каковы, например, различные *гиперестезии* и *анестезии*. Гиперестезия кожи выражается чрезвычайной болезненностью при давлении некоторых участков кожи, особенно над остистыми отростками и живота, а также различными невралгиями и частыми головными болями; гиперестезии других органов чувств выражаются шумом в ушах, искрами перед глазами, утончением обоняния и вкуса.

Еще характернее для истерии различные анестезии, обыкновенно совершенно не соответствующие разветвлениям каких-нибудь нервов; особенной известностью пользуются гемианестезия и анестезия в виде манжет (кисть и нижний конец предплечья одной или обеих сторон); характерно, далее, и то, если среди обширной области полной потери чувствительности оказывается вдруг небольшой островок кожи, вполне чувствительной. Нечувствительность бывает или полная, или только к некоторым родам раздражений, например, уколов больная не чувствует, а легкое прикосновение различает и т. п. Со стороны специальных органов чувств сравнительно часто встречается концентрическое уменьшение поля зрения на одном или, что чаще, на обоих глазах; часто также встречается при истерии потеря чувствительности мягкого неба и вообще глотки.

Весьма важно также констатировать при истерии *расстройство психической деятельности*, недаром же истерия считается в настоящее время болезнью психической. Больные очень раздражительны, плаксивы, капризны и отличаются быстрыми переменами в расположении духа: то безразличная грусть, то экзальтация. Истеричные больные легко впадают в гипнотический сон и хорошо слушаются внушений, нередко даже и в состоянии бодрствования.

Вот на все эти вещи следует обратить внимание, раз является подозрение на истерическое происхождение какого-либо симптома, а в данном случае—общих судорог. К сожалению, в детском возрасте все эти клейма встречаются значительно реже, чем у взрослых, а потому и диагностика истерии у детей может представлять иногда большие затруднения. Специально для диагностики судорог могут иметь значение еще два обстоятельства: во-первых, результаты лечения бромидами—на истерические конвульсии это средство не оказывает заметного влияния, а эпилептические припадки обыкновенно довольно скоро ослабевают и делаются реже;

во-вторых, свойства мочи: дело в том, что после приступа истерических судорог моча резко изменяется в своих свойствах—количество плотных составных частей уменьшается почти на $\frac{1}{3}$ (в норме 40—50 г в сутки, а после припадка 30—35). Это уменьшение касается особенно мочевины и фосфатов; да, кроме того, резко изменяется отношение фосфатов земель к щелочам: в норме первых приблизительно втрое меньше, чем вторых (1 : 3), а после истерического припадка они относятся друг к другу, как 1 : 1, тогда как после эпилептических судорог ничего подобного не бывает, даже напротив того, количество мочевины и фосфатов увеличивается.

По отношению диагностики эпилепсии от уремических судорог следует иметь в виду, что после настоящего эпилептического припадка в моче появляются обыкновенно белок и гиалиновые цилиндры, но только и то, и другое держится не более 1—2 суток.

Если больной никогда прежде судорогами не страдал и в родословной его нет указаний ни на эпилепсию, ни на другие серьезные нервные болезни, то надо думать или об уремии (исследование мочи, отеки), или об отравлении, между прочим сantonином и водкой (анамнез); у маленьких детей (лет до пяти) причиной судорог может быть засорение желудка и глисты (исследование испражнений на яйца и выход глист или их члеников). Как на редкую, но несомненно возможную причину судорог можно указать еще на инородное тело в ухе, будет ли то большая, старая серная пробка или что-либо постороннее. От эклампсии эпилепсия отличается отнюдь не свойством припадков, ибо они в обоих случаях одинаковы, а тем, что эклампсия есть болезнь острая, а эпилепсия—хроническая. Понятно, что если дело идет о первом припадке, то врач не может знать, будут ли они повторяться или нет, а потому и диагностика в таких случаях невозможна. Однако ввиду того, что большей частью эпилепсия у детей начинается с *petit mal*, а *haut mal* появляется много позднее, после целого ряда малых припадков, то можно с вероятностью предполагать, что дело идет не об эпилепсии, если первый приступ общих судорог появился у ребенка, никогда не страдавшего «дурнотами».

У детей в возрасте от 6 месяцев до $2\frac{1}{2}$ лет безлихорадочные судороги всего чаще встречаются у рахитиков и в особенности при спазме голосовой щели. При исследовании такого ребенка легко констатировать рахитические изменения в костях черепа (у детей до года почти всегда размягчение затылка) и грудной клетки, а в анамнезе—приступы ларингоспазма; приступы эти, характеризующиеся свистящим вдыханием, особенно часто (не-

сколько раз в день) являются у ребенка при крике, но в громадном большинстве случаев они прекращаются так быстро, что не причиняют больному никакого вреда, однако некоторые из них достигают такой степени, что ребенок совершенно не может вздохнуть и вслед за этой апнеей впадает в общие судороги, которые от всяких других судорог отличаются тем, что или начало, или конец приступа обозначается свистящим вдоханием.

Эклампсия встречается иногда у рахитиков и без ларингоспазма, вследствие чрезмерной раздражительности их нервной системы, под влиянием ненормального состояния общего питания.

Редко случается, чтобы судорогами страдали дети не рахитики; в таком случае раздражительность нервной системы развивается или на почве анемии, или под влиянием наследственности.

Эта последняя причина выражается тем, что почти все дети данной семьи в известном возрасте (на 1-м или на 2-м году) страдают судорогами. Любопытный случай подобного рода «семейной эклампсии» приводит, например, Bouchut: в одной семье было 10 человек детей, и все страдали на 1-м году судорогами; одна из девочек вышла впоследствии замуж, родила тоже 10 человек, и из них эклампсия была у 9.

Итак, главной причиной судорог у маленьких детей является особое состояние их центральной нервной системы под влиянием рахитизма, реже малокровия или наследственного расположения.

Расположение к судорогам может быть так велико, что припадки эклампсии нередко появляются без всякой заметной случайной причины или под влиянием самых незначительных поводов; у ребенка, расположенного к спазму гортанной щели, общие судороги нередко вызываются малейшим психическим возбуждением, и приступы повторяются при каждом громком крике и т. п. При таких условиях случается наблюдать у ребенка до 10—20 судорожных приступов в день. Вообще можно сказать, что если у ребенка на первый взгляд здорового, нескольких месяцев от роду, судороги повторяются каждый день и даже по несколько раз в день, то почти наверное при подробном исследовании он окажется рахитиком и, вероятно, с ларингоспазмом, а, может быть, и с размягченным затылком.

В других случаях судороги появляются не иначе, как под влиянием какой-нибудь определенной причины, в числе которых самыми частыми надо считать лихорадочное состояние и *засорение желудка*, в особенности запор. Несомненно также, что случайной причиной судорог может быть психическое возбуждение

(испуг) и раздражение периферических нервов, например, при ожогах кожи, а также при *прорезывании зубов*. Эклампсия, зависящая от последней причины, отличается от всякой другой эклампсии только тем, что приступы судорог появляются у ребенка при каждом новом прорезывающемся зубе (см. стр. 76).

У детей первых месяцев жизни судороги могут быть следствием колик (диспепсический стул, вздутый живот, продолжительный крик) или запора, или каких-либо погрешностей диеты.

К последней категории Непосч (стр. 145) относит, например, случаи эклампсии у грудных детей, сосавших грудь сильно возбужденной кормилицы; сюда же принадлежит эклампсия у детей, поевших трудноваримой для них пищи; в одном из моих случаев судороги у больного ребенка были вызваны, например, несколькими ложками шей, у другого—чайной ложкой водки. Случаи, приведенные у Непосч'а, доказывают, что те же причины могут вызвать судороги и у детей 2—3 и даже 6 лет.

Для правильной оценки подобных случаев важно констатировать грубую погрешность диеты или запор в последние дни перед наступлением судорог; нередко им предшествует рвота и лихорадочное состояние; если запор сменяется поносом (наступающим, так сказать, самопроизвольно или после слабительных), то последний характеризуется обыкновенно очень вонючими испражнениями.

По отношению к детям первых месяцев жизни следует еще упомянуть, что причиной судорог у них может быть *затрудненное мочеиспускание* вследствие сильной степени фимоза или мочевого песка; в последнем случае ребенок всякий раз сильно кричит перед мочеиспусканием и успокаивается после опорожнения пузыря.

Наконец, безлихорадочная эклампсия у грудных детей может быть результатом пассивной гиперемии мозга, например, при коклюше или отеке, и анемии его при детской холере.

О лихорадочных судорогах было говорено выше.

Судороги, характеризующие эклампсию и появляющиеся приступами короткой продолжительности, но с потерей сознания, не имеют никакого сходства с теми почти непрерывными непреизвольными движениями, которые являются при полном сознании и характеризуют пляску св. Витта (*chorea*). *Chorea* встречается в разных формах, каковы, например, симптоматическая, наследственная, истерическая, но о них мы скажем несколько слов ниже, здесь же будем иметь в виду только идиопатическую хорею, известную также под именем детской, или Sydenham'ской,

хореи. При этой последней нет настоящих судорог, а есть только расстройство координации движений, выражающееся тем, что мышцы не вполне подчиняются воле: к произвольным движениям пришиваются сокращения мышц, свойственные хорее и характеризующиеся тем, 1) что они прекращаются во время сна, и 2) что усиливаются при психическом возбуждении больного и при желании его произвести волевое движение. Раз начавшись, хорея продолжается обыкновенно несколько недель или месяцев (в среднем—месяца три). В самых легких случаях вся болезнь выражается только как бы беспокойством мышц: больной не может долго оставаться в спокойном положении—то у него кисти рук согнутся и опять вытянутся, то плечо поднимется, то гримаска на лице появится и т. п. Особенно легко заметна ненормальность движений, если заставить больного произвести какое-нибудь движение, например вытянуть руку, застегнуть пуговицу и т. п. В случаях средней силы беспокойство мышц проявляется постоянно и тоже усиливается при произвольных движениях. Во многих случаях наименее подчиняются воле веки и язык, что выражается тем, что больной не может долго держать высунутым язык или крепко сжать веки. Этим можно пользоваться для суждения о том, идет ли болезнь к улучшению или нет; мы заставляем больного высунуть язык и держать его наружи, пока мы досчитаем до десяти; в тяжелых случаях язык прячется в рот уже через 2—3 секунды, а при улучшении болезни—через 5—8—10 секунд. То же относится и к векам: держать веки крепко сжатыми больной может только 1—3 секунды, а при улучшении дольше. В тяжелых случаях непроизвольные движения до такой степени мешают всяким произвольным, что является полное расстройство координации, так что больной не может, например, поднести ложку ко рту, не в состоянии перекреститься и т. п. и должен лежать в постели с мягкими стенками, так как иначе под влиянием непрерывного движения, совершаемого и туловищем и конечностями, он, наверное, упал бы на пол.

В самых тяжелых случаях хорея продолжается и ночью и совершенно лишает больного сна, вследствие чего больной до такой степени ослабевает, что положение становится опасным; при наступлении летального исхода, кроме упадка сил, наблюдается иногда лихорадочное состояние и бред, и дело заканчивается полной комой. По счастью, подобные случаи принадлежат к большим редкостям.

К числу постоянных симптомов хореи, встречающихся даже и в сравнительно легких случаях, относится, между прочим,

расстройство психической деятельности и изменение характера: большой теряет память (например, гораздо труднее, чем прежде, дается ему заучивание чего-нибудь наизусть), не может хорошо сосредоточивать внимание и за рассеянность нередко подвергается классным наказаниям, он делается раздражителен, плаксив; напротив того, чувствительность остается нормальной, только при давлении на остистые отростки некоторых грудных позвонков замечается иногда гиперестезия. Точно так же не поражаются при хорее мочевой пузырь и rectum, но нельзя сказать того же про сердце. Под именем *хореи сердца* описываются различные неправильности сердечной деятельности, появляющиеся во время хореи и исчезающие в периоде выздоровления сюда относятся неправильности пульса без всяких субъективных жалоб или тахикардия, выражающаяся иногда резким учащением пульса после каких-нибудь легких движений; так, например, нескольких шагов по комнате достаточно, чтобы поднять пульс с 90 до 120—130. В других случаях замечаются неорганические, легкие, дующего характера систолические шумы при верхушке; от органических шумов, довольно нередких при хорее, эти динамические шумы (малокровные или в зависимости от неправильной иннервации сосочковых мышц сердца) отличаются своей изменчивостью (один день—сильнее, другой—слабее) и еще тем, что по излечении хореи они исчезают.

Хорея начинается или сразу довольно сильно, или расстройство координации является сначала в слабой степени и преимущественно на одной стороне и потом постепенно усиливается в течение 2—4 недель, остается на достигнутом maximum'e 1—2 месяца и затем постепенно ослабевает, кончаясь выздоровлением в среднем через 3 месяца.

Больной, перенесший хореею, надолго остается расположенным снова заболеть этой болезнью, которая может повторяться ежегодно в течение двух, трех и больше лет подряд.

Идиопатическая хорея весьма редко встречается у крепких и на вид здоровых детей под влиянием каких-либо случайных причин, например испуга; обыкновенно же она развивается на почве анемии и наследственной нервозности или же под влиянием ревматизма; в последнем случае вовсе не необходимо, чтобы был эндокардит; к хорее может вести как острый сочленовный, так и мышечный ревматизм, например torticollis. Ревматическая хорея отличается от всякой другой только тем, что ей предшествуют или следуют за ней ревматические боли. Гораздо реже, чем после ревматизма, развивается хорея после других инфек-

ционных болезней, из которых на первом месте надо поставить скарлатину.

Что касается до отношения хорей к порокам сердца, то хотя последние встречаются при хорее довольно часто, но все-таки следует иметь в виду, что не всякий шум в области сердца доказывает существование порока клапанов и что так называемые динамические сердечные шумы встречаются при хорее, может быть, еще чаще, чем органические.

Диагностика идиопатической хорей не трудна: своеобразные подергивания и произвольные движения, характеризующие ее, настолько типичны, что стоит хоть раз видеть их, чтобы всегда узнать.

От *симптоматической хорей* как симптома хронического страдания мозга, хорей Sydenham'a отличается тем, что первая принадлежит к числу хронических и неизлечимых болезней и сопровождается еще и другими мозговыми симптомами, каковы в одних случаях упорная головная боль, параличи (особенно глазных мышц) и ослабление умственных способностей, в других—спастическая моно- или геми-, или диплегия и отсталость развития парализованных конечностей. Симптоматическая хорей всего чаще встречается при церебральных параличах врожденного происхождения, а потому явления хорей (*chorea postparalytica*) датируется обыкновенно с первых месяцев жизни.

Наследственная или Huntington'овская хорей характеризуется тем, что она передается по наследству, но начинается не в детском возрасте, а только после 30—40 лет и тянется годами, пока не кончится смертью.

Что касается *истерической хорей*, то она бывает двух родов: в одних случаях является обыкновенная хорей у истеричной, а в других—дело идет о своеобразном проявлении истерии. Первые случаи отличаются от обыкновенной хорей тем, что больная, кроме хорей, представляет те или другие симптомы истерии (гемианестезия, странность характера и пр.), а настоящая *chorea hysterica* характеризуется ритмичностью движений, повторяющихся все в одном и том же виде.

Под именем *chorea electrica* описываются две совсем разные болезни: *chor. electr. Dubini* и *chor. electr. Bergegon'a*. Первая встречается, кажется, только, в Италии; она характеризуется ритмическими подергиваниями мышц конечностей и лица, тянется неопределенно долгое время, ведет к параличам и кончается смертью в состоянии комы. Напротив того, болезнь Bergegon'a отличается доброкачественным течением и обыкновенно кон-

чается выздоровлением, хотя иногда затягивается года на два и даже больше; она характеризуется появлением через разные, более или менее короткие, промежутки времени очень быстрых подергиваний всегда одних и тех же мышц; всего чаще встречаются подергивания головой (назад, вперед или вбок) и верхних конечностей. Если подергивание появляется в области п. *facialis*, то получается картина обыкновенного *tic convulsif*; разница состоит, главным образом, в неизлечимости последнего. Как на особенность болезни *Bergegon'a*, отличающую ее от похожих болезней, французские авторы указывают на блистательное действие рвотных доз *tartari emetici*; после назначения двух приемов через день по 0,05 *tart. emet.* подергивания будто бы немедленно исчезают. Так как *chorea electrica* едва ли не без исключения встречается у субъектов истеричных, то очень возможно, что такое сильное средство влияет путем самовнушения; значение этого лекарства во всяком случае преувеличено, и ставить диагностику на основании результатов лечения рвотным камнем нельзя; в случае *Cadet de Gassicourt*, например, это средство оказалось бесполезным, а излечение наступило после фарадизации.

Некоторое сходство с хореей, и именно с начальным ее периодом, могут иметь местные клонические судороги, например *мигательный спазм* и подергивания мышц лица (непроизвольные гримасы) или других мышц, в особенности шеи, вследствие чего ребенок делает своеобразные движения головой, выступающие тем яснее, чем больше занято внимание (например во время писания, решения арифметических задач и т. п.). Если подобные местные спазмы мышц служат выражением начала хорей, то в скором времени, примерно недели через две, расстройство координации должно появиться и в других областях тела и преимущественно в руках; если же местный спазм является в виде самостоятельного страдания, то он остается стационарным в течение многих недель и даже месяцев.

К той же категории местных клонических судорог относится и так называемый *spasmus nutans*, состоящий в том, что ребенок постоянно делает кивательные движения головой (сгибает и разгибает голову) или всем туловищем. Болезнь эта тянется обыкновенно несколько недель, нередко комбинируясь с косоглазием или дрожанием глазных яблок (*nystagmus*) и потом проходит, если только не зависит от центрального страдания. По наблюдениям *Henoch'a*, *spasmus nutans* нередко быстро исчезает вслед за выходом нового зуба. Сюда же относится и постоянное непроизвольное движение пальцев—страдание, известное под именем

атетоза (athetosis). Эти движения обыкновенно не прекращаются и во время сна. Страдание это отличается чрезвычайно хроническим, многолетним течением; оно комбинируется обыкновенно или с парезами, или с какими-либо другими симптомами, указывающими на центральную причину атетоза, локализирующуюся, вероятно, в мозговой коре.

Тетания (tetania). Главным симптомом типических случаев тетании является симметрическое сведение кистей и пальцев рук, иногда и ступней, при вполне сохраненном сознании и без всяких других симптомов, которые указывали бы на какие-либо грубые материальные изменения в центральной нервной системе.

Болезнь эта характеризуется своеобразной формой сведенных членов: кисть сгибается в запястном сочленении, большой палец пригибается к ладони, а остальные 4 пальца, остающиеся вытянутыми в межфаланговых сочленениях, сгибаются в пястно-фаланговых, причем мизинец и указательный палец приближаются друг к другу и своими концами помещаются под безымянным и средним пальцами, так что вся кисть принимает форму, очень напоминающую кисть акушера в момент введения ее in vaginam (Trousseau). Пальцы ног тоже сгибаются лишь в пястнофаланговых сочленениях или остаются вытянутыми и растопыренными, а стопа принимает положение, как при *pes equinus*.

Примерно в половине случаев поражаются только руки, а ноги остаются свободными; сравнительно редко спазм распространяется на предплечье (сгибание рук в локтевых сочленениях) и на другие вышележащие мышцы (приведение плеч); у детей грудных сведение распространяется иногда на затылок, спину, мышцы живота и *rector. maj.*

Насильственное выпрямление сведенных пальцев причиняет ребенку боль и непременно вызывает с его стороны плач. Сведение, раз появившись, продолжается довольно продолжительное время, от нескольких часов до нескольких дней, не прекращаясь даже и во время сна. Сознание при тетании не нарушается; чувствительность кожи остается нормальной.

Сведение редко кончается сразу, обыкновенно же оно принимает перемежающееся течение, т. е. сведение то исчезает, то является снова, и такие перемены могут происходить по несколько раз в день, причем обыкновенно периоды сведений в общем занимают гораздо больше времени, чем антракты.

Кроме характерных сведений, при тетании почти постоянно встречаются еще три симптома, специально свойственные этой

болезни; это *симптом Trousseau*—появление сведения пальцев и кисти вследствие сдавления плечевой артерии или плечевого сплетения, если сдавление это (перетяжка плеча жгутом) производится во время антракта; *симптом Chvostek'a*, или *лицевой феномен*—подергивание угла рта и других лицевых мышц при легком поколачивании молоточком по лицевому нерву (точас впереди уха). Явление это основано на том, что при тетании замечается вообще резко увеличенная возбудимость мышц как к механическому, так и к электрическому (постоянным током) раздражениям; последнее составляет *симптом Erb'a*. Этими тремя симптомами можно пользоваться для определения *латентной формы тетании*, когда у больного нет никаких сведений, например во время антрактов между приступами.

Из осложнений тетании самую главную роль играет *ларингоспазм*, встречающийся при ней до такой степени часто, что он считается некоторыми за проявление самой тетании; действительно, не особенно редко удается констатировать у детей, страдающих спазмом голосовой щели, но совершенно свободных от сведения пальцев, или лицевой феномен, или симптомы Trousseau и Erb'a, или даже все три эти симптома; но так как это бывает не всегда, то нельзя считать за латентную тетанию все случаи ларингоспазма.

Что касается до течения тетании, то в общем можно сказать, что вся болезнь тянется приблизительно от нескольких дней до 6 недель и кончается обыкновенно выздоровлением, но при наличии ларингоспазма легко может наступить и летальный исход.

В этиологии тетании главную роль играют два условия: 1) возраст от 6 месяцев до 3 лет и 2) рахитизм, который при тетании встречается почти обязательно, почему некоторые авторы считают тетанию за одно из проявлений рахитизма. Из числа случайных или производящих причин на первом месте надо поставить подострые и хронические катарры кишок и различные лихорадочные болезни, особенно дыхательных органов.

На основании сказанного диагностика типических случаев тетании нетрудна, так как симметрическое сведение кистей и пальцев при вполне сохраненном сознании и периодическом течении не встречается ни при какой другой болезни. Если врач застаёт больного в периоде антракта и на основании рассказов подозревает тетанию, то он может удостовериться в диагностике при помощи феноменов Trousseau и Chvostek'a; таким же способом он может открыть латентную тетанию у детей, страдающих, повидимому, только ларингоспазмом.

В тех редких случаях, когда спазм захватывает целиком все конечности и мышцы туловища, болезнь легко принять за *тетанус*. Резкое отличие состоит в том, что при последнем поражаются прежде всего и сильнее всего жеватели (тризм), потом мышцы затылка и спины (*opisthotonus*), тогда как кисти рук и пальцы или совсем не поражаются, или очень слабо, тогда как при тетании как раз наоборот—руки сводятся прежде всего, а жеватели остаются обыкновенно нетронутыми даже и в тех редких и тяжелых формах тетании, когда спазм распространяется на мышцы затылка и туловища. Далее, при *тетанусе* резко усилена рефлекторная возбудимость, но не бывает ни симптома *Trousseau*, ни *Chvostek*'а, ни *Erb*'а. Наконец, следует обратить внимание и на этиологию случая: рана—для *тетануса*; рахитизм, ларингоспазм, возраст, лихорадочная болезнь или расстройство пищеварения—для тетании.

СВЕДЕНИЕ ШЕЙНЫХ МЫШЦ

Неподвижность шеи вследствие сведения шейных мышц встречается у детей нередко. Если сведены заднешейные мышцы, то голова оттягивается назад (сведение затылка), и шея на задней своей поверхности образует вогнутость; если же сведены те или другие мышцы одной стороны, то голова склоняется к плечу соответственной стороны (кривошея—*torticollis*). При легких степенях сведения затылка голова не закидывается назад, а остается вытянутой и не может быть пассивно согнута, а всякая попытка к этому оказывается крайне болезненной, так что даже при спячке, зависящей от менингита, когда уколы кожи не вызывают уже реакции, дети при сведенном затылке отвечают на пассивное сгибание головы или стоном, или искажением черт лица. Узнать сведение затылка, хотя бы и в легкой степени, не трудно даже и у самых маленьких детей; для этого стоит только попытаться согнуть голову ребенка, находящегося в лежачем положении на спине. Если сведения затылка нет, то голова легко пригибается к груди; в противном же случае вместе с головой, которая остается вытянутой, подымается все туловище.

Острые формы сведения затылка всего чаще встречаются при различных формах *менингита* и, в особенности, при эпидемическом цереброспинальном воспалении мозговых оболочек, для диагностики которого сведение затылка является чрезвычайно важным симптомом, так как развивается очень рано, вместе с дру-

тими признаками раздражения первого периода менингита. Так что если приходится иметь дело с больным, который только день или два назад заболел жаром и головной болью и который жалуется на сильную боль в спине, усиливающуюся при каждом движении и особенно при сгибании спины (переход из лежачего в сидячее положение) и если у него есть сведение затылка, то можно диагностировать цереброспинальный менингит, хотя бы сознание было совсем еще в порядке и не было бы ни запора, ни замедленного пульса.

При туберкулезном менингите или при простой острой головной водянке сведение затылка встречается нередко, но только никогда с первых дней болезни, а много позднее, именно в периоде потемнения сознания и спячки. В анамнезе тогда можно констатировать, что дней за 10 до появления сведения затылка и сонливости у ребенка была упорная (большей частью многодневная) рвота и запор при ничтожном лихорадочном состоянии и при замедленном пульсе.

Если сведение затылка появляется у больного после нескольких дней сильного жара, то на основании этого симптома отнюдь еще нельзя ставить диагностики менингита даже и в том случае, если больной находится в сонливом, полубессознательном состоянии и в бреде и у него ясно выражена общая гиперестезия кожи, так как точно такая же картина может встретиться в тяжелых случаях *тифа и рекуррента*. Высокие температуры (40° и больше), свойственные тяжелым случаям этих болезней, значительно способствуют выяснению дела. Что у больного не цереброспинальный менингит, видно из того, что сведение затылка появилось слишком поздно (примерно на второй неделе); против туберкулезного менингита говорят слишком высокие температуры и, может быть, отсутствие начальной рвоты (которая при тифах встречается нечасто да притом никогда не бывает упорной). Понятно, что если врач может убедиться в существовании у больного свежей опухоли селезенки и тифозной розеоле, то диагностика тифа ему будет легка. Очень редко случается, чтобы сведение затылка присоединилось к тифу с первых дней болезни; в таком случае диагностика в течение нескольких дней остается сомнительной. Мне случилось наблюдать только один такой случай у мальчика 6 лет вследствие осложнения тифа острым ревматизмом шейных мышц (мальчик и прежде не раз страдал сведением шейных мышц). Цереброспинальный менингит в этом случае мог быть исключен ввиду отсутствия боли в спине, гиперестезии кожи и начальной рвоты.

Если неподвижность головы вследствие сведения шейных мышц является в *хроническом виде*, то почти наверное она зависит от *спондилита* в шейной части позвоночника; голова в таких случаях назад не закидывается, а остается вытянутой (см. главу о поттовой болезни).

Острые формы боковых искривлений шеи (*torticollis*) всего чаще встречаются при *ревматизме m. sterno-cleido-mastoidei* или *m. cucullaris* или *m. splenii*. При сведении *m. sterno-cleido-mastoidei* голова склоняется на сторону большого мускула, тогда как лицо обращается в другую сторону и подбородок несколько приподнимается. При одностороннем сокращении *m. cucullaris* голова тоже склоняется на большую сторону и несколько назад, но вместе с тем поднимается и соответственное плечо; при поражении *m. splenii* подбородок не поднимается кверху и лицо не поворачивается к здоровой стороне, а голова просто склоняется к плечу больной стороны. Диагностика облегчается еще и тем, что пораженные мышцы прощупываются более плотными, напряженными. Ставить диагностику ревматизма шейных мышц можно только в том случае, если отсутствие болезненности в позвонках исключает *synovitis vertebralis* и если нет никаких признаков воспаления шейных желез, подкожной клетчатки или заднеглоточного нарыва, при котором часто бывает неправильное положение головы. В действительности *torticollis rheumatica* встречается, может быть, вовсе не так часто, как вообще думают, так как большинство относящихся сюда случаев при ближайшем исследовании позвоночника оказывается не чем иным, как синовитом (*spondylarthritis cervicalis Volkmann'a*) боковых сочленений позвоночника. Эти синовиты могут иметь ревматическое или травматическое происхождение или они развиваются после инфекционных болезней, в особенности после скарлатины. Сходство с ревматическим *torticollis* особенно бросается в глаза в силу того, что положение головы совершенно соответствует одностороннему сведению *m. sterno-cleido-mastoidei*: голова склоняется на здоровую сторону, а лицо поворачивается к большой стороне, и подбородок несколько приподнимается. Диагностика легко выясняется тем, что сведенный мускул не болезнен, а давление вызывает живую боль, если производится с одной стороны остистых отростков. Иногда кривошея появляется в виде типически возвращающихся приступов и быстро уступает хинину, т. е. должна быть рассматриваема, как *febr. intermittens larvata*.

Хронические случаи боковых искривлений шеи могут иметь *врожденное происхождение* (вследствие надрыва *m. sterno-cleido-*

mastoidei во время родов), и тогда половина головы, соответствующая сведенному мускулу, представляет заметную степень атрофии или отсталости в развитии.

СЕМИОТИКА ПАРАЛИЧЕЙ

Под именем паралича понимается неспособность к произвольному движению, зависящая или от нарушения проводимости волевых импульсов по нервным элементам (невропатический паралич), или от утраты мышечной сократительности вследствие заболевания самой мышцы (миопатический паралич). Следовательно, нельзя ставить диагностику паралича только на том основании, что ребенок держит неподвижно ту или другую конечность, но надо доказать сначала, что неподвижность эта зависит от расстройства иннервации нервно-мышечного аппарата, а не обусловливается, например, болью при воспалении сочленения или страданием костей и пр.

В детском возрасте, как и у взрослых, параличи отличаются различным характером, в зависимости от того, какие части нервной системы поражены; если паралич зависит от страдания моторных частей мозговой коры или пирамидных путей головного и спинного мозга, то он характеризуется особенностями так называемого центрального паралича; если же поражение занимает передние столбы серого вещества спинного мозга (ядерные параличи в тесном смысле слова), то он отличается признаками периферического паралича.

Главные отличия центрального паралича от периферического состоят в следующем: 1) *распространение паралича*—диффузный паралич, в особенности паралич одной половины тела, говорит в пользу центрального его происхождения, тогда как паралич отдельных мышц или мышечных групп, словом, ограниченность паралича, указывает на его периферическую натуру.

2) *Отношение парализованных мышц к электрическому току*. При центральных параличах реакция нервов и мышц на электрическое раздражение как постоянным, так и прерывистым током, не представляет резких изменений, по крайней мере в случаях не очень застарелых (например 2—3 месяца); позднее же электровозбудимость изменяется только количественно, а не качественно, т. е. она просто понижается. Напротив того, при ядерных и чисто периферических параличах фарадическая возбудимость как в нервах, так и в мышцах начинает быстро падать уже через несколько дней после развития паралича. По отношению к гальваническому току нервная возбудимость тоже падает, а при

прямом раздражении мышц оказывается не только количественное ослабление, но и качественное ее изменение, выражающееся извращением физиологического закона сокращения мышц при замыкании и отмыкании тока. В нормальном состоянии мышца реагирует на слабый ток моментальным подергиванием в момент замыкания катодом ($KЗС$); если ток постепенно усиливать, то такие же моментальные сокращения начинают появляться также при замыкании и отмыкании анодом, а при замыкании катодом делаются сильнее ($KЗС > АЗС$ и $АОС$); если ток еще усилить, то сокращение появляется и при отмыкании катодом. Значит, в нормальном состоянии замыкание катодом раздражает мышцу сильнее, чем отмыкание катодом, но в патологических случаях, о которых идет речь, получается извращение этого закона, известное под именем *реакции перерождения*. Эта реакция характеризуется тем, что первое сокращение мышц при постепенном усилении самого слабого тока наступает при замыкании анодом, потом, при более сильном токе, при замыкании катодом ($АЗС > KЗС$). Кроме того, и самое сокращение мышц изменяется: оно из моментального превращается в вялое, продолжительное. Но времени появления реакции перерождения фарадическая возбудимость в нервах и мышцах обыкновенно уже совсем исчезает. Хотя реакция перерождения всегда указывает на периферическое (или ядерное) происхождение паралича, но для последнего она все-таки не обязательна, а потому отсутствие ее не позволяет сделать обратного заключения.

3) *Состояние мышц*. Мышечный тонус при параличе может представляться усиленным или ослабленным; в первом случае парализованные мышцы, видимо, напряжены и наощупь плотны, во втором—они расслаблены и дряблы. Усиление мышечного тонуса встречается при центральных параличах, а расслабление мышц—при периферических и ядерных. *Атрофия* парализованных мышц наступает очень скоро при периферических параличах и очень медленно при центральных.

4) *Сухожильные рефлексы* при полном параличе сохраняются только в случае их центрального происхождения. Так как сухожильные рефлексы повышаются при всяком усилении мышечного тонуса, то все спастические параличи бывают тоже центрального происхождения, тогда как периферический (или ядерный) паралич, характеризующийся расслаблением мышц, т. е. понижением их тонуса, сопровождается значительным ослаблением или полным уничтожением сухожильных рефлексов. Сохранение *кожных рефлексов* более свойственно тоже центральному параличу.

Я не могу, конечно, входить в обсуждение диагностики всевозможных параличей, так как для этого пришлось бы зайти слишком далеко в область невропатологии, я предпочитаю лучше сослаться в этом отношении на руководства по нервным болезням и ограничусь только кратким изложением дифференциальной диагностики параличей, свойственных по преимуществу детскому возрасту.

ПАРАЛИЧИ С РАССЛАБЛЕНИЕМ МЫШЦ

Детский паралич, или множественное *воспаление передних рогов серого вещества спинного мозга, poliomyelitis anterior acutissima, s. paralysis spinalis infantum, s. paralysis essentialis*. Этот своеобразный паралич, зависящий от чрезвычайно острого воспаления передних серых столбов спинного мозга, называется «детским» параличом потому, что он встречается почти исключительно только у маленьких детей, преимущественно на 1-м и 2-м году жизни, несколько реже в возрасте 3 и 4 лет, гораздо реже у детей после 6 лет и только в виде крайне редкого исключения—у субъектов взрослых. Обстоятельство это имеет, конечно, и диагностическое значение.

Этиология страдания темна; в большинстве случаев не удается открыть никакой причины (инфекция?); в других случаях спинальный паралич развивается после простуды или после острых лихорадочных болезней.

Спинальный детский паралич характеризуется следующими особенностями: 1) Он *развивается внезапно* или среди полного здоровья (например таким образом, что ребенок лег спать здоровым, а проснулся с параличом одной или нескольких конечностей) или после 3—5 дневного продромального периода, во время которого больной находился в умеренном лихорадочном состоянии (38—39°); не особенно редко начало болезни обозначается рвотой и повторными или однократными приступами эклампсии. Когда через несколько дней лихорадочное состояние прекращается, то паралич оказывается уже развитым во всей своей силе.

2) В начале своего появления паралич бывает обыкновенно распространенный, поражает, например, все четыре конечности или даже мышцы туловища (*kyphosis, scoliosis*), но в течение следующих недель и даже дней многие из парализованных мышц возвращаются к норме, и, в конце концов, паралич может ограничиться одной конечностью, да и то не всей, а лишь некоторыми мышцами, и в таком виде он остается на долгое время или навсегда.

Самый долгий срок, в течение которого еще можно надеяться на устранение паралича, считается приблизительно в 9 месяцев; что не прошло к этому сроку, то уже не пройдет.

3) При детском параличе никогда не страдают ни чувствительность кожи, ни сфинктеры пузыря и прямой кишки. Если в области паралича наблюдаются какие либо расстройства в сфере чувствительности, будут ли это боли, или анестезии, или гиперестезии, то наверное можно сказать, что это poliomyelitis anterior; что касается до расстройства мочеотделения, то если иногда оно и встречается, то только в первые дни заболевания и ненадолго.

4) Парализованные мышцы всегда оказываются в расслабленном состоянии, а оттого и сухожильные рефлексы или совсем уничтожены, или значительно понижены (сохранены в непарализованных мышцах).

В дальнейшем течении появляются еще три важных признака: 5) атрофия мышц, заметная уже недели через две от начала паралича; 6) быстрое падение фарадвозбудимости в нервах и мышцах парализованной конечности и появление реакции перерождения. (Понижение электровозбудимости можно констатировать уже через несколько дней, а недели через 2 появляется и реакция перерождения в наиболее пострадавших мышцах.) Если со временем электровозбудимость как в нервах, так и в мышцах совсем исчезает и не появляется даже по прошествии 8—10 месяцев, то это весьма дурной признак, указывающий на неизлечимость паралича; 7) трофические расстройства, выражающиеся значительным похуданием конечности, рядом с понижением температуры кожи и отсталостью в росте ее сравнительно со здоровой стороной. Напротив того, пролежней никогда не бывает.

Так как паралич локализуется не во всех мышцах конечности, а только в некоторых, то со временем развиваются обыкновенно контрактуры от сокращения уцелевших антагонистов. На ноге стойкий паралич всего чаще остается в m. peroneus longus, в руке—m. deltoideus.

При poliomyelitis anterior всего чаще стойкий паралич поражает одну конечность ($\frac{2}{3}$ всех случаев) и именно ногу (monoplegia); реже парализуются обе ноги (paraplegia), еще реже обе руки (paraplegia cervicalis) или рука одной стороны и нога другой (paraplegia cruciata).

На основании приведенных признаков диагностика спинального паралича нетрудна.

В свежих случаях наибольшее сходство со спинальным параличом представляет односторонний церебральный детский пара-

лич, описанный Strümpel'ем под именем *polioencephalitis acuta* анатомическая сущность которого состоит, по его мнению, в остром воспалении с последовательным склерозом и атрофией серого вещества коры полушарий, но в действительности воспаление не ограничивается лишь одним серым веществом, как при *poliomyelitis*, а захватывает обыкновенно и белое вещество.

Сходство свежих случаев церебрального и спинального параличей состоит в следующем: 1) как тот, так и другой встречается, главным образом, у детей первых трех лет жизни, причем причина болезни остается обыкновенно неизвестной. (Мнение Strümpel'я, что в обоих случаях дело идет, вероятно, о влиянии какой-нибудь инфекции, которая в одних случаях локализуется в сером веществе спинного мозга, в других—головного, нашло себе подтверждение в наблюдении Моеbius'a: в одной семье сразу заболели двое детей параличом; у одного из них оказался *poliomyelitis anterior*, а у другого—*polioencephalitis*. (Медицинское обозрение, т. XXVI, стр. 891.) 2) Паралич развивается быстро после несколькихдневного лихорадочного периода, начинающегося рвотой и судорогами (последние два симптома могут отсутствовать не только при спинальном, но даже и при церебральном параличе). 3) В обоих случаях паралич может локализоваться в одной какой-либо конечности или только в некоторых мышцах ее. 4) Чувствительность кожи, равно как мочевого пузыря и гестивш, остаются нетронутыми.

Тем не менее дифференциальная диагностика в большинстве случаев нетрудна; она основывается на следующих данных: 1) церебральный паралич всегда бывает односторонним и в случае поражения двух конечностей является в форме гемиплегии; это самая частая форма. Если парализуется одна конечность, то гораздо чаще рука, чем нога, тогда как при спинальном параличе всего чаще парализуется или одна нога, или обе ноги, но очень редко одна рука. 2) Иногда парализуется *n. facialis* или глазные мышцы (косоглазие). 3) Атрофия мышц и отсталость в развитии парализованной конечности развиваются гораздо медленнее и не достигают такой степени, как при спинальном параличе. Заметное похолодание конечности и синеватая окраска покровов свойственны только спинальному параличу. Особенно важно для дифференциальной диагностики, что 4) при церебральном параличе *никогда* не появляется в парализованных мышцах *реакции перерождения*; напротив того, не только *гальваническая*, но и *фарадическая* нервная и мышечная *возбудимость* вполне *сохраняются* в течение долгого времени, тогда как при спинальном и та, и дру-

гая быстро падают; 5) что парализованные мышцы *не расслаблены*, а заметно *напряжены* (по этой причине церебральные параличи носят название «спастической гемиплегии»), а потому и *сухожильные рефлексы* значительно усилены, и 6) что нередко замечаются у большого *моторные явления раздражения* то в виде обыкновенной или корковой эпилепсии (односторонние судороги на стороне паралича, без потери сознания), то в форме атетоза или хорей. Иногда страдает способность речи. Что касается умственной деятельности, то она не представляет постоянных изменений: в одних случаях церебрального паралича интеллект остается нормальным, в других—более или менее сильно страдает. Если больной, имеющий спастическую гемиплегию, начинает страдать припадками эпилепсии (они появляются не одновременно с гемиплегией, а спустя неопределенное время, продолжительность которого колеблется от нескольких недель до многих месяцев), то можно с уверенностью предполагать, что психика такого больного не останется нормальной.

Помимо полиоэнцефалита, к быстрому развитию гемиплегии могут вести также кровоизлияния в мозг или эмболия мозговых сосудов. Как у взрослых, так и у детей гемиплегии подобного происхождения характеризуются внезапным появлением, без продромальной лихорадки, но при наличности известных этиологических моментов. Так, для эмболии может иметь значение порок сердечных клапанов, а для кровоизлияния—сильные пароксизмы кашля, например при коклюше, временная кровоточивость, как, например, при верлгофовой болезни, расстройство дыхания и кровообращения вследствие судорог; во всех этих случаях картина болезни будет та же, что и при poliоencephalitis.

В запущенных случаях, т. е. в периоде развития атрофии парализованных мышц, за poliomyelitis легко может быть принято: а) множественное воспаление нервов; б) острый миелит; в) прогрессирующая мышечная атрофия; г) хроническое воспаление оболочек спинного мозга и д) слабость ног у рахитиков. Симптомы отдельных случаев полиневрита или множественного воспаления периферических нервов отличаются большим разнообразием, что зависит от того, поражаются ли преимущественно двигательные волокна или чувствующие, или и те, и другие одинаково. Большую роль играют при этом и этиологические моменты, от которых зависит, между прочим, и локализация процесса; так, например, при свинцовых невритах поражаются почти исключительно только двигательные волокна, идущие к разгибателям пред-

плеча и кисти; при алкогольных невритах страдают, главным образом, нижние конечности, причем на первый план выступают сильные боли; при невритах дифтерийных прежде всего поражается мягкое небо и т. д. Одним словом, разнообразие очень большое, и далеко не все формы невритов дают повод к смешению их с полиомиэлитом. Наибольшее сходство с последним представляет случай множественного неврита, появляющегося у здоровых людей без всякой видимой причины или после явной простуды, словом, в виде самостоятельной, первичной, по всей вероятности, инфекционной болезни; иногда такая же форма полиневрита развивается в виде последовательной болезни вслед за каким-нибудь определенным инфекционным процессом (тиф, оспа и др.).

Первичное множественное воспаление нервов (*neuritis multiplex*) в детском возрасте встречается, вероятно, значительно чаще, чем можно бы думать, судя по скудным литературным данным. Сходство его с полиомиэлитом состоит, главным образом, в том, что паралич в обоих случаях имеет свойства периферического, т. е. электровозбудимость к обоим родам токов в пораженных нервах и мышцах быстро падает и потом совсем пропадает, или является реакция перерождения; парализованные мышцы расслаблены и в скором времени подвергаются атрофии; сухожильные и кожные рефлексы понижены или уничтожены, мочевой пузырь и тестисы не поражены. Есть также сходство и со стороны этиологии (простуда, инфекционные болезни).

Как на патогномичный признак множественного неврита, резко отличающий его от полиомиэлита, можно указать на *сильную боль*, появляющуюся в пораженных членах уже с самого начала болезни, и на болезненную чувствительность к давлению нервных стволов и мышц в области паралича; эта последняя остается в нервах надолго и в периоде атрофии.

Дальнейшие отличия состоят в следующем: множественный неврит бывает обыкновенно двусторонним и *симметричным*, параличи бывают сильнее выражены на *периферии конечностей*, причем на ногах чаще всего поражается п. *peroneus min.* (тыльная флексия стопы невозможна), на руках — разгибатели кисти. Вообще говоря, нижние конечности поражаются сильнее верхних; рядом с параличами наблюдается обыкновенно большая или меньшая степень *атаксии*, т. е. расстройство координации движений. В некоторых случаях этот симптом выступает на первый план, представляя картину острой атаксии, о которой скажем позднее. Неврит начинается с лихорадочного состояния, которое дости-

гает более высоких градусов и держится гораздо дольше, чем при полиомиелите (при последнем 5—6 дней, а там—нередко до нескольких недель); множественный неврит не оказывает предпочтения детям первых лет жизни; *чувствительность кожи* при нем в начале болезни усиливается до степени чрезвычайной гиперестезии, которая уступает место полной или неполной анестезии или различным парестезиям в виде ползания мурашек, онемения пальцев и пр. Параличи при neuritis multiplex развиваются *после боли* и являются не сразу во всей своей силе, а постепенно распространяются на новые группы мышц, начиная с периферии (голеи и предплечья, потом бедро и плечо), тогда как при полиомиелите как раз наоборот: сначала поражается наибольшее число мышц, а позднее район паралича постепенно уменьшается. Параличи при неврите могут окончательно исчезнуть даже и в случаях полной потери электровозбудимости, чего при полиомиелите обыкновенно не бывает. Разница эта объясняется тем, что восстановление воспалительно-перерожденных нервов совершается сравнительно легко, тогда как возрождение клеток серого вещества спинного мозга невозможно.

При неврите вследствие поражения вазомоторов нередко появляется отек кистей или стоп, чего при полиомиелите не бывает, но похолодание и цианоз встречаются в обоих случаях.

б) Паралич с расслаблением мышц развивается иногда очень быстро при *воспалении* всего поперечника *спинного мозга* (myelitis transversa). В мышцах, соответствующих разрушенным клеткам передних рогов, может наступить довольно скоро не только падение электровозбудимости, но и реакция перерождения и уничтожение кожных и сухожильных рефлексов; но этим только и ограничивается сходство, а отличия так резки, что смешение myelitis transversae с poliomyelitis у постели больного невозможно. Поперечный миелит всегда вызывает *паралезию вместе с анестезией*, хотя бы и неполной, по верхней границе которой можно судить о месте поражения спинного мозга; так, например, при разрушении поясничной части анестезия распространяется до верхней границы таза; при поражении нижней грудной части—до пупка или мечевидного отростка; если поражена верхняя грудная часть, то анестезия может доходить до верхних ребер; наконец, при поражении шейной части появляется паралич и анестезия верхних конечностей. Другой характерный признак миелита состоит в *параличе сфинктеров* пузыря и прямой кишки. Если поясничная часть спинного мозга здорова, то, хотя мочевой пузырь и rectum анестезированы и не подчиняются воле,

но полного недержания все-таки не будет, так как сфинктеры действуют еще рефлекторно. Как на особенность параличей, зависящих от *myelitis transv.*, можно указать еще на чрезвычайную склонность к появлению пролежней в парализованных частях, что вовсе не встречается при полиомиелите.

в) Прогрессивная атрофия мышц встречается у детей не особенно редко и притом в различных формах, из коих более известны юношеская атрофия Erb'a, мышечная атрофия типа Landouzy и Déjérine и ложная гипертрофия мышц. Но так как все эти формы развиваются под влиянием одной и той же причины—именно наследственного расположения, и между типическими представителями всех этих групп существуют всевозможные переходные формы, то мы не будем описывать их отдельно, а скажем только, что все они относятся к так называемым миопатическим мышечным атрофиям, тогда как спинальная форма мышечной атрофии, зависящая от хронического дегенеративного процесса в передних столбах серого вещества, а также в передних корешках, нервных стволах и мышцах, и характеризующаяся тем, что атрофия прежде всего поражает ручные кисти и потом постепенно, но прогрессивно, скачками, распространяется на большую часть мышц конечностей и туловища (но не на лицо), что в пораженных мышцах часто являются фибриллярные сокращения (почти вовсе несвойственные миопатическим формам), а иногда и реакция перерождения (никогда при миопатических формах), в детском возрасте едва ли когда встречается; впрочем, существование ее не строго доказано даже и для взрослых (Pot).

При всех формах прогрессивной мышечной атрофии (не исключая и спинальной) паралич наступает после атрофии и развивается крайне медленно; электровозбудимость в парализованных мышцах сохраняется долго, именно до тех пор, пока осталось еще сколько нибудь нормальных волокон; но она по мере развития атрофии постепенно падает. Всех этих признаков вполне достаточно для отличия прогрессивной мышечной атрофии от атрофии мышц вследствие полиомиелита. В большинстве случаев диагностику легко поставить даже и без анамнеза и без исследования электрической возбудимости, а прямо на основании распространения атрофии: при прогрессивной мышечной атрофии процесс распространяется обыкновенно симметрично, часто поражаются мышцы плеча и туловища, чего при полиомиелите обыкновенно не бывает, так как при нем чаще всего парализуются некоторые мышцы одной ноги.

Отдельные формы мышечной атрофии отличаются между собой следующими особенностями: *ложная гипертрофия* мышц характеризуется тем, что вследствие гиперплазии межмышечной соединительной и жировой ткани в некоторых мышцах происходит более или менее заметное увеличение их, несмотря на то, что они находятся в состоянии паралича или значительной слабости и что другие мышцы подвергаются простой атрофии (гипертрофированными всего чаще оказываются икры, ягодицы, четырехглавый мускул, а атрофированными—мышцы туловища, лопаток и плеча). Так как болезнь эта начинается обыкновенно в раннем детстве и прежде всего с ног, то такие дети очень поздно выучиваются ходить и вообще плохо ходят, особенно по лестнице.

Юношеская форма атрофии Erb'a тоже имеет наследственное происхождение и нередко встречается у нескольких детей одной и той же семьи, но в отличие от предыдущей она чаще начинается не с ног, а с плечевого пояса. Преимущественно поражаются *pectoralis, cucullaris, latissim. dorsi, serratus antic. maj., romboidei, longis. dorsi*, между тем как предплечья, *sterno-cleido-mastoideus, deltoid., supra- и infrasr.* обыкновенно не поражаются. От спинальной формы отличается тем, что кисти и предплечья не поражаются, в больных мышцах почти никогда не бывает фибриллярных сокращений; иногда встречается ложная гипертрофия некоторых мышц.

Мышечная атрофия типа Landouzy-Déjérine (typus facio-humero-scapularis) начинается с лица. Вследствие малой подвижности губ больной не может свистеть, сидит с полуоткрытым ртом, губы обыкновенно заметно утолщаются. Полное замыкание век часто совсем невозможно. Постепенно атрофия распространяется книзу, как в юношеской форме. Вследствие западания щек и отвисания нижней губы лицо получает характерное выражение (*face myopatique*), которое позволяет ставить диагностику *par distance*, особенно если существует еще невозможность полного смыкания век.

г) Параличи с атрофией и расслаблением мышц иногда остаются после тяжелых случаев острого воспаления оболочек спинного мозга—*leptomeningitis spinalis acuta*. В таких случаях развитию параличей предшествуют сильные явления раздражения в виде, во-первых, сильных болей в спине, усиливающихся при движении и при давлении на остистые отростки, болей в конечностях (раздражение задних корешков) и общей гиперестезии и, во-вторых,—сведения спинных и затылочных мышц (раздражение передних корешков). Позднее вместе с параличами развиваются и анесте-

зии. Начало болезни обыкновенно бывает острым, с сильным лихорадочным состоянием.

д) Слабость ног у рахитиков выражается в том, что больные начинают стоять и ходить гораздо позже, чем в норме; часто случается, что 2- или 3-летний рахитик еще не может держаться на ножках, даже с поддержкой, тогда как здоровый ребенок свободно стоит уже в 10—11 месяцев. Сходство со спинальным параличом выражается значительным похуданием и дряблостью мышц и полным расслаблением как мышц, так и связок, вследствие чего получается чрезвычайная подвижность бедренных сочленений. За рахитическую слабость говорят следующие данные: 1) явные рахитические изменения в костях; 2) дряблость и похудание мышц нижних конечностей несколько не больше, чем рук; 3) настоящего паралича нет, так как, лежа в постели, больной двигает ногами хорошо, он не может только стоять; 4) сухожильные и кожные рефлексы сохранены; 5) в анамнезе нет указаний на то, что слабость в ногах развилась быстро, после кратковременного лихорадочного состояния.

Поводом к ошибочной диагностике моноплегии вследствие полиомиелита могут служить так называемые ложные параличи, к каковой категории мы относим случаи неподвижности члена не вследствие расстройства иннервации, а просто по причине боли в сочленении или в костях. Так, например, ребенок отказывается поднять руку при синовите плечевого сочленения и т. п. Понятно, что у ребенка более взрослого ошибочной оценки подобного случая произойти не может, так как он сам укажет на боль как на причину неподвижности, но у грудного, например, это возможно, если врач поверит матери на слово, что у ребенка сразу отнялась ручка. Избегнуть столь грубой ошибки, конечно, легко даже и в том случае, если нет заметной опухоли сочленения, так как всегда есть сильная боль при пассивных движениях.

Как на причину ложного паралича, специально свойственного детям первых недель или месяцев жизни, надо указать на *эпифизарный сифилис* наследственного происхождения (болезнь Parrot).

В основе этого процесса, как показал проф. Минх (Московская медицинская газета, 1878), лежит *periarteriitis syphilitica* костных сосудов, вследствие чего развивается некроз эндохондральной кости, который в свою очередь вызывает реакцию со стороны хряща, выражающуюся развитием грануляционной ткани сначала в каналах подготавливающего пояса, а потом совсем отделяющую хрящ от диафиза; кроме того, является реакция

и со стороны надкостницы в виде хронического воспаления этой последней. Страдают, следовательно, не эпифизы только, а вся кость целиком.

При жизни процесс этот выражается болезненной припухлостью концов пораженных костей и иногда крепитацией в месте отделенного эпифиза. Всего чаще процесс занимает длинные кости верхних конечностей и, от боли ли или от другой какой-нибудь причины, он часто сопровождается полной неподвижностью больной конечности, которая, будучи поднята, падает, как плеть. Эпифизарный сифилис довольно легко уступает ртутному лечению, причем вместе с исчезанием воспалительных явлений со стороны кости проходит и паралич. Диагностика основывается отчасти на явлениях Iues'a вообще и опухоли эпифиза в частности. Принять эту опухоль за рахитическую нельзя уже потому, что она бывает обыкновенно односторонней.

Случай Zappert'a доказывает, однако, что диагностика все-таки не так легка, как кажется. Он имел дело с ребенком 14 дней отроду, с несомненными признаками врожденного сифилиса и с параличом обеих верхних конечностей; в области верхнего эпифиза плеча замечалась ненормальная подвижность и ясная крепитация, одним словом, казалось, что все говорило в пользу ложносифилитического паралича, а между тем при вскрытии ребенка, умершего спустя короткое время, оказалось, что кости не представляют заметных изменений (крепитация симулировалась, вероятно, сухостью плечевого сочленения), паралич же верхних конечностей зависел от менингита в шейной части спинного мозга и перерождения передних и задних шейных корешков. Автор думает, что подобные ошибки в диагностике встречаются не особенно редко и потому он советует быть осторожным с диагностикой болезни Parrot во всех случаях кажущегося сифилитического ложного паралича, когда пассивные движения парализованных конечностей не сопровождаются болью, когда нет заметной опухоли эпифизов или когда, кроме параличей, наблюдаются еще и контрактуры (Jahrb. f. Kinderh., XLVI, S. 347).

К группе параличей, протекающих с расслаблением мышц и вообще с характером периферического паралича, относятся, между прочим, *послеродовые параличи* и большинство случаев *паралича*, развивающегося *после острых инфекционных болезней*. *Послеродовые параличи* всегда касаются верхних конечностей, и чаще всего одной; парализуется или вся рука, или только некоторые мышцы, в особенности иннервируемые лучевым нервом; паралич от наложения шипцов нередко поражает n. facialis. Все

эти параличи или исчезают через несколько дней, или остаются навсегда и кончаются атрофией некоторых мышц или всей конечности. При диагностике акушерского паралича следует иметь в виду ложный сифилитический паралич и акушерский перелом костей. Анатомическую сущность послеродовых параличей многие видят в неврите.

Из параличей, развивающихся после инфекционных болезней, для детского возраста имеет особенное значение *дифтеритический паралич*, протекающий обыкновенно так типично, что его легко узнать даже и в том случае, если во время первоначального заболевания дифтеритом больной и не был под наблюдением врача. Дифтеритический паралич редко появляется в периоде разгара болезни, когда существуют еще пленки в зеве; гораздо чаще, напротив, в периоде кажущегося полного выздоровления, когда больной выходит уже на воздух, примерно через 3—4 недели от начала болезни.

Всего характернее для дифтеритических параличей их начало и дальнейшее распространение. Паралич после дифтерита почти *всегда начинается с мягкого неба и глотки*; потом, если только паралич распространяется на новые области, что бывает далеко не во всех случаях, поражаются мышцы аккомодации; за сим парализуются ноги и, наконец, руки; в гораздо более редких, но опасных случаях паралич распространяется на мышцы гортани, туловища, мочевого пузыря, диафрагмы и лица.

Вторым характерным признаком дифтеритических параличей является их *постепенное развитие, симметрическое распространение* и склонность к *исчезанию* после несколько недельного существования. Никогда не случается, чтобы паралич после дифтерита являлся сразу во всей своей силе; при параличе мягкого неба, например, сначала больной начинает поперхиваться кое-когда, особенно при большом глотке жидкости, а потом с каждым днем глотание затрудняется все более и, наконец, может сделаться совсем невозможным.

Развитие параличей часто сопровождается различными невروزами в сфере нервов чувств, каковы: анестезии (нечувствительность к щекотанию, уколам, холоду), парестезии (ползание мурашек, онемение) и гиперестезии.

При параличе мягкого неба самым неприятным симптомом является затрудненное глотание, так как пища и питье попадают в нос и гортань, и больной постоянно поперхивается; голос получает носовой оттенок; попытка задуть свечу не удастся больному, так как выдыхаемый воздух, находя себе свободный выход через

нос, не идет через узкую щель между губами. При осмотре зева небная занавеска остается при фонации неподвижной; она не реагирует также и при щекотании ее кисточкой (анестезия и потеря рефлекторной возбудимости). Выздоровление наступает в течение 10—25 дней, очень редко паралич исчезает дня в 4 или затягивается месяца на два.

Паралич аккомодации выражается тем, что больной теряет способность приспособлять свое зрение к близлежащим предметам, например не может читать мелкий шрифт.

Параличи или парезы конечностей начинаются обыкновенно с ног. Больной жалуется на слабость в ногах, которая может усилиться до невозможности стояния. Подобная же градация паралича замечается и в руках: сначала больной жалуется на слабость и дрожание рук и на невозможность выполнять мелкую работу, а потом дело может дойти и до полного паралича—руки висят, как плети. Парализованные мышцы дряблы, несколько атрофированы, электровозбудимость значительно понижается или даже совсем пропадает и в периоде выздоровления возвращается поздние появления волевых движений.

Восстановление мышечной деятельности идет обыкновенно в том же порядке, в каком развивались параличи, т. е. начинается с зева и глотки, но идет крайне медленно, так что для полного восстановления сил требуется 3—4 месяца и больше. Если наступает смерть, то или от паралича дыхателей, или от пневмонии, вследствие попадания в бронхи инородных тел, или от истощения (голод), или, наконец, от паралича сердца (иногда внезапно).

Хотя дифтеритический паралич и относится к группе полиневритных параличей, но от первичного множественного воспаления нервов он отличается довольно резкими особенностями, к числу которых относится, кроме характерного распространения паралича, начиная с мягкого неба, еще то, что паралич конечностей не достигает значительной степени; замечается только слабость, а не полный паралич, не бывает также ни резко выраженных атрофий мышц, ни полных анестезий, ни боли в конечностях по *тракту нервов*, но зато нередко наблюдается значительная атаксия, совсем не соответствующая слабо выраженным параличам.

К числу параличей с расслаблением мышц относятся еще функциональные параличи, встречающиеся при хорее и истерии.

Под именем паралитической хорей — *chorea paralytica*—мы понимаем обыкновенную идиопатическую, так называемую Sydenham'sкую хорею, протекающую с той особенностью, что вместо слабости мышц пораженных конечностей здесь разви-

вается полный паралич или по крайней мере парез, вследствие чего прекращаются не только произвольные движения, но даже и хорейные подергивания. Паралич или ограничивается какой-либо одной конечностью, *всего чаще рукой*, или он является в форме паралича гемиплегии, или же он распространяется на все четыре конечности и на туловище, и в таком случае больной лежит неподвижно вследствие полного расслабления мускулов всего тела, т. е. получается та форма паралитической хорей, которая известна под именем *мягкой хорей* (*limph. chorea*—англичан, *chorea molle*—французов). Параличи эти характеризуются отрицательными свойствами: чувствительность кожи и электровозбудимость нервов и мышц не нарушены, атрофия мышц не наступает даже и при многомесячном существовании паралича, только сухожильные рефлексы несколько понижаются или даже совсем исчезают, но и то не во всех случаях. Относительно времени развития паралича и отношения его к хорейным движениям можно различать три рода случаев:

1. Паралич наступает раньше хорей и спустя некоторое время (2—6 недель) уступает ей место. Всего чаще в таких случаях паралич начинается с руки и ею ограничивается; паралич развивается в течение нескольких дней, не сопровождаясь никакими болезненными явлениями, т. е. нет ни болей, ни лихорадки, ни паралича *n. facialis*, ни головной боли. По мнению Gowers'a, подобного рода паралич до такой степени характерен, что позволяет ставить диагностику начинающейся хорей без всяких колебаний; возможно, однако, что подобный паралич окажется истерическим,—прибавим мы от себя.

2. Паралич является в периоде полного развития хорей; он редко наступает внезапно, обыкновенно же прогрессируя в течение нескольких дней; спустя некоторое время он снова уступает место хорее или с исчезанием паралича прямо наступает выздоровление.

3. В третьем ряду случаев болезнь начинается параличом, ограничивающимся одной из верхних конечностей или распространяющимся постепенно на все четыре конечности, и в таком виде болезнь остается до конца, т. е. хорейные подергивания совсем не появляются; со временем паралич проходит, и наступает выздоровление. Диагностика подобных случаев может представить большие трудности; следует обратить внимание на отрицательные признаки, о которых упоминалось выше, на постепенное, хотя и довольно быстрое, развитие паралича без лихорадки и без боли и особенно на то важное обстоятельство, что

в громадном большинстве случаев можно заметить у подобного рода больных *легкие подергивания в пальцах* обеих рук, как едва заметные проявления хорейных подергиваний.

Распространение паралича во всех этих формах бывает разнообразным; кроме конечностей, могут быть парализованы также мышцы туловища и шеи (голова свешивается, как у трупа, вполне следуя своему центру тяжести), а иногда также гортань (афония) и даже мочевого пузыря и прямая кишка. Среднюю продолжительность паралича трудно определить в виду незначительного числа опубликованных случаев; в общем она колеблется от 2 недель до 3, 4 и даже до 6 месяцев. Паралич редко бывает полным: обыкновенно некоторые слабые движения возможны. До сих пор не известно ни одного случая неизлечимого хорейного паралича или исхода в атрофию парализованных мышц, а потому *предсказание* можно всегда ставить *хорошим*.

В этиологическом отношении интересно отметить влияние возраста и пола. Подобно обыкновенной хорее, и здесь также девочки поражаются чаще мальчиков, но относительно возраста оказывается разница в том отношении, что обыкновенная хорея у детей до 5 лет наблюдается очень редко (приблизительно в 10%), тогда как *choc. paral.* именно в этом возрасте встречается всего чаще (из 12 случаев, известных мне по литературе, на возраст от 2 до 5 лет приходится 5 человек).

Ближайшая причина (патогенез) параличей при хорее не известна; осложнением хорей истерией, ввиду очень юного возраста некоторых пациентов и ввиду свойств самих параличей, объяснить их нельзя.

Истерические параличи. Самой частой причиной паралича ног у детей в возрасте после 5 лет мы считаем костоеду позвоночника, а второе место по частоте появления занимает параплегия истерического происхождения, которая встречается одинаково часто как у мальчиков, так и у девочек, преимущественно в возрасте от 10 до 15 лет. В одних случаях больной совершенно не владеет своими ногами—это будет *paraplegia hysterica*; в других он, находясь в постели, может производить ногами все произвольные движения, но решительно не в состоянии ходить и стоять—*abasia—astasia hysterica*.

Одной из самых характерных особенностей истерического паралича вообще можно считать то, что по свойствам своим он настолько своеобразен, что не только не может быть объяснен какими-либо анатомическими изменениями в нервной системе, но не допускает даже решения вопроса о месте поражения, т. е.

он не подходит ни к периферическим, ни к центральным параличам. Для примера вот случай: девочка 12 лет поступила в клинику из приюта по поводу полного паралича левой руки. Паралич случился у нее вдруг ровно месяц тому назад без всякого заметного повода. При поступлении паралич занимал всю конечность от пальцев до плеча, причем была вполне утрачена также и чувствительность. Так как моноплегия, протекающая с анестезией, всего скорее может быть периферического происхождения, то надо бы ожидать встретить у нашей больной атрофию всех мышц левой руки с утратой электровозбудимости, а между тем у нее ни того, ни другого не оказалось; значит, паралич этот не может быть признан периферическим; но, с другой стороны, нельзя его считать и центральным, так как если предположить, что он зависит от очень ограниченного фокуса в правой половине полушария, в области передней центральной извилины, в том месте именно, где помещается волевой центр руки, то этим мы не объяснили бы анестезии, а предположить болезненный фокус в другом каком-либо месте не допускает моноплегический характер паралича. Как в этом случае, так и вообще, *истерические параличи всего больше похожи на притворные.*

По распространению истерические параличи ничего особенно характерного не представляют, так как встречаются в самых разнообразных формах, каковы: моноплегия, параплегия, гемиплегия, паралич всех четырех конечностей, или в виде параличей отдельных областей, например мышц гортани, мочевого пузыря, прямой кишки. В этом отношении можно отметить только одно, — что некоторые мышцы поражаются крайне редко, а другие сравнительно часто; к числу последних относятся, например, мышцы гортани (истерическая афония, стенотическое дыхание вследствие паралича расширителей голосовой щели, хриплое дыхание от паралича заднечерпаловидных мышц и зависящего от этого западания или сгибания черпаловидных хрящей в просвет голосовой щели). Редко, напротив, поражаются лицевой и подъязычные нервы, так что целость п. *facialis* и языка в случаях гемиплегии говорит до некоторой степени в пользу истерии, а наличность этого паралича почти исключает истерию.

Что касается до *развития* истерического паралича, то в большинстве случаев он появляется вдруг, обыкновенно после приступа судорог или психического возбуждения или после какой-нибудь травмы, особенно если последняя сопровождалась испугом; при этом случается нередко, что между травмой и параличом проходит несколько часов или даже дней, и подобные антракты

довольно характерны для истерического паралича. В других случаях истерический паралич развивается постепенно, и в таком случае ему нередко предшествует боль в заинтересованных конечностях или явления спазма.

Степень паралича крайне разнообразна и колеблется от небольшой слабости или скорой утомляемости до полного паралича, часто с одновременной анестезией кожи. В одних случаях паралич бывает спастический, в других — мышцы расслаблены (последнее встречается чаще), но во всяком случае *питание* мышц и электровозбудимость сохраняются хорошо и надолго. Полный паралич встречается редко, обыкновенно же некоторые движения остаются; особенно характерно для истерии, если известные мышцы хорошо производят только некоторые движения, тогда как другие движения не могут быть произведены, хотя для выполнения их должны бы работать те же мышцы; так, например, в одном из наших случаев, который приведен в главе об атаксии, мальчик 11 лет совсем не мог ни стоять, ни ходить, но он мог становиться на колени и передвигаться на четвереньках.

Истерические параличи могут быстро исчезать под влиянием психических стимулов, гипноза и даже внушения в бодрственном состоянии, но зато они склонны к возвратам, причем парализуются или те же самые мышцы, что были и прежде парализованы, или поражается новая группа мышц.

Паралич нередко бывает первым и до поры до времени единственным проявлением истерии (моносимптоматическая форма истерии особенно часто встречается в детском возрасте), а потому отсутствие каких либо других признаков истерии отнюдь не может служить доказательством того, что данный паралич не есть истерический, но если другие симптомы истерии могут быть констатированы (*stigmata hysteriae*), то диагностика, конечно, облегчается.

Продолжительность истерических параличей очень неопределенна — от нескольких дней до многих месяцев и даже лет, а потому предсказание серьезно, хотя в детском возрасте параличи редко продолжают долго. Что касается до дифференциальной диагностики отдельных форм паралича, то в случаях моноплегии важное значение имеет отсутствие атрофии, говорящее против периферического происхождения паралича, и отсутствие спастического состояния мышц, которое вместе с наличием анестезии исключает фокусное поражение мозговой коры. При гемиплегии в пользу истерии может говорить целостность лицевого

и подъязычного нервов, анестезия кожи и отсутствие причин для кровоизлияния или эмболии.

Истерическую параплегию легко принять за симптом миэлитита или спондилита, особенно когда есть боль при давлении на некоторые остистые отростки вследствие гиперестезии кожи спины. Подвижность позвоночника при сгибании спины и отсутствие всякого намека на поттов горб должны предостеречь от ошибки; важна также целостность функций мочевого пузыря и гестум; анестезия ног при истерической параплегии, если существует, то ограничивается обыкновенно только ногами, но падит крестец и половые органы, а при миэлитите она распространяется и на эти части, и на туловище соответственно месту (высоте) поражения позвоночника. Отсутствие подошвенного рефлекса—явление при истерии обыкновенное (по Bizzard'у даже постоянное и потому очень характерное), а при спондилите шекотание подошвы вызывает обыкновенное рефлекторное подергивание или во всей ноге, или по крайней мере хоть в пальцах. Сухожильные рефлексy при истерии сохранены, но клонуса стопы обыкновенно не бывает; в случаях спастической формы истерической параплегии наблюдается *ложный клонус стопы*, происходящий от подергивания икроножных мышц и отличающийся от настоящего клонуса своей неправильностью: после нескольких подергиваний наступает покой, а потом опять появляются подергивания.

Истерическая параплегия в одних случаях наступает вдруг, в других—постепенно; в некоторых случаях наблюдается спастическое состояние мышц нижних конечностей, но мочевой пузырь и гестум почти никогда не поражаются.

Из периферических параличей отдельных нервов в детском возрасте всего чаще встречается *паралич лицевого нерва*, который легко узнается по перекошению лица на здоровую сторону, причем поражается также и веточка, идущая к замыкателю век отчего глаз на больной стороне остается постоянно полускученым. Значение этого симптома важно потому, что при центральных параличах лицевого нерва мышцы век не поражаются.

Самой частой причиной паралича лицевого нерва бывает, конечно, воспаление среднего уха, хотя бы и без костоеды височной кости, например при скарлатинозном отите, но чаще при хронических отитах с поражением ossis petrosae у золотушных или туберкулезных детей; гораздо реже паралич лицевого нерва у детей развивается под влиянием простуды или сдавления нерва опухолями или рубцами около уха, или у новорожденных— акушерскими щипцами.

ПАРАЛИЧИ С НАПРЯЖЕНИЕМ МЫШЦ ИЛИ СПАСТИЧЕСКИЕ

Под именем спастического паралича понимают такого рода паралич, при котором парализованные мышцы не расслаблены, а, напротив того, находятся в состоянии спазма, вследствие чего парализованная конечность оказывается сведенной, отчего и пассивные движения совершаются с трудом; сухожильные рефлексы всегда усилены. Электровозбудимость в течение долгого времени остается нормальной, питание мышц идет хорошо, т. е. атрофия их не развивается.

Спастические параличи всегда бывают центрального происхождения и зависят, следовательно, от поражения или головного мозга, или белого вещества спинного. В первом случае они всего чаще встречаются в форме гемиплегии, но иногда в виде диплегии (поражение всех четырех конечностей), моноплегии (рука поражается чаще, чем нога) и даже параплегии. В случае страдания спинного мозга всего чаще встречается спастическая параплегия, но если процесс локализуется в шейной части, то поражаются и руки. Следовательно, по распространению паралича не всегда можно сделать верное заключение о локализации болезненного процесса. При симметрическом параличе в пользу поражения головного мозга говорят следующие обстоятельства: 1) парезы в области головных нервов (*n. facialis* и глазных мышц), 2) ослабление умственных способностей; 3) появление атетоза или хорей, или атактических движений в парализованных конечностях; 4) припадки эпилепсии, нередко носящей настоящий характер кортикальных судорог (начинаются с одной стороны, распространяясь с лица на руку и ногу, и не сопровождаются потерей сознания — *Jackson'овская эпилепсия*); 5) полное сохранение чувствительности; 6) ненарушенная деятельность прямой кишки и мочевого пузыря и 7) отсутствие признаков костоеды позвоночника, как самой частой причины спастического спинного паралича в детском возрасте.

Церебральные спастические параличи.
Двусторонний церебральный детский паралич—*diplegia spastica infantum*—встречается вообще довольно редко. Специально детскому возрасту свойственны спастические диплегии врожденного происхождения (травма черепа во время родов), известные под именем *болезни Little'я*. Болезнь начинается с первых дней или первых месяцев жизни и характеризуется спастическим состоянием мышц рук и ног и иногда также мышц туловища и шеи

(общая окоченелость), вследствие чего произвольные движения сильно расстраиваются, несмотря на то, что полного паралича в пораженных конечностях нет.

Болезнь Little'я или *общая окоченелость* отличается от двусторонней гемиплегии, во-первых, тем, что руки поражаются слабее ног, и, во-вторых, что спазм мышц превалирует над параличом. При Little'ской болезни чаще бывает, что верхние конечности отведены, экстензированы и супинированы, а ноги согнуты во всех сочленениях и сильно приведены, тогда как при двусторонней гемиплегии руки приведены, согнуты и пронированы, а ноги вытянуты и стопа несколько поворочена кнутри (*pes equino-varus*). При болезни Little'я нет настоящих контрактур, а замечается только привычное положение конечностей, которое отличается от сведений тем, что больной может произвольно изменить данное положение, точно так же, как нетрудно сделать это и пассивно, но спустя некоторое время конечность принимает прежнее положение. Впрочем, между общей окоченелостью и двусторонней гемиплегией существует так много переходных форм, что резкой границы провести нельзя.

Так как всякий случай церебральной диплегии есть результат двустороннего повреждения полушарий, то понятно, что при диплегии часто наблюдается расстройство умственных способностей (от самых легких степеней до полного идиотизма) и расстройство речи; нередко также замечается неправильная форма или малая величина черепа, несовершенство мимики или асимметрия в лице, косоглазие, хореобразные или атактические движения в конечностях, атетоз пальцев, эпилепсия. Сужилильные рефлексы всегда, конечно, усилены.

Причины двустороннего спастического паралича в большинстве случаев стоят в связи с родовым актом, это так называемая Little'ская этиология; сюда относятся: асфиксия, трудные роды, недоношенность плода, роды двойнями. Ближайшей причиной болезни в подобных случаях бывает кровоизлияние в полость черепа в области центральных извилин обоих полушарий. В других случаях играет роль наследственный сифилис, кахексия матери, истощение ее частыми родами и т. п. Под влиянием подобных условий может проявиться наследственное или семейное располжение к данному заболеванию. В тех редких случаях, когда диплегия развивается у ребенка, бывшего в первые годы здоровым, причина часто остается неизвестной—в некоторых случаях роль этиологического момента играет травма или какие-нибудь инфекционные болезни.

Течение болезни различно; в случаях Little'ской этиологии (трудные роды и пр.), если кровоизлияние было поверхностным и не произвело глубоких изменений, сначала могут быть повторные судороги, за которыми следует продолжительный период стационарной окоченелости с наклоном к улучшению, так что, хотя и поздно, но ребенок научается ходить; в более тяжелых случаях врожденной диплегии, а также в случаях диплегии, начавшейся во время внеутробной жизни ребенка, замечается медленное, но прогрессивное ухудшение, выражающееся постепенным ослаблением умственных способностей и появлением эпилептических припадков.

При вскрытиях детей, умерших спустя много лет после начала болезни, не всегда удается определить начальный патологический процесс, который повел к тем конечным изменениям, что встречаются при аутопсии, каковы частичный или лобарный склероз полушарий, порэнцефалия (полное исчезание некоторых частей мозга, так что происходит сообщение желудочков с поддуральным пространством), киста, рубцы. Поводом к этим изменениям в большинстве случаев являются кровоизлияния под мягкую оболочку во время родов, в других случаях—эмболия, тромбоз, а, может быть, также воспалительные и первичные дегенеративные процессы. Во всяком случае на основании клинической картины диплегии мы не можем ставить патологоанатомическую диагностику, и самое название «церебральная диплегия» употребляется в чисто клиническом смысле для обозначения случаев, в которых предполагается какое-нибудь поражение двигательной сферы мозговой коры. На этом основании, если симптомы диплегии встречаются при ясно определимой болезни мозга, подобные случаи не должны быть относимы к церебральной диплегии или к двусторонней гемиплегии. Так, например, спастический парез мышц всех четырех конечностей может встретиться при множественном островидном склерозе, при туберкулезе мозга и при хронической головной водянке, а потому во всех подобных случаях может идти речь о дифференциальном распознавании. Узнать хроническую головную водянку по характерно увеличенной голове нетрудно, гораздо большее сходство с церебральной диплегией может представиться при рассеянном склерозе—*sclerose en plaques disséminées* французов. Болезнь эта в детском возрасте встречается много реже, чем церебральная диплегия; кроме спастического состояния мышц, страдание это характеризуется тремя кардинальными симптомами: дрожанием глазных яблок, медленной прерывистой (скандированной) речью и држа-

нием при произвольных движениях, а также и течением: болезнь прогрессирует скачками попеременно с периодами заметного улучшения, прерывающегося по временам апоплектиформными приступами. В пользу диплегии говорит, напротив, стационарное течение с наклонностью к улучшению, как это наблюдается в случаях диплегии, приобретенной во время родов (болезнь Little'я). В сомнительных случаях Little'ская этиология (асфиксия, трудные роды, недоношенность) и раннее наступление симптомов (на первом году жизни) сильно говорят в пользу диплегии.

О д н о с т о р о н н и й ц е р е б р а л ь н ы й п а р а л и ч и или церебральная детская гемиплегия—*haemiplegia cerebrialis infantum*—встречается в двух главных формах: в одних случаях болезнь начинается внезапно сильным жаром, рвотой, эclamпсическими припадками, подобно спинному полиомиелиту; в других случаях развитие параличей и других явлений идет крайне медленно, и начало болезни можно определить лишь приблизительно.

О первой форме мы говорили уже выше, именно в главе о спинальном параличе, с которым эта форма имеет наибольшее сходство, по крайней мере в начальном своем периоде. В случаях с незаметным началом картина болезни бывает различна, так как в одних случаях преобладает спастическое состояние в мышцах парализованных конечностей, в других—спазм отступает на второй план, уступая место хореобразным движениям и атетозу, еще в других—нет ни спастического состояния мышц, ни хореобразных движений, а вся болезнь выражается односторонним парезом конечностей и отсталостью развития соответственной руки и ноги. Как в острых, так и в хронических случаях парез поражает не все мышцы одинаково: на верхней конечности наиболее парализованными оказываются мышцы, иннервируемые лучевым нервом: *m. triceps*, *supinator longus* и *extensor digitorum*, а также *abductor pollicis*; привычное положение руки почти у всех больных бывает одно и то же, и потому оно является очень характерным для детской гемиплегии: плечо приведено (прижато к туловищу), предплечье согнуто в локте, кисть пронирована и согнута в запястном сочленении, пальцы согнуты в пястно-фаланговых сочленениях, большой палец приведен. Нога приведена, слегка согнута в колене, стопа опущена и поворочена несколько внутрь (*pes equino-varus*).

Коленные рефлексy в пораженной конечности всегда заметно усилены, а иногда усиление их замечается и на здоровой ноге.

В пораженных конечностях, в особенности в руке, часто развивается впоследствии явление атетоза или хорей, во многих случаях больные делают эпилептиками.

В отличие от диплегий односторонние параличи гораздо чаще бывают приобретенными в первые годы жизни, чем врожденными. Причины большей частью остаются неизвестными; нередко гемиплегия развивается после каких-нибудь инфекционных болезней, в особенности после скарлатины и коклюша.

Попытку Strümpel'я выделить острые случаи гемиплегии в особую группу под именем poliоencephalitis можно считать неудавшейся, так как в случаях, дошедших до вскрытия, ни разу не было найдено энцефалита, ограниченного одним только серым веществом полушарий, напротив того, или воспаление занимало и белое вещество, или острые припадки сначала зависели от кровоизлияний или эмболии¹. Замечательно, что в некоторых случаях как бы типического паралича Strümpel'я при вскрытии оказывался солитарный туберкул, остававшийся до поры до времени в скрытом состоянии, а потом вдруг выражавшийся быстрым развитием гемиплегии после короткого периода судорог.

Спинальный спастический паралич. Спинальный

¹ Wolenberg собрал 48 аутопсий якобы Strümpel'ского паралича и показал, что из 12 свежих случаев в 7 было размягчение вследствие эмболии, в остальных 5—мозгове кровоизлияние (3 раза вследствие травмы и 2 раза от неизвестной причины). В следующих 13 случаях хотя уже и были вторичные изменения в виде атрофии и склероза различных частей мозга, но все-таки можно было догадаться о натуре первичного процесса по наличности кист или апоплектического рубца; первичного же или самостоятельного воспаления серого вещества коры не было ни разу. В третьей серии случаев был склероз в области центральных извилин, неизвестного происхождения. Наконец, в четвертой серии был разлитой склероз полушария. Вывод из этого тот, что Strümpel'ская картина болезни не зависит от какого-либо определенного заболевания или от поражения известного места серого вещества коры, так как картина эта наблюдается во всех случаях, когда происходит внезапное нарушение целости в области двигательных путей, начиная от поверхности мозга до продолговатого. Причиной может быть эмболия, кровоизлияние, тромбоз и воспаление (по Marie, первично изменяются сосуды под влиянием неизвестной инфекции, а потом может произойти и кровоизлияние). Общим свойством всех этих процессов будет то, что с течением времени они ведут к атрофии и склерозу полушария или некоторых его частей, что выражается во всех случаях одинаковой и весьма характерной клинической картиной, известной под именем *спастической детской гемиплегии*,—название, не определяющее анатомической сущности процесса. К этой диагностике мы прибегаем, следовательно, в случаях, недоступных для более точной диагностики, когда, например, можно исключить опухоль мозга.

спастический паралич или *спастическая параплегия* встречается в двух формах: к первой форме относятся случаи параплегии как самостоятельного страдания, зависящего от первичного изолированного поражения (склероза) боковых столбов спинного мозга. Это так называемый *идиопатический спастический паралич*, характеризующийся, между прочим, отсутствием каких бы то ни было симптомов со стороны головного мозга; во второй группе случаев спастическая параплегия является одним из симптомов различных болезней головного или спинного мозга (*hydrocephalus chron.*, церебральная диплегия и др.). Это будет *симптоматический спастический паралич*. Впрочем, резкой границы между этими формами провести нельзя, так как и чистая по всем признакам спастическая спинальная параплегия может быть церебрального происхождения, именно в том случае, если каким-нибудь процессом задеты лишь верхние отделы центральных извилин, где залегают двигательные центры нижних конечностей; такие формы параплегии действительно существуют и составляют один из видов церебральных диплегий, о которых было сказано выше. Очень вероятно даже, что все случаи спастических параплегий, наступающих с раннего детства, относятся именно к этой категории, в пользу чего говорят следующие обстоятельства: во-первых, сходство этиологических моментов (асфиксия, недоноски); во-вторых, при спастической параплегии встречаются всевозможные переходы от едва заметного участия рук до полной картины общей окоченелости; в-третьих, встречаются случаи, которые сначала представляли картину церебральной диплегии, а в течение нескольких лет больные настолько поправлялись, что оставалось только поражение ног; в-четвертых, довольно часто встречаются случаи как бы чистой спинальной параплегии, при которой замечаются несомненные церебральные симптомы, например ослабление умственных способностей, расстройство речи и в особенности косоглазие.

В чистой своей форме *идиопатический спинальный паралич* (*paralysis spinalis spastica*) характеризуется как постепенно развивающийся *парез* или *паралич* с напряжением и контрактурами мышц нижних конечностей. Сведения всего резче выражены в икроножных мускулах (*pes equinus*), в мышцах, приводящих бедро, и в сгибателях колена: ноги слегка согнуты в коленях и бедра сближены до соприкосновения. Если больной может еще ходить, то походка его очень характерна: он может ступать только на цыпочки, колени его прижаты друг к другу, передвижение совершается вирипрыжку.

Развитие болезни идет крайне медленно и обыкновенно затягивается на много лет, начавшись с первых лет жизни.

Как я уже упомянул, отличие идиопатической формы от симптоматической состоит в отрицательных признаках, каковы: 1) полное отсутствие атрофии мышц и расстройств со стороны чувствительности кожи; 2) нормальная деятельность мочевого пузыря и прямой кишки; 3) долгая сохраняемость нормальной электровозбудимости нервов и мышц; 4) нормальная функция головного мозга.

Из положительных признаков можно указать только на один, именно на значительно *повышенные сухожильные рефлексы*, тогда как рефлексы с кожи остаются обыкновенно нормальными (при spondylitis с последовательным перерождением боковых столбов кожные рефлексы тоже усилены; кроме того, кожа в большей или меньшей степени анестезирована, мочевой пузырь и rectum парализованы, по меньшей мере лишены влияния воли, хотя рефлекторно могут еще функционировать; параплегия развивается быстрее и совершеннее, чем при спастическом параличе, но верхняя граница остается стабильной; часто встречаются отраженные боли или гиперестезии в ногах или вообще в местах, соответствующих месту поражения задних корешков).

Если, кроме боковых столбов, дегенеративная атрофия захватывает еще и передние рога серого вещества и ведет к исчезанию больших узловых клеток, то рядом с параличом и сведением мышц неизбежно развивается и атрофия их, как при poliomyelitis anterior, т. е. с быстрой потерей электровозбудимости в нервах и мышцах и с реакцией перерождения в последних при гальванизации. Эта болезнь, названная Charcot *sclerose laterale amyotrophique*, может быть смешана с идиопатическим спастическим параличом только в начале своего развития, именно пока преобладают явления спазма, но раз дело дошло до атрофии мышц, то диагностика выясняется легко. Дальнейшие отличия состоят в том, что при амиотрофическом боковом склерозе паралич начинается обыкновенно с рук, потом процесс распространяется и книзу (паралич ног), и кверху на продолговатый мозг, что выражается симптомами бульбарного паралича в виде паралича и атрофии губ и языка, затрудненного глотания и дыхания.

Есть разница и в возрасте больных: paralysis spastica idiopatica начинается большей частью с первых лет жизни, тогда как амиотрофический склероз—почти никогда раньше 10-го года; от прогрессивной мышечной атрофии амиотрофический склероз отличается первоначальным параличом и *оочечелостью* мышц.

Различные формы прогрессивной атрофии мышц у детей встречаются значительно чаще, чем амиотрофический склероз.

Особое значение для детского возраста по частоте своего появления имеет симптоматическая спастическая параплегия вследствие сдавления спинного мозга при костоеде позвоночника, т. е. при так называемой поттовой болезни — *malum Potti s. osteomyelitis spinalis, s. osteomyelitis granulosa*. Поттова болезнь есть не что иное, как фунговое или туберкулезное воспаление одного или нескольких позвонков с наклонностью в одних случаях к сухой костоеде, в других — к нагноению. Грануляции появляются первоначально на передней поверхности тела позвонка и потом распространяются вглубь кости. Позвонок, таким образом, размягчается и, уступая давлению верхней части туловища, раздавливается, а позвоночник вследствие этого сгибается таким образом, что остистый отросток больного позвонка образует самую выдающуюся точку *угловатого горба*. Этот-то именно горб и составляет самый надежный признак для отличия параплегии от сдавления спинного мозга вследствие поттовой болезни от всякой другой, а так как признак этот очень резкий, то, раз он появился, узнать причину параплегии нетрудно. Смешать его с рахитическим искривлением позвоночника не легко, так как последнее всегда бывает дугообразным и обязательно сопровождается рахитическими изменениями грудной клетки и свободной подвижностью спины. Что касается до состояния парализованных мышц при поттовой болезни, то хотя я и отнес эту параплегию к категории спастического паралича, но этим я вовсе не желаю сказать, что парализованные мышцы всегда находятся в состоянии напряжения. Большое значение имеет здесь период болезни и место поражения. Спастические явления развиваются сравнительно поздно, когда успеет развиться последовательное, нисходящее перерождение боковых столбов и когда процесс занимает грудную или шейную часть позвоночника, а при поражении поясничной части спастического состояния мышц может и вовсе не быть.

Параплегия, обусловленная не столько миелином, сколько сдавлением спинного мозга, характеризуется, между прочим, тем, что способность движения страдает значительно больше, чем чувствительность, что кожные рефлексы значительно усилены и что паралич ног может моментально исчезнуть после вытяжения позвоночника наложенным корсетом; питание мышц и электро-возбудимость надолго остаются нормальными. *Сухожильные и кожные рефлексы повышаются уже с самого начала.*

Угловое искривление в грудной части позвоночника является раньше и выступает резче, чем в поясничной, так как в нормальном состоянии поясничная часть представляется вогнутой; по этой причине нередко случается, что один из поясничных позвонков может быть уже значительно разрушен, а горбика все-таки нет, и дело ограничивается, может быть, только выравниванием физиологического лордоза поясницы или едва заметным выступом соответственного остистого отростка. В некоторых случаях удается ощупать в животе над пупартовой связкой опухоль от натечного нарыва и таким образом узнать костоеду позвоночника, несмотря на отсутствие угловатого горба, который не успел еще образоваться. Подобные нарывы неболезненны и часто не сопровождаются ни малейшим затруднением в движениях бедра, словом, протекают скрытно и открываются врачом только благодаря объективному исследованию живота ощупыванием; в сомнительных случаях, когда напряжение мышц брюшной стенки мешает исследованию, например у маленьких детей во время крика, приходится прибегать в целях диагностики к хлороформированию.

Труднее узнать поттову болезнь в начале ее развития. Дело начинается обыкновенно с боли в спине. Боль эта обуславливается отчасти самим остеомиелитом, отчасти же распространением воспалительного процесса на оболочки спинного мозга и задние корешки. Она характеризуется тем, что усиливается при давлении на остистые отростки больных позвонков, в особенности при сгибании спины, а также при проведении по позвоночнику горячей губкой или при приложении к больному месту катода. Вследствие болезненного сгибания спины больной старается при ходьбе придавать туловищу неподвижное, вытянутое положение, а когда ему приходится поднять что-либо с полу, то он может сделать это не иначе, как приседая, т. е. он сгибает колени, но спину держит вытянутой. Если в воспалении участвуют и задние корешки, то, кроме местных болей в спине, появляются еще отраженные боли в области разветвления отходящих из больного места нервов. Эти эксцентрические боли, всего чаще наблюдающиеся в ногах (при поражении поясничной части позвоночника) и в животе (при поражении грудной части), чрезвычайно беспокоят больных. Появляются они обыкновенно периодически в форме невралгий (или энтералгий), продолжающихся иногда ежедневно по несколько часов подряд. Боли эти могут появляться в самом раннем периоде болезни, еще задолго до образования горба. Так как причиной спондилита всегда бывает золотуха или

туберкулез (а травма, обыкновенно упоминаемая в анамнезе, служит только случайной причиной), то для правильной оценки начальных болей важно обращать внимание на *habitus* больного; дети, расположенные к спондилиту, часто представляются малокровными, с вялыми мышцами, с припухшими лимфатическими железами, с хроническими экземами, старыми рубцами от прежде бывшей костоеды и т. п.

Даже уже в начальном периоде спондилита ребенок неохотно ходит и совсем не бегает и не прыгает; при сидении любит подпирать голову руками, а при лежании он принимает иногда положение на боку или, что более характерно, — на животе, если спина очень чувствительна к давлению.

Иногда воспаление позвонков начинается лихорадочным состоянием, истинная причина которого довольно долго может оставаться неузнанной. Температура ремиттирующего типа с утренними послаблениями до 38° с десятичными и с вечерними повышениями до 39° в первые дни при отсутствии всяких местных симптомов как со стороны спины, так и других органов может симулировать тиф, пока не появится боль в спине, выясняющая дело. У грудных детей боль в спине нередко проявляется вскрикиванием каждый раз, как только вынимают их из кровати.

Боль в спине, усиливающаяся при давлении на остистые отростки всех или только некоторых позвонков, может встретиться у нервных детей вследствие *гиперестезии кожи спины*, но отличить это состояние от спондилита не трудно, во-первых, потому, что при гиперестезии кожи сгибание спины не болезненно и, во-вторых, потому, что боль усиливается уже при самом легком прикосновении, тогда как при спондилите она является лишь при более сильном надавливании.

Некоторые особенности в диагностическом отношении представляет *спондилит шейной части*. Угловатого горба здесь не бывает даже и в самых запущенных случаях, а если иногда и появляется искривление, то в форме дугообразного кифоза; вполне развитые случаи шейного спондилита характеризуются еще тем, что вследствие инфильтрации мягких частей по соседству с большим позвонком удается ощупать и видеть глазом более или менее плотную опухоль по обеим сторонам остистых отростков пораженных позвонков (подобная опухоль образуется, конечно, и около грудных позвонков, но только вследствие толстого слоя мышц остается незаметной). В этом периоде спондилит может повести к образованию заднеглоточного нарыва, который легко прощупывается на задней стенке зева пальцем, введенным через рот,

в виде мягко-упругой опухоли; при значительной величине нарыва он является серьезным препятствием для глотания и дыхания.

Отраженные боли при шейном спондилите ощущаются либо в голове (преимущественно в затылке), если поражены верхние позвонки, либо в руках (при страдании нижних позвонков). Явления спастического паралича вместе с полной или, чаще, неполной анестезией встречаются не только в ногах, но и в руках; от паралича грудных мышц дыхание совершается почти только при помощи диафрагмы.

При поражении двух верхних позвонков наружной опухоли обыкновенно не бывает, но страдание легко узнать, потому что боковые движения головой делаются совершенно невозможными, тогда как наклонение головы вперед до некоторой степени возможно. Довольно характерно для этого спондилита также и то, что при перемене положения из сидячего в горизонтальное больной обязательно так или иначе поддерживает голову руками, например, подкладывая их под затылок или хватаясь за волосы. При такой локализации процесса больной может умереть внезапно вследствие отрыва зубовидного отростка II позвонка, внедряющегося в спинной мозг.

В начале своего появления шейный спондилит характеризуется болью и неподвижностью шеи и сведением шейных мышц, большей частью задних, но иногда только боковых, и тогда голова склоняется к плечу (*torticollis*).

В этом периоде шейный спондилит может быть смешан с различными процессами, ведущими к искривлению шеи (см. *torticollis*), но диагностика отличается тем, что все эти процессы отличаются острым течением и что позвонки при давлении не болезненны. Этот последний признак встречается только еще при одной форме искривления шеи, именно при воспалении синовиальной оболочки между косыми отростками—*synovitis articul. proc. obliq.*, *s. synovitis vertebralis*—болезни, свойственной главным образом детскому возрасту.

Помимо острого течения со скорым исходом в выздоровление, синовит позвоночника отличается от спондилита еще тем, что давление вызывает боль только с одной стороны и именно несколько отступая от остистых отростков, тогда как при спондилите боль с обеих сторон, а всего сильнее—в области самого остистого отростка.

Спондилит, в какой бы части позвоночника он ни был, всегда отличается медленным течением, и если он не ведет к смерти вследствие пиемии при образовании натечных абсцессов или обще-

го туберкулеза, то до полного выздоровления с образованием анкилоза позвонков в месте разрушения проходит от нескольких месяцев до двух лет.

Чем больше подвигается процесс выздоровления, тем меньше становится боль в области пораженного позвонка при давлении на него и при движениях туловища; в конце концов, исчезает и параплегия, но угловатый горб остается, конечно, на всю жизнь. О полном выздоровлении, т. е. об образовании совсем твердого анкилоза, заключают из того, что больной не только не жалуется на боль в спине, но и двигается свободно.

Несомненно, что в некоторых случаях спастический паралич нижних конечностей может иметь чисто *истерическое происхождение*; об истерии следует думать прежде всего в тех случаях, когда спастическая параплегия появилась в виде острой болезни, как было это, например, в следующем случае:

Девочка М., 10 лет, поступила в клинику 1/II по поводу паралича ног. Больная—сирота, и потому собрать удовлетворительный анамнез не удалось.

Настоящая болезнь началась 2 недели тому назад: больная проснулась ночью от сильной боли в ногах и в спине; к утру боли стихли, но походка стала затруднительной и шаткой; дня три спустя больная совсем перестала ходить и не могла даже сидеть; дня два после того было задержание мочи и испражнений; по временам с тех пор появляются боли в ногах. За все время не было ни лихорадочного состояния, ни рвоты, ни головной боли. Status praesens: больная среднего сложения и питания, слизистые оболочки и кожа окрашены нормально; склонность к запорам, живот несколько вздут; со стороны легких и сердца все в порядке. Сознание и речь нормальны, высшие органы чувств тоже; головные нервы не затронуты; верхние конечности при мелких движениях дрожат, вследствие чего питание очень затруднено, но сила рук нормальна. В ногах явления резко выраженного спастического паралича с повышением сухожильных рефлексов: настоящего клонуса стопы нет, но если при положении больной на спине поднять выланутую ногу за пальцы, то сейчас же появляется сильное подергивание икроножных мышц, которое продолжается довольно долго, то ослабевая, то усиливаясь. Подошвенного рефлекса при легком щекотании нет, при грубом раздражении подошвы—появляется. Пассивные движения ноги во всех сочленениях затруднены вследствие ригидности мышц. Заметная анестезия в бедрах, в нижней части живота и в лице. Электровозбудимость сохранена. Трифических расстройств нет, сфинктеры нормальны.

Диагностика истерической формы спастической параплегии была в данном случае нетрудна: *острое развитие спастических явлений* исключало всякую возможность так называемого идиопатического спастического паралича, зависящего, как предполагают, от первичного перерождения боковых столбов спинного мозга; нельзя было допустить также и спондилита, так как этому противоречило и острое развитие болезни, и полная подвижность,

и безболезненность спины; поперечный миелит от какой-либо другой причины исключался целостью тазовых органов и ограниченностью анестезии; одним словом, *внезапное появление* ригидного паралича, исключая болезни головного и спинного мозга, решительно говорило в пользу истерии. Подтверждением служили слабый подошвенный рефлекс, своеобразный клонус стопы и результаты лечения. Первые 10 дней давался антиспазмин, но без результата, тогда сделано было внушение (без усиления), что паралич пройдет через 5 дней (18 февраля), причем с целью влиять на психику назначена легкая фарадизация и внутрь anti-rugin. Некоторая подвижность ног появилась уже 16 числа, а 18 отмечено: «Движения в ногах свободны, больная может поднять ногу в вытянутом положении, двигает пальцами, сама садится и даже может немного ходить». Через месяц девочка выписалась совершенно здоровой.

АТАКСИЯ

Расстройство координации движений, известное под именем атаксии, встречается в детском возрасте как в острой, так и в хронической форме; последняя принадлежит к более редким. Выражается атаксия или шаткой походкой при широко расставленных ногах, или полной невозможностью стояния и хождения; будучи поставлен на ноги, больной или шатается, или прямо падает, как сноп; особенно трудно стоять больному с закрытыми глазами (симптом Ромберга). При лежании в постели точные движения невозможны, больной не может, например, положить пятку одной ноги на колено другой, не может без ошибки коснуться пальцем до кончика своего носа и т. п.

Острая атаксия, т. е. такого рода расстройство координации, которое развивается в течение короткого времени (от нескольких дней до немногих недель), вообще встречается довольно редко, а в детском возрасте в особенности. Острая атаксия не есть, конечно, болезнь, а только симптом, который может встретиться при различных болезнях нервной системы и притом как центральной, так и периферической. Атаксия проявляется, главным образом, в нижних конечностях и в тяжелых случаях ведет к невозможности ходьбы и даже стояния. Подобные случаи описываются под различными названиями, из коих наиболее употребительны; ложная спинная сухотка (*pseudotabes*) и периферическая нервная сухотка (*tabes peripherica, s. neuro-tabes peripherica*). Последнее название произошло оттого, что для громадного большин-

ства случаев ложной спинной сухотки было доказано происхождение атаксии вследствие неврита.

В *этиологическом* отношении все случаи острой атаксии могут быть разделены на четыре группы:

1. *Токсическая* форма. Для взрослых это самая частая форма, но в детском возрасте она встречается крайне редко, так как дети редко имеют случай отравляться теми ядами, от которых происходит эта форма. На первом месте из этих ядов надо поставить алкоголь, а потом мышьяк, свинец и ртуть. Острая атаксия в подобных случаях развивается вследствие хронического паренхиматозного неврита. Детскому возрасту гораздо более свойственна вторая форма ложной спинной сухотки, являющейся вследствие различных острых инфекционных болезней, это—

2. *Инфекционная* форма. Из всех остро-заразных болезней на первом месте бесспорно стоит дифтерия, ведущая к характерным параличам, а иногда и к острой атаксии путем поражения как периферических нервов, так и центральной нервной системы. Громадное большинство случаев острой атаксии у детей принадлежит именно к категории атаксий дифтерийного происхождения, но, помимо дифтерии, к атаксии могут вести и тиф, и оспа, и скарлатина, и дизентерия, и сифилис в периоде вторичных явлений. По мнению некоторых невропатологов, во всех этих случаях дело идет о невритах, но дело в том, что симптомы этих невритов в некоторых случаях бывают совсем не ясны, так что степень атаксии подчас совсем не соответствует степени поражения двигательных или чувствующих нервных волокон, т. е. значительная атаксия встречается рядом с ничтожными расстройствами чувствительности и с легкими парезами. По наблюдениям Муратова (Лекции по нервным болезням детского возраста, 1898, стр. 129), «полиневрическая атаксия может протекать с повышенными рефlekсами, почти с нормальной чувствительностью, почти без всяких других симптомов неврита», словом, как чистая атаксия, но в таких случаях патогенез атаксии остается весьма неясным и возникает сомнение в центральном происхождении атаксии. Один из таких случаев будет приведен нами в группе атаксий центрального происхождения, где будет сказано об этом подробнее.

3. Третью группу составляют случаи атаксии, отличающиеся характером *невроза*. В подобных случаях больной не представляет никаких симптомов каких-либо материальных изменений периферических нервов или центральной нервной системы, да при-

том быстрый исход в выздоровление под влиянием того или другого лечения или просто под влиянием внушения тоже не гармонирует с предположением невритного происхождения болезни.

К этой категории относятся прежде всего *ataxia hysterica* в виде *астазии* и *абазии*, т. е. невозможности стояния и ходьбы при вполне сохраненной силе мышц нижних конечностей, которыми больной, лежа в постели, владеет вполне хорошо, не выказывая ни малейшей атаксии; при этом чувствительность обыкновенно оказывается нормальной, так же как и рефлексы с кожи и сухожилий. Из других отрицательных признаков можно отметить отсутствие спастических явлений, равно как и атрофии мышц, болей и головокружения, словом, больной не представляет никаких других симптомов, кроме только невозможности стояния и ходьбы. Эта форма всего чаще встречается в возрасте от 10 до 15 лет (Говсеев собрал 54 случая астазии, из коих на возраст от 6 до 15 лет приходится 23 случая, т. е. 42%). Ввиду важности подобных случаев как в диагностическом, так и в терапевтическом отношении мы приведем здесь краткую историю болезни одного из наших клинических пациентов.

Мальчик К. Л., 11 лет, поступил в клинику 19/I 1895 г. по поводу паралича ног. Происходит он из туберкулезной семьи, отец — алкоголик, мать страдает мигренями, дед по матери умер в припадке белой горячки. Прежде всегда здоровый, мальчик заболел параличом при таких условиях: в ноябре 1894 г. он сильно испугался в школе крика учителя и весь затрясся. Учитель велел вывести его из класса, но тут с ним случился какой-то припадок с потерей сознания, и он очнулся только дома на следующий день. С этих пор больной уже не мог ни ходить, ни стоять, во всех же других отношениях он был совсем здоров. 5/XII вечером больной сразу громко вскрикнул и впал в бессознательное состояние, причем были легкие подергивания в плечах и ногах. Такое состояние продолжалось около часу, пока больной пришел в себя; после того в течение нескольких дней подряд, по вечерам, перед отходом ко сну с ним повторялись легкие припадки, но без крика, причем больной бессмысленно водил глазами по сторонам, на вопросы не отвечал. Последний припадок с криком потерей сознания и галлюцинацией зрения повторился 18/XII, тоже вечером и длился $\frac{3}{4}$ часа, после того припадок больше не было, а ходить и стоять больной все так же не в состоянии, как и раньше. Status praesens: больной хорошего сложения и питания; кожа и слизистые оболочки окрашены нормально. Органы пищеварения, дыхания, кровообращения и мочеполовые ни его ненормального не представляют; позвоночник безболезнен при давлении и свободно сгибается. Со стороны нервной системы отклонения сводятся к тому, что больной не может ни стоять, ни ходить вследствие того, что при попытках поставить его на ноги они сгибаются в коленях и бедренных сочленениях, как будто вполне парализованные, а между тем, лежа в постели, больной с значительной силой производит всевозможные движения обеими ногами; мало того, он может

стоять на коленях и даже передвигаться на четвереньках. Мышцы нижних конечностей не атрофированы, электровозбудимость и сухожильные рефлексы сохранены, анестезий и гиперестезий нет, спастических явлений нет; тазовые органы здоровы.

Диагностика истерической *astasia-abasia* основывалась, главным образом, на невозможности объяснить явления поражением спинного мозга (целость позвоночника, отсутствие анестезии и паралича сфинктеров) и на том, что все движения ног производятся с полной силой, а невозможны только стояние и ходьба. Диагностика вполне подтвердилась результатами терапии; больному было сказано, что если при приложении машинки (индуктивный ток) боль сегодня будет слабее, чем завтра, то он, наверное, выздоровеет на 5-й день (в субботу). Конечно, мы завтра пустили ток посильнее. Рано утром, часов в 5, в субботу больной проснулся и радостно потребовал у сиделки как можно скорее чулки: он хочет ходить; его обули, и он сейчас же пошел после двухмесячного лежания в постели. Он пробыл в клинике всего 17 дней и выписался здоровым.

К этой же группе атаксий как невроза принадлежат случаи атаксий *рефлекторного происхождения*. Эти формы особенно интересны в чисто практическом отношении, так как при правильном распознавании такая атаксия делается легко доступной влиянию этиологической терапии, ведущей обыкновенно к быстрому выздоровлению; на основании литературных данных можно бы думать, что в этиологии рефлекторных атаксий большую роль играет раздражение половых органов, именно онанизм и фимоз. Весьма интересный образчик острой атаксии от онанизма приводит, например, Непосч на стр. 214 своего руководства (8-е нем. изд., 1895 г.). Случай этот касается 7-летнего мальчика, онанировавшего с 5 лет. Ребенок вял, страдает бессонницей и ночным недержанием мочи. За последние две недели перестал ходить и без поддержки не мог даже стоять и сидеть; при поддержке жалуется на головокружение, передвигается подобно табетiku при явлениях ясно выраженной атаксии; в постели все движения ног довольно свободны; чувствительность сохранена; моча и кал задерживаются с трудом, иногда выделяются произвольно. При употреблении тепловатых ванн десятиминутной продолжительности с холодными обливаниями головы и спины и при строгом надзоре за ребенком с целью воспрепятствовать ему онанировать уже через две недели заметно было значительное улучшение, а через месяц полное выздоровление.

Что фимоз у детей может быть причиной атаксии, доказывает, например, случай Hunt'a (Oest. Jahrb. f. Paed., 76, S. 128). Мальчик, 6 лет, издавна отличался шаткой походкой, часто падал и вообще плохо контролировал свои ноги; кроме того, у него замечались подергивания в лице, невнятная речь, вздрагивание по ночам и неполная подвижность языка. Полное и быстрое выздоровление вслед за операцией фимоза. В подобных случаях, так же как в случаях быстрого выздоровления от параплегии после изгнания глист, не мешает иметь в виду истерию как причину атаксии и выздоровление путем самовнушения от операции.

К 4-й группе относятся случаи острой *атаксии центрального происхождения*, т. е. случаи, зависящие от какого-либо повреждения той или иной части головного или спинного мозга (см. ниже). По всей вероятности, к этой именно группе следует причислить и тот случай острой атаксии, что встретился нам осенью 1895 г.

Девочка В. С., 7 лет, помещена в клинику 6/IX 1895 г. по поводу общей слабости, благодаря которой больная не только не ходит, но не может даже ни стоять, ни сидеть. *Анамнез*: больная—дочь фабричного слесаря; отец ее и мать, а также и два брата (8 и 2 лет) здоровы; выкидышей и недоносков у матери не было; указаний на наследственный туберкулез и сифилис, равно как на алкоголизм или нервные болезни, у близких родных нет. На первом году жизни девочка воспитывалась при материнской груди, но, несмотря на то, нередко страдала поносами и потому ходить начала поздно (к двум годам). До мая 1895 г. В. С. не хворала ничем серьезным, но в течение мая и июня у нее был сильный кашель и жар, и болезнь эта была определена врачом как коклюш, осложненный воспалением легкого. Едва успела девочка оправиться от этой болезни, как в июле снова заболела жаром и упорной многодневной рвотой, а в дальнейшем течении к этому присоединились разные признаки острой головной водянки, каковы: сильная головная боль, спячка, запрокидывание назад головы и даже общие судороги. Врачи определили болезнь как туберкулезный менингит и ставили абсолютно смертельное предсказание, но больная тем не менее мало-помалу стала выздоравливать, и месяца через 1½ от начала болезни, когда сознание вполне восстановилось, аппетит и отправление кишок были нормальны, именно 7/IX, девочку поместили в клинику, главным образом, из-за того, что девочка не могла ни стоять, ни сидеть и плохо владела руками; вообще все движения конечностей выполнялись с трудом, были вялы и резко атактичны. В течение трехмесячного пребывания в клинике состояние больной значительно улучшилось; в это время она была продемонстрирована студентам, причем отмечен следующий *status praesens*: больная среднего сложения, подкожножелезистый жирный слой развит умеренно, кожа и видимые слизистые оболочки не особенно бледны; лимфатические железы не прощупываются ни на шее, ни в других местах; волосы и ногти нормальны, скелет сформирован правильно; череп симметричен, без резко выраженных бугров и вдавлений, при ощупывании в постукивании безболезнен, позвоночник вполне подвижен, безболезнен.

Со стороны органов пищеварения, мочеполовых, дыхания и кровообращения ничего патологического отметить нельзя: аппетит хорош, на виз бывает ежедневно, густо, отравления пузыря и прямой кишки вполне подчинены воле; тоны сердца чисты, пульс около 90 в минуту, правильный; тугой звук селезенки и печени не увеличен, температура за время пребывания в клинике колебалась около 37°.

Со стороны нервной системы на первый план выступает то обстоятельство, что больная совершенно *утратила чувство равновесия*. Будучи поставлена на ноги, она не может сохранить вертикального положения даже в продолжение одной секунды, а падает тотчас же, как палка, т. е. не сгибая ни ног, ни туловища; *сила рук и ног* при грубом исследовании представляется *нормальной*; лежа в постели, больная с такой силой может сгибать и разгибать колени, что взрослый человек лишь с большим трудом может воспрепятствовать этим движениям, если противодействует, удерживая голень; больная, между прочим, *легко и с силой производит дорзальную флексию стопы*, свободно *супинирует и разгибает кисти*, но при некоторых движениях *проявляет атаксию*; она, например, не может коснуться пяткой одной ноги колена другой, не сразу касается пальцем той или другой руки кончика носа и т. п., причем нетрудно заметить, что атаксия в ногах у нее выражена резче, чем в руках. *Мышечное чувство сохранено*; больная с закрытыми глазами отлично определяет положение своих конечностей и узнает насильные движения; *слабости мышц*, в частности, в сгибателях и разгибателях колена и стопы, *не заметно*, но голеностопные сочленения представляются несколько более подвижными, чем это бывает обыкновенно в норме; *питание мышц* представляется *нормальным*, не заметно ни атрофии, ни дряблости мышц; напротив, икроножные представляются *наощуь очень плотными* и упругими, то же следует сказать и про мышцы бедра; *сужоужильные колениые рефлексы* заметно *повышены*, но ригидности в суставах нет; *электрогубудимость* к фарадическому току мышц голени хотя и порядочно *сохранена*, но сравнительно с мышцами предплечья несколько понижена, так, например, с *peroneus* сокращения при расстоянии катушек на 65° умеренной силы, а с *ulnaris* при 75° живое.

Тактильная и болевая *чувствительность* сохранены и, повидимому, *нормальны*: фарадический ток вызывает болевое ощущение на нижних конечностях при расстоянии катушек 65—70°, что, как показало сравнительное исследование на здоровом, нормально или близко к норме. *Рефлексы с подошвы живы*, также и брюшной рефлекс вызывается легко. *Зрачки нормальной величины* и реагируют на свет хорошо; *глоточный рефлекс живой*, зрение и слух нормальны. *Речь монотонна, прерывиста, скандирована*; психика нормальна, выражение лица покойное, лицевые и глазные нервы целы, головных болей нет; сон хорош, ни на какие боли не жалуется, давление по тракту седалищного нерва и на мышцы бедра и голени безболезненно.

Диагностика в данном случае затруднительна. То обстоятельство, что в громадном большинстве случаев острая атаксия обуславливается поражением периферических нервов, дает повод думать, что это один из случаев множественного неврита, так называемого *tabes peripherica*. Но такая диагностика невозможна, так как нет никаких симптомов неврита (ни болей по тракту нервов, ни изменения чувствительности, ни парезов даже в области *n. peron.*, так как дорзальная флексия стопы

производится с силой, ни понижения рефлексов), но есть факты, говорящие против, именно: начало болезни с явлений менингита, заметное усиление рефлексов и нормальное состояние питания мышц ног. Здесь не было также и истерической астазии-абазии (возраст больной, начало болезни, скандированная речь, атаксия при движениях конечностями в лежащем положении). Всего вероятнее предположить какое-нибудь центральное страдание головного или спинного мозга, как, например, коры мозга (корковая атаксия), мозжечка (мозжечковая илиocerebellарная атаксия), варолиева моста и продолговатого мозга (бульбарная атаксия), но несомненно, что в головном и спинном мозгу есть еще и другие места, повреждение которых ведет к атаксии; чтобы определить локализацию болезненного процесса, вызывающего атаксию, в каждом отдельном случае необходимо обращать внимание на характер атаксии, на сопутствующие симптомы и на этиологические моменты.

Что касается характера атаксии и сопутствующих симптомов, то по отношению к *корковой атаксии* важно отметить, что она часто бывает односторонней (двусторонняя атаксия без идиотизма хотя теоретически и возможна, но встречается крайне редко), развивается быстро до значительной степени и постепенно распространяется соответственно расположению отдельных центров; сначала поражаются ноги, потом руки и наконец *facialis* и *hypoglossus*. Кроме атаксий, появляются еще и другие симптомы поражения коры, например кортикальная эпилепсия, параличи, афазия.

При *цереbellарной атаксии* больной жалуется на головокружение, при ходьбе он качается из стороны в сторону, как пьяный, вследствие потери чувства равновесия, но при лежании в постели он двигает конечностями правильно, не проявляя атаксии; руки не поражаются. В нашем случае, хотя на первый план и выступала потеря чувства равновесия, но замечалась атактичность в движениях при лежании не только в нижних конечностях, но и в верхних.

При *бульбарной атаксии* поражаются все четыре конечности и притом появляются еще и бульбарные симптомы, которых в нашем случае не было.

Всего вероятнее, что в нашем случае мы имели дело с *атакцией спинального* происхождения, именно с той формой ее, которая служит выражением *распространенного воспаления спинного мозга* — *myelitis disseminata*. Так как эта болезненная форма в большинстве руководств не описывается, то она очень мало известна

врачам; вот причина, в силу которой мы находим нужным подробнее описать ее, руководствуясь работой Leyden'a и Goldscheider'a из сборника Nothnagel, 'я В. X, Teil II, S. 404. Картина острой атаксии, говорят Leyden и Goldscheider, может быть вызвана двумя различными процессами, во-первых, полиневритом, во-вторых, рассеянным острововидным заболеванием центральной нервной системы специально в области спинного и продолговатого мозга, варолиева моста и мозговых ножек; эту последнюю форму Leyden и Goldscheider описывают под именем острой (бульбарной) атаксии. По Westphal'ю, описанному наибольшее число случаев острой атаксии, самыми характерными симптомами занимающей нас болезни являются следующие: 1) *своеобразное расстройство речи*; больной говорит протяжно, медленно, скандированно; 2) *атаксия конечностей при сохраненной или во всяком случае лишь незначительно ослабленной мышечной силе*; 3) *неповрежденная чувствительность* и 4) *расстройство психики* в виде возбуждения или ослабления памяти и даже деменции. По Leyden'у, myelitis disseminata (encephalomyelitis) вызывает две совершенно различные картины болезни: острую атаксию и параплегию.

Наиболее заметным симптомом первой формы бывает *стремительная атаксия*, распространяющаяся на все четыре конечности, хотя и не в равномерной степени; произвольные движения часто бывают не только атактичны, но и замедлены, вялы; грубая сила мускулов если и ослаблена, то лишь в очень незначительной степени; настоящие параличи встречаются редко; мышцы обыкновенно расслаблены; иногда рядом с атаксией замечается еще и трясение, особенно заметное при активных движениях; со стороны глаз часто бывает нистагм. *Расстройство речи* замечается почти всегда, она скандирована, протяжна, замедлена, монотонна; мочевой пузырь и прямая кишка функционируют нормально. Субъективных *расстройств чувствительности* и *большей не бывает*, а объективное исследование открывает лишь незначительные отклонения от нормы. Мышечное чувство в большинстве случаев нормально. *Рефлексы* с кожи нормальны, а *сухожильные* могут быть *усилены*. Рефлексы зрачков не изменены. Умственные способности часто бывают понижены и память ослаблена, иногда до степени слабоумия.

Течение. Болезнь начинается остро или подостро. В некоторых случаях после *бурного начала* все симптомы быстро ослабевают, и через несколько недель наступает полное выздоровление, в других случаях после кажущегося выздоров-

вления наступают рецидивы, и дело может кончиться развитием множественного склероза. Некоторые случаи принимают хроническое течение, переходя непосредственно в картину множественного склероза неопределенной продолжительности.

Патологическая анатомия. Воспалительные гнезда различной, но большей частью незначительной величины, в некоторых случаях ограничиваются спинным мозгом, в других—захватывают также продолговатый мозг, варолиев мост, ножки мозга и даже иногда полушария. Они сидят как в сером, так и в белом веществе. В общем патологический процесс носит характер периваскулярного воспаления. В дальнейшем течении воспалительные фокусы переходят, вероятно, в состояние склероза, т. е. происходит переход в множественный склероз.

Этиология. Наследственность не имеет особого значения. Травма может быть случайной причиной. Самым главным этиологическим моментом бывают острые инфекционные болезни: оспа, тиф, коклюш, рожа, корь, кровавый понос, инфлюэнца, болотная лихорадка, бешенство, туберкулез и, вероятно, также свинка. Первые признаки миелита наступают или во время разгара болезни, или, что бывает чаще, в периоде выздоровления. Некоторое значение имеют и интоксикации, например окисью углерода и металлами. Иногда не удается открыть этиологического момента; подобные случаи описываются как «самопроизвольный миелит».

Если теперь мы вернемся к нашему случаю, то увидим, что по бурному началу, симулировавшему воспаление мозговых оболочек, по резко выраженной атаксии всех четырех конечностей при отсутствии параличей и расстройства чувствительности, по скандированной, монотонной речи, по отсутствию мышечных атрофий и по усилению сухожильных рефлексов он вполне подходит под картину, описанную Leyden'ом и Goldscheider'ом под именем *mye.itis disseminata, s. ataxia acuta (bulbaris)*. Исход болезни в нашем случае не противоречит этой диагностике, большая выписалась из клиники в январе с значительным улучшением. Она могла некоторое время стоять без поддержки, могла ходить вокруг кровати, держась за край ее, могла влезть на кровать без посторонней помощи. Весной она могла ходить без поддержки.

Что касается диагностики причин острых атаксий вообще, то она обыкновенно легко выясняется из анамнеза; дифтерийная атаксия диагностируется сравнительно еще легче, так как ей предшествуют, а нередко и сопутствуют характерные симптомы паралича небной занавески и глотки. От хронической атаксии

острые формы отличаются главным образом быстротой развития симптомов.

Предсказание при острых атаксиях, вообще говоря, благоприятно, так как в большинстве случаев наступает полное выздоровление через несколько недель или месяцев; в тяжелых случаях может наступить и смертельный исход, например при дифтерийной атаксии от паралича сердца. При *myelitis diss.* может быть исход в хронический множественный склероз.

Х р о н и ч е с к а я а т а к с и я в детском возрасте является симптомом поражения или головного мозга, или спинного. В первом случае диагностика основывается на сопутствующих симптомах, указывающих большей частью на существование или опухоли в полости черепа, или хронической головной водянки; об этом мы распространяться не будем, так как атаксия в подобных случаях играет лишь второстепенную роль. Напротив того, главным симптомом она является при так называемой *болезни Friedreich'a* или наследственной атаксии, которая по анатомической сущности должна считаться за комбинированное системное заболевание, так как при аутопсии постоянно встречается перерождение и задних, и пирамидных боковых столбов, а нередко также Clarke'вских и мозжечковых столбов. Главными симптомами ее бывают *атаксия, утрата сухожильных рефлексов, нистагм и дрожание конечностей* при произвольных движениях. Атаксия по характеру своему напоминает отчасти церебеллярную, так как при ходьбе больной качается из стороны в сторону; нистагм бывает почти всегда, но у некоторых больных он не заметен при покое глаза, а проявляется только при движениях глазного яблока, например, когда больному предлагают следить за предметом, передвигающимся перед глазами вправо или влево. Весьма важным симптомом болезни Friedreich'a является также *расстройство речи*, которая монотонна и невнятна; язык при высовывании представляет дрожательные движения или подергивания.

Что касается до отличия этой болезни от обыкновенной *tabes dorsalis*, которая, впрочем, в детском возрасте едва ли встречается, то оно основывается на отсутствии некоторых весьма важных для последней симптомов. Так, при атаксии Friedreich'a нет расстройства чувствительности кожи и мышечного чувства, нет ни атрофии зрительных нервов, ни изменений реакции зрачка, ни нарушения функций пузыря и прямой кишки, но есть нистагм, несвойственный *tabes*, и расстройство речи; общими признаками остаются атаксия и отсутствие сухожильных рефлексов.

Интенционное дрожание, нистагм, расстройство речи и атаксия встречаются еще при множественном склерозе—болезни крайне редкой у детей; существенное отличие состоит в том, что при склерозе *сухожильные рефлексы усилены*, течение болезни прерывается апоплектиформными приступами и временными значительными ухудшениями.

Диагностика болезни Friedreich'a во многих случаях облегчается *наследственным характером* болезни, т. е. тем, что она появляется или у всех, или по крайней мере у некоторых членов семьи. Этот признак свойствен еще только той форме атаксии, которую Marie описал под именем *héréditaire cérébelleuse*, но при этой форме сухожильные рефлексы сохранены или даже усилены, руки или совсем не поражаются, или очень поздно, мышцы нижних конечностей находятся в состоянии спазма, часто развивается атрофия зрительного нерва; в этиологическом отношении существенная разница в возрасте, когда начинается болезнь: болезнь Friedreich'a—от 7 до 15 лет, а cerebellарная атаксия—от 20 до 40.

ВОСПАЛЕНИЕ МЗГОВЫХ ОБОЛОЧЕК

На основании этиологии, патогенеза и клинического течения можно принять четыре формы острого воспаления мозговых оболочек у детей: 1) гнойный менингит; 2) туберкулезный менингит или острая туберкулезная головная водянка; 3) серозный менингит или простая острая головная водянка и 4) эпидемический цереброспинальный менингит.

При *прстом* (нетуберкулезном) *остром гнойном воспалении* (meningitis acuta simpl.) поражается главным образом мягкая мозговая оболочка на *поверхности полушарий* (откуда название—leptomeningitis convexa); патологоанатомически оно характеризуется образованием *гнойного экссудата*, почему и называется также meningitis purulenta.

Туберкулезная форма воспаления мозговых оболочек отличается от предыдущей, между прочим, тем, что главнейшие изменения локализируются на оболочках основания мозга, откуда название—meningitis basilaris. Присутствие гноя в этом случае вовсе не обязательно, во многих случаях его даже вовсе не заметно, а воспаление выражается образованием серозного экссудата, скопляющегося преимущественно в подпаутинных пространствах, между перекрестом зрительных нервов и продолговатым мозгом, и в боковых мозговых желудочках, которые по-

этому во всех случаях значительно растягиваются, почсму эта форма и называется также *острой головной водянкой* (*hydrocephalus acutus*). Особенно характерно для данной болезни присутствие большого количества милиарных бугорков на основании мозга, скопляющихся всего сильнее в сильвиевых бороздах, — *meningitis tuberculosa*. Так как туберкулез почти никогда не локализуется на одних только мозговых оболочках, то при вскрытии удастся обыкновенно найти бугорки и в других органах, в особенности же в бронхиальных железах.

Несомненно, однако, что *острая головная водянка* воспалительного происхождения (*meningitis serosa*) иногда встречается у детей (в особенности до 2-летнего возраста) и без бугорчатки, т. е. при полном отсутствии бугорков не только на мозговых оболочках, но и где бы то ни было в организме. Как при туберкулезном менингите, так и при этой форме рядом с серозным экссудатом может быть и гной. Болезнь эта описывается в некоторых руководствах в отдельной главе под именем *простой* (нетуберкулезной) *острой головной водянки* (*hydrocephalus acutus simplex, s. non tuberculosus*) или детского менингита (*leptomeningitis infantum*) (Huguenin), так как она составляет принадлежность юного детского возраста. Но так как по признакам и по течению пресстая головная водянка ничем существенным не отличается от туберкулезной, то описывать ее отдельно нет никакой надобности; достаточно знать, что подобная форма существует и что она в отличие от туберкулезного менингита может кончиться выздоровлением, вследствие чего отнюдь нельзя считать больного безнадежным только потому, что он представляет симптомы туберкулезного менингита, т. е. страдания абсолютно смертельного.

Эпид мич ский цереброспинальный менингит (*meningitis cerebrospinalis epidemica*) характеризуется образованием гнойного экссудата как на поверхности, так и на основании головного мозга и, кроме того, поражением оболочек и спинного мозга.

В патологоанатомическом отношении эти четыре формы резко отличаются друг от друга только в своих типических представителях, рядом с которыми встречаются еще различные переходные формы. Так, например, при *meningitis purulenta* гнойный экссудат может распространяться и на основание мозга, и на сосудистые сплетения желудочков; острая головная водянка (туберкулезная или пресстая) сопровождается иногда образованием гноя не только на основании мозга, но и на поверхности полушарий; как при простом гнойном, так и при туберкулезном

менингите воспаление может занимать и оболочки спинного мозга, как при эпидемическом менингите. Само собой разумеется, что сходство в клиническом отношении может быть еще значительнее, и потому не удивительно, что в некоторых случаях очень трудно бывает сказать, с какой именно формой имеешь дело. Важным подспорьем диагностике в подобных случаях является этиология.

Этиология. В отличие от всех других форм воспаления мозговых оболочек туберкулезный менингит никогда не поражает детей вполне здоровых, так как главнейшим этиологическим моментом его бывает общий или местный туберкулез. Ввиду этого для диагностики его важно констатировать *расположение данного ребенка к туберкулезу*. Это расположение может быть наследственным или приобретенным. Для выяснения первого врач спрашивается о том, не было ли туберкулеза у родителей или близких родственников и не умер ли кто из братьев или сестер больного от какой-либо болезни, имеющей отношение к туберкулезу; в этом смысле всего важнее знать, не было ли случаев смерти от менингита. Встречаются такие несчастные семьи, в которых несколько детей подряд и притом нередко приблизительно в одном и том же возрасте умирают от менингита, хотя ни отец, ни мать туберкулезом не страдают.

Наследственное расположение к туберкулезу у детей может быть следствием других болезней родителей, например застарелого сифилиса. Я знаю семью, в которой четверо детей умерли от туберкулезного менингита несмотря на то, что отец и мать казались совсем здоровыми; отец имел на плече рубец от когда-то бывшей костоеды якобы золотушного происхождения, в анамнезе у него много лет назад значился сифилис, но в данное время общее состояние здоровья представлялось цветущим. После смерти четвертого ребенка по совету врача он подвергся антисифилическому лечению втираниями серой мази, и через $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ года после того родилось двое детей, которые в настоящее время уже пережили опасный возраст и совершенно здоровы.

Указанием на семейное расположение к туберкулезу может служить смерть братьев от кори и коклюша. У детей вполне здоровых болезни эти протекают обыкновенно благополучно, но при расположении к туберкулезу они опасны.

Приобретенное расположение развивается под влиянием всех неблагоприятных условий, пользующихся известностью в этиологии рахитизма и золотухи, а потому если ребенок предста-

влет признаки той или другой из этих болезней, то можно думать, что у него есть расположение и к туберкулезу. Общий здоровый вид в подобных случаях не доказывает противного, так как под влиянием рахитизма в первые годы жизни могут образоваться где-нибудь в теле (бронхиальных железах) творожистые (туберкулезные) фокусы, которые до поры до времени ничем не проявляют своего присутствия, но в конце концов дают повод к самозаражению организма туберкулезными бактериями.

Такие скрытые гнезда всего чаще остаются в бронхиальных или в брыжеечных железах после бывших когда-то катарров, к которым так расположены и рахитики, и золотушные дети, а потому необходимо справляться о том, не страдал ли ребенок повторными или хроническими бронхитами и поносами.

Есть болезни, после которых расположение к туберкулезу, остававшееся в скрытом состоянии, вдруг проявляется в виде менингита или острого милиарного туберкулеза и т. п., и это обстоятельство (т. е. что припадки стали проявляться после такой-то болезни) может иметь при случае очень большое значение при диагностике, например тифа от туберкулеза. В ряду этих болезней на первом месте должны быть поставлены корь, грипп и коклюш, на втором — различные истощающие болезни.

Никаких случайных причин для заболевания туберкулезным менингитом не требуется, так как большей частью болезнь развивается без всякого определенного повода: в других случаях получают указания на простуду или на ушиб головы (сплошь и рядом весьма легкий, которому трудно придать какое-либо значение).

Возраст, наиболее благоприятствующий развитию туберкулезного менингита, — от 2 до 7 лет, но иногда заболевают также грудные дети и взрослые.

В противоположность этому простой серозный менингит (простая острая головная подянка) всего чаще (почти исключительно) встречается у маленьких детей, на первом и втором году жизни. Другое этиологическое отличие его от туберкулезной формы состоит в том, что он поражает не только рахитиков, но и совершенно здоровых детей, не имеющих ни наследственного, ни приобретенного расположения к туберкулезу, и развивается обыкновенно без всякой видимой причины. Чаще, впрочем, он встречался нам у слабых детей, представлявших рахитические изменения в костях черепа и грудной клетки, или у детей, уже не раз имевших эclamпсические судороги. Некоторые авторы признают влияние прорезывания зубов как обстоятель-

ства, располагающего детей к мозговым приливам и к острой головной водянке.

Простой остро-гнойный менингит никогда не развивается у здоровых детей без всякой видимой причины, а потому, если в анамнезе не удастся найти ничего подходящего, то уже одно это обстоятельство делает диагностику простого гнойного воспаления мозговых оболочек мало вероятной, хотя бы за нее и говорили симптомы,—в подобных случаях дело идет обыкновенно о цереброспинальном менингите инфекционного происхождения. Здоровый и крепкий ребенок может заболеть менингитом вследствие ушиба или сильной простуды головы, или от инселяции. В других случаях менингит развивается от распрстранения воспаления с соседних частей или как осложнение различных острых инфекционных болезней. В первом случае самой частой причиной бывает острая или хроническая otitis media или же костоеда черепных костей от других причин (pericstitis, гуммы, рожа головы, чирьи и т. п.). Как осложнение острых болезней, менингит присоединяется всего чаще к крупозной пневмонии, несколько реже к скарлатине, острому ревматизму, сепсе и писмии.

Эпидемический цереброспинальный менингит, как показывает название, развивается под влиянием эпидемических, пока еще не известных условий. При аутопсии всего чаще находили внутриклеточного диплококка. Этот же микроб встречается обыкновенно и в спорадических случаях цереброспинального менингита; некоторые авторы относят его к числу контагиозных болезней, но заразительность его во всяком случае невелика.

Переходим теперь к симптомам. Из всех смертельных мозговых болезней у детей туберкулезный менингит встречается чаще, чем все другие болезни вместе взятые, а потому с него и начнем.

Несмотря на то, что нет ни одного симптома, который мог бы считаться патогномичным для туберкулезного менингита, все-таки распознавание этой болезни в громадном большинстве случаев не представляет затруднений и именно на основании совокупности симптомов и всего течения.

В отличие от всех других форм воспаления мозговых оболочек туберкулезный менингит почти *никогда не начинается внезапно среди полного здоровья*. Напротив того, за несколько недель до появления головной боли и рвоты больной представляет неопределенные симптомы общего недомогания, характеризующие так называемый *период предвестников* туберкулезного менингита. Этот период, по замечанию Rilliet и Bar-

thez, если когда и отсутствует, то разве только у больничных пациентов, на здоровье которых домашние обращают мало внимания и потому пустяков не замечают, но в частной практике симптомы предвестников удается констатировать всегда, но это не совсем справедливо: припадки этого периода объясняются началом туберкулеза вообще в организме, и вовсе не обязательно, чтобы после таких припадков туберкулез непременно локализовался на мозговых оболочках: он может ограничиться легкими или брюшиной и пр.; чем скорее примут участие в поражении мозговые оболочки, тем короче будет период предвестников, и так как в детском возрасте мягкая мозговая оболочка иногда поражается туберкулезом первично и изолированно, то периода предвестников может совсем не быть. Правда, такие случаи редки, но их все-таки следует иметь в виду, чтобы не придавать решающего значения отсутствию предвестников.

Итак, период предвестников указывает на начинающийся туберкулез и всего чаще выражается симптомами общего упадка питания в виде «беспричинного похудания за последнее время» (особенно заметно на грудной клетке и на шее, но не в лице), бледности покровов и потери аппетита при отсутствии головной боли, лихорадки и поноса; родители жалуются также, что ребенок сделался скучен и вял или раздражителен и плаксив, и все это «без всякой причины».

В других случаях период предвестников проявляется в виде более или менее продолжительного лихорадочного состояния без всяких местных симптомов и потому часто принимаемого за легкий тиф, хотя опухоли селезенки обыкновенно не бывает. Если такое лихорадочное состояние (т. е. без местных симптомов) появляется у ребенка, только что отделившегося от кори или гриппа, или у страдающего коклюшем, то одно уже это обстоятельство сильно говорит в пользу развития туберкулеза и делает невероятным предположение у больного тифа. Такая лихорадка может продолжаться 2—3 недели, прежде чем покажутся мозговые симптомы, но иногда затягивается на несколько недель; так, например, в одном из моих случаев у мальчика 5 лет туберкулезная лихорадка с явлениями ничтожного бронхита, то исчезавшего, то появлявшегося снова, начавшаяся во время коклюша, продолжалась 109 дней, пока появилась, наконец, рвота и головная боль. (Об особенностях туберкулезной лихорадки и об отличиях ее от тифа см. в главе о тифе.) Безлихорадочный период предвестников тянется также от 2 до 12 недель.

Начало собственно менингита означает *рвотой и головной болью*. (Об отличии мозговой рвоты от желудочной было говорено в гл. о рвоте, стр. 117.) Рвота редко продолжается более 5 дней, и если прошли целые сутки без рвоты, то можно рассчитывать, что она не вернется больше. Рвота принадлежит к числу самых важных симптомов менингита, главным образом в силу своего *постоянства*, так как она почти никогда не отсутствует, а потому в сомнительных случаях *отсутствие рвоты в начале болезни почти исключает менингит*. Сравнительно чаще встречаются случаи менингита с неупорной, например однократной рвотой. Что касается до головной боли, то при туберкулезном менингите она не бывает так сильна, как при гноисе или цереброспинальном; ребенок постарше не мечется от нее в постели, не стонет, не хватается за голову, а заявляет о ней только той частью лишь на вопрос, что у него болит. Это обстоятельство надо иметь в виду, чтобы не исключить при дифференциальной диагностике мозговое страдание только на основании незначительности головной боли. Для начала туберкулезного менингита характерно не беспокойство, а, напротив того, легкая апатия: ребенок покойно лежит в кровати, ни на что не жалуется и ничего не просит; он отнюдь не производит впечатления тяжело больного, он только слаб и не может ходить, главным образом от *головокружения*.

У маленьких детей, в особенности у грудных, острая головная водянка сопровождается, повидимому, более значительной головной болью, так как в первые дни заболевания вместе с рвотой появляется значительное *беспокойство*, так что ребенок очень много плачет как днем, так и ночью, и это беспокойство несомненно имеет диагностическое значение для отличия мозговой рвоты от желудочной, при которой ребенок остается сравнительно покоен.

В течение следующих дней самым характерным явлением бывает *постепенное, но прогрессивное усиление апатии* до степени сонливости, переходящей к концу болезни в полную, непробудную спячку. Усиление апатии выражается в том, что ребенок очень часто в течение дня засыпает как бы нормальным, покойным сном. Сначала бывает достаточно простого оклика, чтобы он проснулся; сознание его совсем еще в порядке: он правильно отвечает на вопросы и исполняет то, что от него требуют, но, будучи предоставлен самому себе, он очень скоро снова закрывает глаза и опять спит. Довольно редко случается, чтобы в первом периоде туберкулезного менингита ребенок сильно бредил,

вскакивал с постели, беспрестанно говорил и т. п. Эти симптомы, записанные от поражения мозговой коры, более свойственны гнойному менингиту поверхности полушарий. Позднее снычка делается более глубокой, ребенок пробуждается лишь при болевых раздражениях, еще позднее он отвечает на них только рефлексорным криком, а незадолго до смерти исчезают и рефлекс.

Апатичное состояние у грудных детей проявляется склонностью ко сну, и потому довольно характерно для начинающегося менингита, что ребенок, который, страдая в течение нескольких дней (3—6) рвотой, беспокойством и плохим сном, начинает часто засыпать даже и днем, причем рвота или совсем прекращается, или становится реже.

Сонливость как симптом базиллярного менингита имеет особое значение для диагностики начального периода этой болезни в том случае, если не сопровождается лихорадочным состоянием, так как в противном случае она может быть прямым следствием повышения температуры, от какой бы причины оно ни произошло. Значит, сонливость говорит в пользу мозгового страдания лишь в том случае, если степень ее совсем не соответствует силе лихорадки или если сонливость появляется уже после прекращения жара, т. е. в периоде выздоровления от какой-либо лихорадочной болезни.

Далее, характерны явления со стороны органов пищеварения: язык довольно чист (при желудочной рвоте он бывает обыкновенно густо обложен), и с первых же дней болезни развивается *запор*, и что особенно интересно в диагностическом отношении, так это то, что, *несмотря на упорный многодневный запор, живот не только не вздувается, а напротив того, с каждым днем делается мягче и плосче, а к концу недели или несколько позднее он совсем вваливается* и делается корытообразным (ладьеобразный живот). (Чем, собственно, объяснить такую форму живота, мы не знаем. То обстоятельство, что ребенок с самого начала болезни почти ничего не ест, может, конечно, способствовать этому, но это не единственная и не главная причина ввалившегося живота; нельзя также объяснить это явление спазмом кишок или мускулатуры брюшной стенки, а всего вероятнее, что изменяется химизм кишечного пищеварения, вследствие чего образуется мало кишечных газов.)

Запор—признак, довольно важный для диагностики менингита, во-первых, потому, что он принадлежит к постоянным симптомам этой болезни, а, во-вторых, потому, что он комбинируется с мягким, позднее с ввалившимся животом, чего не бы-

вает обыкновенно ни при катарре желудка и кишок, ни при тифе, т. е. при тех именно болезнях, с которыми всего чаще смешивается острая головная водянка в своем начальном периоде.

Запор сравнительно часто отсутствует при менингите у грудных детей. Это объясняется тем, что запор при менингите зависит, вероятно, от раздражения п. splanchnici, который принадлежит к числу задерживающих нервов, а так как задерживающая нервная система у маленьких детей вообще работает слабо, то уже а priori можно ждать, что при meningitis у грудных детей запор не будет столь постоянным явлением, как у детей более взрослых, что и подтверждается наблюдением. Но зато диагностика облегчается у них тем, что желудочная рвота в этом возрасте обязательно сопровождается расстройством кишечной деятельности в виде диспепсии или водянистого поноса, а потому если, несмотря на повторную в течение нескольких дней рвоту у грудного ребенка, стул остается нормальным (и тем более еще, если развивается склонность к запору, или если прекращается понос, бывший раньше), то это в высшей степени подозрительно, а если притом ребенок находится при груди и в анамнезе нет никаких указаний на раздражение желудка грубой пищей, то едва ли может быть сомнение в мозговом происхождении рвоты.

Далее, для диагностики начального периода менингита имеет значение *ход температуры*. Очень редко случается, чтобы туберкулезное воспаление мозговых оболочек протекало при нормальной температуре или, наоборот, при жаре выше 39° , обыкновенно же встречается субфебрильное состояние с колебаниями от $37,8^{\circ}$ до $38,8^{\circ}$. С одной стороны, такая температура слишком высока для простой диспепсии у грудных детей, при которой не бывает никакого жара, а с другой стороны, она слишком низка для тифа. Я убежден в том, что если бы врачи придавали большее значение температуре, то смешение менингита с тифом встречалось бы значительно реже. Что под самый конец болезни температура при менингите может достигать гипертермических градусов ($41-42^{\circ}$) вследствие паралича регуляторных центров, это не имеет особого значения, так как встречается незадолго до летального исхода. Следует еще заметить, что нормальная или даже субнормальная температура *в природе спячки* не исключает менингита, хотя подобное явление гораздо чаще встречается при ложном менингите, т. е. при так называемом гидроцефалоиде, зависящем от анемии и отека мозга.

Пульс в первые дни болезни может быть учащен сообразно лихорадочному состоянию, но уже к концу первой недели, а

иногда и раньше, он делается *замедленным и неправильным*. Число ударов пульса в редких случаях у детей нескольких лет отроду может упасть до 50—60 ударов, но при лихорадочном состоянии, хотя бы и небольшом, уже и 90 ударов можно считать за замедление, так как у детей 5—6 лет при температуре около 38,5° пульс бывает обыкновенно около 120, а у грудных до 140, так что у последних и 112 можно смело считать за замедленный пульс, тем более еще, что п. *vagus* как нерв, задерживающий сердце, работает у них слабо, и потому на более резко выраженное замедление рассчитывать у них не приходится. В периоде более глубокой спячки, особенно после того, как появились судороги, пульс учащается все больше и больше и перед концом жизни доходит до 200 или делается настолько слабым и частым, что не может быть сосчитан.

Что касается до неправильности пульса, то она выражается сначала неравномерностью силы и частоты ударов, потом легкими перебоями от momentальной остановки сердечной деятельности, потом более продолжительными перебоями. Самые незначительные неправильности не могут быть замечены пальцем при счете пульса, но они легко констатируются посредством стетоскопа, так как орган слуха в этом отношении гораздо чувствительнее осязания.

Неправильный и замедленный пульс служит важным подспорьем для диагностики менингита только в том случае, если одновременно имеются еще и другие какие-либо мозговые симптомы, например, апатия или сонливость, но сам по себе такой пульс ничего зловещего не представляет, так как может встретиться и без мозгового страдания, например у выздоравливающих после лихорадочных болезней, у анемичных и у маленьких детей во время сна.

Со второй недели болезни, когда рвота уже прекратилась, а неправильность пульса и сонливость более или менее резко выражены, появляются еще новые симптомы, окончательно выясняющие диагностику. Сюда относятся: глубокие вздохи, явления со стороны глаз, жевательные движения нижней челюсти и автоматические, однообразные движения той или другой конечностью (всего чаще ребенок начинает делать непрерывное движение рукой; он поднимает ее до головы, опускает потом по лицу и груди на живот, опять поднимает до лба и т. д. в течение получаса и дольше, несколько раз в день), явления со стороны вазомоторов; еще позднее являются сведение затылка, общие судороги, невозможность глотания.

Дыхание в первые дни совершается правильно, но в периоде сонливости начинают появляться временами более глубокие вздохи, после которых нередко наступает продолжительная пауза (ребенок как будто забывает дышать, по выражению Barthez'a и Rilliet); иногда покойное дыхание прерывается монотонным, громким коротким вскрикиванием (гидроцефалический крик Coindet); еще позднее, в периоде полной спячки (конец второй и начало третьей недели), дыхание принимает Cheyne-Stockes'-ский характер.

Глаза представляют так много симптомов, характерных для менингита, что именно по глазам часто можно узнать эту болезнь издали.

Прежде всего бросается в глаза неподвижный взгляд—симптом, наиболее ценный для диагностики менингита у маленьких детей, у которых он является довольно рано (конец первой недели); ребенок редко мигает, веки широко раскрыты, и глаза неподвижно устремлены куда-то вдаль; он не фиксирует никаких предметов, подносимых к нему, и, должно быть, плохо видит, так как не мигает при приближении к глазу пальца; зрачки при этом широки и вяло реагируют на свет; нередко замечается осцилляция зрачков, т. е. под влиянием света зрачок сокращается на короткое время, но сейчас же расширяется снова, несмотря на продолжающееся действие света. Как на хорошее диагностическое средство для отличия острой головной водянки от всех сходных с ней заболеваний Parrot указывает на то, что при ней можно вызвать значительное расширение зрачка посредством щипания кожи живота. Что в периоде неполной спячки признак этот встречается постоянно, в этом и я имел случай убедиться, но для этого нет надобности щипать именно кожу живота, достаточно всякого болевого раздражения; но насколько симптом этот характерен специально для менингита и не встречается ли он также при других болезнях, конца ющихся спячкой, это другой вопрос, требующий для своего решения дальнейших наблюдений.

Далее, со стороны глаз мы имеем еще два симптома: косоглазие (оно является много позднее неподвижного взгляда) и изменение дна глаза. Если офтальмоскопом удастся заметить присутствие бугорков на сосудистой оболочке, то диагностика милиарной бугорчатки несомненна, но беда в том, что бугорки chorioideae встречаются очень редко, чаще находят застойный сосочок, но этот симптом несколько не патогномичен для острой головной водянки; он указывает только на затрудненное кровообра-

щение и усиленное давление в полости черепа, которое может зависеть и от опухоли мозга, и от других причин.

Симптомы, указывающие на расстройство иннервации *вазомоторов*, являются сравнительно поздно. Сюда относятся два рода явлений: во-первых, быстрая смена окраски лица и, во-вторых, пятна Trousseau.

В первом периоде туберкулезного менингита лицо бывает бледным, но при расстройстве вазомоторов, что бывает в периоде довольно глубокой спячки, временами вдруг появляется яркая краска одной или обеих щек, скоро опять исчезающая; нередко такую игру цветов удастся вызвать искусственно, для чего стоит только чем-нибудь обеспокоить ребенка. Для того чтобы вызвать появление пятен Trousseau, надо провести по коже туловища черту пальцем или каким-нибудь тупым инструментом, умеренно надавливая. Через $1/4$ — $1/2$ минуты после того на месте черты появляется яркая красная полоса, остающаяся на довольно долгое время и постепенно исчезающая с краев; хотя при *meningitis tuberculosa* пятна эти встречаются в позднем периоде постоянно, но диагностическое их значение не особенно велико, так как они бывают и при других болезнях например при тифе.

Сведение затылка принадлежит тоже к числу довольно постоянных, но поздних симптомов туберкулезного менингита; для дифференциальной диагностики от тифа оно может иметь значение только потому, что сопровождается сравнительно низкими температурами, а при тифе—высокими (40° и больше).

При сведенном затылке пассивное сгибание головы всегда бывает крайне болезненным и вызывает реакцию со стороны больного в виде крика или искажения черт лица даже и в периоде довольно глубокой спячки, когда, например, уколы булавкой уже вовсе не ощущаются. Так как при положении на спине подушки производят известное давление на сведенный затылок в смысле сгибания головы, то ребенок, несмотря на сонливость, инстинктивно принимает положение на боку и для сохранения равновесия сгибает ноги в бедренных и коленных сочленениях, т. е. он лежит на боку, скорчившись, и такое положение, известное под именем «положения легавой собаки», довольно характерно для туберкулезного менингита (при тифе, например, больные лежат большей частью на спине).

Характерно также для *habitus'a* менингитика значительное исхудание, достигающее при этой болезни самых высших степеней в сравнительно очень короткий срок; в какие-нибудь две недели больной представляет, что называется, кости и кожу

т. е. такое истощение, какое при тифе никогда не встречается так рано.

Общие судороги сами по себе ничего типичного для менингита не представляют; следует иметь в виду, что, несмотря на полное отсутствие какого-либо фокусного страдания мозга, они все-таки могут быть односторонними и часто оставляют после себя ограниченные параличи. Почти никогда эклампсия не появляется с самого начала болезни, обыкновенно же дня за 3—4 до смертельного исхода. По наблюдениям Barthez и Rilliet, если конвульсии являются вначале и отличаются особым упорством, то они всегда указывают на присутствие больших туберкулов в мозгу.

Родители часто обращаются к врачу с вопросом, долго ли проживет ребенок, скоро ли кончатся его мучения. Определять время смерти—дело вообще очень трудное, а при туберкулезном менингите тем более, так как продолжительность его колеблется в довольно широких размерах, но приблизительно можно руководствоваться следующими соображениями. В большинстве случаев острая головная водянка (туберкулезная или простая, это все равно) продолжается 2—3 недели. Пока пульс остается замедленным, очень близкой смерти ждать нельзя, хотя бы спячка и была резко выражена; если пульс начинает значительно учащаться, то дело идет к концу, и когда он доходит до 180—200 ударов, то едва ли больной проживет более 1—1½ суток; невозможность глотания (не во время судорог только, а постоянно) является не более как за сутки до летального исхода, а хриплое, клочущее дыхание—за несколько часов.

Особенно быстро протекает менингит в том случае, когда он развивается у ребенка, страдающего резко выраженной чахоткой. По Rilliet и Barthez'у, в таких случаях дело прямо начинается судорогами, за которыми следует спячка и другие явления последнего периода.

Туберкулезный менингит в различных своих периодах может иметь сходство со многими болезнями. Во всех сомнительных случаях надо постараться прежде всего выяснить вопрос о периоде предвестников (т. е. были ли в данном случае соответствующие симптомы) и есть ли у ребенка наследственное или приобретенное расположение к туберкулезу. Чтобы с уверенностью ставить диагностику туберкулезного менингита при отсутствии упомянутых этиологических условий, надо иметь гораздо более клинических данных, чем в том случае, когда сам больной или его братья страдали туберкулезом в той или иной форме.

Узнать приближение туберкулезного менингита в периоде предвестников невозможно, потому что в это время нет никаких характерных симптомов. Что ребенок без всякой видимой причины с некоторых пор теряет аппетит, худеет и бледнеет, еще ничего не доказывает, так как подобные симптомы встречаются также при анемии, легком катарре желудка, глистах. Положение делается более подозрительным, если ребенок, кроме того, представляет симптомы раздражения мозга: жалуется на головокружение, пугается во сне, скрежещет зубами, тогда как раньше у него не было этих припадков.

Если продромальный период протекает с значительной лихорадкой, то может быть принят за тиф (см. дифференциальную диагностику тифа от острого милиарного туберкулеза).

В первом периоде, когда главными симптомами бывает рвота, головная боль, апатия и запор, вопрос может идти о катарре желудка, о начале тифа и о гиперемии мозга. Об отличии желудочной рвоты от мозговой мы уж говорили на стр. 119, здесь же добавим следующее: у *грудного ребенка* начало менингита часто принимается за диспепсию, так как в обоих случаях, кроме рвоты, наблюдается и беспокойство ребенка.

Против диспепсии говорит, во-первых, *повышение температуры*, обыкновенно сопровождающее начало менингита, особенно у маленьких детей.

Во-вторых, *отсутствие диспептического стула*. Признак этот чрезвычайно важен, если только он наличен; но так как понос у маленьких детей может встретиться и при менингите, то надо помнить, что обратного заключения на основании этого делать нельзя.

В-третьих, *упорство рвоты*. Рвота при диспепсии в громадном большинстве случаев очень скоро прекращается при регулировании диеты (например, при запрещении коровьего молока) и назначении соответственных лекарств (*magisth. bismuti, cerium oxalic.*, маленькие дозы каломеля), между тем как для мозговой рвоты характерно именно то, что она упорно продолжается, несмотря на самое правильное кормление ребенка (хотя бы, например, молоком матери), и не уступает лекарствам. Еще типичнее, если *для рвоты нельзя открыть никакой причины* в диете, т. е. если она появилась у ребенка при той самой пище, которую до сих пор он отлично переносил.

В-четвертых, *характер крика*. При диспепсии крик силен, но он является приступами, т. е. вдруг начинается и внезапно же исчезает, тогда как при менингите ребенок кричит, может быть,

и не так сильно, но зато продолжительно; он просто не знает покоя ни днем, ни ночью. Крик от колик, как и сама диспепсия, встречается тем чаще, чем моложе ребенок: всего чаще от 1 до 3 месяцев; менингит, напротив, чаще встречается после 6 месяцев.

В-пятых, *дальнейшее течение*. Через несколько дней после появления мозговой рвоты ребенок делается сонлив, а потом появляются и другие мозговые симптомы, из которых напряженная, иногда даже выдающаяся фонтанель, неподвижный взгляд и сосательные движения губами во время сна являются обыкновенно раньше эклампсических судорог, полной спячки и сведенного затылка.

Еще большее сходство с началом острой головной водянки представляют иногда случаи *подострого гастрита у более взрослых детей*. Болезнь эта протекает или при нормальной, или со слегка повышенной температурой и характеризуется подчас совершенно теми же симптомами как и начало менингита, т. е. рвотой, небольшой головной болью, апатией, запором и даже неправильным и замедленным пульсом. Такие формы гастрита, образчики которых можно найти, например, в руководстве Неносч'а (3-е издание, стр. 297), у Rilliet и Barthez'a (т. II, 1, 37), а также и в первом выпуске моих лекций об острых инфекционных болезнях (стр. 23), чаще встречаются у детей от 4 до 7 лет. В подобных случаях дифференциальная диагностика гастрита от менингита на основании *одних* только *симптомов* не всегда может быть установлена; здесь важнее этиологические моменты, дальнейшее течение и результаты терапии. Можно предполагать ложный менингит (т. е. гастрит) в том случае, если мозговые симптомы появляются у ребенка, до тех пор здорового, после грубых погрешностей в диете или после пищи, совсем непривычной ребенку, а также в том случае, когда дело идет о долго голодавшем ребенке, выздоравливающем от острой лихорадочной болезни, когда неосторожно удовлетворяют быстро увеличивающийся аппетит. Наоборот, гастрит невероятен, если со стороны диеты на него нет указаний. Во всяком случае сомнение не может продолжаться долго, так как мозговые симптомы при гастрите через несколько дней исчезают, а при менингите они усиливаются. Что касается до терапии, то пробным камнем может служить слабительное, будет ли то каломель или что-нибудь другое. Мозговые симптомы, зависящие от менингита, или вовсе не изменяются после действия желудка, или очень мало, тогда как в случае гастрита улучшение делает быстрые успехи.

Отсюда вытекает такое правило: если у ребенка появляются симптомы, напоминающие первый период туберкулезного менингита, то, во-первых, не следует торопиться с точной диагностикой и отнюдь не ставить абсолютно дурного предсказания, а, во-вторых, прежде всего надо назначить больному слабительное.

Впрочем, в случаях гастрита обыкновенно дело не доходит до полного сходства с началом менингита, так как не все перечисленные симптомы бывают налицо: то нет замедленного пульса, то незаметно апатии, а иногда даже и рвоты нет. Еще легче распознать гастрит, сопровождающийся мозговыми симптомами, в том случае, когда есть симптомы, специально ему свойственные, каковы: желтуха или по крайней мере *желтизна конъюнктив*, густо обложенный язык, неприятный запах изо рта, вздутость и легкая болезненность подложечки при давлении на нее и, наконец, *herpes labialis*, почти никогда не встречающийся при туберкулезном менингите, но очень часто при засорении желудка. Против гастрита и за менингит говорит, по мнению Непосч'а, неправильный и *в то же самое время* замедленный пульс, тогда как одна неправильность без замедления не имеет особого диагностического значения. (По нашему мнению, даже и одновременное существование обоих этих признаков не решает еще дела.)

Некоторые авторы утверждают, что картину начинающегося менингита могут вызвать также *кишечные глисты*. В случае Saint-Goglimelli, например, мальчик 9 лет заболел вдруг знобом (38,5°) и повторной желчной рвотой, а вслед за тем у него появились сведение затылка, сходящееся косоглазие, скрежет зубов, вскрикивание, полукоматозное состояние. После выхода аскарид в количестве более 100 штук через 3 дня ребенок был уж здоров (Врач, 1887, стр. 605). В литературе такие случаи описаны в довольно большом количестве, и нет ничего невероятного в том, что раздражение кишок глистами может оказывать рефлекторное влияние на вазомоторы мозга и производить, таким образом, расстройство кровообращения в полости черепа, но, вероятно, подобные случаи крайне редки и мне лично не встретились ни разу; гораздо чаще случается видеть выход глист (аскарид) в начале менингита, но противоглистное лечение в таких случаях не оказывает ровно никакого влияния на течение болезни.

То же самое можно сказать и по поводу *прорезывания зубов*. Очень часто во время менингита режутся зубы, но едва ли когда процесс этот вызывает комплекс симптомов острой головной

водянки в виде спячки, замедленного пульса, сведенного затылка и пр. Правда, у детей, расположенных к судорогам, прорезывание зубов не особенно редко сопровождается эклампсией, но в таком случае картина болезни вовсе не похожа на туберкулезный менингит.

Зависимость мозговых припадков от глистов или от зубов признается в том случае, когда все симптомы быстро исчезают вслед за устранением причины (изгнание аскарид, выход зуба). Такие опытные люди, как Hepoch и Cadet de Gassicourt, между прочим, высказываются за возможность происхождения мозговых гиперемий, симулирующих менингит, под влиянием прорезывания зубов.

Если туберкулезный менингит является последним актом острого милиарного туберкулеза и в таком случае сопровождается значительным лихорадочным состоянием, по крайней мере вначале, то возникает вопрос о *тифе*, тем более что и тиф может сопровождаться различными мозговыми симптомами, симулирующими менингит. О диагностике этих тифозных форм менингита от тифа мы скажем в главе о последнем, здесь же заметим только, что типические случаи туберкулезного менингита отличаются от тифа очень легко уже по температуре: нервные симптомы (сонливость, сведение затылка, головная боль и пр.) при менингите сопровождаются температурой, близкой к норме (большей частью ниже 39°), а при тифе симптомы, служащие выражением тяжелой инфекции, протекают при значительной лихорадке (около 40°). Из отдельных симптомов, говорящих за менингит и против тифа, мы укажем на замедленный и неправильный пульс (при тифе пульс тоже нередко бывает замедлен, но он остается правильным), втянутый живот, несмотря на запор (при тифе несколько вздутый живот и часто бывает понос), параличи лицевых или глазных мышц, автоматические движения той или другой конечностью, широкие, не реагирующие зрачки, неподвижный взгляд.

Большое сходство с начальным периодом менингита могут представлять случаи *воспаления среднего уха* (otitis media). Так как дети даже и старшего возраста не всегда жалуются при этом на боль в ухе, то болезнь эта часто просматривается. Как и при менингите, здесь могут быть повышение температуры, головная боль, рвота, потемнение сознания, вскрикивание и беспокойство и даже судороги. Чтобы не впасть в ошибку, надо принять себе за правило исследовать уши у всякого ребенка, представляющего симптомы раздражения мозга; особенно это

необходимо в том случае, когда есть основание подозревать возможность поражения ушей, например, когда больной имеет насморк или катарр зева или хворает скарлатиной, корью, оспой, пневмонией. Диагностики ради Tröltzsch советует прибегать в подобных случаях к продуванию ушей по способу Politzer'a. Если после этого общее состояние значительно улучшается, то едва ли может быть сомнение насчет существования экссудативного отита. Ценные результаты может дать также ощупывание ушей (боль при давлении на tragus или на сосцевидный отросток, припухшие железки непосредственно сзади ушной раковины или в области раотіе) и у старших детей исследование слуха. С появлением течи из уха все мозговые симптомы быстро исчезают.

Наконец, симптомы менингита могут быть вызваны гиперемией мозга, встречающейся у детей под влиянием усиленных умственных занятий, инсоляции, травмы, спиртных напитков. Под влиянием той или иной причины ребенок жалуется на головную боль, с ним делается рвота, температура несколько повышается, является сонливость, замедление и неправильность пульса, даже сведение затылка, словом, все, как в начале менингита, с той лишь разницей, что через несколько дней все эти припадки быстро исчезают, и ребенок выздоравливает. Подобные случаи встречаются также при некоторых острых инфекционных болезнях (pneumonia seiposa, influenza, тиф и др.).

Иногда легко принять за туберкулезный менингит случаи ложного менингита истерического происхождения, о которых мы будем говорить в главе о ложном менингите.

Во втором периоде менингита, когда все симптомы сдавления мозга (спячка, параличные и судорожные явления, нереагирующие зрачки и пр.) выражены резко, когда, следовательно, существование мозговой болезни несомненно, диагностика может представить затруднение только по отношению к другим мозговым страданиям, каковы: 1) простая острая головная водянка; 2) менингит, развивающийся в окружности какого-нибудь новообразования, каковы солитарные туберкулы, гумма, склероз (Cadet de Gassicourt); 3) острый гнойный менингит; 4) анемия и отек мозга; 5) пассивная гиперемия и тромбоз синусов.

Во всех этих случаях диагностика основывается не столько на отдельных симптомах, сколько на анамнезе и течении; но прежде чем говорить в отдельности о каждом из этих процессов, мы скажем несколько слов о поясничном проколе, предложенном Quincke в 1891 г., как диагностическом и лечебном средстве:

в некоторых мозговых болезнях. Техника операции состоит в том, что берут иглу правацевского шприца и вкалывают ее по срединной линии между остистыми отростками III и IV поясничных позвонков, причем для большего удобства больной должен лежать на правом боку с согнутой спиной и приведенными к животу бедрами. Игла вводится у маленьких детей на глубину 2 см, у старших—4 см. Игла попадает таким образом в подарахноидальное пространство, и через канал ее сейчас же начинает вытекать цереброспинальная жидкость, которую можно собрать, смотря по случаю, в количестве от 5 до 60 г, не прибегая к высасыванию. С диагностическими целями полученную жидкость исследуют под микроскопом и при случае получают решающие результаты: так, большое присутствие гнойных телец указывает на гнойный менингит, при туберкулезном менингите в некоторых случаях (но отнюдь не во всех) удается найти туберкулезного бацилла, при цереброспинальном менингите часто встречается внутриклеточный диплококк (*meningococcus intracellularis, s. diplococcus intracellul. meningitidis* Weichselbaum), в случаях менингита, развивающегося при тифе или у пневмоника, находили тифозного бацилла или пневмококка и т. д. Что касается терапевтического значения поясничного укола, то оно незначительно; в тех случаях, когда сообщение полости желудочков с субарахноидальным пространством позвоночника не нарушено, поясничный прокол как паллиативное средство может на некоторое время облегчить головную боль и, таким образом, на несколько часов успокоить больного.

1) Простая острая головная водянка характеризуется теми же самыми симптомами и во многих случаях *таким же течением*, как и туберкулезная. Единственный симптом, специально свойственный туберкулезному менингиту, именно присутствие бугорков на дне глаза, имеет более теоретический интерес, так как встречается крайне редко. Предполагать простой серозный менингит можно в том случае, если ребенок стоит в возрасте до 2 лет, если до заболевания менингитом он был совершенно здоров, не представляя симптомов периода предвестников, в анамнезе нет никаких указаний на туберкулез и, наконец, если болезнь кончилась полным выздоровлением.

В некоторых случаях диагностика нетуберкулезной острой головной водянки облегчается своеобразными особенностями течения ее. Дело в том, что встречаются дети, на вид совершенно здоровые, хорошо упитанные, даже несколько тучные, без наследственного расположения к туберкулезу, отличающиеся на-

клонностью к мозговым приливам: начиная с 4—6-го месяца жизни, через различные, более или менее продолжительные, промежутки с ними делаются приступы эclamпических судорог, обыкновенно со рвотой и с лихорадочным состоянием. Подобные припадки повторяются раз или два в месяц, но всякий раз проходят как бы бесследно, пока, наконец, после одного из таких приступов не разовьется картина менингита; особенно легко поставить диагноз простой головной водянки в случаях затяжного течения, когда менингит затягивается более чем на месяц; иногда медленно развивающаяся водянка переходит в хронический hydrocephalus или кончается полным выздоровлением.

2) Ограниченный менингит в окружности новообразования никакими особенностями течения не отличается. Cadet de Gassicourt относит к этой категории все случаи менингита, кончающиеся выздоровлением, т. е. диагностика ставится, так сказать, задним числом. В существовании идиопатического нетуберкулезного менингита, т. е. простой острой головной водянки, который тоже иногда кончается выздоровлением, Cadet de Gassicourt сомневается.

3) О диагностике острого гнойного менингита см. следующую главу.

4) Под именем анемии мозга или гидроцефалоида мы понимаем комплекс симптомов, характеризующий мозговое страдание у детей, истощенных тяжелыми формами поноса. Анатомическая сущность этого страдания может быть сведена к заплотнению артерий и переполнению вен вследствие слабой деятельности сердца, к отеку мозга и отчасти к водянке желудочков вследствие нарушенного кровообращения в мозгу, и к атрофии мозга от истощения (hydrocephalus ex vasuo).

Гидроцефалоид встречается в острой и подострой формах, различающихся между собой, главным образом, быстротой развития симптомов. Острая форма, свойственная грудным детям, является следствием детской холеры, а подострая, встречающаяся у детей лет двух и старше, — хронического поноса.

В первом случае через несколько дней после упорной рвоты и поноса прежде всего появляются признаки раздражения мозга (беспокойство, бессонница, постоянное трение головой о подушку), а потом скоро наступает упадок сил и деятельности сердца, а вместе с тем и припадки угнетения мозга: при очень малом и частом пульсе, ввалившихся глазах и впавшем родничке ребенок делается сонлив и нередко представляет местные (сведение затылка и конеч-

ностей) или общие судороги и, наконец, умирает в спячке при явлениях полного истощения. Вся болезнь продолжается 5—7 дней. Диагностика от менингита основывается на анамнезе (болезнь началась рвотой и обильным водянистым поносом), на явлениях коллапса (ввалившаяся фонтанель, общее истощение, субнормальная температура) и на быстроте течения.

Подострая форма гидроцефалоида развивается постепенно и потому более похожа на туберкулезный менингит, чем предыдущая. Ребенок страдает поносом уже несколько недель, он сильно похудел, так что кожа повсюду легко собирается в складки, *ступни и веки* нередко представляют *отечную припухлость*; он делается раздражителен, страдает бессонницей, вздрагивает от резкого шума, вообще представляет симптомы раздражения мозга, иногда появляется даже и рвота, но *пульс* не делается ни *замедленным, ни неправильным* даже и в том случае, когда спустя несколько дней появляется сонливость и еще позднее полная спячка при широких, слабо реагирующих зрачках; во все время пульс остается малым и частым. В периоде спячки может появиться сведение затылка или общие судороги, пятна Trousseau и т. д., словом, получается картина, очень похожая на поздний период туберкулезного менингита, и тем не менее в большинстве случаев диагностика не трудна, если только известно из анамнеза, что ребенок страдал хроническим поносом, поведшим к сильному истощению. Из отдельных симптомов, могущих служить для дифференциальной диагностики гидроцефалоида от острой головной водянки, заслуживают внимания следующие:

Гидроцефалоид

Температура ниже нормальной ($35,5-36,5^{\circ}$).

Пульс всегда мал, част и слаб, но правилен.

Рвота часто отсутствует.

Понос, бывший до начала болезни, продолжается в периоде развития мозговых симптомов и прекращается лишь незадолго до смерти.

Картина общего истощения нередко сопровождается *отеками* ступней и лица (Widerhofer).

Родничок вваливается.

Параличей лицевых мышц нет.

Острая головная водянка

субфебрильная ($37,8-38,2^{\circ}$) или лихорадочная.

вначале замедленный, потом частый, но в обоих случаях неправильный; перед смертью очень частый, нитевидный.

обязательно в начале болезни и большей частью повторная.

почти всегда бывает запор с первых дней появления мозговых припадков; если до этого был понос то он обыкновенно прекращается.

отеков не бывает, даже и при самом сильном истощении.

родничок выпячен и напряжен.

параличи встречаются нередко.

5) Пассивная гиперемия мозга, сопровождающаяся тяжелыми мозговыми припадками, всего чаще встречается при коклюше у маленьких детей. Интересный случай такого рода приводит, например, Непосч (1. с., S. 425, 3. Aufl.).

Под влиянием сильных пароксизмов коклюшного кашля у ребенка стали появляться эclamпсические судороги, а потом мало-помалу развились и другие симптомы в виде косоглазия, неподвижного взгляда, сосательных движений губами, спячки, сведения затылка и конечностей; через 20 дней смерть в сопоре. К довершению сходства за 11 дней до летального исхода появились еще и лихорадочное состояние (38,4—39,2°) под влиянием бронхопневмонии. Непосч диагностировал туберкулезный менингит и ошибся. При вскрытии была констатирована только сильная застойная гиперемия мозга и его оболочек под влиянием коклюшных пароксизмов и бронхопневмонии. Предполагать такую причину мозговых симптомов следует в том случае, если последние сопровождаются еще и другими признаками ослабленной деятельности сердца, каковы: цианоз лица, похолодание и, может быть, даже отек конечностей, чрезвычайно малый и частый пульс. У таких больных никогда не бывает замедленного и неправильного пульса, точно так же как и неправильного дыхания с глубокими вздохами; напротив того, оно всегда поверхностно и очень учащено (до 80—100 раз в минуту). Та же самая картина может получиться и без коклюша при условии существования других причин для венозного застоя в мозгу, например в случае тромбоза синусов, а потому надо быть очень осторожным с диагностикой туберкулезного менингита в тех случаях, когда имеешь дело с больным цианотичным или представляющим другие признаки упадка сердечной деятельности, а также и в тех случаях, когда есть основание предполагать возможность развития закупорки синусов; последний процесс всего чаще присоединяется к воспалениям уха с кадиозным разрушением височной кости; в других случаях причиной тромбоза бывает застой крови в венах головы, например сдавление верхней полой вены увеличенными железами, или ослабленная деятельность сердца под влиянием поносов и других истощающих болезней, в том числе и острых лихорадочных.

В некоторых случаях тромбоз синусов может быть узан при жизни именно, если рядом с различными мозговыми симптомами разлитого поражения мозга (рвота, головная боль, сонливость, косоглазие, сведение затылка) появляются еще некоторые припадки, специально указывающие на закупорку того или иного синуса; так, при непроходимости *sinus transversi*—плотная отеч-

ная припухлость сзади уха (для происхождения этого симптома нужно, чтобы тромбоз распространился на заднеушные вены) и запустение наружной яремной вены на большой стороне (у детей эти вены вообще недоступны ощупыванию, а потому признак этот едва ли когда-нибудь встречается в детской практике). При закупорке *sinus cavernosi*—легкое выпячивание глазного яблока (от застоя в *v. ophthalmica*), отек век, а иногда и всей половины лица. При закрытии *sinus longitudinalis superi*—цианоз лица, расширение вен, идущих от темени к вискам, носовые кровотечения. К сожалению, эти специальные признаки тромбозов встречаются далеко не во всех случаях, а потому и диагностика остается часто в виде предположения.

Гнойное воспаление мягкой мозговой оболочки (*meningitis simplex purulenta*) отличается от туберкулезного менингита не столько качеством припадков, сколько группировкой их и быстротой течения, а также и этиологией, о которой было уже сказано. Трудно указать на какой-нибудь симптом туберкулезного менингита, который не мог бы встретиться и при *meningitis simplex*. В отличие от *meningitis tuberculosa*, характеризующегося медленным началом и постепенным развитием симптомов сдавления мозга, гнойное воспаление мозговых оболочек начинается сразу, т. е. без предвестников, и очень остро: знобом, сильной головной болью, рвотой и быстрым поднятием температуры градусов до 40. При туберкулезном менингите ребенок в течение первой недели вовсе не производит впечатления опасно больного; он жалуется лишь на умеренную головную боль и головокружение и, находясь в состоянии апатии, но в полном сознании, лежит в постели совершенно покойно, между тем как при гнойной форме менингита уже к концу первых суток или на второй день больной или сильно беспокоится и мечется в постели, или бредит, вскакивает и вообще выказывает признаки нарушенной психики и затемненного сознания. Он производит впечатление *тяжелого больного уже с самого начала*. Дня через 3—4 сознание исчезает, появляются местные (в лице) или общие судороги и спячка, и в конце недели или даже раньше наступает смертельный исход. Вот в этой-то быстроте развития симптомов и в скором наступлении летального исхода и состоит главное отличие гнойного менингита от туберкулезного.

Что касается отдельных симптомов, то, как уже сказано, они не дают надежных точек опоры диагностике.

Головная боль при гнойной форме отличается с самого начала гораздо большей силой, чем при туберкулезном воспалении;

рвота и запор в обоих случаях приблизительно одинаковы, но впадение живота бывает более резким при туберкулезной форме (может быть, потому, что она дольше тянется, так как в первые дни и при ней живот еще мало втянут). Припадки сдавления мозга, в виде замедленного и неправильного пульса и широких, реагирующих зрачков, при простом менингите могут совсем отсутствовать (в первые дни пульс всегда сообразно температуре учащен и полон, а зрачки сужены) именно в тех случаях, когда хориоидальные сплетения не участвуют в воспалении и, стало быть, нет растяжения желудочков; в противном же случае и при простом менингите замечается замедленный и неправильный пульс, но только благодаря лихорадке не в столь резкой степени.

Поражение лицевых и глазных нервов, выходящих из основания мозга, при базилярном менингите выражается постоянно и резче, чем при воспалении оболочек на выпуклости мозга.

Лихорадка при туберкулезном менингите умеренна (до $38,5^{\circ}$), а в периоде разгара болезни может совсем отсутствовать, тогда как при *meningitis purulenta* она с самого начала высока (до 40°) и остается на этой степени до конца.

В общем можно сказать, что в своих типических представителях эти две формы воспаления мозговых оболочек отличаются друг от друга легко, но обе они протекают иногда неправильно, и тогда дифференциальная диагностика может представить большие затруднения, особенно при недостатке анамнеза и неизвестности этиологического момента. Так, например, туберкулезный менингит принимает чрезвычайно бурное течение и кончается смертью в несколько дней, если он развивается у ребенка в последней степени чахотки (Barthez и Rilliet) или если высыпание бугорков сопровождается гнойным воспалением не только основания мозга, но и поверхности полушарий. Тут правильная оценка симптомов может быть сделана только на основании анамнеза и этиологии.

С другой стороны, и простой гнойный менингит развивается иногда довольно медленно и, распространяясь на основание мозга и на желудочки, дает картину острой головной водянки. Такое течение нередко принимает, например, менингит, развивающийся вследствие хронического отита с костоедой височной кости или даже и без нарушения целостности ее. В подобных случаях развитию менингита могут предшествовать более или менее тяжелые мозговые симптомы, зависящие от расстройства кровообращения в полости черепа вследствие тромбоза синусов или от воспаления твердой мозговой оболочки, или, наконец, от образова-

ния нарыва в мозгу. При подобных условиях болезнь мозга может затянуться на несколько недель и все-таки остаться без точной диагностики, тем более что и этиология тут ничего не решает, так как дело идет об истощенных или золотушных детях и потому нельзя решить, заболели они менингитом под влиянием туберкулезного расположения или от местной причины со стороны уха.

Болезни, с которыми может быть смешан острый гнойный менингит, очень разнообразны, и потому диагностические ошибки встречаются нередко. Я лично (да, вероятно, и другие врачи тоже) гораздо чаще ошибался в том смысле, что предполагал менингит там, где его не было. Повод к ошибочному распознаванию могут дать все остро-лихорадочные болезни, начинающиеся с сильного жара, рвоты и общих судорог, а особенно те, при которых судороги бывают повторными и сопровождаются полубессознательным состоянием и бредом или сопором, что наиболее свойственно тяжелой скарлатине, оспе и воспалению легочных верхушек. О диагностике подобных случаев я говорил в главе об эклампсии и пневмонии; здесь прибавлю еще следующее: все эти три инфекционные болезни принимают сходство с менингитом только в самых тяжелых случаях, для которых обязательна еще высокая начальная температура, мало свойственная менингиту, так что если на первый или на второй день болезни можно констатировать температуру *in ano* выше $40,5^{\circ}$, то это обстоятельство сильно говорит против менингита.

Из упомянутых болезней всего скорее выясняется скарлатина, и, благодаря раннему появлению сыпи, колебание врача продолжается не более суток; при оспе сыпь показывается только на третий день, и если в анамнезе нет указаний на возможность заражения оспой и если нет продромальной петехиальной сыпи, то диагностика остается под сомнением трое суток. *Знаки привитой оспы почти наверное исключают тяжелую оспу.* Пневмония верхушек не выясняется еще дольше, например 7—9 дней. Против менингита и за воспаление легких говорят следующие моменты: 1) отсутствии причины для менингита поверхности полушарий; 2) начало болезни с насморка (если пневмония, как это обыкновенно бывает, развивается из гриппа); 3) очень высокие температуры (при пневмонии нередко 41 — $41,5^{\circ}$ и даже 42°); 4) отсутствие параличей со стороны нервов лица и глаз и сведения затылка (эти симптомы хотя и могут встретиться при пневмонии, протекающей с повторными судорогами, но в действительности встречаются при ней крайне редко, а при менингите часто); течение: острый гнойный менингит отличается прогрессивным течением, и если дело дошло до судоро-

рог, то скоро наступает смерть; больному с каждым днем становится все хуже, между тем как при пневмонии общее состояние в течение нескольких дней, несмотря на судороги, остается *in statu quo*, а потом, по мере выяснения воспаления, мозговые симптомы постепенно или быстро исчезают. Учащенное дыхание не имеет особого диагностического значения, так как при остром менингите у маленьких детей оно тоже учащается. Конвульсивная форма пневмонии встречается почти исключительно только у маленьких детей, в возрасте до 2 лет. При других лихорадочных болезнях, начинающихся с судорог, сомнение не может продолжаться более одного дня, так как эклампсия обыкновенно не повторяется, сознание проясняется очень скоро, а следовательно, и сходства с менингитом не остается.

Относительно головной боли следует иметь в виду, что если она зависит от высокой температуры, то с появлением бреда и с потерей сознания она прекращается, между тем как при остром менингите ребенок хватается за голову или стонет даже и в периоде потери сознания.

Безлихорадочная эклампсия, хотя бы и повторная и потому в сопровождении сопора или каких-нибудь других мозговых симптомов, уже потому не может быть смешана с острым менингитом, что или вовсе не сопровождается повышением температуры, или последнее бывает очень незначительным.

Из мозговых болезней наибольшее сходство с остро-гнойным менингитом представляют некоторые случаи эпидемического цереброспинального воспаления мозговых оболочек (о котором ниже) и случаи острого энцефалита Strümpel'я, о котором было говорено по поводу спастической гемиплегии. В первые дни энцефалит Strümpel'я едва ли может быть узнан, но через несколько дней, когда все мозговые симптомы исчезают и остается лишь гемиплегия, диагностика выясняется без труда.

Полное сходство с менингитом может представить *уремия*, но тут выручает врача знание этиологического момента, т. е., что до появления мозговых симптомов (головной боли, рвоты, общих судорог, потери сознания или бреда) больной имел воспаление почек; да если даже анамнез и неизвестен, то можно выяснить дело посредством исследования мочи.

Наконец, надо упомянуть еще о *воспалении лабиринта*, которое тоже вызывает симптомы менингита. Болезнь эта начинается среди полного здоровья жаром и рвотой, а затем следуют и другие мозговые припадки в виде потемнения сознания, сведения затылка, бреда, спячки. По прошествии немногих дней больной выздорав-

ливаает, но остается глухим, да походка его в течение нескольких недель бывает шаткой.

Особенность подобных случаев состоит, следовательно, в быстром исходе в выздоровление и в последовательной глухоте на оба уха. Анатомическая сущность этой болезни еще не выяснена; некоторые авторитетные авторы, например Tröltzsch (Gerh. Handb., S. 189), считают более вероятным, что дело здесь идет не о поражении лабиринта, а об ограниченном воспалении мозговых оболочек в области выхода обоих слуховых нервов, т. е. дна четвертого желудочка.

Очень трудно, иногда невозможно узнать менингит, развивающийся во время какой-нибудь острой лихорадочной болезни, которая и сама по себе вследствие сильного лихорадочного состояния сопровождается мозговыми симптомами. Трудность диагностики объясняется тем, что, как свидетельствует Huguenin (Ziemssen's Handb., S. 220, русский перевод), «мы не знаем ни одного такого симптома, который постоянно существовал бы во всех случаях и который бы не встречался в совершенно подобном же виде и без менингита». Сравнительно большее значение для распознавания менингита, осложняющего острую болезнь, имеют: внезапное наступление или значительное усиление головной боли, быстрое наступление сильного бреда, значительное сведение затылка, параличи глазных мышц, венозный застой в сетчатке. Может быть, в подобных случаях надежным критерием окажется симптом Kernig'a, состоящий в том, что при менингите приведение больного из лежачего положения в сидячее сейчас же вызывает сведение икроножных мышц.

Эпидемический цереброспинальный менингит (*meningitis cerebrospinalis epidemica*) по припадкам ближе подходит к гнойному, чем к туберкулезному менингиту. В типических случаях он начинается без предвестников, сразу значительным жаром, рвотой, сильной головной болью; вскоре наступает помрачение сознания, бред, метание в постели, засим судороги, сопор и к концу недели смерть.

Клиническая разница этих случаев от *meningitis purulenta simplex* вытекает из анатомической сущности страдания; она состоит в том, что к припадкам поражения оболочек головного мозга присоединяются еще и признаки со стороны спинного в виде *рано наступающего сведения затылочных и головных мышц* (большей частью от 2-го до 5-го дня), сильной болезненности в спине при всяком движении и при давлении на остистые отростки, особенно в поясничной и шейной части позвоночника,

очень резко выраженной гиперестезии кожи (особенно ног) и болей в конечностях (участие задних корешков в воспалении). Правда, сведение затылка и гиперестезия кожи встречаются нередко и при других формах менингита (гнойном и туберкулезном), но не в такой сильной степени и без болезненности в спине. Как на отличительную особенность занимающей нас болезни, следует указать еще на высыпание herpes'a на лице, а иногда и на туловище в виде zoster'a, и на поражение сочленений в виде острого синовита; хотя тот и другой симптом не обязательны для цереброспинального менингита, но встречаются они все-таки не особенно редко.

Цереброспинальный менингит отличается от обыкновенного также и особенностями течения. Только в тяжелых случаях дело кончается смертью в несколько дней, так сказать, с одного приступа, обыкновенно же течение эпидемического менингита отличается большой неравномерностью со стороны как лихорадки, так и всех других симптомов; болезнь выказывает склонность к пережкам в смысле улучшения и нового ухудшения (волнообразное течение). Через несколько дней от начала болезни температура начинает падать, а вместе с тем и нервные симптомы ослабевают, а еще несколько дней спустя наступает опять ухудшение, и, таким образом, дело может затянуться на несколько недель и даже месяцев.

В таких случаях, в конце концов, наступает иногда выздоровление, которое, однако, редко бывает полным, так как обыкновенно остаются какие-нибудь параличные явления в виде, например, глухоты, слепоты, ослабления умственных способностей и параличей конечностей. В некоторых случаях волнообразное течение менингита принимает чисто перемежающийся характер, симулируя *intermittens quotidiana* (см. главу о болотной лихорадке); такое перемежающееся течение менингит может принять с первого же дня болезни. Мне случилось наблюдать такую форму у девочки 10 лет, которая заболела рвотой и головной болью среди полного здоровья; через несколько часов головная боль прекратилась, но на следующий день с 4 часов утра повторилась снова, на этот раз в сопровождении сильного беспокойства и затемнения сознания; с 5 часов вечера до 12 часов утра все припадки исчезли, но с 12 часов опять беспокойство, потеря сознания, и в 3 часа летальный исход.

Подобно всем другим эпидемическим болезням, цереброспинальный менингит представляет очень большое разнообразие в смысле интенсивности болезни. Существуют всевозможные пере-

ходные формы от самых тяжелых случаев, дебютирующих сразу судорогами и сопором и кончающихся смертью в несколько часов (*meningitis siderans*), к самым легким, так называемым abortивным случаям, характеризующимся головной болью, легким лихорадочным состоянием и незначительным сведением затылка. Диагностика этих крайних форм, т. е. самых тяжелых и самых легких случаев, возможна только при существовании эпидемии.

Упомяну еще о двух симптомах, хотя и необязательных для менингита, но и не особенно редких, которые могут подать повод к диагностической ошибке,—я говорю о розеолезной сыпи, занимающей большую часть туловища и дающей повод предполагать тиф, особенно если притом и селезенка оказывается увеличенной, и о воспалении сочленений, симулирующем острый ревматизм. В обоих случаях диагностика менингита может быть поставлена на основании раннего появления мозговых симптомов и сильной степени их. Замечу кстати, что в одном из моих случаев цереброспинального менингита у годовалого ребенка серозный синовит обоих коленных сочленений со сведением ног появился с первых дней болезни (4-й день) и продолжался в течение всего многодельного менингита и некоторое время после выздоровления; сведение ног потребовало потом месячного массажа.

Что *meningitis cerebro-spinalis* или *tuberculosa* может представить большое сходство с шейным ревматизмом, доказывает, например, следующий случай *Cadet de Gassicourt's* (*Arch. f. Kinderk.*, X. B., S. 397).

Мальчик 4 лет. Брат его умер от туберкулезного менингита. Заболел внезапно повторной рвотой за три дня до поступления в больницу; вскоре—запор, сильная головная боль, беспокойство, крик от боли; при исследовании: бред, апатия, сосательные движения и скрежет зубов; пульс 100, неправильный; вздохи; температура—39°. Дальше появились сведение затылка и гиперестезия кожи лица; зрачки расширены, не равны; живот не втянут. Диагноз: *meningitis tuberculosa* (ввиду бурного начала, сильного бреда, резкого сведения затылка, мало замедленного пульса и гиперестезии, по моему мнению, скорее *meningitis cerebro-spinalis*). В следующие два дня усиление сведения затылка; на 8-й день общее состояние без перемен, но появились мозговые пятна *Trousseau*; больной сильно вскрикивает, когда его сажаят в постели, голова его остается неподвижной; при исследовании шеи оказалась сильная болезненность в области IV и V позвонков; повороты головы в стороны удаются легко, но сгибание головы невозможно. Диагноз: *rheumatismus cervicalis*. Дальнейшее тече-

ние, по мнению Cadet'a подтвердило это распознавание, так как к 13-му дню все явления исчезли, и через несколько дней больной вышел из больницы здоровым.

ЛОЖНЫЙ МЕНИНГИТ

Под именем ложного менингита в литературе описываются такого рода случаи, в которых на первый план выступают мозговые симптомы, симулирующие воспаление мозговых оболочек, а между тем в действительности никакого менингита не оказывается: больной или скоро выздоравливает, или, если умирает, то при вскрытии оболочки мозга представляются здоровыми. По происхождению и причинам случаи ложного менингита весьма разнообразны и могут быть подведены под три группы. К первой группе мы относим случаи ложного менингита, развивающиеся под влиянием *острых заразных болезней*; первое место из этих последних бесспорно принадлежит крупозной пневмонии у маленьких детей. Всем известно, что особенно часто осложняются мозговыми симптомами пневмонии верхушек, так что подобные формы описываются даже под именем мозговых пневмоний. Они протекают со рвотой, при высоких температурах и повторных судорогах, симулируя остро-гнойный менингит, но обыкновенно кончаются быстрым выздоровлением. На втором месте из остро-заразных болезней, протекающих иногда под маской менингита, я ставлю инфлюэнцу; нам не раз приходилось наблюдать случаи инфлюэнцы, начинавшиеся рвотой и головной болью, а вслед затем протекавшие при умеренном жаре, апатии и запоре, словом, симулируя менингит туберкулезный. В других случаях инфлюэнца симулирует острый менингит. Дело начинается или прямо с приступа общих судорог, или с сильного жара, головной боли и рвоты, а вслед затем развивается апатия, затемнение сознания, сведение затылка; даже косоглазие, неравенство зрачков, скрежет зубов, общая гиперестезия, замедление пульса, неровное дыхание, словом, как бы полная картина несомненного менингита, но уже через несколько дней все симптомы исчезают и больной быстро выздоравливает. Диагностика подобных случаев до периода улучшения едва ли возможна даже и в том случае, если мозговые симптомы являются в течение несомненной инфлюэнцы, так как несомненно, что последняя может осложняться и настоящим менингитом гнойного или серозного характера.

Ко второй группе мы относим случаи ложного менингита, развивавшиеся под влиянием какого-либо *отравления*. Обыкновенно

отравления в детском возрасте происходят случайно, благодаря неумеренным дозам некоторых лекарств, каковы, например, опиум и др. narcotica или средства, вызывающие судороги, к которым относится, например, сантонин. В практическом отношении интересно отметить, что к числу средств, могущих вызвать картину ложного менингита, принадлежит также и вино. Весной нынешнего года мне встретился весьма интересный случай подобного рода. Дело шло о ребенке 1 г. 1 м., который в апреле заболел каким-то жаром и ослабел; лечили его вином, давая через 2 часа по чайной ложке портвейна; вскоре после того большого раза два-три вырвало, и он сделался вял и сонлив, вследствие чего доза вина была увеличена, а когда наступила спячка, то пригласили меня. Начало болезни со рвоты, за которой последовала спячка при умеренном лихорадочном состоянии, без кашля и без всяких других местных явлений—все это сильно напоминало картину острой головной водянки; но дело было все-таки не совсем чисто; не было ни сведения затылка, ни замедленного пульса, ни мозгового взгляда, ни глубоких вздохов, словом, при диагнозе случая я сказал матери только то, что у ребенка мозговые симптомы, но что будет дальше, я не знаю. Лечение состояло в отмене вина и в назначении валерианы. Эффект блистательный; уже на следующий день ребенок был криклив и беспокоен, а еще через 1—2 дня совсем здоров. Диагностика подобных случаев нетрудна, если имеется подробный анамнез. Гораздо больше может встретиться затруднений при некоторых формах самоотравления организма; для детского возраста самая важная из них—уремия, которая в своей конвульсивной форме может симулировать острый менингит до неузнаваемости, если только врач забудет исследовать мочу.

К третьей группе относятся случаи ложного менингита, как выражение невроза. Одним из этих случаев приписывается рефлекторное происхождение, другим—истерическое. К числу рефлекторных ложных менингитов относятся, между прочим, случаи кишечного происхождения, о которых мы говорили в главе о туберкулезном менингите. Имеют ли подобные случаи рефлекторное происхождение, это еще вопрос; может быть, вероятнее предположить самоотравление организма вследствие всасывания вредных продуктов из кишечника; впрочем, для нас важно не столько выяснение патогенеза подобных случаев, сколько констатирование их реальности.

Образчиком истерической формы ложного менингита может служить следующий случай:

Девочка, в детстве золотушная, потерявшая старшую сестру от менингита, после поступления в школу становится скучной и вялой, а спустя несколько дней у нее делается двухдневная повторная рвота и головная боль, и больная ложится в постель; она с трудом сидит в постели и совсем не может стоять вследствие головокружения, у нее упорный запор и замедленный, не совсем правильный пульс. Диагностика туберкулезного менингита напращивалась, так сказать, сама собой. В пользу ее говорил и анамнез (смерть сестры от менингита, золотуха в детстве), существование периода предвестников и начальной рвоты, наконец наличие таких характерных для менингита признаков, как головная боль, головокружение, слабость, апатия, замедленный пульс и запор. Однако, демонстрируя студентам этот случай на лекции, я не мог удовлетвориться диагностикой туберкулезного менингита, так как против этого говорили несколько вздутый и довольно тугой живот и продолжительность болезни; со времени рвоты прошло уже 19 дней, а между тем нет ни сведения затылка, ни сонливости, ни параличей со стороны глазных или каких-либо других нервов, проходящих по основанию мозга.

Трудно было также остановиться на предположении рефлекторного (или отравного) псевдоменингита вследствие запора, так как, несмотря на слабительное, назначенное в самом начале болезни, и на строгую диету, болезнь все-таки очень затянулась. В конце лекции в присутствии больной было мною сказано, что в подобных случаях отчаиваться отнюдь не следует: весьма возможно, что через неделю больная будет уже ходить. Лечение было назначено против запоров: ежедневные клизмы и по стакану карлсбадской воды в три приема. Результат лечения как будто подтверждал кишечное происхождение болезни, так как уже через день больная начала стоять, а на следующий день ходить. Я думаю, однако, что дело здесь, как и вообще в случаях так называемых рефлекторных параличей, не так просто. Если, например, паралич ног у больного исчезает после операции фимоза или после изгнания глист, то говорят, что в первом случае причиной паралича был фимоз, а во втором—глисты. Но подобные случаи допускают и иное объяснение: глисты и фимоз встречаются очень часто, а параличи при них—крайне редко, значит, кроме этих причин, нужна еще и почва, т. е. особое состояние нервной системы, сущность которого нам неизвестна и которое мы приравниваем к состоянию нервной системы у истеричных, так что, может быть, не глисты и не фимоз являются главной причиной параличей, а истерия, а так как истеричные дети легко поддаются внушению, то понятно,

что изгнание глист или операция фимоза, может быть, действуют не сами по себе, т. е. не путем удаления причины, а путем внушения или самовнушения. По отношению к нашему случаю я предполагаю, что мы имели дело с так называемой *pseudomeningitis hysterica*, развившейся под влиянием случайного засорения желудка, излечение произошло не от карлсбадской воды, а под влиянием внушения: девочка попала в аудиторию, т. е. в обстановку для нее совершенно необычную, была предметом лекции, во время которой слышала, что ей будут давать какую-то воду и ставить ежедневно клистиры и что через несколько дней она будет ходить. Все это при легкой внушаемости истерических детей могло повлиять на нее таким благоприятным образом, что она действительно вскоре встала на ноги и пошла. Отсутствие истерических клейм в виде анестезий или гиперестезий, конечно, не может исключать истерии, так как клейма эти не обязательны; наследственность больной, за недостатком анамнеза, осталась невыясненной, но что больная была нервна, это видно из того, как изменился ее характер с момента поступления в школу. Мало того, тетка больной, приходившая взять ее из клиники, на прощанье рассказала нам, что накануне рвоты с девочкой произошло что-то совсем необыкновенное—она была очень возбуждена и даже вдруг запела в классе. Подобная эксцентричная выходка, конечно, не свидетельствует о нормальном состоянии нервной системы.

Одним словом, мое мнение об этом случае такое: это был случай истерической абазии-астазии, которая, благодаря случайной рвоте и некоторым, довольно обыкновенным спутникам истерии, каковы: запор, замедленный пульс и головная боль, представлялась в форме туберкулезного менингита; это то, что описывается под именем *pseudomeningitis hysterica*.

Еще более рельефный случай описан Ollivier (Rev. mens. d. mal. de l'enf., 91, p. 573). Девочка 6 лет, дочь туберкулезного отца, слабого сложения, в течение 8 последних дней страдавшая постоянной головной болью, запором и сонливостью. На другой день он застал ее в положении легавой собаки; он констатировал светобоязнь, гиперестезию кожи, скрежет зубов, ввалившийся живот, замедленный и неправильный пульс, расширение зрачков, нистагм; позднее появилось вскрикивание, конвульсивные движения в конечностях, бред и, наконец, спячка. Несколько дней спустя началось постепенное улучшение, и через 6 недель девочка уехала в деревню. Автор считал этот случай за образчик исцеления туберкулезного менингита. Но когда у девочки развилась вслед за тем картина истерии: немотивированно плачет или смеется,

страдает ночным испугом, жалуется на невралгические боли в межреберных нервах и на боли спины и пр., то он изменил свой взгляд и описал этот случай под именем истерического ложного менингита.

Подобные случаи истерии отличаются от настоящего менингита отсутствием лихорадочного состояния, изменений на дне глаза (застойного сосочка, neuritis optica), параличей n. facialis и глазных нервов, неравномерности зрачков, косоглазия и вообще местных головных симптомов.

БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

СЕМИОТИКА МОЧИ

А л ь б у м и н у р и я. Нормальная моча, как известно, белка не содержит, а потому всякая альбуминурия есть явление патологическое. Исключение из этого правила составляют случаи так называемой *физиологической альбуминурии*, встречающейся в детском возрасте не реже, чем у взрослых. Legoux (Rev. de méd., 83, № 3 и 10), исследовавший мочу 330 здоровых детей в возрасте до 16 лет, встретил альбуминурию в 19 случаях (9 мальчиков и 10 девочек от 6 до 15 лет), т. е. у 1 из 17, а у взрослых Leube находил белок в моче у 1 из 19. В случаях Legoux постоянная альбуминурия была у 2, периодическая (белок в моче только после обеда и усиленных движений)—у 14.

Узнать физиологическую альбуминурию не всегда легко, так как для этого прежде всего необходимо продолжительное наблюдение данного субъекта, чтобы иметь время убедиться в том, что он совершенно здоров, т. е. что альбуминурия не служит симптомом начинающегося почечного страдания; у больного не должно быть никаких намеков на водянку, ни гипертрофии сердца, ни напряженного пульса. Чем больше прошло времени с момента открытия белка в моче и ничего патологического в моче не появляется, тем больше шансов за то, что альбуминурия физиологическая. В большинстве случаев белка в моче при физиологической альбуминурии бывает очень мало, так что при кипячении появляется только муть, а не свертки (меньше 0,1), и в таких случаях белок появляется в моче только в известное время суток, преимущественно после обеда и после усиленных движений—*периодическая альбуминурия*. В тех случаях, когда белка бывает сравнительно много (однако едва ли когда больше 0,2), он выделяется и с утренней мочой, но во всяком случае для физиологической альбуминурии

характерно то, что почти во всех случаях белок исчезает в ночной моче, пока данный субъект лежит в постели, откуда и название *циклическая или вставательная альбуминурия*. Как на важный отличительный признак физиологической альбуминурии от патологической, Рауу указывает на особое свойство белка: в первом случае он осаждается от органических кислот (лимонной, уксусной), тогда как при патологической альбуминурии прибавка этих кислот без кипячения всегда дает отрицательный результат. Мутность от уксусной кислоты зависит от нуклеина, который встречается, конечно, и в патологической моче, так что абсолютного распознавательного значения признак Рауу не имеет, но дело в том, что в патологических случаях на первый план выступает белок кровяной сыворотки, не осаждающийся от уксусной кислоты, а в случаях физиологической альбуминурии — нуклеин. Если моча содержит, кроме белка, еще и кровь, хотя бы в самом минимальном количестве, то физиологическая альбуминурия может быть исключена. То же самое имеет место и в том случае, если микроскоп открывает в моче присутствие зернистых цилиндров и лимфоидных телец, но скудное количество одних только гиалиновых цилиндров не исключает физиологической альбуминурии.

Физиологическая альбуминурия не есть синоним альбуминурии периодической, так как последняя может иметь и патологическое значение, как, например, в том случае, если она стоит в зависимости от почечного песка. В таком случае почти всегда можно заметить в свежей моче присутствие песка из мочевой кислоты. Далее, может иметь значение и то обстоятельство, что при физиологической альбуминурии белок в моче встречается ежедневно в известное время дня, а при мочевом песке периоды альбуминурии разделяются подчас многодневными промежутками; иногда выделение песка сопровождается болезненным мочеиспусканием или приступом сильных болей живота (почечная колика). Впрочем, полное отсутствие субъективных жалоб не исключает песочной альбуминурии. Если при периодической альбуминурии моча содержит по временам, кроме белка, еще и кровь, то существование почечного песка можно считать доказанным, так же как и при присутствии гнойных элементов в моче, указывающих на пиелит. В других случаях периодическая альбуминурия остается на долгое время после острого нефрита, но в таком случае большей частью месяцев через 6—12 исчезает. Возможно, что в подобных случаях, в конце концов, может развиться хроническая форма нефрита.

Вообще говоря, альбуминурия сама по себе ничего не доказывает и для распознавания не имеет определенного значения, так

как встречается при очень разнообразных условиях и под влиянием различных причин. Симптом этот получает особую цену только в связи с другими признаками, представляемыми больными.

Если белок примешивается к моче в момент ее выделения почками, то говорят о *почечной альбуминурии* или *настоящей*, если же белок появляется в моче вследствие примеси к ней гноя или крови вне почек, то говорят об *альбуминурии ложной*. Отличить настоящую альбуминурию от ложной нетрудно хотя бы уж потому, что при первой почти всегда можно открыть под микроскопом присутствие мочевых цилиндров, а если в самых легких случаях почечной альбуминурии их трудно найти, то все-таки ложная альбуминурия легко исключается отсутствием в моче гноя и крови. О существовании ложной альбуминурии заключаем из того, что, несмотря на примесь к моче гноя или крови, не находим в ней цилиндров и сравнительно мало белка (не больше половины объема взятой мочи). Если ложная альбуминурия обуславливается только примесью гноя, то отношение количества белка (определяемого по Esbach'у на тысячу частей мочи) к числу гнойных телец в 1 куб. мил. осадка не должно превышать 1 : 50 000, т. е. если при содержании в куб. мил. осадка 50 000 гнойных телец количество белка в фильтрованной моче превышает $1\frac{0}{100}$, то это значит, что альбуминурия обусловлена не одной лишь примесью гноя; если же в моче есть гной или кровь, а количество белка так велико, что, видимо, не соответствует сказанным примесям, да, кроме того, встречаются и цилиндры, то дело идет, стало быть, о *смешанной альбуминурии*¹.

¹ От обыкновенной альбуминурии надо строго отличать *пептонурию*, так как выделение с мочой пептона имеет совершенно иное значение, чем выделение белка кровяной сыворотки. *Пептон не имеет никакого отношения к страданию почек*, а указывает на изменение химического состава крови и потому часто является в моче без белка, чем значительно облегчается исследование мочи на пептон. Если моча не дает осадка ни от кипячения, ни от азотной кислоты, но дает мутность от метафосфорной кислоты, то, значит, она содержит пептон. (Для приготовления раствора метафосфорной кислоты достаточно обмакнуть небольшой кусочек кислоты на несколько секунд в 15 г воды; раствор этот прибавляется к моче по каплям.) Если в моче есть белок, то он тоже осаждается этим реактивом и потому предварительно должен быть удален. Пептонурия всего чаще является при существовании в теле гнойных скопид—*пиеогенная пептонурия*—и при случае может служить основанием для дифференциальной диагностики, например, гнойного плеврита от серозного или острой головной водянки (*meningitis serosa infantum*) от цереброспинального или простого гнойного менингита. У взрослых пептон был найден еще при скорбуте—*гематогенная пептонурия*, при язвах кишок—*энтерогенная пептонурия*—и остром ревматизме,

Если существование настоящей альбуминурии доказано, то остается еще определить, от какой именно причины она зависит. В этом отношении всегда удобнее ориентироваться, если разделить все почечные болезни на острые и хронические. К первым относятся острое паренхиматозное воспаление почек и нераздельный спутник его—гломерулонефрит, далее, острое интерстициальное воспаление почек и, наконец, самое легкое из почечных страданий—десквамативный нефрит или почечный катарр, клинически сливающийся с острой гиперемией почек и с так называемым мутным набуханием и зернистым перерождением почечного эпителия.

К хроническим процессам относятся хронический паренхиматозный нефрит, амилоидное перерождение почек, почечный цирроз (первичный хронический межпочечный нефрит), застойная почка и злокачественное новообразование (саркома или рак) в почках.

Вопрос о том, имеем ли дело с острой или хронической альбуминурией, решается анамнезом: в первом случае она продолжается от нескольких дней до двух-трех месяцев, в хронической форме—несколько месяцев и даже лет.

Острая альбуминурия в детском возрасте всего чаще обуславливается острым паренхиматозным воспалением почек, протекающим обыкновенно вместе с гломерулонефритом, или одним последним. Альбуминурия сама по себе вовсе не доказывает существования нефрита; для этого требуется еще присутствие в моче других воспалительных продуктов: белых, а нередко и красных кровяных телец, различных цилиндров (гиалиновых, зернистых, кровяных и эпителиальных) и жирно перерожденных клеток почечного эпителия. Что касается гиалиновых цилиндров, то они встречаются при всякой настоящей альбуминурии и потому не доказывают воспаления почек, по крайней мере если попадают в ничтожном числе.

В громадном большинстве случаев воспаление почек легко узнать и без микроскопического исследования мочи и именно на основании альбуминурии, микроскопических свойств мочи и сопутствующих симптомов. *Количество мочи* значительно уменьшено (чем меньше мочи, тем тяжелее нефрит; при полной анурии в течение суток предсказание всегда очень опасно), она выходит

значит, прежде чем делать какие-либо диагностические заключения на основании пептона в моче, эти процессы должны быть исключены. Специальных исследований о пептонурии в детском возрасте мне не удалось найти в литературе.

уже мутной от примеси форменных элементов (цилиндров и клеточных элементов), а постоявши, делается еще мутнее от осаждения мочекислых солей и дает обильный, грязного цвета осадок; цвет мочи *грязноватобурый* или (от примеси крови) *кровянистый*; удельный вес мочи *значительно увеличен*. Она очень богата белком [в большинстве случаев осадок белка в трубке Эсбаха занимает 5—6 делений ($\frac{1}{3}$ %), но при тяжелых нефритах количество белка достигает до 1% и даже до $2\frac{1}{2}$ %]. Субъективных жалоб может совсем не быть, но иногда в области почек чувствуется боль, усиливающаяся при давлении. Часто наблюдаются частые позывы к мочеиспусканию, причем всякий раз выделяются очень небольшие порции мочи. В случае лихорадки (острое воспаление почек может протекать и без повышения температуры) большой жалуются на головную боль и другие спутники жара. От задержания воды в организме и от гидремии нередко развиваются отеки подкожной клетчатки, сначала лица (век) и ног, а потом и всего тела, а также серозных полостей, из которых чаще и прежде всех поражается брюшина (ascites), реже плевра, околосердечная сорочка и мозговые желудочки. Наблюдение показывает, что подкожная водянка всего чаще и всего сильнее развивается при *скарлатинозных нефритах* (вероятно, вследствие предварительного изменения стенок кожных капилляров под влиянием скарлатинозного яда), между тем как при нефритах других инфекционных болезней водянки или совсем не бывает, или она бывает невелика. До некоторой степени характерно для почечной водянки, что она очень изменчива: сегодня всего сильнее отечно лицо, а завтра—ноги или живот и т. п. От скопления в крови продуктов обмена, задержанных в организме вследствие нарушенной деятельности почек, развивается комплекс симптомов, известный под именем уремии. Главнейшие симптомы ее—головная боль, рвота и общие судороги с потерей сознания, после которых нередко остается на некоторое время спякота. К числу не особенно редких спутников острого нефрита относятся расширение и гипертрофия сердца, развивающиеся в течение нескольких дней.

В большинстве случаев воспаление почек кончается выздоровлением приблизительно в 3—6 недель, но иногда, вследствие значительной водянки (отек легкого, гортани) или уремии, или от осложнений, к которым располагает нефрит (пневмония, гнойный плеврит и воспаление других серозных оболочек), наступает смерть. Предсказание при нефрите тем хуже, чем меньше мочи и чем богаче она белком; напротив того, большая или меньшая примесь крови не имеет особого прогностического значения.

В детском возрасте острый нефрит очень редко переходит в хронический; сравнительно чаще случается, что на несколько месяцев затягивается альбуминурия, но, в конце концов, и она проходит.

На основании свойств мочи можно судить до некоторой степени и о том, какой именно процесс преобладает в почках. В клубочках происходит выделение воды и пропотевание белка; в трубочках — отслойка эпителия и образование цилиндров; в межпочечной соединительной ткани — эмиграция лимфоидных элементов. Значит, если мочи очень мало, но она очень богата белком и бедна цилиндрами и эпителием, то можно думать, что поражены, главным образом, клубочки (glomerulitis); если же малое количество белка не соответствует большому количеству цилиндров и мочи много, то вероятнее паренхиматозный нефрит; чем больше в моче гнойных телец, тем более поражена, стало быть, межпочечная соединительная ткань.

Для суждения о том, поражены ли больше клубочки или эпителий канальцев, Геслер («Врач», 38, № 26 и 27) рекомендует обращать внимание на скорость выделения почками иодистого калия. По его наблюдениям, 5 г иодистого калия выделяются здоровыми почками приблизительно в течение 11 часов; та же продолжительность будет и в случае чистого гломерулита; но если поражен и эпителий, то выделение иодистого калия будет замедлено тем больше, чем сильнее захвачена паренхима почки.

Причины. Самой частой причиной острого воспаления почек бывает скарлатина, которая дает больше случаев, чем все остальные причины, взятые вместе. Скарлатинозный нефрит редко появляется с первых дней болезни, т. е. в лихорадочном периоде, обыкновенно же в периоде шелушения, от 10-го до 20-го дня, значительно реже в течение следующих трех недель; узнать эту причину удастся обыкновенно и без анамнеза, именно на основании характерного лупления эпидермиса, особенно на пальцах и ладонях. Благодаря этому признаку можно определить этиологию нефрита даже и в случаях самой легкой скарлатины, оставшейся неузнанной или незамеченной родителями. Эти-то легкие случаи следует предполагать всегда, когда нефрит появился у ребенка без всякой видимой причины, так как *от простуды он не развивается почти никогда* (мы подчеркиваем это, несмотря на заявление Barthez и Sanné, будто у детей простудные нефриты встречаются много чаще, чем у взрослых), а все другие этиологические моменты легко определяются анамнезом. К числу этих моментов относятся, во-первых, все другие острые инфекционные болезни.

как тяжелые (тиф, рекуррент, корь, *дифтерит*¹, оспа), так и легкие: *варицелла*, свинка и незначительная лихорадка, протекающая с воспалительным набуханием шейных желез (Pfeiffer, Neubner); во-вторых, различные лекарства, производящие при случае так называемый *токсический нефрит*. Сюда относятся из наружных средств: деготь, иод (при смазывании больших поверхностей кожи у маленьких детей), перувианский бальзам, *мушка*, а из внутренних—скипидар (после больших приемов скипидара с мочой выделяются смолистые вещества, которые могут обусловить появление в моче мутности при кипячении; мутность эта исчезает от прибавления алкоголя или, еще лучше, эфира, чего не бывает при альбуминурии), салициловый натр, хлорноватокислый калий (гемоглобинурия).

На основании приведенных признаков диагностика острого нефрита не трудна. От почечного катарра (десквамативного нефрита или лихорадочной альбуминурии), который является при многих лихорадочных болезнях, особенно инфекционных, в периоде наиболее сильного и лихорадочного состояния, острый нефрит отличается макро- и микроскопическими свойствами мочи; при лихорадочной альбуминурии количество мочи хотя и меньше нормального (соответственно жару), но она остается светлой, содержит очень мало белка и в свежем состоянии не дает осадка, так как почти свободна от форменных элементов; в ней нет ни белых, ни красных кровяных телец, но есть почечный эпителий, из цилиндров в ней встречаются только гиалиновые и эпителиальные, да и то лишь в небольшом количестве. Альбуминурия держится только несколько дней и исчезает с прекращением лихорадки. До водянки и уремии дело никогда не доходит. К этой же категории относится и альбуминурия, столь часто встречающаяся в *первом периоде* скарлатины, тогда как настоящий нефрит (гломеруло-паренхиматозный нефрит) развивается обыкновенно в периоде шелушения, а потому он называется *последовательным нефритом*.

Острое интерстициальное воспаление почек, встречающееся при тяжелой скарлатине и при пиемии и характеризующееся обильной инфильтрацией межтубулярной соединительной ткани почек лимфоидными элементами и образованием милиарных абсцессов, имеет более патологоанатомический интерес, так как клинически, т. е. на основании свойств мочи, оно едва ли

Нефрит при дифтерите отличается от скарлатинозного тем, что моча при нем почти никогда не содержит крови, а общая водянка и уремия принадлежат к большим редкостям.

может быть не смешано с острым паренхиматозным нефритом. Впрочем, если в течение какого-либо пиемического процесса развивается нефрит и в моче появляется сравнительно много гноя без указаний на катарр пузыря, то можно предполагать гнойный нефрит со вскрытием абсцесса в почечные лоханки.

Вопрос о нефрите может возникнуть при всякой *водянке*, и исследование мочи в таких случаях не всегда выясняет дело; так, например, скарлатинозные больные иногда заболевают общей водянкой (подкожной и брюшной) в периоде выздоровления, и, несмотря на то, моча их не представляет никаких признаков воспаления почек: она светла, не дает осадка и выделяется в достаточном количестве или содержит лишь следы белка без всяких форменных элементов. Спрашивается, можно ли в таких случаях предполагать воспаление почек или нет? Что случаи нефрита без альбуминурии и без всяких цилиндров действительно встречаются, это доказано несомненно несколькими вскрытиями (неизвестно только, отсутствовала ли альбуминурия во все течение болезни), но такие случаи исключительно редки, и почти всегда констатировано у такого рода больных, во-первых, значительное уменьшение количества мочи и, во-вторых, что моча была мутна и давала обильный осадок из мочекислых солей, между тем как при водянках, о которых идет речь, моча бывает бледна, прозрачна и нормального количества, и в таких случаях, по всей вероятности, никакого нефрита в основе водянки не бывает, что подтверждается еще и тем, что все подобные больные очень скоро выздоравливают; что касается до ничтожной альбуминурии, встречающейся в некоторых случаях, то она может быть объяснена отеком почек. Если бы отсутствие альбуминурии у таких больных зависело от полной не деятельности заболевшей почки, в то время как другая почка остается здоровой и дает нормальную мочу, то было бы совсем непонятно отсутствие белка и цилиндров в периоде выздоровления, когда больная почка начала опять функционировать: ведь нельзя же предположить, что переход от тяжелого воспаления, поведшего к полному, хотя бы и временному, прекращению функции, к выздоровлению происходит так внезапно.

Водянка при пороках сердца в периоде расстройства компенсации может быть тоже общей, причем в моче появляется белок от венозного застоя в почках, но диагностика обыкновенно не трудна; она основывается на объективных признаках поражения сердечных клапанов, на способе развития водянки, которая всегда начинается с ног и потом подымается кверху, и на свойствах мочи (см. хронический паренхиматозный нефрит).

В случае *уремии* воспаление почек может быть принято за воспаление мозговых оболочек; в обоих случаях дело начинается с головной боли, за которой следуют рвота, иногда даже при замедленном и неправильном пульсе, а потом общие судороги (иногда односторонние) и спячка с широкими, не реагирующими зрачками. Но как бы ни были похожи припадки уремий на менингит, все-таки при существовании нефрита гораздо вероятнее предположить уремию, чем какое-либо другое мозговое страдание. Ошибка возможна только в том случае, если врач просмотрел альбуминурию, что легко может произойти в случае скрытно развивающегося нефрита, т. е. без субъективных жалоб больного и при отсутствии отеков.

Хроническая альбуминурия у детей вообще встречается редко; сравнительно чаще наблюдается она у субъектов, истощенных какими-нибудь гнойными процессами в костях или сочленениях, и в таких случаях в основе альбуминурии лежит амилоидное перерождение почек в чистом виде или вместе с паренхиматозным нефритом.

Хронический паренхиматозный нефрит по свойствам мочи очень похож на острую форму: мало мочи, много белка (самое большое количество, которое встретилось нам, дало 25 делений по Эсбаху, т. е. 2,5 %); моча мутна, нередко окрашена кровью и дает обильный осадок, в котором много всякого рода цилиндров и гнойных телец, а также и мочекислых солей; удельный вес нормален или немного увеличен. Отличие от острого нефрита состоит только в том, что при хроническом воспалении почек количество мочи уменьшается не так резко и что в осадке преобладают темные зернистые цилиндры. Общая водянка и уремия при хроническом нефрите принадлежат к числу обычных симптомов.

Свойства мочи, в смысле степени альбуминурии и количества осадка, цилиндров и пр., при хроническом нефрите, как и при остром, бывают различные в зависимости отчасти от тяжести болезни, отчасти же от того, поражены ли больше клубочки или эпителий, или соединительная ткань. Несомненно, встречаются случаи, которые по клинической своей картине должны быть отнесены к категории *хронического гломерулонефрита*. В одном из подобных случаев у девочки 3 лет, лежавшей в нашей клинике зимой 1894 г., главными симптомами были: малое количество мочи (при поступлении 150—200 г), громадное содержание белка (15—25 ч. на 1 000) и ничтожный осадок, в котором, кроме мочекислых солей, микроскоп открывал почти исключительно только гиалиновые цилиндры и небольшое количество лимфоидных эле-

ментов. Болезнь началась в виде острого нефрита 5 месяцев назад; больная поступила в клинику по поводу резко выраженной общей подкожной водянки и асцита. За гломерулит и против значительного поражения эпителия говорило отсутствие эпителиальных и зернистых цилиндров. Допустить в данном случае амилоид почек было невозможно ввиду отсутствия этиологических моментов для него.

Если хроническое поражение почек наблюдается у ребенка, страдающего каким-нибудь хроническим нагноительным процессом в костях или мягких частях (поттова болезнь, костоеда длинных костей, туберкулез сочленений, эмпиема) или резко развитым сифилисом (наследственным), или запущенным рахитизмом, или чахоткой, то надо думать об амилоиде, а если у данного ребенка при наличности только что приведенных этиологических моментов можно констатировать амилоид печени или селезенки, или одной последней, то диагностика амилоида почек почти несомненна, хотя бы моча совершенно соответствовала паренхиматозному нефриту. Этиологическую диагностику амилоида почек мы поставили на первом месте именно потому, что моча при этом процессе не представляет постоянных свойств: в одних случаях ее мало, она богата белком, темна и дает обильный осадок, тогда как в других случаях моча выделяется обильно, она совершенно светла и бледна, низкого удельного веса. Разница обуславливается, главным образом, распространением процесса (вначале поражаются только клубочковые сосуды, а потом и артерии трубчатого вещества и даже почечный эпителий), а также и тем, осложнен ли амилоид почек паренхиматозным нефритом или нет. Для чистого амилоида более характерно выделение *светлой прозрачной* мочи низкого удельного веса с *значительным количеством белка*, но без осадка; несмотря на нормальное количество мочи, водянка бывает обыкновенно резко выражена, но не от задержания воды почками, а вследствие кахексии, развивающейся под влиянием хронического нагноения или амилоидного перерождения печени и других органов. Пока общее питание не очень пострадало, до тех пор водянка отсутствует. Гипертрофии сердца и уремии при чистом амилоиде почек не бывает, но при осложнении его паренхиматозным нефритом развитие уремии весьма возможно.

При *застойной* почке моча, по микроскопическим своим свойствам, очень похожа на мочу при паренхиматозном нефрите: она темна, красного цвета, выделяется в значительно уменьшенном количестве, высокого удельного веса и при охлаждении дает обильный осадок из мочекислых солей; под влиянием

порока сердца может быть общая водянка и гипертрофия сердца. Отличия состоят в том, что при застойной почке *белка* в моче бывает *немного*, так же как и *цилиндров* и притом только одних гиалиновых; воспалительных продуктов, т. е. лимфоидных элементов, и красных кровяных шариков почти вовсе нет (значительная примесь крови указывает на осложнение паренхиматозным нефритом или инфарктом). Характерна для застойной почки *изменчивость свойств мочи в зависимости от состояния сердечной деятельности*; если под влиянием лекарств или других причин сердце начинает лучше работать, то количество мочи быстро увеличивается, она делается светлее, и белок исчезает. Если альбуминурия продолжается, несмотря на то что деятельность сердца восстановилась и все явления застоя исчезли, то можно думать, что белок в моче есть следствие нефрита. Следует иметь в виду, что застойная альбуминурия может появляться и без порока сердца, например при упадке деятельности сердца после острых инфекционных болезней, в особенности после скарлатины, или от застоя крови при легочных болезнях, в особенности при тяжелых плевритах. Диагностика застойной почки значительно облегчается наличием этиологического момента, т. е. порока сердца, и явлениями венозного застоя в других органах, особенно в печени; так как печень реагирует на сердечную слабость гораздо легче, чем почки, то увеличение печени можно считать обязательным спутником застойной почки. Уремии при застойной почке без нефрита никогда не бывает.

Первичный интерстициальный нефрит в детском возрасте составляет очень большую редкость. В единственном случае, встретившемся в нашей больнице, больной представлял совершенно те же симптомы, что характеризуют эту форму нефрита у взрослых; правильная диагностика, подтвержденная вскрытием, была поставлена, главным образом, на основании гипертрофии сердца, жесткости доступных осязанию артерий и свойств мочи: она была *обильна, светла*, почти как вода, *бедна белком* и не давала осадка; водянки *не было*. При вскрытии найдена резко выраженная зернистая атрофия почек, гипертрофия левого сердца, склероз (оказавшийся настоящим атероматозом) и неравномерное утолщение стенок артерий, особенно мозговых, кровоизлияние под эпендиму правого желудочка. (Случай этот, относящийся к 12-летнему мальчику, подробно описан в Медицинском обозрении, т. XVII, 1882, стр. 911).

Haematuria. Присутствие крови в моче в большинстве случаев узнается уже при простом осмотре мочи, окрашенной в кро-

вянистый или в краснобурый (от метгемоглобина) цвет. Всякое сомнение насчет присутствия крови в моче устраняется исследованием мочи под микроскопом, причем хорошо сохранившиеся кровяные тельца легко отыскиваются в любой капле мочи. Если, несмотря на красно-кровоянистый цвет мочи, в ней не оказывается кровяных шариков, хотя и есть белок, то значит дело идет о присутствии в моче не цельной крови, а только гемоглобина—*hæmoglobinuria*. Химическим путем присутствие в моче гемоглобина (или крови) доказывается пробой Heller'a: если в моче есть кровь или гемоглобин, то при кипячении после прибавки едкого кали осаждаются хлопья фосфатов, увлекающих с собой пигмент и потому окрашивающихся в кроваво-красный цвет.

В некоторых случаях моча получает кроваянистый вид, несмотря на полное отсутствие в ней крови; такая моча наблюдается, например, после внутренних приемов хризофановой кислоты (препараты ревеня и сенны), если только моча щелочной реакции. Проба Heller'a в таком случае не дает надежных результатов, так как осаждающиеся фосфаты и в этом случае тоже увлекают пигмент и окрашиваются красноватым цветом, хотя бы и с иным оттенком, чем от крови. Гораздо проще выясняется вопрос посредством прибавки кислоты; кровавая моча дает с азотной кислотой реакцию на белок, тогда как красная моча после приемов сенны от подкисления какой бы то ни было кислотой обесцвечивается, а от прибавки аммиака снова краснеет.

Черная моча от карболовой кислоты легко получается у детей даже и при наружном употреблении последней; отличается она от кроваянистой мочи, во-первых, тем, что не содержит белка и, во-вторых, что цвет ее отдает в зеленый оттенок. Более похожа на кроваяную моча, очень богатая *индиканом*. Такая моча получается в том случае, если в кровь поступает много индола, а так как последний есть один из продуктов гниения белков, то индикановая моча встречается во всех тех случаях, когда в теле скопляются гниющие белковые вещества, например, ихорозные экссудаты в полостях плевры или брюшины или застой кала в кишках. Особенно темную мочу приходится наблюдать при непроходимости кишок и при перитонитах. В случае Pollak'a (Rev. mens. des mal. d. l'enf., XI, 1893, p. 519) черная моча наблюдалась при туберкулезе кишок и брюшины у девочки 10 лет в течение нескольких месяцев; удельный вес колебался от 1008 до 1030, реакция бывала обыкновенно щелочной, количество мочи 100—300 см³. Свежевыпущенная моча была светла и прозрачна, иногда желтовато-красного, иногда буроватого цвета, но, постоявши, она вскоре

начинала чернеть, причем потемнение шло с поверхности вглубь и достигало своего максимума на четвертый день; одновременно с почернением моча мутилась и давала обильный осадок из фосфатов. Почерневши, моча сохраняла свой цвет в течение многих дней. Степень почернения мочи в разные дни была неодинакова и иногда совсем исчезала. Моча в данном случае не содержала ни белка, ни гноя, ни крови, ни желчных пигментов, ни ацетона, ни сахара, но всегда была богата индиканом; реакции на меланин и фенол давали отрицательные результаты; эфиром, спиртом и хлороформом черное красящее вещество из мочи не извлекалось, но осаждалось уксуснокислым свинцом и баритом или известковой водой. Натура красящего вещества не могла быть определена, но что оно не было тождественно с индиканом, это не подлежало сомнению, так как они могли быть отделены друг от друга. При аутопсии никакой меланотической опухоли не оказалось, а только туберкулез кишок и брюшины. Заметим, что черную мочу при перитоните наблюдал в одном случае также Litten (Deutsch. med. Wchshr., 1889, № 3) и Senator (Char. An., 1890 B. XV). Для определения индикана его переводят в индиго, с какой целью несколько кубических сантиметров мочи смешивают с равным количеством дымящейся хлористоводородной кислоты, потом прибавляют капли две концентрированного раствора хлориновой извести и затем некоторое количество хлороформа. Последний осаждается на дне и, извлекая индиго, окрашивается в голубоватый цвет.

Если присутствие крови в моче доказано, то остается определить источник кровотечения. Кровь может происходить из уретры (или из влагалища при регулах у девочек 12—13 лет), из шейки пузыря, из слизистой оболочки самого пузыря, из почечных лоханок и мочеточников, из почек и, наконец, одновременно из различных отделов мочевых органов.

Кровотечение из мочеиспускательного канала или из влагалища легко узнается по тому, что кровь сочится из уретры или влагалища и вне времени мочеиспускания, вследствие чего белье оказывается запачканным чистой кровью. При незначительном кровотечении можно выдавить из уретры хоть несколько капель чистой крови. Если с мочой выделяются нитевидные сгустки и желательно узнать, происходят ли они из уретры или из мочеточника, то больного заставляют помочиться в два отдельных стакана; в случае уретрального происхождения сгустков последние будут только в первой порции мочи, тогда как вторая окажется без примеси крови.

В детском возрасте уретральные кровотечения встречаются редко и именно только после травм, например ушиба, грубой катетеризации, введения инородных тел из шалости.

Кровотечение из шейки пузыря характеризуется тем, что кровь является только во время мочеиспускания и именно при самом окончании его, в момент сокращения сфинктера; больной кончает мочиться, и тогда-то появляется несколько капель чистой крови, обыкновенно при ощущении значительной боли. В двух подобных случаях, встретившихся в нашей клинике, дело шло о мальчиках 8 и 10 лет, страдавших туберкулезным циститом. Моча у обоих была кислой реакции, но мутна от богатой примеси к ней гнойных элементов. Кровотечения из пузыря, почечных лоханок и почек легко отличаются от предыдущих между прочим тем, что моча выходит одинаково кровянистой как в начале, так и в конце мочеиспускания, но на основании свойств мочи не всегда можно определить источник кровотечения.

Так как пузырьные кровотечения в детском возрасте встречаются почти только при камнях и, может быть, еще при туберкулезе мочевых органов, то поэтому характерна для них наличность признаков цистита, т. е. аммиачный запах мочи (при туберкулезе его нет, ибо моча остается кислой) и осадок из гнойных и кровяных телец, кристаллов фосфорнокислой аммиак-магнезии (гробовые крышки) и пузырьного эпителия; мочеиспускание болезненно вследствие спазмов пузыря.

Присутствие в моче нитевидных кровяных свертков, если нет кровотечения из уретры, указывает на происхождение крови из мочеточников или лоханок, а что касается до почечного кровотечения, то для него вполне характерно присутствие в осадке микроскопических кровяных цилиндров (отпечатки беллиниевых трубочек); кровь смешивается с мочой очень тесно, и потому заметных свертков крови в моче не образуется. При почечном кровотечении моча, будучи профильтрована, все-таки содержит много белка, между тем как при примеси крови к моче из мочевыводящих путей после фильтрации моча почти совсем освобождается и от крови, и от белка (если нет нефрита).

Haematuria у детей еще чаще является симптомом нефрита, и в таком случае в моче обязательно встречаются мочевые цилиндры и другие спутники воспаления почек; изредка, впрочем, случается наблюдать примесь крови к моче у выздоравливающих скарлатинозных больных без всяких других признаков воспаления почек, так что приходится допустить у них *гиперемию почек*, не дошедшую до степени воспаления.

Далее, кровь в моче может быть результатом травмы или симптомом геморрагического диатеза, например, при болезни Werlhof'a, геморрагической оспе и др.; диагностика подобных случаев, конечно, не трудна на основании сопутствующих симптомов. Гораздо труднее узнать иногда причину *периодических почечных кровотечений*, появляющихся у детей, на вид совершенно здоровых. Кровотечение может повторяться через различные промежутки времени, от нескольких дней до недель. В одном случае весьма обильного почечного кровотечения я должен был остановиться на предположении врожденной гемофилии, так как мальчик лет пяти был до гематурии совершенно здоров, остался таковым и впоследствии, а между тем в анамнезе у него значилось, что год тому назад он чуть не умер от потери крови из щеки, наткнувшись на остроконечную щепку, причинившую небольшой разрыв кожи.

В других случаях периодические почечные кровотечения могут зависеть от начинающегося рака почки или от почечного песка и почечных камней, или от камня пузыря, или от туберкулеза почек.

Редко случается, чтобы haematuria была одним из первых симптомов *рака*, чаще она является лишь тогда, когда новообразование достигло значительной величины, так что больной орган прощупывается в животе в виде опухоли. Если haematuria является первым симптомом рака, то диагностика не может быть установлена впрямь до выяснения опухоли; общий вид больного вначале тоже не решает дела, так как кахексия развивается довольно поздно.

Если периодические кровотечения повторяются в течение нескольких месяцев, хотя бы и изредка, то у больного, по всей вероятности, не рак, так как за это время он успел бы развиться до степени прощупываемой опухоли или по крайней мере повел бы к значительному истощению. Гораздо вероятнее предполагать в подобных случаях *почечный песок*, на значение которого в этиологии детской гематурии впервые указал Kjelberg (Oester. Jahrb. f. Paediatr., 1873, S. 49). Понятно, что присутствие мочевого песка в урьльнике является очень важным обстоятельством для диагностики этой формы гематурии, однако лишь в том случае, если песок наблюдается в только что выпущенной *теплой* моче; если же он осаждается в моче, стоявшей несколько часов, то значение его равняется нулю, так как он может быть в таком случае результатом кислого брожения мочи. Далее, в пользу почечного песка и отчасти против рака говорит примесь к моче эпителия из почек

ных лоханок (черепицеобразно-расположенные клетки) или гнойных элементов, указывающих на pyelitis, а также сильные боли в животе, сопровождающие почечное кровотечение, особенно если эти боли и кровотечения особенно часто появляются вслед за усиленными движениями; наоборот, против песка и за рак говорит слишком обильное кровотечение. Само собой разумеется, что отсутствие мочевого песка в свежесобранной моче может говорить против него только при ежедневном исследовании мочи в течение более или менее долгого времени, но и в таком случае нельзя быть уверенным, что у больного нет почечных камней, особенно если он подвержен приступам почечной колики, не особенно редкой в детском возрасте после 7 лет.

Туберкулез почек и почечных лоханок сопровождается обыкновенно нефритом или по крайней мере пиэлитом, а потому в мочевом осадке открываются обыкновенно гнойные тельца и различные цилиндры, а также и туберкулезные бактерии.

Что касается до периодических кровотечений из пузыря при камне, то он очень рано начинает вызывать припадки дизурии, которые прямо указывают на необходимость исследования пузыря зондом.

Периодическую гематурию следует строго отличать от периодической гемоглобинурии. Кровяно-красная моча, свободная от кровяных телец, но богатая гемоглобином, является главным симптомом особой болезни, известной под именем пароксизмальной гемоглобинурии. Болезнь эта характеризуется тем, что у совершенно здорового субъекта вдруг начинает выделяться как бы кровяная моча, в которой проба Heller'a доказывает присутствие кровяного пигмента, несмотря на полное или почти полное отсутствие красных кровяных телец. Белок в большем или меньшем количестве встречается при этом всегда. Выделение его продолжается еще несколько дней после исчезания гемоглобинурии. Никаких субъективных жалоб при этом может не быть, но иногда за час, за два до появления гемоглобинурии с больным делается приступ лихорадки с ознобом и вслед за тем быстрым подъемом температуры до 39—40°; спустя несколько часов приступ кончается, и температура опускается до нормы. Причины гемоглобинурии во многих случаях остаются неизвестными, и приступы кровяной мочи являются у данного субъекта через различные промежутки времени от совершенно незаметных поводов; в других случаях припадок всегда является под влиянием одной и той же причины и тогда может быть вызван искусственно. Из числа этих причин всего

более известно влияние холода; есть субъекты, которые получают гемоглобинурию всякий раз, как только опускают ноги в холодную воду. В других случаях гемоглобинурия является вследствие усиленных движений. Простая, т. е. не пароксизмальная, гемоглобинурия может быть следствием отравлений или инфекционных болезней (скарлатина, болезнь Winckel'я), также при скорбуте, гемофилии и т. п. Из неорганических ядов всего известнее гемоглобинурия от отравления бертолетовой солью и фосфором; в одном случае Вокаж'я гемоглобинурия у 7-летней девочки, страдавшей интермиттентом, появлялась каждый раз после приема хинина; после того как он был отменен, гемоглобинурия не возвращалась больше, несмотря на то что приступы лихорадки еще продолжались.

Ruria. Если моча содержит гной, то она выделяется мутной и при стоянии дает беловатый осадок, в котором легко найти под микроскопом большое количество гнойных телец. При взбалтывании осадка с равным количеством раствора едкого кали получается желеобразная масса (при щелочном брожении мочи подобная масса образуется на дне сосуда сама собой). Гнойная моча всегда содержит белок; если же его нет, несмотря на кажущийся гнойный вид мочи, то в ней, значит, не гной, а слизь или соли. В случае слизи в осадке встречается рядом с лимфоидными элементами большое количество эпителия, и химическим путем можно определить присутствие в моче муцина (мутность от уксусной кислоты и просветление от хлористоводородной или от едкого кали).

Осадок, напоминающий по наружному виду гной или слизь, может образоваться в кислой моче от уратов, в щелочной — от фосфатов. Первые исчезают от подогревания, а последние — от подкисления мочи.

Мутность мочи, не исчезающая ни от подогревания, ни от подкисления и не осаждающаяся при стоянии мочи, обуславливается присутствием в моче большого количества микробов; если такое помутнение появляется в моче стоявшей, загнившей, то не имеет особого значения; если же моча уже выходит мутной или загнивает необыкновенно скоро, то это явление патологическое.

Мутность мочи от богатого содержания в ней бактерий и даже аммиачный запах свежесвыпущенной мочи еще не доказывают существования катарра пузыря или цистита, так как подобные свойства ее могут быть вызваны некоторыми микробами, способными размножаться в моче и разлагать мочевины, но тем не менее не патоген-

ными. Такого рода случаи описываются под именем *бактериурии*. Всего чаще бактериурия обуславливается присутствием *Bact. coli communis*; моча в таких случаях мутна, не отстаивается, после фильтрации не просветляется, имеет неприятный запах, *кислую* реакцию (при других микробах она может быть щелочной) и под микроскопом содержит только подвижные палочки *Bact. coli*, но нет ни гноя, ни эпителия; осадка моча не дает, белка не содержит; последними четырьмя признаками бактериурия резко отличается от цистита. Бактерии попадают в мочевой пузырь или через уретру, например при катетеризации, а у девочек и без введения инструмента, или через почки, куда они приносятся кровью; последний способ проникания микробов в пузырь встречается чаще первого; таким путем часто попадает, например, *Bact. coli* при детских поносах, а иногда и при запорах; Posner производил экспериментальный пиэлит от выделения почками *Bact. coli comm.*, накладывая лигатуру на кишечник животного.

Гной в моче при нормальных наружных половых органах (т. е. когда нет ни *balanitis*, ни *vulvo-vaginitis*) указывает или на катарр мочевого пузыря, или на гнойный *pyelitis*.

Узнать источник происхождения гноя на основании одних только свойств мочи не всегда возможно; прежде считалось, что реакция свежеспушенной мочи при *цистите* бывает щелочной, особенно в хронических случаях, а при *пиэлите* она кислая, если только пиэлит не есть следствие цистита; но теперь доказано, что не только в свежих случаях цистита, но сплошь и рядом даже и при хронических формах реакция может быть также кислой, так как реакция мочи зависит не от самого цистита, а от свойств вызывающих его микробов. Rowsing (D. infek. Krankheit. d. Harnorgane, В. 98) показал, что одни из микробов разлагают мочевины, делая мочу щелочной, тогда как другие ее не разлагают, и моча остается кислой; к первым относятся *staphilococcus*, *streptococcus*, *bacillus Hauseri*, *proteus* и др., ко вторым—туберкулезный *бацилл*, *Bact. coli comm.*, гонококк Neis., тифозный *бацилл*. Под микроскопом как при цистите, так и при пиэлите в осадке, кроме гнойных телец, встречается и эпителий. Хотя эпителий мочевого пузыря имеет форму плоских больших угловатых клеток с ясно заметным ядром, тогда как эпителий из почечных лоханок гораздо мельче и представляется или в форме круглых клеток (из глубоких слоев), вроде лимфатического тельца, но несколько большей величины и с ясно видимым ядром (ядро лимфатических телец проявляется только после просветления зернистой протоплазмы уксусной кислотой), или в виде конических и хвостатых клеток, по величине

тоже значительно меньших, чем эпителий пузыря (Utzmann), однако этих признаков тоже недостаточно для точной диагностики и именно по той причине, что пузырный эпителий из глубоких слоев очень похож на эпителий лоханок. Более характерно для пиелита, когда эти клетки отходят пластами и располагаются наподобие рыбьей чешуи.

Из сопутствующих явлений для цистита характерны симптомы раздражения пузыря, особенно резко выраженные в острых случаях, в виде болезненных и частых позывов к мочеиспусканию, тогда как пиелит может выражаться болезненностью в стороне почек, приступами более или менее значительных колик и иногда отхождением мочевого песка. Присутствие несоразмерно большого количества белка в моче или цилиндров, указывающих на поражение почек, говорит скорее в пользу пиелита. Выяснению диагностики может способствовать также и этиология. Острые циститы развиваются после приема некоторых лекарств, каковы скипидар, или после приставления и долгого держания мушки, а также от простуды. Хронические циститы всего чаще сопровождаются присутствием камня, который легко узнается исследованием катетером или от задержания мочи вследствие паралича *detrusoris* (поттова болезнь). Пиелит, если он не составляет следствия катарра пузыря, развивается при почечном песке, который нетрудно заметить в моче даже и при беглом осмотре ее. Если больной страдал раньше периодической альбуминурией или у него появлялась кое-когда *haematuria*, то это тоже говорит в пользу песка. Наличие *vulvo-vaginitidis* говорит в пользу цистита; туберкулез может быть причиной как цистита, так и пиелита. Для обоих случаев до некоторой степени характерно то, что ни для цистита, ни для пиелита нельзя открыть в анамнезе никаких причин; нередко туберкулез мочевых органов является в виде первичного страдания, так что отсутствие легочного заболевания у такого рода больных тоже не говорит против туберкулеза пузыря или почек. Дифференциальная диагностика основывается, главным образом, на присутствии или отсутствии пузырных симптомов. При туберкулезном цистите, особенно в свежих случаях, на первый план выступают частые позывы и боль при мочеиспускании, особенно в самом конце мочеиспускания, когда нередко появляется несколько капель чистой крови; несмотря на примесь крови и гноя, реакция мочи всегда остается кислой; найти туберкулезные палочки в мочевом осадке довольно трудно и не всегда удается, а потому советуют пользоваться отрицательным признаком, именно результатами посевов на агаре—если на нем не полу-

чилося никаких колоний, то в таком случае дело идет, должно быть, о туберкулезном или о гонококковом цистите, так как все другие микробы, вызывающие цистит, дали бы положительный результат. Так как туберкулез пузыря не выказывает особой склонности к распространению на внутренние органы, то *cystitis tuberc.* может тянуться при случае многие годы, но очень плохо поддается лечению. Таким образом, для диагностики туберкулезного цистита может иметь значение кажущаяся беспричинность болезни, долгая продолжительность ее и неуступчивость лечению. Диагностика значительно облегчается, если удается констатировать туберкулезное поражение яичек или семенных канатиков, на какое-либо обстоятельство следует всегда обращать внимание при циститах, особенно при кислой моче.

Туберкулез почек встречается в двух формах: в одних случаях дело идет о милиарном туберкулезе, когда просовидные бугорки высыпают во всех внутренних органах, в том числе и в почках, в других—почки поражаются хроническим туберкулезным процессом, ведущим к язвенному их разрушению. Предметом клинической диагностики может быть только вторая форма, так как милиарный туберкулез почек не выражается при жизни никакими специальными (почечными) симптомами. Самым главным признаком туберкулеза почек являются свойства мочи при отсутствии пузырных явлений. Она мутна, кислой реакции, содержит белок, а иногда и кровь, и при стоянии дает осадок, состоящий из солей, *гнойных телец* и распада, в котором можно открыть присутствие *туберкулезных bacill.* Многие из подобных больных лихорадят и представляют туберкулезный *habitus*, т. е. они очень худы, бледны, с увеличенными лимфатическими железами на шее и в других местах; другие, кроме того, представляют признаки туберкулеза кишок или легких.

В последнее время обратили на себя внимание циститы и пиелиты, происходящие от заражения пузыря или почечных лоханок кишечной палочкой—*b. coli comm.* Патогенность этого микроба не всегда одинакова, но, судя по исследованиям Rowsing (l. c.), надо думать, что слизистая оболочка лоханок воспаляется под его влиянием гораздо легче, чем слизистая оболочка пузыря; хотя так называемые *coli-cystitis* (т. е. циститы, вызванные *bact. coli comm.*) несомненно существуют, но верно также и то, что многие из случаев, описанных под этим именем, суть случаи простой бактериурии.

B. coli comm. не имеет способности разлагать мочевины, а потому при *coli-cystitis* моча остается кислой. В силу того, что

слизистая оболочка лоханок, как уже сказано, гораздо легче реагирует на токсины кишечной палочки, coli-pyелitis нередко встречается без цистита. Эта форма пиелита в клиническом отношении весьма интересна; при всей своей доброкачественности она отличается весьма упорным течением и склонностью к рецидивам, благодаря которым может затягиваться на целые месяцы; замечательно, что эти пиелиты, характеризующиеся мутной (от присутствия гноя и большого количества *bact. coli comm.*) мочой, как бы долго ни тянулись, хотя бы много месяцев, остаются поверхностными, доброкачественными и не выказывают ни малейшей склонности распространяться на почки или на мочевой пузырь. Общее питание остается хорошим, нет ни потери аппетита, ни бледности, ни похудания, пока нет лихорадки; последняя, однако, может появиться во всякое время, вероятно, под влиянием всасывания токсинов (от временной закупорки мочеточника и задержки мочи или, может быть, от временного усиления ядовитости бактерий). Лихорадка эта отличается иногда чрезвычайной продолжительностью; она может с колебаниями тянуться целые месяцы, поднимаясь волнами на несколько дней до 39° и даже до 40° и спускаясь потом до 38° и ниже.

При значительных подъемах наблюдаются и знобы, но вообще лихорадка при подобного рода пиелитах отличается доброкачественным характером и большой продолжительностью.

Боли в области почек обыкновенно нет, но иногда замечаются учащенные позывы на мочеиспускание и увеличенное количество мочи за сутки, особенно в начале болезни, в дальнейшем же течении количество мочи остается нормальным и позывы не учащены. Самым характерным признаком являются свойства мочи: она уже при выходе из пузыря диффузно мутна и не просветляется ни при отстаивании, ни после фильтрации; удельный вес ее около 1 011, мутность зависит от громадного содержания кишечной палочки; при отстаивании получается осадок из гнойных телец, но эпителлия очень мало, а цилиндров совсем нет, белок есть, но в очень малом количестве (последние два признака доказывают, что дело идет о чистом pyелitis, а не о pyelo-nephritis). Примесь крови к моче встречается при присутствии почечного песка или небольших сростков. Течение этих пиелитов отличается продолжительностью и неправильностью, лихорадочное состояние то исчезает, то является снова и таким образом тянется недели и даже месяцы, моча то выделяется совсем светлой (период кажущегося выздоровления), то опять содержит гной и бактерии, но тем не менее при предсказании можно иметь в виду, что кишечная палочка

не производит глубоких изменений, что процесс не переходит ни на почки, ни на мочевой пузырь, и потому prognosis хорош; по наблюдениям Baginsk'ого тяжелые pyelo-nephritis развиваются только в тех случаях, когда вместе с кишечной палочкой в почки внедряются еще и другие микробы, как, например, *b. lactis*, *proteus*, *b. pyocyaneum* и др. (Therap. Wochenschr., 97, № 20, p. 500).

В диагностическом отношении наибольшее сходство с *collyelitis* представляет туберкулезный пиелит; всего скорее выясняется дело посредством исследования осадка, собранного центрифугой, на туберкулезные бактерии.

Присутствие песка в моче имеет разное значение, смотря по тому, оседает ли он в уральной чашке из долго стоявшей мочи (например, всю ночь или сутки) или выходит уже готовым и оседает тотчас же. В первом случае он указывает только на богатство мочи мочевой кислотой, и песок в подобных случаях не имеет значения патологического явления. Концентрированная моча, дающая при охлаждении и при долгом стоянии осадок в виде мелкого красного песка, часто наблюдается у лихорадящих или у детей, сильно потеющих, например летом, или употребляющих слишком много мяса.

Если песок в моче выходит уже готовым, то он имеет несомненно патологическое значение и указывает на ненормальный ход метаморфоза в теле, подобно тому как бывает это у взрослых субъектов при так называемом мочекишечном диатезе. В числе причин главную роль в подобных случаях играет наследственность; из анамнеза оказывается обыкновенно, что тот или другой из родителей страдает или подагрой, или почечными коликами. При существующем предрасположении производящей причиной может быть обильное употребление мяса, а также и вина, хотя бы и в незначительных количествах, — обстоятельство, имеющее большое значение при терапии мочевого песка. Мочевой песок, застаиваясь в почечных лоханках или в пузыре, может дать повод к образованию почечных или пузырных камней. Что мочевой песок может быть причиной временной альбуминурии или даже гематурии, об этом было говорено раньше (см. стр. 376).

У новорожденных детей в первые дни жизни мочевой песок принадлежит к разряду физиологических явлений. Выделение его сопровождается иногда громким криком, причина которого выясняется тем, что ребенок успокаивается после мочеиспускания и что на пеленках удается заметить мелкие крупинки красного песка.

СЕМИОТИКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Затрудненное и болезненное мочеиспускание. Оба эти симптома мы описываем вместе, так как они тесно связаны друг с другом и почти неразлучны. Если мочеиспускание болезненно (*dysuria*), то больной нарочно задерживает мочу, и, наоборот, если больной не может выпустить мочу (*retentio urinae, ischuria*), то это часто сопровождается болезненными позывами. И то, и другое встречается у детей всех возрастов и особенно часто у грудных, у которых *dysuria* выражается тем, что ребенок беспокоится и кричит перед мочеиспусканием и успокаивается после него. Новорожденные дети первые 1—2 суток совсем не мочатся и потому, если они остаются покойными, то это ничего не значит; при патологическом задержании мочи ребенок не только не мочится и беспокоится, но у него можно доказать растяжение пузыря. У новорожденных самой частой причиной болезненного мочеиспускания (спазм сфинктера) бывает мочево́й песок, который нередко в таких случаях встречается или на пеленках, или на краях праерутii. Эта причина продолжает свое действие 2—3 недели, но иногда гораздо дольше. Гораздо упорнее оказывается другая, не менее частая причина затрудненного мочеиспускания у маленьких детей, именно *физиологическое сращение* (слипание) *крайней плоти с головкой*. Состояние это узнается по тому, что никоим образом не удастся оттянуть праерутium за *corona glandis*, в самых резких случаях не удастся обнажить даже и отверстие мочеиспускательного канала; в подобных случаях сращение крайней плоти может служить причиной затрудненного мочеиспускания вследствие механического закрытия свободного выхода мочи, которая должна, так сказать, силой преодолевать суженное место, в других же случаях сращение крайней плоти с головкой ведет к скоплению смегмы около *corona glandis*, вызывая этим раздражение и рефлекторный спазм сфинктера.

Эта причина может иметь место и у детей нескольких месяцев отроду, и даже позднее, но с возрастом сращение мало-помалу исчезает само собой. У девочек такую же роль играет сращение малых губ. У детей более взрослых такое же влияние может оказывать слишком узкая и длинная крайняя плоть, которая хотя и несращена с головкой, все-таки не может быть оттянута и дает повод к скоплению смегмы.

Гораздо реже служат препятствием для тока мочи пороки развития слизистой оболочки мочеиспускательного канала, подробно описанные Englisch'ем в виде различных карманообразных складок

на нижней стенке перепончатой части и близ наружного отверстия мочеиспускательного канала, ретенционных кист (Jahrb. f. Kinderh., VII, S. 58—88) и других образований, о которых здесь не будем говорить, так как они недоступны диагностике.

Полное задержание мочи у новорожденных бывает при врожденном закрытии просвета уретры на его свободном конце или на протяжении; в первом случае диагностика делается простым осмотром, во втором—при помощи зонда. У мальчиков на первом и втором году жизни причиной болезненного мочеиспускания всего чаще бывает воспаление внутреннего листка крайней плоти (posthitis) и головки (balanitis). При осмотре легко заметить красноту и припухлость свободного края praeputii, отверстие которой оказывается обыкновенно прикрытым корочками; при оттягивании крайней плоти из-под нее сейчас же показывается несколько капель гноя. При существовании физиологического сращения, о котором только что была речь, гной может скопляться около союга glandis и показывается наружу только после отделения крайней плоти от головки посредством зонда. Причиной баланита бывает обыкновенно скопление смегмы.

Гораздо реже случается наблюдать болезненное мочеиспускание вследствие уретрита (urethritis), иногда развивающегося и у детей от заражения трипперным ядом; чаще, конечно, уретрит у детей появляется вследствие распространения воспаления с крайней плоти или от неизвестных причин даже и у новорожденных (песок? blenorrhoea?). От balanitis отличие состоит в том, что гной показывается не из-под крайней плоти только, а из самого отверстия уретры, особенно при надавливании пальцем по направлению канала сзади наперед; особенность детского небленорройного уретрита составляет его доброкачественность, так как он не осложняется ни воспалением яичек, ни бубонами и не оставляет стриктур, хотя бы и затягивался на много недель; напротив того, бленорройный уретрит и у детей может вести ко всем этим последствиям.

У девочек причиной болезненного мочеиспускания часто бывает vulvitis и vulvo-vaginitis, появляющиеся или под влиянием общего неправильного питания (анемия, золотуха), или от простуды (подобно насморку), неопрятного содержания, онанизма, оксидурии; но самой частой причиной белей у детей считается заражение их друг от друга или от взрослых гонорройным гноем, содержащим Neisser'овские гонококки. Дифференциальная диагностика гонококкового vulvo-vaginitidis от простого основывается, главным образом, на бактериоскопическом исследовании гноя. Если

в препарате, окрашенном метиленовой синькой, встречается большое количество лимфоидных элементов, содержащих диплококков характерной бисквитообразной формы, и если диплококки эти обесцвечиваются по Граму (очень важный признак, отличающий диплококка Нейссера от всех других, на него похожих), то можно с уверенностью ставить диагностику трипперного происхождения вульвита. Ввиду этих характерных признаков делать еще в целях диагностики культуры микроба считается лишним. Подозревать гонорройный *vulvitis* можно во всех случаях, когда отделяется много гноя и он притом зеленоватого цвета, и особенно если процесс захватил также и уретру. Если под влиянием воспаления образуются *ссадины* на внутренней поверхности больших губ, то боль при мочеиспускании достигает такой степени, что ребенок старается задерживать мочу, насколько может, а во время акта вскакивает с горшка, плачет, мечется, напоминая больного с трещиной *ani* во время дефекации.

Как у маленьких, так и у больших детей (мальчиков) встречаются случаи весьма болезненного мочеиспускания вследствие образования небольшой *ссадины* как раз по краю наружного отверстия уретры; болезнь эта, описанная Вокаж'ем под именем *urethritis orificiæ externæ*, отличается крайним упорством. Вокаж наблюдал ее только у евреев (33 случая); в двух наших случаях были тоже еврейские дети 2 и 5 лет (влияние обрезания).

В некоторых случаях болезненное мочеиспускание обуславливается слишком *концентрированной кислой мочой*; такая моча дает после охлаждения значительный осадок мочекислых солей. У одного нервного, малокровного 11-летнего мальчика, у которого жжение в канале при мочеиспускании составляло главный предмет его жалоб и которому ради этого была произведена безрезультатная операция фимоза, моча, по исследованию проф. Булыгинского, была нормальна, но только очень кисла; выздоровление последовало через несколько месяцев само собой.

В другом случае, тоже у 11-летнего мальчика, очень хорошо упитанного и на вид совершенно здорового, но нервного, наблюдались сильные боли сначала во время мочеиспускания (хотя и не каждый раз) в уретре, а потом боли стали появляться приступами иногда во время мочеиспускания, а иногда и самопроизвольно и притом не только в уретре, но и в промежности, ~~и~~ в животе; давление на уретру и в особенности на промежность было постоянно (т. е. и вне приступа болей) очень болезненно. Исследование мочи ничего ненормального в ней не открыло, она была только очень концентрирована и кисла; лишение большого мяса и назна-

чение вод Виши никакой пользы ему не принесло. Проф. Кожевников, определивший у больного невралгию срамных нервов, назначил ему лечение электричеством, оказавшее блистательное действие.

Очень частые и болезненные позывы бывают постоянным спутником острого воспаления мочевого пузыря, а в меньшей степени также и хронического. Различные степени воспаления мочевого пузыря известны под именем *катаррального* и *гнойного цистита*. Свойство цистита обуславливается качеством бактерий. Катарр пузыря вызывается бактериями, разлагающими мочевины, но не обладающими пиогенными свойствами, а потому катарр пузыря может существовать очень долго, не переходя в гнойный цистит. Моча выделяется или сильно щелочной, или нейтральной реакции, но всегда с аммиачным запахом (*cystitis catarrhalis ammoniacalis*) и дает более или менее обильный осадок, по виду весьма похожий на гной, но он тоже совсем не содержит гнойных телец, а состоит из слизи (растворяется от едкого кали), в которой микроскоп открывает кристаллы фосфорнокислой аммиак-магнезии (гробовые крышки), мочеислого аммония, эпителий пузыря и большое количество бактерий. Белка в моче при катарре пузыря может совсем не быть; от бактериурии он отличается болшею при мочеиспускании и частыми позывами, а от *cystitis ammoniacalis* тем, что при последнем осадок содержит много гнойных телец и под влиянием едкого кали принимает желеобразную консистенцию. Если при аммиакальных циститах и встречается кишечная палочка, то, наверное, не одна (так как она не может вызвать щелочного брожения мочи), а с какими-нибудь другими микробами, обладающими пиогенными свойствами и разлагающими мочевины; всего чаще таким сообщником бывает стафилококк.

Воспаление пузыря с кислой мочой (*cystitis acida*) отличается от предыдущей формы тем, что моча, несмотря на продолжительное существование болезни, остается кислой. Такие циститы всего чаще вызываются туберкулезным бациллом, а на втором месте надо поставить кишечную палочку; реже возбудителями болезни бывает гонококк *Neisser'a*, тифозная палочка и *diplococ. aureus*. Боль при мочеиспускании, тенезмы пузыря и количество гноя в моче бывают всего меньше при *coli-cystitis*, а всего больше — при наличности туберкулезных язв на слизистой пузыря в области шейки; в таком случае нередко под конец мочеиспускания появляется несколько капель чистой крови.

Самую тяжелую *dysuriam* в хронической форме вызывает *камень мочевого пузыря*; для этого страдания особенно характерно то, что

струя мочи нередко вдруг останавливается; для точной диагностики необходимо исследование катетером.

Задержание мочи, повидимому от спазма сфинктера, нередко встречается у детей 2—3 лет отроду при сильных *тенезмах прямой кишки* в течение дизентерии, при трещинах заднего прохода, а по некоторым авторам — и при оксиурах.

У более взрослых детей кратковременный спазм пузыря может появиться под влиянием простуды (холодный ретирад), пива и некоторых лекарств, в особенности скипидара.

Спазм пузыря может быть вызван воспалением соседних органов, например *spondylitis*. При перитоните чаще бывает просто задержание мочи от не деятельности брюшного пресса; задержание это при случае бывает столь значительным, что требует употребления катетера.

Полное задержание мочи в течение целых суток и дольше зависит или от того, что моча не вырабатывается почками (*anuria*), или от того, что мочевого пузырь не может вывести ее (*retentio urinae*). В первом случае пузырь пуст, и потому постукивание нижней части живота над лобком дает тимпанический звук, а катетером удается вывести лишь ничтожное количество мочи. Такое состояние встречается при тяжелых острых нефритах и при детской холере.

Во втором случае, т. е. при полном задержании мочи, пузырь растянут и легко прощупывается в нижней части живота в виде шарообразной, флюктуирующей опухоли, доходящей до пупка. Принять такую опухоль за асцит хотя и возможно, но только при крайне поверхностном исследовании; для правильной диагностики достаточно обратить внимание на место скопления жидкости и на правильные границы ее, соответствующие растянутому пузырю; патогномично для данной опухоли то, что она исчезает после введения катетера. Гораздо легче не заметить растянутый *ad maximum* пузырь, чем не узнать его. Случается это именно тогда, когда врач придает слишком большое значение анамнезу, упуская из виду, что матери гораздо больше следят за испражнением, чем за мочеиспусканием детей, а потому нередко отвечают наугад, а сам ребенок не жалуется либо по молодости, либо по причине затемненного сознания (последняя причина часто встречается при тифе и при менингите).

Полное задержание мочи, несмотря на сильный позыв и жжение, всего чаще встречается при *уретральных камнях*, которые задерживаются обыкновенно в ладьеобразной ямке или в предстательной части канала; камешек, застрявший в уретре, легко прощупывается при исследовании *penis'a* через кожу.

Полное закрытие мочеиспускательного канала от перетяжки вследствие рагарфимозис случается редко. Болезнь эта узнается легко по характерному изменению наружного вида penis'a: головка обнажена, набухла и лоснится; крайняя плоть оттянута за согона glandis и представляет сильную отечную припухлость.

Несколько схожая с этим картина, но без обнажения головки, получается иногда от перетяжки penis'a ниткой, которую потом больной не в состоянии снять, так как она вшивается глубоко в кожу и до поры до времени замалчивается больным из страха наказания за шалость.

Задержание мочи может быть следствием паралича детрузора при костоеде позвоночника и воспалении спинного мозга.

В одном случае, у мальчика 6 лет, мы наблюдали замечательную атонию пузыря с понижением чувствительности его, выражавшуюся в том, что мальчик мочился не более одного раза в сутки и, будучи приведен к нам в больницу, не чувствовал ни малейшего желания мочиться, несмотря на то, что пузырь был растянут до пупка. Никакой причины для атонии пузыря открыть не удалось, во всех других отношениях ребенок здоров, а в анамнезе значилось только, что он «сызмальства» мочится редко. Значит, или врожденная атония, или развившаяся вследствие дурной привычки постоянно задерживать мочу. Чаще встречается паралич detrusoris вследствие поражения спинного мозга (myelitis transversa)—ischuria paralytica; если парализован при этом и сфинктер, то, несмотря на значительное растяжение пузыря, моча постоянно выделяется по каплям (ischuria paradoxa).

Недержание мочи. Всего более известно часто встречающееся у детей *ночное недержание* (enuresis nocturna). Это—своеобразный невроз мочевого пузыря, свойственный исключительно детскому возрасту, самопроизвольно исчезающий к 12—14 годам. Он встречается как у детей цветущего здоровья, так и у анемичных и нервных, но у последних чаще. Болезнь состоит в том, что ребенок почти всякую ночь пускает мочу под себя, не просыпаясь, тогда как днем он владеет своим пузырем совершенно правильно.

Сущность болезни состоит, повидимому, в повышенной рефлекторной возбудимости детрузора; в тяжелых случаях дело доходит до того, что больной и днем не может противостоять позыву и против своей воли испускает мочу тотчас же (enuresis diurna); об анестезии слизистой оболочке пузыря в таких случаях не может быть и речи, скорее уже о гиперестезии. В числе причин, располагающих и производящих, значатся: фимоз, слишком кислая моча,

обильное питье на ночь, глисты; несомненное влияние оказывают пол и возраст, так как ночное недержание всего чаще встречается у мальчиков в возрасте 5—12 лет, потом *очень крепкий сон*, который наблюдается едва ли не у всех детей, страдающих ночным недержанием мочи; мы не считаем его за причину болезни, а только за одно из самых существенных условий для проявления ее; некоторые авторы отмечают очень частое совпадение ночного недержания с присутствием аденоидных разрастаний в носоглоточном пространстве и с дыханием во время сна через рот.

В некоторых случаях недержание мочи, в смысле слишком частых мочеиспусканий, обуславливается ясно выраженной болезнью пузыря (катар его) или чрезмерной выработкой мочи, как при *diabetes insipidus* и *mellitus*, вообще у детей, слишком много пьющих, или недержание зависит от паралича сфинктера, и тогда моча постоянно выделяется каплями, как, например, в некоторых случаях *myelitis*, а также после не совсем удачной литотомии.

ОПУХОЛИ МОШОНКИ И ПАХОВОГО КАНАЛА

Увеличенный объем мошонки может зависеть от утолщения стенок ее или от увеличения содержимого.

Кожа мошонки в нормальном состоянии тонка и нежна, она легко подымается в складки и представляет вообще складчатый вид. Утолщается она от отека или воспаления. В обоих случаях она получает гладкую поверхность, и утолщенная кожа не может быть поднята в складку; при отеке, который распространяется обыкновенно и на кожу *penis'a*, она бледна, от давления пальцем остается медленно исчезающая ямка, болезненности нет; при воспалении кожа красна, горяча и болезненна, от давления ямки не остается. Причины отека те же, что и для подкожной водянки вообще, а воспаление всего чаще бывает от рожи, а иногда и от местных причин, каковы уретральные камни, ушибы и пр.

Если кожа мошонки нормальна, то, значит, увеличение объема ее произошло на счет содержимого, т. е. здесь может быть паховая, мошоночная грыжа, водянка яичка или увеличение самого яичка.

Грыжа характеризуется тем, что при положении больного на спине она легко может быть вправлена (приращенные грыжи в раннем детском возрасте не встречаются), причем характерно именно то, что опухоль вдруг проскальзывает в полость живота и при этом нередко слышится звук урчания. Если грыжевая часть

нишки содержит воздух, то постукивание опухоли дает тимпанический звук.

Водянка яичка (hydrocele tunicae vaginalis) дает в результате овальную опухоль с гладкой поверхностью, флюктуирующую и не вправляющуюся в живот; около наружного отверстия пахового канала можно прощупать верхнюю границу опухоли и убедиться, что она не распространяется в живот и что, стало быть, это не грыжа.

Те же свойства имеет и *водянка влагалища семенного канатика* (hydrocele funiculi spermatici), с той лишь разницей, что в первом случае яичко окружено жидкостью и если может быть прощупано, то только с одной стороны, а во втором — оно свободно лежит близ нижнего конца овальной или цилиндрической опухоли.

Большое сходство с грыжей водянка яичка или семенного канатика имеет в том случае, если полость влагалищной оболочки сообщается с брюшной; в таком случае опухоль тоже может быть вправлена (хотя не вдруг и без урчания), но существенная разница состоит в просвечивании опухоли, чего никогда не бывает при грыже.

Для констатирования этого симптома всего лучше пользоваться затемненной комнатой. Больной кладется на спину с вытянутыми ногами, одной рукой врач подымает мошонку так, чтобы опухоль находилась выше бедер, и придерживает ее снизу, натягивая кожу; другую руку он помещает на опухоль ульнарным краем кисти и смотрит через опухоль на свечу, помещенную на некотором расстоянии на другой стороне; если исследование производится в светлой комнате, то роль свечи играет окно.

В случае осложнения водянки яичка грыжей вправляемая часть опухоли, дающая тимпанический звук, будет вверху, а невправляемая и просвечивающая — внизу.

Если скопления жидкости нет, а опухоль зависит от увеличения самого яичка, то она бывает более плотной консистенции и не флюктуирует. Если припухание яичка развилось остро, с лихорадочным состоянием и с болью (особенно при давлении), то дело идет о *воспалении яичка* или его придатка, болезни очень редкой у детей, особенно у маленьких; после 12 лет она является иногда как осложнение свинки. Гораздо чаще встречаются хронические опухоли яичка, отличающиеся от предыдущей медленным развитием, малой болезненностью и бугроватой поверхностью. В подобных случаях выбор должен быть между *туберкулезом яичка* и *сифилисом*.

Как в том, так и в другом случае опухоль может местами размягчаться, срастаться с кожей и вскрываться наружу, оставляя язву.

Вопрос о натуре опухоли решается отчасти на основании анамнеза и сопутствующих симптомов, отчасти же на основании локализации: туберкулез начинается обыкновенно с придатка яичка и распространяется путем образования новых узлов по семенному канатику, сифилис же чаще поражает самое яичко.

Если в паховом канале прощупывается кругловатая, величиной от лесного до грецкого ореха, гладкая, упруго-плотная опухоль, иногда легко вправимая и при сильном действии брюшного прессы выходящая снова, то это может быть или начинающаяся грыжа, или застрявшее в паховом канале яичко (*monorchismus*), или, если не вправляется, то ограниченная водянка семенного канатика. Если соответственная сторона мошонки пуста, т. е. яичко в ней не прощупывается, а опухоль при давлении несколько болезненна, то эта опухоль есть не что иное, как *не спустившееся testiculum*; если же яичко на своем месте, опухоль не вправляется и границы ее ясно прощупываются, то это *hydroc. funic. sperm.*, а если опухоль при лежании на спине исчезает сама собой или при надавливании на нее пальцами, то это или *грыжа*, или *открытая*, т. е. сообщающаяся с полостью живота, *водянка семенного канатика* (*hydroc. fun. sperm. communicans*). Малая величина опухоли не допускает исследования просвечиванием, и диагностика делается на основании других свойств опухоли: грыжа вправляется с урчанием и при толчках брюшного прессы быстро снова показывается, а водянка семенного канатика, будучи устранена давлением, является потом постепенно.

Яичко, застрявшее в паховом канале, может воспалиться и, увеличившись в объеме, ущемиться, причиняя больному сильнейшую боль, а иногда даже и рвоту, так что получается картина ущемленной грыжи. Помимо того, что в последнем случае обязательно развивается метеоризм и абсолютный запор (т. е. даже и газы не отходят), диагностика облегчается еще и тем, что при воспаленном яичке рвота не так упорна и что опухоль имеет более ограниченную шарообразную или овальную форму.

СЕМИОТИКА КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ

ОБЩАЯ ОКРАСКА КОЖИ

Болезни, характеризующиеся бледностью кожи

Значительная *бледность кожи* и слизистых оболочек как симптом малокровия, если не зависит от случайных потерь крови, указывает на упадок питания, зависящий или от лихорадки, или от заболевания тех или других органов (*симптоматическая анемия*), или от нарушенного кроветворения (*самостоятельная или первичная анемия*).

При оценке степени бледности кожи следует обращать внимание, главным образом, на ушные раковины, а не на щеки, так как последние могут отличаться бледностью и у здоровых детей и, наоборот, легко краснеть у субъектов анемичных; из слизистых оболочек особого внимания заслуживают конъюнктивы век и губы. Большая или меньшая степень развития подкожно-жирового слоя не имеет никакого значения для оценки анемии. Кроме бледности кожи и слизистых оболочек, анемия выражается еще многими другими симптомами, источником которых является обеднение крови кислородом (вследствие уменьшения числа красных кровяных шариков и количества гемоглобина) и зависящий от того упадок питания тканей и органов. К числу характерных и постоянных симптомов всякой резко выраженной анемии относятся: 1) легкое наступление одышки при незначительной физической работе; 2) мышечная слабость и быстрая утомляемость; 3) раздражительность нервной системы, выражающаяся головной болью, неровным настроением духа, плаксивостью и пр.; 4) со стороны сосудистой системы заслуживают внимания анемичные шумы при основании сердца и особенно венозные шумы тотчас под стернальным концом ключиц (о характере этих шумов и об отличии их

от органических сердечных шумов было сказано на стр. 45) и 5) со стороны органов пищеварения обычными спутниками анемии бывают потеря аппетита и склонность к запору.

Из симптоматических анемий в диагностическом отношении интересна бледность, сопровождающая острое воспаление почек, составляющая иногда, именно вначале, единственное проявление этой болезни и заставляющая врача обратить внимание на мочу больного.

Бледность покровов, обязательно сопровождающая хроническое нагноение в теле (особенно в костях), может быть самым выдающимся симптомом плевритического экссудата, когда он протекает без кашля и без большой одышки и потому без физического исследования груди мог бы быть просмотрен.

Бледность кожи у грудных детей всего чаще сопровождается тучность и рахитизм и для диагностики начальных степеней последнего может иметь очень важное значение, так как появляется рано (см. рахитизм); рано тоже появляется иногда бледность при туберкулезных заболеваниях и, между прочим, при туберкулезном менингите—задолго до развития мозговых симптомов.

Если ребенок представляется малокровным, а между тем не удастся открыть никакой определенной причины для малокровия, то остается предположить *самостоятельную анемию* (*anaemia essentialis*), зависящую от нарушенной деятельности органов кроветворения. Диагностика такой анемии устанавливается, следовательно, главным образом путем исключения, причем следует доказать что все внутренние органы здоровы и что у больного нет ни туберкулеза, ни хронического нагноения, ни альбуминурии и пр. Смотря по течению, по сопутствующим симптомам, по свойствам изменений крови и по исходам различают различные формы анемии, а именно: 1) простое малокровие (*anaemia simplex*); 2) детское селезеночное малокровие (*anaemia splenica infantum*); 3) детское ложное белокровие (*anaemia pseudoleukaemica infantum*); 4) настоящее белокровие (*leukaemia*); 5) злокачественное прогрессивное малокровие (*anaemia perniciosa progressiva*) и 6) хлороз (*chlorosis*).

Хотя резких границ между всеми этими формами провести нельзя, так как они переходят друг в друга незаметно, но тем не менее с клинической точки зрения отличать их все-таки необходимо, так как с представлением о той или другой форме соединяется понятие о течении и исходе данного случая.

Изменения крови при анемии имеют чрезвычайно важное клиническое значение и притом не только для диагностики раз-

личных форм малокровия, но и для предсказания и для оценки результатов терапевтического вмешательства, а потому необходимо сказать об этом несколько подробнее.

При клинических способах исследования крови обращают внимание, главным образом, на число, величину и форму красных и белых кровяных телец и на количество гемоглобина в крови.

В нормальном состоянии число красных кровяных телец (эритроцитов) в детской крови приблизительно такое же, как и у взрослых, только у новорожденных в первые дни жизни оно значительно превышает норму и доходит до $6\frac{1}{2}$ —7 млн. в 1 мм^3 вместо $5\frac{1}{2}$ —5 млн., как обыкновенно. Эритроциты все одинаковой величины и имеют вид двояковогнутых дисков, не содержащих ядра и равномерно окрашенных гемоглобином в красный цвет. В случаях анемии красные кровяные тельца представляют разнообразное уклонение, из коих самым постоянным бывает *уменьшение их числа*. В общем можно сказать, что чем сильнее анемия, тем больше падает число эритроцитов; в легких случаях малокровия насчитывают $4\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$ млн., в тяжелых — $3\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ млн., а в самых тяжелых дело доходит до 700 000—500 000 в 1 мм^3 .

Второе уклонение касается *величины* эритроцитов, что свойственно только тяжелым степеням анемии, независимо от форм ее. Сюда относятся случаи появления в крови очень мелких кровяных телец (*эритроциты-карлики*) или шарообразных маленьких телец, густо окрашенных гемоглобином (*микроциты*), и чрезмерно крупных кровяных телец (*макро- или гигантоциты*).

В тяжелых же степенях анемии встречается и третье уклонение со стороны красных телец, именно появление *эритроцитов с ядрами* (бласты или эритрокарициты); они бывают различной величины, и потому различают нормобласты (величиной с обыкновенный эритроцит) и мегалобласты (соответствуют гигантоцитам). Эритрокарициты особенно легко появляются у маленьких детей, так что в первые месяцы жизни они встречаются даже и при умеренных степенях анемии, тогда как у взрослых они всегда указывают на опасное малокровие.

Четвертое уклонение представляют так называемые *пойкилоциты*, т. е. эритроциты, принявшие неправильные очертания и являющиеся в виде бисквита, груши, подковы и тому подобных форм. Они встречаются тоже только при значительных степенях анемии, но не при одной какой-либо форме.

Белых кровяных телец в нормальной крови гораздо меньше, чем красных: число их колеблется от 5000 до 10 000 в 1 мм^3 .

но у новорожденных в первые дни жизни доходит до 20 000 (физиологический лейкоцитоз).

По величине, зернистости и свойствам ядра белые кровяные тельца представляют большое разнообразие, так что, например, Усков устанавливает 14 различных сортов их, но для клинических целей достаточно различать 4 вида:

1) *лимфоциты* — величиной приблизительно с эритроцит, с одним ядром, окрашивающимся при двойной окраске эозином и метиленовой синькой (см. ниже) в синий цвет; протоплазма при этом тоже синеет, но не так интенсивно; в норме их около 20—25% из числа всех лейкоцитов;

2) *многоядерные лейкоциты* или нейтрофильные. Значительно крупнее предыдущих; ядра окрашиваются в синий цвет, а протоплазма в розовый; из общего числа лейкоцитов на их долю приходится 70—80%, они составляют, следовательно, громадное большинство;

3) *переходные формы* — величиной с нейтрофильные клетки, но с одним лопастным ядром, которое окрашивается в слабосиний цвет;

4) *эозинофильные лейкоциты* с крупнозернистой протоплазмой; зерна эти окрашиваются эозином в яркокрасный цвет, а ядро — в синий. В нормальной крови их очень мало: 1—3%.

Предполагают, что лимфоциты происходят от лимфатических желез, многоядерные — из селезенки, а эозинофильные — из костного мозга.

В патологических случаях отклонения со стороны лейкоцитов относятся к их числу. В некоторых случаях анемии, не исключая и самых тяжелых, число лейкоцитов остается нормальным, в других — оно значительно увеличивается; иногда это увеличение касается почти равномерно всех форм лейкоцитов, иногда же преимущественно какой-нибудь одной.

Для лучшего понимания всех возможных отклонений в морфологии крови были предложены различные способы окраски, из коих одним из самых практичных по быстроте выполнения и по достигаемым результатам можно считать способ Габричевского, состоящий в двойной окраске крови эозином и метиленовой синькой. По описанию автора, окраска производится так: исследуемая капля крови распределяется тонким слоем между двумя покровными стеклышками; после того как верхнее стекло быстро сдвинуто (не снято!) с нижнего, высушенные на воздухе препараты погружаются для фиксации крови в смесь абсолютного алкоголя и эфира поровну. В этой смеси препараты оста-

ются 20—30 минут, после чего они могут быть окрашены. Препараты сначала окрашиваются в продолжение 3—4 минут 1% раствором возина в 60% спирте. Раствор возина и насыщенный водный раствор метиленовой синьки перед окраской разбавляются пополам дистиллированной водой. Затем препараты промываются в дистиллированной воде, переносятся на 15—30 секунд в раствор метиленовой синьки, снова быстро обмываются в воде, высушиваются на воздухе и заключаются в канадский бальзам. С помощью этой окраски препаратов крови можно очень хорошо различать главные разновидности лейкоцитов, эритроциты с ядрами, кровяные пластинки и паразитов болотной лихорадки (они окрашиваются в синий цвет) (Г а б р и ч е в с к и й, Очерк нормальной и патологической морфологии крови, М., 1891, стр. 7).

Переходя к описанию отдельных форм анемии, мы ограничимся лишь приведением их главнейших отличительных признаков.

Простая анемия (*anaemia simplex*) принадлежит к числу хронических и притом стационарных расстройств питания; она встречается в виде легкой и тяжелой форм, из коих первая более свойственна детям старшего возраста, а вторая — маленьким, преимущественно лет до двух.

Легкие формы простой анемии характеризуются умеренной бледностью кожи и слизистых оболочек при нормальной величине селезенки, печени и лимфатических желез. Изменения крови состоят в некотором уменьшении числа красных кровяных телец (от $4\frac{1}{2}$ и не менее $3\frac{1}{2}$ млн.) без изменения их величины и формы и в уменьшении содержания гемоглобина в крови. [В нормальном состоянии всего больше гемоглобина оказывается в крови новорожденных (100% по Fleischl'ю), к 5 годам количество его спускается до 60%, а потом опять подымается, достигая к 12 годам 70—80%; при легкой анемии находят приблизительно 55—45% гемоглобина.]

Предсказание при легкой анемии хорошее, так как с возрастом она обыкновенно проходит сама собой. Причины малокровия коренятся в громадном большинстве случаев в условиях развития первых лет жизни, и потому в анамнезе легко найти указания или на бывший рахитизм, или на какие-нибудь тяжелые болезни, или что ребенок был недоношен, или что воспитывался на рожке. Если ребенок был прежде совершенно здоров, а стал худеть и бледнеть лишь за последнее время, сделался притом рассеянным, под глазами у него появились синие

круги, то надо думать об онанизме. Случайными причинами малокровия могут быть также постоянное сидение в комнате, глисты (яички в испражнениях), слишком быстрый рост, непомерно усиленные умственные занятия и начало туберкулеза. О дифференциальной диагностике самостоятельной анемии от симптоматической вследствие катара желудка, с которым она представляет наибольшее сходство, см. стр. 85—семиотика аппетита.

Тяжелая степень простого малокровия всего чаще начинается на первом и втором году жизни, но может затягиваться на несколько лет, и в таком случае резкая бледность замечается лет до семи. Подобно всем сильным степеням малокровия она характеризуется *восковой бледностью кожи лица* и изменением не только числа, но и *формы* красных кровяных телец. Число эритроцитов падает примерно до $3\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ млн. в 1 мм^3 , но что особенно характерно для всякой сильной степени анемии, это изменение величины и формы красных кровяных телец, а потому и здесь рядом с нормальными эритроцитами встречаются микро-, макро- и пойкилоциты, а у грудных даже ядродержащие красные кровяные тельца, но последние всегда лишь в незначительном числе (по Luzet, это существенный признак для отличия простой тяжелой формы анемии от *anaemia pseudoleukaemica infantum Jaksch'a*). В сравнительно более легких случаях можно встретить умеренный пойкилоцитоз без микро- и макроцитов. Количество гемоглобина падает до 45—30%. Белые кровяные тельца или остаются в нормальном количестве, или число их несколько увеличивается, примерно вдвое против нормы, т. е. до 14 000—20 000, что составляет отношение белых к красным как 1 : 200 до 1 : 125.

Если только что описанная тяжелая степень малокровия сопровождается *опухолью селезенки*, прощупывающейся на 2—3 пальца ниже ложных ребер, то подобного рода случаи называются *детским селезеночным малокровием* (*anaemia splenica infantum*) (не следует смешивать с *anaemia splenica* взрослых, синонимом ложного белокровия или *pseudoleukaemiae*). Как *anaemia simplex gravis*, так и *anaemia splenica infantum* чаще всего встречается у рахитиков и при врожденном сифилисе, а также у недоносков. Достигнув известной степени, анемия остается стационарной в течение многих месяцев и даже лет, но, в конце концов, кончается выздоровлением; при предсказании следует иметь в виду, что подобные дети трудно переносят острые заболевания и для них всякая лихорадочная болезнь может быть опасной.

Тяжелые степени селезеночной анемии незаметно переходят в *anaemia pseudo-leukaemia Jaksch'a*. Болезнь эта тоже свойственна только маленьким детям; после двух лет она встречается редко, а после четырех, повидимому, никогда. В типических случаях диагностика может быть поставлена и без исследования крови; ребенок с бледно-восковым цветом лица и бескровными деснами, нерахитик (или только с легкими проявлениями рахитизма на костях черепа и ребрах), представляет *громдную и плотную селезенку*; последняя может доходить впереди до пупка, а книзу—до гребешка подвздошной кости; для отличия от лейкемии важно отметить, что лимфатические железы при *pseudo-leukaemia infantum* не гипертрофируются, а печень хотя в половине случаев и прощупывается пальца на два или на три ниже ребер, но она увеличивается все-таки не так сильно, т. е. не пропорционально селезенке, как это бывает при амилоидном перерождении и при настоящей лейкемии. Понятно, что в начале своего развития, пока селезенка еще не очень велика, *anaemia pseudo-leukaemia infantum* совпадает по симптомам с селезеночной анемией, но разница между ними в том, что анемия Jaksch'a отличается прогрессирующим характером, а *anaemia splenica* более стационарна. Что касается до крови, то красные кровяные тельца представляют все изменения, свойственные вообще тяжелым анемиям (см. выше), но самым существенным признаком Jaksch считает *чрезвычайное уменьшение числа красных кровяных телец при более или менее значительном увеличении числа белых*. В одном случае Jaksch нашел 820 000 красных и 54 666 белых телец (15 : 1), но это крайность, обыкновенно же число эритроцитов колеблется от 1½ до 2 млн., а лейкоцитов около 20 000—40 000 (100—50 : 1). Из лейкоцитов преобладают крупные многоядерные клетки (нейтрофильные), но эозинофильных мало. Другая особенность крови при детской псевдолейкемии состоит в большом количестве *красных клеток с ядрами* (нормо- и мегалобластов), из которых многие представляют явления *кариокинеза*. *Anaemia pseudo-leukaemia infantum* отличается крайне медленным течением и сравнительно нередко кончается выздоровлением. Производящие причины ее не известны; об отличии ее от настоящей лейкемии см. ниже.

Б е л о к р о в и е (leukaemia). Подобно предыдущей, характеризуется хроническим течением, сильной бледностью кожи и лигуристых оболочек и громадным увеличением селезенки, но, кроме того, *значительно припухают также лимфатические*

железы и печень. Изменения крови сводятся так же, как при детской псевдолейкемии, к обеднению крови красными кровяными клетками и к увеличению числа лейкоцитов, с той, однако, разницей, что при псевдолейкемии уменьшение числа красных кровяных телец достигает больших степеней, чем при лейкемии, а количество лейкоцитов увеличивается не так сильно, т. е. *при детской псевдолейкемии главная суть в обеднении крови красными тельцами, а при лейкемии — в богатстве ее лейкоцитами.* При настоящей лейкемии число эритроцитов почти никогда не падает ниже $1\frac{1}{2}$ млн., обыкновенно же держится около $2-2\frac{1}{2}$ млн., а между тем число лейкоцитов достигает при этом от 60 000 до 300 000 (1 : 5—20). Далее характерно для лейкемии то, что рядом с многоядерными, крупными лейкоцитами значительно увеличиваются в числе и *эозинофильные, и переходные клетки* (крупные с большим ядром). Красные кровяные тельца с ядрами, микро- и пойкилоцитоз встречаются и при лейкемии, но только не в резкой степени.

К числу постоянных симптомов лейкемии относится, между прочим, ненормально большое выделение с мочой мочевой кислоты и склонность к кровотечениям из слизистых оболочек (особенно из носа) и под кожу. Обычный исход лейкемии — смерть.

По бледности, опуханию лимфатических желез и селезенки большое сходство с лейкемией представляет аденит или ложная лейкемия (болезнь Hédgkin'a), но при последней болезни хотя анемия (уменьшение числа красных телец) развита и сильно, но в крови нет увеличения числа лейкоцитов.

Злокачественная анемия (anaemia pernicioza progressiva) более свойственна детям старшего возраста, хотя и у них принадлежит к очень большим редкостям. К числу постоянных симптомов злокачественного малокровия принадлежат, кроме весьма сильной бледности, еще склонность к кровотечениям под кожу (особенно голени) и на дне глаза (скотомы), понос (иногда с самого начала болезни, но чаще в периоде полного разгара) и лихорадочное состояние.

Лихорадка от малокровия (анемическая лихорадка) заслуживает особого внимания в силу того, что, появившись у больного, она может значительно затруднить распознавание, заставляя врача искать причину лихорадки в чем-нибудь ином (всею чаще предполагают в подспбных случаях неправильную болотную лихорадку) и давая ему повод думать о зависимости малокровия от лихорадки. Анемическая лихорадка наблюдается только при значительных степенях малокровия, но не при одной лишь anaemia pernicioza, а также при ложной и настоящей лейкемии и anaemia pseudo-

(leukaemica Jacksh'a. Кривая температуры в различных случаях представляет большое разнообразие как относительно высоты температур, так и всего течения. В одних случаях температура держится низких цифр, например, не подымается выше $38,5^{\circ}$, в других она подымается выше 39° и иногда заходит даже за 40° . По типу своему лихорадка относится то к категории febris continua г. mit. ns, то приближается больше к febris intermittens, а чаще всего она бывает совсем неправильной; случается и так, что лихорадка течет с перерывами, т. е. несколько дней она стоит довольно высоко, потом на несколько дней падает до нормы, потом опять подымается и т. д. в течен. е многих недель; подобные случаи описаны под именем хронической возрастной лихорадки.

Главнейшие изменения крови состоят в сильнейшем уменьшении числа красных кровяных телец (в обыкновенных случаях до 600 000—750 000) и гемоглобина (в противоположность хлорозу уменьшение гемоглобина идет не так резко, как уменьшение числа красных телец крови, а при хлорозе как раз наоборот), число лейкоцитов тоже уменьшается, так что отношение их к красным остается почти нормальным. Микроскопический препарат крови не представляет ничего такого, чего не было бы и при других формах сильного малокровия; особенность состоит разве только в том, что ни при какой другой анемии не бывает так резко выражен пойкилоцитоз; много также встречается здесь микро- и особенно макроцитов.

Продолжительность злокачественного малокровия колеблется от нескольких недель до нескольких месяцев.

Причины болезни в большинстве случаев остаются неизвестными, но для некоторых случаев несомненно доказана зависимость злокачественного малокровия от кишечных глист, в особенности anchylostomum duodenale (болезнь рабочих с.-готардского туннеля; в других местах Европы эту глисту находили у рабочих на кирпичных заводах), широкого лентеца (подобные случаи описаны, между прочим, и из детской практики, например случай Подвысоцкой). Dethlé описал случай злокачественного малокровия от аскарид: ребенок 3 лет; красных кровяных телец 2 450 000, гемоглобина 40%, пойкилоцитоз; через 14 дней после изгнания 20 аскарид красных кровяных телец 4 200 000, гемоглобина 70%. Злокачественное малокровие принадлежит к числу абсолютно смертельных болезней, но случаи, зависящие от кишечных глист, составляют в этом отношении счастливое исключение, и потому для своевременного распознавания их необходимо во всех случаях «беспричинного» малокровия у детей исследовать испражнения их на яйца глист. Яички анхилостома характеризуются тем, что они представляются в разных периодах деления желтка (рис. 10).

Х л о р о з. К числу характерных особенностей этого страдания относится, между прочим, то, что оно развивается почти исключительно только у девочек в периоде полового развития,

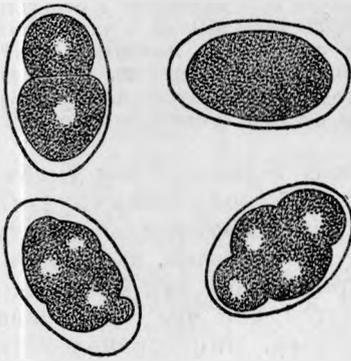


Рис. 10. Яйца *anchylostomum duodenale*.

а потому педиатру приходится мало иметь с ним дела. Дальнейшие особенности этой формы малокровия состоят в его доброкачественном течении, склонности к возвратам и его уступчивости при лечении железом. Замечательно также, что в этиологии хлороза существенную роль играют подчас различные нервные влияния: тоска по родине у интеллигентов, испуг, горе. Изменения крови характеризуются, главным образом, значительным уменьшением гемоглобина при почти нормальном числе красных кровяных телец.

Болезни, характеризующиеся желтой окраской кожи

Желтый цвет кожи и конъюнктивы глаз служит верным признаком желтухи, т. е. присутствия в крови и тканях желчного пигмента. Желтуха сама по себе не есть еще болезнь, а только симптом, для происхождения которого надо найти причину, что и составляет задачу диагностики.

У *новоорожденных* желтуха встречается так часто, что получила название *физиологической желтухи*. Название это совершенно справедливо, так как желтуха новорожденных стоит в зависимости от физиологического разрушения красных телец в первые дни жизни и от физиологических изменений в печени: усиленная выработка желчи под влиянием гемоглобинемии (Silbermann) и некоторая задержка ее вследствие суживания эпителия желчных канальцев (Cruse) и отека соединительной ткани печени (Birch-Hirschfeld).

Диагностика физиологической желтухи новорожденных основывается на возрасте ребенка (начало желтухи на 2—3-й день жизни), на прекрасном общем состоянии его (покоен, хорошо берет грудь), на желтом, нормальном цвете испражнений (это исключает желтуху от врожденной непроходимости желчного

протока) и на доброкачественном течении (желтуха эта всегда кончается выздоровлением через несколько дней).

У новорожденных встречается иногда и другого рода желтуха, кончающаяся смертью и потому известная под именем *тяжелой желтухи* новорожденных (*icterus gravis neonatorum s. septicus*). Она служит проявлением пиемии и сообразно этому протекает с сильным лихорадочным состоянием, упадком сил и почти всегда с периаартериитом или перифлебитом пупочных сосудов.

Третий вид желтухи новорожденных, тоже не уступающей лечению и кончающейся смертью через несколько недель или месяцев после рождения, отличается от других видов чрезвычайной резко выраженной окраской покровов при *бесцветных испражнениях*. Такая желтуха зависит от врожденного закрытия желчного протока.

Наконец, исключительно у новорожденных же встречается желтуха как симптом какого-то загадочного отравления крови, которому Winckel дал очень длинное название, соединяющее в себе все главные симптомы болезни, а именно: *cyanosis abdominalis icterica pernicioza cum haemoglobinuria*, а другие называют ее, согласно предложению Gerhardt'a, просто *morbus Winckeli*, так как Winckel был первый, описавший эпидемию этой болезни в врезденском родильном институте в 1879 г. Ребенок, родившийся в срок и вполне нормальным, с первых же дней жизни делается беспокойным и получает синюху, ясно заметную не только в лице и конечностях, но и на туловище; вслед затем появляется гемоглобинурия и желтуха (конъюнктивы), упадок сил и судороги со смертельным исходом в 1—3—7 дней. Температура все время остается нормальной. Болезнь эта почти абсолютно смертельна, так как из 23 заболевших выздоровел только один.

У детей старшего возраста желтуха всего чаще является следствием катарра двенадцатиперстной кишки и закупорки желчного протока слизью. Это — *катарральная желтуха* (*icterus catarrhalis*). Она характеризуется следующими признаками: 1) развивается в сопровождении некоторых желудочных симптомов, каковы болезненность подложечки, обложенный язык, отсутствие аппетита, запор или понос; 2) испражнения почти или совсем обесцвечены, тогда как моча ненормально темна от присутствия в ней желчных пигментов; 3) печень несколько увеличена и чувствительна при давлении; 4) желтуха эта не сопровождается никакими тяжелыми общими симптомами, а только умеренным лихорадочным состоянием, да и то не всегда;

5) кончается выздоровлением через несколько дней, максимум в 2—3 недели.

По симптомам и течению очень похожа на нее, а может быть, даже и тождественна с ней, так называемая *эпидемическая*, или *инфекционная*, *желтуха*, всегда протекающая с лихорадкой и отличающаяся от предыдущей не только своим эпидемическим распространением, но также почти постоянно наблюдаемой при ней альбуминурией и припухлостью селезенки. Весьма возможно и даже вероятно, что так называемая катарральная желтуха есть не что иное, как легкая форма инфекционной желтухи. В некоторых случаях эпидемическая желтуха сопровождается очень высокими температурами (до 40° и выше), тифозными явлениями со стороны нервной системы (сухой язык, бред), альбуминурией, увеличением печени и селезенки, частыми потами; течение болезни типическое с обычным исходом в выздоровление в 7—11 дней. Такая форма желтухи описана под различными названиями, каковы *typhus hepaticus*, *nephrotypus biliosus*, *typhus abortivus cum ictero et nephritide*. Васильев, считающий ее за разновидность желчного тифоида, описал эту болезнь (Клиническая газета Буткина, 1888, № 22—26) под именем *инфекционной желтухи*. Из десятка его случаев один относится к 11-летнему мальчику. Болезнь начинается обыкновенно внезапно жаром, головной болью и рвотой; через 3—5 дней появляется желтуха и другие характерные симптомы, т. е. обесцвеченные испражнения, увеличение печени и селезенки, белок в моче, бред. Васильев наблюдал у своих больных чрезвычайную болезненность мышц, особенно икроножных. У 11-летнего мальчика были поражены преимущественно затылочные мышцы, вследствие чего уже на 4-й день (за сутки до желтухи) было констатировано сведение затылка.

Хотя в громадном большинстве случаев желтуха эпидемическая и спорадическая кончается выздоровлением, но возможен и летальный исход даже и в тех случаях, что начинаются под видом вполне доброкачественной катарральной желтухи. Доктор Кисель советует быть особенно осторожным с предсказанием у детей слабых, малокровных; далее, если желтуха очень сильно выражена и долго держится и если ребенок быстро худеет; очень дурным предзнаменованием он считает появление хотя бы даже слабого возбужденного состояния (Медицинское обозрение, 1898, май).

Отличается ли эта тифозная форма желтухи от обыкновенной эпидемической катарральной желтухи только степенью развития,

припадков или самой сущностью инфекции, это пока еще не решено. От всех этих форм самостоятельной желтухи следует отличать желтуху, осложняющую другие лихорадочные болезни, например возвратную горячку, болотную лихорадку, приемную и пр.

Безлихорадочная *хроническая желтуха*, зависящая от болезни печени, в детском возрасте встречается крайне редко. Распознавание ее делается на основании симптомов со стороны печени, как и у взрослых.

Болезни, характеризующиеся синеватой окраской кожи

Синеватый цвет кожи, так называемая *синюха* (cyanosis), всего резче выражается на кистях и стопах, а также на губах. Синюха указывает или на местный застой венозной крови, или на общее обеднение крови кислородом и переполнение ее углекислотой.

Ограниченный цианоз, занимающий одну или обе кисти, иногда один или два пальца, исчезающий летом, но обязательно появляющийся зимой после хотя бы непродолжительного пребывания на холоде, зависит от расстройства иннервации сосудов и указывает на хроническое ознобление.

Общий цианоз всего тела и слизистых оболочек или (в легких случаях) цианоз только конечностей и губ зависит от расстройства кровообращения вообще и указывает на серьезное поражение легких или сердца. Чем быстрее развивается цианоз, тем опаснее предсказание, а потому в острых случаях он всегда имеет более дурное значение, чем в хронических. Особенно зловещим признаком является цианоз, во-первых, в случаях инспираторной одышки вследствие сужения гортани, зависит ли оно от крупа, спазма голосовой щели или от инородных тел, и во-вторых, при острых инфекционных болезнях, например, при скарлатине, дифтерите, воспалении легкого и др.

Сравнительно медленно развивается цианоз при сдавлении легкого плевритическим экссудатом и еще медленнее при хронических страданиях сердца, врожденных или приобретенных. При врожденных пороках сердца цианоз появляется или уже с первых дней жизни ребенка, или через 1—2 года после рождения. Приобретенные пороки сердца в детском возрасте большей частью касаются двустворчатого клапана; в подобных случаях, пока нет расстройства компенсации, нет и цианоза, а в периоде расстройства равновесия появляется не только цианоз, но и одышка, и водянка, между тем как при врожденных пороках сердца синюха нередко встречается в изолированном виде.

СЫПНЫЕ БОЛЕЗНИ

Хотя различные сыпи в детском возрасте встречаются и очень часто, но, ввиду их сходства с сыпями у взрослых, мы не станем здесь входить в подробное описание их, предоставив это учебникам дерматологии, и ограничимся лишь наиболее существенным и самым важным для диагностики детских болезней.

При изложении сыпей мы не будем придерживаться обычной патологоанатомической классификации болезней кожи, а просто распределим их на несколько групп на основании наиболее выступающих симптомов, хотя и сознаем, что при таком способе изложения трудно избежать повторений.

Болезни кожи, выражающиеся глазным образом краснотой

К этой группе мы отнесем всякого рода эритематозные сыпи, все равно, зависят ли они от простой гиперемии или от воспаления (простые и воспалительные эритемы). Краснота может быть разлитой, занимающей большие участки кожи или даже всю поверхность тела, и пятнистой; как в том, так и в другом случае она исчезает от давления пальцем, но по прекращении давления снова быстро появляется (отличие от кровоизлияний, не бледнеющих от давления).

Разлитая краснота всей поверхности кожи у новорожденных обязательно появляется в первые дни жизни и поэтому называется физиологической эритемой новорожденных. Диагностика ее ставится прямо на основании возраста (первые 2—3 дня после рождения). Через несколько дней после исчезания эритемы появляется обыкновенно слущивание эпидермиса на всем теле—*физиологическое шелушение*. Нечто подобное, но только в гораздо более сильной степени происходит у новорожденных при исключительно им только свойственной болезни, описанной Ritter'ом (Прага) под именем *dermatitis exfoliativa*. При этой болезни, как и при физиологической эритеме, тоже является разлитая краснота всей поверхности кожи при отличном общем состоянии ребенка (не лихорадит, хорошо берет грудь, несмотря на поражение окружности рта, см. ниже) и последовательном луплении кожицы. Но тем не менее отличить эти два состояния нетрудно, во-первых, на основании возраста больных (*dermatitis exfoliativa* почти никогда не начинается ранее конца первой недели и позднее 21-го дня) и, во-вторых, по течению.

В типических случаях, каковых большинство, *dermatitis exfoliativa* начинается не сразу на всем теле, а с лица и именно с нижней половины его; нередко ограниченная краснота занимает окружность рта и подбородок, на следующий день она распространяется на туловище и еще позднее на конечности, причем общее состояние остается безлихорадочным. Не успевает краснота дойти до ног, как на губах начинается уже шелушение кожи и образование тонких корочек, дающих повод к появлению трещин, лучеобразно расходящихся от края губ во все стороны, так что вся нижняя половина лица покрывается как бы панцирем. На других местах корочек не образуется, а замечается только огрубение (высыхание) эпидермиса, который вскоре начинает отслаиваться на больших пространствах в виде целых пластов, особенно толстых на ладонях и подошвах; обнаженная кожа оказывается не мокнущей, а только слегка влажной и оттого лоснящейся, темнокрасного цвета. Краснота быстро начинает бледнеть, и кожа на следующий день покрывается чешуйками, а еще через день она принимает нормальную окраску; отрубевидное шелушение остается еще на несколько дней. Болезнь эта отличается циклическим течением и кончается выздоровлением в 7—10 дней, но больной представляет после того большое расположение к последовательным болезням кожи в виде экзем, небольших абсцессов и чирьев, затягивающих окончательное выздоровление на много дней и даже недель.

Отклонения в симптомах и течении могут состоять в том, что краснота сразу занимает все тело или, наоборот, ограничивается только нижней половиной лица, оставляя туловище почти свободным, хотя впоследствии кожа здесь все-таки лупится; реже случается, чтобы нетронутым осталось лицо. Иногда на покрасневших частях лица и туловища, а также на лбу и висках появляются тесно сидящие пузырьки с прозрачным содержимым, как при *miliaria crystalina*, которые потом сливаются, подсыхают и уступают место шелушению кожицы. В других случаях кожа на покрасневших местах подымается в большие пузыри, как при *pemphigus*, с желтоватым серозным содержимым.

Об отличии этой болезни от физиологической эритемы сказано выше; от рожи—отсутствие лихорадки и резких границ красноты, быстрое распространение. На *pemphigus* похожи некоторые аномальные формы, протекающие с образованием пузырей, но существенная разница состоит в том, что при *pemphigus* пузыри появляются на нормальной коже, а здесь—на

покрасневшей. Пузыри при *remphigus* высыпают обыкновенно в несколько приемов, и болезнь затягивается на неопределенный срок, т. е. не представляет такого типического течения, как *dermatitis exfoliativa*.

Вследствие наличия трещин вокруг губ и в углах рта всего легче принять *dermatitis exfoliativa* за сифилис, но, помимо отсутствия других симптомов наследственного сифилиса (см. главу о нем), можно исключить его уже на основании одного короткого и типического течения болезни.

Ввиду разлитой красноты и пластинчатого лупления кожицы можно бы принять *dermatitis exfoliativa* за скарлатину, но от ошибки гарантирует нормальная температура и отсутствие жабы.

У детей всех возрастов краснота всей поверхности тела или по крайней мере большей его части встречается, главным образом, при скарлатине, а потому в главе об этой болезни мы и будем говорить о сыпях, на нее похожих.

Разлитая краснота небольших участков встречается при различного рода воспалениях самой кожи или подлежащих частей и при простых, т. е. невоспалительных, гиперемиях. В случае воспаления покрасневшая часть представляется наощувь горячей и при давлении болезненной, иногда заметно припухшей; дети старшего возраста жалуются на чувство ссаждения или жжения. Сюда относится, например, рожистое воспаление кожи, болезнь в высокой степени лихорадочная, при которой краснота отличается *резкостью и резко ограниченными краями*. Если рожа, бледнея в местах прежде пораженных, с каждым днем распространяется на новые места, то говорят о *бродячей роже* (*erysipelas migrans*), а если рожистое воспаление сопровождается образованием пузырей, то — о *пузырчатой роже* (*erysipelas bullosum*). Если рожа занимает лицо, то воспаление кожи сопровождается значительным отеком подкожной клетчатки век. Подобная картина может получиться еще только при *острой экземе лица*, но, помимо того, что экзема не сопровождается такими высокими температурами, как рожа, отличие состоит еще в том, что краснота при экземе не представляет таких резких границ и что, вследствие скорого образования пузырьков, покрасневшая кожа не остается гладкой, а получает шагреневый вид и по истечении короткого времени покрывается пузырьками и корочками.

К разлитым воспалительным эритемам относится также краснота кожи вследствие легкого ожога, например, *лучами*

солнца (erythema caloricum). Подобную эритему спины нередко представляют дети, долго купающиеся в мелкой воде. Краснота в подобных случаях не имеет ни такой яркости, ни таких резких границ, как при роже. Главным основанием для диагностики служит анамнез, выясняющий этиологию.

Эритемы от продолжительного давления или различных раздражений кожи, каковы горчичники, иод, согревающие компрессы, едкие испражнения (эритема ягодиц) или отделения (эритема верхней губы при насморке и пр.), всегда ограничиваются тем местом, на которое подействовало раздражение, и потому диагностика их легка. Нетрудно также определить причину красноты кожи при воспалениях подлежащих частей, т. е. клетчатки, желез, костей.

В диагностическом отношении более интересна разлитая краснота, встречающаяся иногда в периоде предвестников оспы и известная под именем *эритематозной продромальной оспенной сыпи*. Она свойственна более легким случаям оспы, тогда как в тяжелых чаще встречается *петехиальная продромальная сыпь* (см. о кровоизлияниях в кожу). Эритематозная оспенная сыпь появляется или в виде разлитой красноты на большем или меньшем пространстве (редко на всем теле, как при скарлатине), или в форме пятен, напоминающих корь. Сыпи эти не имеют излюбленных мест и встречаются как на туловище, так и на конечностях, но щадят лицо; впрочем, местные разлитые эритемы чаще встречаются на разгибательных сторонах конечностей. Всего чаще они появляются на второй день лихорадки (иногда уже на первый) и держатся от 12 до 36 часов. Частота появления продромальной эритемы стоит в зависимости от характера эпидемии; в эпидемичное время сыпь эта дает возможность диагностировать оспу за день или за два до высыпания оспы. Для предсказания продромальной эритемы имеет значение благоприятного симптома, и чем более она распространена, тем лучше, так как замечено, что интенсивность ее обратно пропорциональна обилию оспенных пустул.

Пятнистые эритемы имеют чрезвычайно разнообразное значение, которое выясняется отчасти свойством самой сыпи, т. е. величиной и формой пятен, степенью окраски их, распространением и пр., отчасти же сопутствующими явлениями. Величина пятен в различных случаях колеблется от чечевицы до серебряного рубля. Мелкопятнистые эритемы, известные под именем *rosola*, состоят из бледно-розовых пятнышек величиной с чечевицу и несколько больше, кривой или овальной формы; иногда

они несколько выдаются над поверхностью кожи и тогда могут быть ошупаны пальцем в виде легкого возвышения или папулы.

Roseola не встречается в виде самостоятельной болезни, но часто присоединяется к другим, большей частью лихорадочным процессам; для диагностики она имеет большое значение, но не сама по себе, так как при различных болезнях она не представляет достаточных для распознавания их особенностей, а только в связи с другими симптомами; никто, например, не поставит диагностики тифа потому только, что у больного появилось несколько розеолезных пятнышек на спине и груди, но тем не менее в связи с другими симптомами небольшой этой сыпи будет вполне достаточно, чтобы в затруднительном случае с уверенностью исключить общий туберкулез и высказаться за тиф.

Если roseola высыпает при тифе рано (4—5-й день), обильно и сразу, то она больше всех других симптомов говорит в пользу сыпного тифа против брюшного.

У поворожденных и детей первых недель жизни roseola вместе с хроническим насморком выясняет существование наследственного сифилиса. Впрочем, roseola syphilitica настолько характерна сама по себе, что иной раз можно узнать сифилис даже и по одному пятну. Особенности сифилитической розеола состоят в следующем: сыпь эта безлихорадочная и *хроническая*, *медленно высыпаящая* и еще медленнее исчезающая (она держится неделями, тогда как большинство розеол иного происхождения исчезает через один или несколько дней); к гиперемии скоро присоединяется пигментация, и потому при давлении на месте пятна остается желтоватый след; roseola syphilitica только в самых свежих случаях состоит из гладких пятен, но в скором времени они принимают папулезный характер, т. е. выстоят над поверхностью кожи; особенно характерно, когда приподнимается только край пятна и вдавленная середина пятна окружается как бы валиком; не менее типично для сифилиса и образование мокнущих папул, любимым местом которых бывает окружность *ani*, *scrotum*, подбородок и складки шеи.

Являясь сразу у нескольких членов семьи и протекая с лихорадочным состоянием, розеолезная сыпь указывает на краснуху или на корь.

Хотя в типических случаях кори яркочерный цвет пятен, их значительная величина (от слияния нескольких) и папулезный характер делают эту пятнистую сыпь мало похожей на roseolam, но в некоторых случаях легкой кори, особенно у малокровных и истощенных детей, коревая сыпь может иметь чисто

розеолезный характер. О распознавании кори от сходных с нею процессов см. в главе о кори.

Хотя *roseola* во многих случаях облегчает диагностику, но, с другой стороны, появляясь, так сказать, в неурочное время, т. е. чисто случайно, она может сбить врача с правильного пути. Для избежания подобной ошибки необходимо руководствоваться в деле диагностики совокупностью всех сопутствующих симптомов и не придавать первенствующего и решающего значения одной только сыпи, которая в детском возрасте может появляться при самых разнообразных лихорадочных болезнях. Эта случайная *roseola* появляется большей частью в самом начале лихорадки и отличается чрезвычайной нестойкостью, так как исчезает обыкновенно через сутки или даже через несколько часов; такие формы эфемерной розеолы, известной также под именем детской эритемы (*erythema infantum*), всего более свойственны маленьким детям, лет до двух, у которых она сопровождается прорезыванием зубов, и разного рода жабы, и бронхиты, и пневмонии. Есть, впрочем, некоторые болезни, при которых розеолезная сыпь встречается и у более взрослых детей, именно цереброспинальный менингит и вакцина. Для *erythema vaccini* до некоторой степени характерно то, что она высыпает в период назревания пустул (от 8-го до 10-го дня) и занимает преимущественно конечности, в особенности руки, тогда как большинство других эритем оказывает предпочтение туловищу. Вакцинальная эритема исчезает через 2—3 дня, не оставляя шелушений.

До сих пор мы говорили только о симптоматической розеоле, значение которой выясняется, главным образом, сопутствующими симптомами, но, кроме этих форм, существует еще несколько видов пятнистых сыпей, служащих выражением самостоятельных болезней кожи. Сыпи эти встречаются как у детей старшего возраста, так и у взрослых. Диагностика некоторых из них значительно облегчается тем, что они имеют свои излюбленные локализации. Так, например, *erythema multiforme* охотнее всего поражает тыльную поверхность кистей и стоп и во многих случаях не распространяется далее предплечий. Сыпь эта состоит из яркочерных узелков величиной с булавочную головку и несколько больше. Название «*multiforme*» дано ей ввиду тех изменений, которые она представляет в дальнейшем течении: папула может побледнеть и исчезнуть, а в окружности ее появляется красное кольцо—*erythema annulare*; в свою очередь и это кольцо, исчезая, изменяется в цвете, а вокруг него появляется

новый яркочерный ободок—erythema iris; от встречи одного круга с другим и исчезания пограничной красноты получаются волнообразные красные линии—erythema giratum; если на месте узелков и ободков появляются пузырьки, то получается так называемый herpes iris.

К числу характерных особенностей этой erythema multiforme относится и то, что она не причиняет больному ни зуда, ни боли и через несколько дней исчезает без шелушения, а если затягивается недели на 2 или на 3, то не иначе как под влиянием новых высыпей, которые в подобных случаях могут распространяться даже на лицо и туловище. В начале своего появления erythema multiforme может сопровождаться лихорадочным состоянием. Благодаря типической локализации сыпь эту трудно не узнать.

В начале своего появления, когда высыпают папулы, и особенно в тех редких, аномальных формах, при которых поражается и лицо, может явиться сомнение насчет оспы, но, помимо локализации, легко исключить оспу по яркочерному цвету сыпи, так как оспенные папулы отличаются бледной окраской.

В дальнейшем течении, когда появляются красные кольца, можно бы думать о herpes tonsurans, но против него говорят опять-таки локализация (он любит лицо, шею, туловище) и характер кольца: при erythema annulare оно гладкое, свободное от чешуек и корок, а при herpes tonsurans оно образуется из мелких тесно сидящих пузырьков или корочек.

Другая сыпь, относящаяся к разряду экссудативных, пятнистых эритем с характерной локализацией на голени, есть узловатая эритема (erythema nodosum). Сыпь эта обуславливается серозным экссудатом в веществе кожи, вследствие чего на поверхности ее образуются плоские возвышения, легче заметные наощупь, чем на-глаз; при ощупывании они представляются в виде плотных узлов в коже, величиной от горошины до лесного ореха и больше; цвет узлов красноватый, переходящий в синий и желтый, как при синяке от ушиба, откуда и название erythema contusiforme; впрочем, некоторые пятна исчезают, не изменяясь в цвете, а просто бледнеют. Лкбимое место сыпи—голенн и потом *предплечья*; рсже идет она на бедра и еще рсже на лицо, а на туловище, если когда-либо она встречается, то лишь в самых исключительных случаях. Если при какой-нибудь сыпи, похожей на erythema nodosum, голени оказались бы свободными от пятен и узлов, то это не узловатая эритема. Самые большие и притом *болезненные* при дотрагивании узлы сидят на

передней поверхности голени, где в окружности узла иногда бывает заметная отечная припухлость кожи, симулирующая periostitis, но узлы, разбросанные на других местах, выясняют дело: все они не болезненны и не зудят. Узловатая эритема у детей может сопровождаться лихорадкой даже и при вичтсбном числе узлов; 2—3 штук, например, уже достаточно для объяснения лихорадки в 38—39°. Кто никогда не видал этой сыпи, может смсшать ее с разными болезнями, на которые в сущности она вовсе даже непохожа; так, например, я видел случаи, в которых она принималась за краснуху, за крапивницу (хотя здесь нет ни зуда, ни белых волдырей), за periostitis.

К числу болезней с определенной локализацией я отношу еще и *пятнистую форму стигущего лишая* (*herpes tonsurans maculosus*) на местах, не покрытых волосами. Лкбимое место его—закрытые части шеи и туловище, рсже встречается он на конечностях и почти никогда на лице (в одном случае очень обильной сыпи на шее и туловище я наблюдал распространение ее и на подбородок). Сыпь при нем состоит из круглых и овальных, бледнорозовых, гладких пятен, которые через 2—3 дня начинают шелушиться и покрываются тонким слоем довольно плотно сидящих чешуек. Через 3—5 недель сыпь исчезает. Вначале она слегка чешется. Величина пятен—от чечевицы до гривенника. По виду пятен и по продолжительности существования их *herpes tonsurans maculosus* всего больше похож на пятнистый сифилид, но легко отличается от него легким зудом, отсутствием других признаков общего сифилиса (опухоли желез, поражения слизистых оболочек рта и зева) и анамнезом.

Если красные пятна весьма разнообразной величины и очертания разбросаны по всему телу и конечностям, сильно зудят и если притом они чрезвычайно легко меняют место, т. е. бесследно (без шелушения) исчезают в одном месте и быстро появляются в другом, то можно прямо сказать, что мы имеем дело с крапивницей (*urticaria*).

В центре многих из этих пятен замечаются характерные для уртикарии белые волдыри, как будто от сжога крапивой, откуда и название. В легких случаях вся высыпь состоит только из подобных белых волдырей, иногда окруженных красным ободком. Уртикария нередко сопровождается лихорадочным состоянием или гастрическими симптомами в виде рвоты, болей живота, поноса. В диагностическом отношении интересна мелкая крапивная сыпь, так называемый *lichen urticatum, s. urticaria*

papulosa, по величине папул (волдырей) и красноватому цвету их очень похожая на корь или на оспу (первый день высыпания). При осмотре всей поверхности кожи дело выясняется обыкновенно тотчас же, так как где-нибудь, в особенности на ногах и животе, удается найти характерные, более крупные, беловатые волдыри. Кроме того, при крапивнице *обязательно* бывает сильный зуд, отсутствующий при кори и в первом периоде оспы. Urticaria появляется или как самостоятельная болезнь под влиянием известной пищи (идиосинкразия к землянике, ракам, грибам) или лекарств (хинин, хлоралгидрат), или же она присоединяется к другим болезням, например скарлатине, кори. Как в том, так и в другом случае причины крапивницы лежат в крови. В другом ряду случаев болезнь является результатом местного раздражения кожи, например при ожоге крапивой, укусе комаров и других насекомых, а также при ползании по коже общеизвестных волосатых гусениц.

У некоторых детей уртикария встречается в виде хронической болезни и тогда с различными промежутками может тянуться годами, возвращаясь под влиянием незаметных причин. Если хроническая уртикария замечается у маленьких детей и локализуется на ногах, то она дает повод ожидать у них развития prurigo.

Имея дело с эритематозной сыпью, надо иметь в виду еще и лекарственные сыпи, которые хотя и могут проявляться в различных формах, но всего чаще встречаются в виде различных пятнистых эритем. Особенной известностью в этом отношении пользуются препараты белладонны, так как разлитая краснота кожи вместе с сухостью зева и широкими врачками принадлежат к числу постоянных симптомов отравления этим ядом, почему belladonna и назначается гомеопатами против скарлатины. При идиосинкразии подобные же или пятнистые эритемы появляются у некоторых субъектов после средних (не токсических) приемов хинина, салицилового натрия, антипирина, хлорала, оция, иодистого калия и др. Диагностика лекарственных сыпей вообще и, в частности, эритем иногда бывает очень затруднительна, и потому в сомнительных случаях, в видах проверки распознавания, назначают больному снова тот прием лекарства, от которого предполагают появление сыпи, так как *лекарственная сыпь характеризуется именно тем, то она может быть вызвана у того же самого субъекта по проволу тем же самым приемом, как и в первый раз, и что она о исчезает по прекращении приема лекарства.*

Так как одно и то же средство у разных субъектов может производить разные формы сыпи, а с другой стороны, одна и та же сыпь может появляться под влиянием разных лекарств, то понятно, что узнать, от чего именно произошла в данном случае сыпь, можно только из анамнеза.

Болезни, характеризующиеся появлением мелких кровоизлияний в кожу

Мелкие кровоизлияния в кожу, так называемые петехии, бывают весьма разнообразной величины, например, от небольшой точки до гривенника. Они характеризуются синеватым цветом, резко ограниченными краями и еще тем, что не исчезают от давления пальцем. Петехии могут происходить от травматических влияний или от внутренних причин, т. е. от особой хрупкости сосудов под влиянием нарушенного питания их стенок.

Травматические петехии от укусов блох и клопов легко узнаются по наружному виду: все они равномерной, точечной величины; вокруг свежих петехий всегда бывает бледнорозовый фон от гиперемии; они занимают только закрытые части тела и преимущественно место пояса или брючных тесемок. Иногда на месте петехий кожа бывает покрыта очень мелкими островками черного порошка, который при обработке укусовой кислотой и поваренной солью дает под микроскопом, кристаллы гемина (выступившая и засохшая кровь).

К травматическим же петехиям относим мы и точечные кровоизлияния в коже лица после сильной пуги, например при рвоте, кашле или общих судорогах.

Кровоизлияния в кожу вследствие внутренних причин указывают на особого рода расстройство организма к самопроизвольным кровотечениям, т. е. на кровоточивость, которая бывает или постоянной (гемофилия), или временной. Временная кровоточивость бывает или самостоятельным страданием, или симптомом других болезней, каковы скорбут, лейкемия, влокачественное малокровие и различные инфекционные процессы, например геморрагическая оспа, корь, скарлатина и др.

Временная кровоточивость, как самостоятельная болезнь, известна под именем пурпура. Она встречается в различных формах, между которыми существуют всевозможные переходные ступени. Типическими представителями считаются *purpura simplex*, *purpura haemorrhagica* (s. *morb. maculosus Werthofii*) и *purpura rheumatica* (s. *peliosis rheumatica*). Все эти болезни

в большинстве случаев протекают без лихорадки, но иногда сопровождаются довольно значительным и продолжительным жаром; при всех формах на коже (в особенности на ногах) появляются различной величины (от булавочной головки до гривенника и побольше) петехии. Разница между этими болезнями состоит в том, что при *purpura simplex* кровоизлияния замечаются только в коже, при *purpura haemorrhagica*, кроме того, всегда бывают кровотечения и из слизистых оболочек, всего чаще именно из десен и носа, а в более тяжелых случаях—также из почек и кишок; при *purpura rheumatica*, кроме кровоподтеков в кожу, наблюдается еще поражение сочленений, преимущественно коленных и голеностопных, которые заметно припухают и делаются более или менее болезненными при давлении и движениях.

Во всех этих случаях лихорадка отличается крайней неправильностью как по силе, так и по продолжительности: то она держится всего несколько дней, то затягивается с перерывами на несколько недель. Причины пурпуры не известны; влияние простуды допускается многими.

Несмотря на резкие симптомы, ошибка у постели больного все-таки возможна. Если, например, одновременно с петехиями появляется сильная лихорадка, то можно принять пурпуру за геморрагическую оспу. Против оспы и за пурпуру говорят хорошо выраженные знаки привитой оспы и первоначальное появление кровоподтеков на ногах (тогда как при оспе петехии локализируются прежде всего на нижней части живота и на внутренней поверхности бедер). В других случаях лихорадочное состояние начинается за несколько дней до петехий, и тогда может быть сомнение насчет сыпного тифа. Отличия состоят в том, что при сыпном тифе у детей ясно выраженные петехии принадлежат к редкостям, а на первый план выступает *roseola typhosa*; далее, при тифе мы имеем опухоль селезенки и правильную лихорадку, несвойственную никакому виду пурпуры. От скорбута (болезни очень редкой в детском возрасте) *morbis Werlhofii* отличается как в симптоматическом, так и в этиологическом отношении. Что касается до симптомов, то, во-первых, при скорбуге кровотечения из слизистых оболочек сравнительно редки, а кровоизлияния в мышцы, под надкостницу и в подкожную клетчатку часты, между тем как при геморрагической пурпуре—наоборот; во-вторых, при скорбуге к числу постоянных и довольно характерных симптомов принадлежит язвенное воспаление десен, выражающееся значительной опухолью и рыхлостью десен и сильной вонью изо рта (*stomatocae*), а при *purpura*

haemorrhagica десны хотя и кровоточат, но в остальном они нормальны; в-третьих, при скорбуге местные припадки отличаются не только геморрагическим, но и воспалительным характером, причем воспаление легко принимает исход в изъязвление и гнилостное распадение тканей (десны, подмышечные нарывы, воспаления серозных оболочек, в особенности плевры и перикардия); в-четвертых, при скорбуге за много дней до появления кровотечений развивается резкий упадок общего питания, так называемое *скорбугное худосочие*, которое выражается прежде всего *общей слабостью* и чрезвычайной *утомляемостью*, так что больной не может заниматься никакой физической работой; сердцебиение и стеснение в груди являются у них даже и при легком труде; они часто жалуются на *боль в мышцах* увеличивающуюся после движений и успокаивающуюся после лежания. Далее, замечается *зябкость, сонливость, унылое, подавленное настроение*. Тяжелый упадок питания выражается и в лице—оно кажется осунувшимся, с ввалившимися глазами; кожа желтовато-землистого цвета, эпидермис сух и легко лупится. При пурпуре, напротив, кровотечения появляются среди полного здоровья, причем слабость и анемия развиваются последовательно вследствие потерь крови.

В этиологическом отношении существенная разница между скорбугом и геморрагической пурпурой состоит в том, что первый развивается под влиянием дурных гигиенических и диетических условий, и если эти последние касаются большинства жителей известной местности (например, голодный год), то скорбуг принимает эпидемический характер, между тем как пурпура в эпидемиях не встречается, и для отдельных случаев ее часто не удается открыть никаких производящих причин, вследствие чего Immermann высказался в том смысле, что *любой случай кровоточивости можно отнести к пятнистой болезни с тем большим правом, чем меньше имеем мы данных об его этиологии*. Но рядом с типическими случаями, т. е. когда пурпура является внезапно у вполне здоровых детей, встречаются и менее типичные случаи, т. е. такие, когда кровотечения появляются у детей истощенных (purpura cachectica) или у живущих в дурных гигиено-диетических условиях; на подобные случаи можно смотреть как на переходные от пурпуры к дынге. От гемофилии—тем, что эта последняя в громадном большинстве случаев имеет наследственное происхождение и тянется годами. Семьи гемофиликов бывают обыкновенно многодетные; гемофилией страдают мальчики, а девочки остаются на вид здоровыми, но передают

гемофилию своему потомству и опять-таки только мальчикам. Кроме самопроизвольных кровоизлияний в кожу, гемофилии свойственны обильные кровотечения из ничтожных ран (порез пальца, извлечение зуба и т. п.). На гемофилию всего больше похожи случаи рецидивирующей пурпуры, но разница между ними состоит, главным образом, в том, что во время промежутков между рецидивами пурпуры ребенок не представляет никаких симптомов кровоточивости и потому к случайным ранениям он относится совершенно индифферентно.

Кроме поименованных разновидностей пурпуры, последняя встречается еще в нескольких видах, интересных в диагностическом отношении. Так, ригрига может сопровождаться высыпанием крапивной сыпи и тогда сопровождается зудом—*rigriга urticans*; в других случаях картина болезни значительно изменяется вследствие присоединения тяжелых желудочных симптомов, в особенности *рвоты* и *сиальных болей живота*; загор бывает чаще поноса, иногда появляются кровавые испражнения. Несколько подобных случаев впервые были описаны в руководстве Henoch'a (*Kinderkrankh.*, 3. Aufl., S. 784), почему эта форма известна под именем пурпуры Henoch'a. В двух моих случаях боль живота значительно усиливалась под влиянием кислот и от полуторахлористого железа. Припадки болей живота и кровоподтеков в кожу выказывают большую склонность к рецидивам (это характерная черта подобных случаев по Henoch'у), вследствие которых болезнь затягивается на несколько недель, в конце концов прекращаясь сама собой. В некоторых случаях рецидивы или только первый приступ сопровождается лихорадочным состоянием. Болезнь эта всего более свойственна детям в возрасте после 7 лет.

Гораздо более редкая, но всегда смертельная разновидность описана Henoch'ом же под именем *rigriга fulminans*. Болезнь эта характеризуется: 1) чрезвычайно быстрым появлением и распространением кровоподтеков сначала на ногах, а потом и на всем теле и 2) упадком сил с летальным исходом через 1—3 дня от начала болезни. Кровотечений из слизистых оболочек обыкновенно не бывает (из 8 случаев, известных мне из литературы, только в двух случаях Ström'a и Aretander'a отмечено носовое кровотечение). температура большей частью остается нормальной, но иногда значительно повышается (в случае Michaelis'a у 9-месячного ребенка до 40,8°). Возраст больных был от 9 месяцев до 6½ лет. Причина болезни неизвестна; в трех случаях *rigriга fulminans* появилась вскоре после скарлатины,

в одном—после крупозной пневмонии, в остальных—среди полного здоровья. Вскрытие дало отрицательный результат.

Когда подтеки на какой-нибудь конечности сливаются и она представляется припухшей, черного цвета и покрывается иногда пузырями, то при первом взгляде картина болезни напоминает гангрену, но для исключения последней достаточно обратить внимание на полное отсутствие гангренозного запаха.

В случае появления обширных подтеков на всем теле можно думать об *оспенной пурпуре* (rigrida variolosa). Это самая опасная из всех видов оспы, так как кончается смертью в 3—5 дней, нередко еще до появления сыпи. Дальнейшее сходство с rigrida fulminans состоит в быстроте развития кровоподтеков (в обоих случаях с каждым часом появляются все новые и новые пятна). Разница состоит в следующем: развитию петехий при rigrida variolosa предшествует обыкновенно диффузная эритема на туловище и конечностях, и по этому красному фону показываются петехии и более обширные кровоизлияния, особенно на животе и груди, а также кровообтеки на конъюнктивах и кровотечения из слизистых оболочек носа, кишок и почек. Далее, rigrida variolosa начинается сильным жаром, упорной рвотой и (у более взрослых детей) сильной болью поясницы. Ничего подобного при rigrida fulminans не бывает; кровоподтеки при ней развиваются, главным образом, на конечностях (а не на животе.), все эти пятна бывают окружены красным фоном, и они болезненны при давлении; обыкновенно не бывает ни повышения температуры, ни кровотечений из слизистых оболочек, ни начальной рвоты (по крайней мере никто из авторов не упоминает про нее). В доказательство того, что Непос в своих случаях имел дело не с оспой, он приводит только один довод, именно что с 1872 г. он в своей клинике ни разу не видел никакой оспы; но он мог бы с полным правом сослаться и на результаты вскрытия; в его случаях они были отрицательны, между тем как при rigrida variolosa обязательно бывают экхимозы на серозных и слизистых оболочках и в паренхиматозных органах.

Симптоматическая пурпура, сопровождающая лейкемию, злокачественную анемию, язвенный эндокардит и тому подобные болезни, отходит на задний план сравнительно с другими симптомами этих процессов и ничего характерного не представляет. О *продромальной петехиальной оспенной сыпи*, имеющей большое значение для диагностики оспы в периоде предвестников, заметим только, что характерен не вид пятен, а их локализация;

они занимают первоначально нижнюю половину живота и внутренние поверхности бедер почти до колен, так что когда больной лежит на спине со скатыми бедрами, то петехиальная сыпь занимает треугольник, вершина которого лежит повыше колен, а основание ограничивается линией, проведенной поперек живота через пупок; это так называемый бедренный треугольник Simon'a. В случае большого распространения сыпи вторым любимым ее местом бывают подмышки и область большого грудного мускула—верхний или грудной треугольник Simon'a. На других местах петехии встречаются реже.

Болезни кожи, характеризующиеся образованием пузырьков, гнойничков и корок

Сыпи, состоящие из пузырьков, бывают остро и хронические. В острых случаях пузырьки могут быть разбросаны по всему телу или они занимают лишь ограниченное пространство.

Если *пузырьки с прозрачным содержимым высыпают быстро* по всему телу, все равно, сидят ли они при этом густо или рассеянно, то это может быть ветряная оспа (varicella), потница (sudamina crystallina) и экзема. При ветряной оспе пузырьки различной величины (от просяного зерна до чечевицы) сидят более или менее разбросанно на всем теле, но главным образом *на спине*; свежие пузырьки наполнены *прозрачным содержимым* и окружены *красным фоном*; позднее фон исчезает, а пузырек или прямо подсыхает, или содержимое его предварительно мутнеет от примеси гнойных телец. Высыпание варицеллы сопровождается лихорадочным состоянием и *зудом*. Вся болезнь до образования корочек тянется с неделю.

Ветряная оспа—болезнь *заразительная*, и потому в многолетних семьях диагностика ее значительно облегчается тем, что сыпь является у нескольких. Принять ее ввиду зуда и заразительности за чесотку было бы очень грубой ошибкой, так как чесотка никогда не высыпает сразу на всем теле. По характеру сыпи варицелла имеет сходство с разбросанными пузырьками экземы. При диагностике надо иметь в виду, что острая экзема в форме пузырьков, разбросанных по всему телу, встречается крайне редко; я лично наблюдал ее только один раз у мальчика 8 лет после больших приемов скипидара (по десертной ложке два раза в день по поводу сомнительного дифтерита); везикулезная зудящая сыпь появилась у него на третий день лечения. Острая экзема чаще встречается в виде весьма тесно сидящих

пузырьков, но такая экзема вовсе не похожа на варицеллу, так как даже и при обширном распространении она не занимает равномерно всего тела, распространяется по всему туловищу, лицу и конечностям островками и сопровождается не только зудом, но и отечностью рыхлой клетчатки на лице и кистях. В более ограниченной форме везикулезная сыпь высыпает иногда после различных раздражений кожи, например при растирании раздражающими мазями, продолжительном употреблении согревающего компресса и пр. Диагностика таких сыпей легка на основании анамнеза. Что касается до *sudamina s. miliaria crustalina*, то она не имеет ни малейшего сходства ни с варицеллой, ни с экземой, так как характеризуется двумя ей только присущими признаками: 1) пузырьки при ней всегда с прозрачным содержимым, все одинаковой величины и притом не более просыпанного зерна и 2) сидят они на совершенно нормальной, непокрытой кожей. Любимое место ее—шея и туловище, особенно грудь и живот, где пузырьки сидят довольно густо, конечности же и лицо бывают свободны от сыпи. Причина ее—обильный пот, скопляющийся под эпидермисом по соседству с отверстиями выводных протоков потовых желез (выводной проток потовых желез проходит через слой эпидермиса, не имея собственных стенок, а потому в случае закрытия его просвета разбухшим эпидермисом пот скопляется под ним, подымая его в виде милиарного пузырька). По этой причине *sudamina* всего чаще является после остролихорадочных болезней в периоде кризиса.

К острым ограниченным пузырьковым сыпям с *типическим течением* принадлежит *herpes*—пузырчатый лишай. Он характеризуется появлением *небольшой группы* тесно сидящих милиарных прозрачных пузырьков на *воспаленном основании*. Продолжительность болезни 3—4 дня, после чего пузырьки подсыхают в тонкую корочку. *Herpes* всего чаще высыпает на губах и на носу. О значении его для диагностики лихорадочных болезней см. в главе о семиотике лихорадки.

Особую разновидность *herpes*'а составляет *поясцевидный лишай*—*zoster*, особенности которого состоят в том, что он распространяется по тракту нервов и что всегда занимает только одну половину тела. Так как всего чаще он соответствует межреберным нервам, то группы пузырьков располагаются вдоль того или другого межреберья в виде полупояса, откуда и название. Понятно, что на конечностях сыпь не может принять вида браслета, а распространяется вдоль члена. *Zoster* никогда не занимает большого пространства, так как в громадном большинстве слу-

чаев ограничивается каким-нибудь одним первым или одной из ветвей его (например, на лице п. *trigeminus* никогда не поражается весь). Особенность детского *zoster*'а сравнительно со взрослыми состоит в том, что у детей он редко сопровождается невралгиями и еще реже эти последние остаются после исчезания сыпи.

К ограниченным везикулезным сыпям принадлежит и экце-ма, отличающаяся от *herpes*'а, во-первых, далеко не *типическим течением* и, во-вторых, тем, что высыпание пузырьков не ограничивается тесным пространством, а, напротив того, оно выказывает большую склонность распространяться по поверхности соседней кожи. Пузырьки при экземе не подсыхают в тонкие корочки, а сливаются между собой, лишаются своего покрова и оставляют на своем месте обнаженную красную мокнущую кожу (*eczema rubrum*). Не будучи защищено от влияния воздуха, отделяемое засыхает в толстые буроватые корки. Подобные корки очень часто встречаются у грудных детей на щеках и по сходству их цвета с пригорелыми пенками молока получили название *crusta lactea*. В таком виде экзема может оставаться очень долго (месяцами); в периоде выздоровления или когда экзема переходит в хроническую форму, кожа перестает мокнуть, она бледнеет и покрывается беловатыми чешуйками—*eczema squamosum*.

Диагностика экземы нетрудна; не только мокнущая, но и сухая, шелушащаяся экзема так характерна, что допускает распознавание с первого взгляда, но к тому же мы имеем и еще два существенных признака экземы, именно опухоль соседних лимфатических желез и значительный зуд сыпи. Этими двумя симптомами приходится пользоваться в некоторых сомнительных случаях, например при определении причин образования корок на волосистой части головы.

У грудных детей корки на голове встречаются очень часто под влиянием двух совершенно различных причин: себорреи и экземы.

Seborrhea—болезнь совсем невинная; образование корок при ней происходит вследствие скопления большого количества отделяемого сальных железок кожи головы, которое, смешиваясь с пылью, ссыхается в довольно толстый бурый панцырь, покрывающий область большого родничка или весь свод черепа. Точно такой же панцырь может произойти и от экземы. Против последней говорит отсутствие зуда пораженных частей и припухлости затылочных желез, которые при экземе легко прощупываются близ нижнего края волос на затылке в виде шарообраз-

рых подвижных плотных образований величиной до лесного ореха. Дальнейшее отличие состоит в том, что при seborrhoea после отделения корок обнажается совершенно нормальная кожа, между тем как при экземе кожа под корками оказывается красной, мокнущей, легко кровоточащей. Seborrhoea занимает только купол черепа, оставляя боковые части головы свободными от корок, а экзема часто распространяется в виде островков не только сюда, но даже и на соседнюю кожу, не покрытую волосами. Для диагностики имеет значение и возраст; seborrhoea чаще встречается у грудных детей в первую половину года, а экзема—во вторую.

У детей старшего возраста корки на голове могут зависеть от экземы и от Favus'a. В свежих случаях последнего корки всегда имеют желтый цвет, напоминающий серу, и этим они резко отличаются от бурых корок экземы. В запущенных случаях корки Favus'a могут утратить свой характерный цвет, но тогда замечается такое облысение головы, какого никогда не бывает при экземе; оставшиеся волосы легко выдергиваются и отличаются особым матовым, как бы запыленным видом; после удаления корок кожа при Favus'e не мокнет. Favus—болезнь чрезвычайно упорная, тянущаяся целыми месяцами, и, несмотря на то, образование корок не идет далее волосистой части головы, не сопровождается опуханием затылочных и шейных желез и не зудит. Наконец, при микроскопическом исследовании волоса, полежавшего минутки две в растворе едкого кали 1 : 2, в нем легко найти круглые споры и цепочки фавусного грибка—achorion Schoenleinii.

С экземой, именно со сквамозной формой ее, может быть смешана и другая микотическая сыпь волосистой части головы, именно стригущий лишай (herpes tonsurans). Грибок, производящий эту сыпь (trichophyton tonsurans), под микроскопом мало чем отличается от предыдущего, но картина болезни при нем совершенно иная. У больного появляется на голове одно или несколько облыселых мест величиной от 1 до 3 см в диаметре; покрыты они не корками, а грубыми чешуйками, среди которых торчат обломленные близ корня волосы. Сыпь эта не зудит и не мокнет, чем и отличается от экземы.

Для терапии важно не только диагностировать экзему, но и определить ее причину в каждом отдельном случае. Это легко сделать во всех тех случаях, где экзема является результатом местного раздражения кожи, но подобного рода случаи встречаются сравнительно редко.

Во многих случаях можно сделать верное заключение о причине экземы по месту, ею занимаемому. Так, например, экзема *астыльки* у детей старшего возраста с расчесами кожи верхней части спины почти наверное зависит от вшей (*pediculi capitis*), и в таком случае даже и при поверхностном осмотре волос легко заметить на них присутствие яичек насекомых в виде желтоватых, величиной в маковое зерно образований, сидящих вблизи основания волоса. Экзема в виде разбросанных мелких пузырьков и гнойничков на кистях и пальцах указывает на чесотку; мокнущие места в глубоких кожных складках шеи у тучных детей или в подмышках и пахах (перепрелость) зависят от раздражения и мацерации кожи отделяемым потовых и сальных желез.

Гораздо чаще приходится иметь дело с экземами от неизвестных раздражений. Такие экземы отличаются от предыдущих своей упорностью, так как они стоят в связи с общим неправильным питанием организма, и именно у грудных детей — с тучностью и рахитизмом, у более взрослых — с золотухой.

Если на коже появляются отдельно сидящие гнойнички величиной с чечевичку, превращающиеся потом в корочки, то такого рода сыпь известна под именем *impetigo*. В большинстве случаев гнойнички являются рядом с другими признаками экземы и характеризуют так называемую пустулезную форму экземы — *eczema impetiginosum*. Такие экземы часто являются вследствие сильных раздражений кожи, например при помазываниях кртоновым маслом, в соседство с мушкой и пр. Но, помимо этого, в детском возрасте встречается еще и самостоятельная гнойничковая болезнь кожи, отличающаяся *заразительностью* (*impetigo contagiosa*) и потому поражающая нередко нескольких членов семьи. В типических случаях прежде всего сыпь появляется *на подбородке*. Здесь очень быстро образуются крупные гнойнички, скоро превращающиеся в корочки. Особенность этой сыпи состоит в том, что гнойнички сидят не на покрасневшей коже, как при экземе, а на совершенно нормальной, и они редко сливаются в крупные бляшки. Болезнь тянется недели 3—4, так как постоянно поддерживается высыпанием новых пустул по соседству со старыми или на новых местах (вследствие самозаражения). Если заболевает этой сыпью несколько человек в семье, то диагностика легка, а в одиночном случае болезнь может быть принята за экзему, тем более что сыпь несколько зудит. Отличие в том, что пустулы отделены друг от друга промежутками нормальной кожи и что они не выказывают склонности к слиянию и образованию мокнущей кожи; до некоторой степени характерна и лока-

лизация сыпи на подбородке. Всего чаще появляется *impetigo contagiosa* у детей, живущих в сырых квартирах.

Крупные корки (до 1 см в диаметре), разбросанно сидящие на ногах, ягодицах и поясице, нередко встречаются у золотушных детей. По отделении корки открывается небольшая язвочка. Эта, так называемая, *с е t h y s a* принадлежит к числу хронических болезней; она сопровождается некоторым зудом.

Болезни кожи, характеризующиеся (сравнением) отдельно сидящих пузырей

Если мы встречаем на коже отдельно сидящие пузыри, наполненные прозрачным или гноевидным содержимым, величиной от крупной горошины до лесного ореха и больше, то имеем дело с *реш phigus'o m*. Болезнь эта свойственна почти исключительно новорожденным детям двух первых недель жизни и встречается в двух формах: в виде простого, *доброкачественного пемфигуса* (*реш phigus benignus*) и *сифилитического* (*реш phigus syphiliticus*). Высыпание пузырей в обоих случаях происходит быстро и большей частью в первые дни жизни. Главное отличие—в локализации пузырей и в сопутствующих симптомах: простой пемфигус встречается у совершенно здоровых, крепких новорожденных и высыпает, главным образом, на туловище, а также на шее и бедрах, но щадит ладони; сифилитический же, служащий признаком тяжелого сифилиса, является всегда в соупутствии других симптомов этой болезни, поражает большей частью недоношенных, истощенных детей и локализуется прежде всего и больше всего на ладонях, подошвах и пальцах.

Простой пемфигус новорожденных, хотя и протекает в виде острой болезни кожи, но не сопровождается лихорадочным состоянием. Хронический пемфигус, характеризующийся постоянным появлением все новых и новых пузырей в течение месяцев, встречается только у детей старшего возраста, да и то крайне редко.

Болезни кожи, характеризующиеся главным образом зудом

Матери часто обращаются к врачу по поводу того, что ребенок их вот уже несколько недель сильно чешется, особенно по ночам, и потому беспокойно спит. При осмотре такого ребенка может оказаться, что кожа не представляет никаких изменений, кроме расчесов. В таком случае приходится считать *зуд* за выражение *невроза кожи*, причиной которого в большинстве случаев бывает

oбщeй упaдoк питaния, вырaжaющийся мaлoкрoвием, рaхитизмoм или oбщeй нервнoстью.

В другoй слyчae зуд пoявился пoсле извeстных рaздрaжeний кoжи (нaпримeр, рaстирaний сoлeнoй вoдкoй, сoлeных вaнн), и при oсмoтрe кoжи мы нaхoдим мнoгoчислeнные пaпулы, рaзбросaнные пo вeсeму тeлу или тoлькo нa нoгaх, a пoтoму мoжeм диагнoсцирoвaть *папулезную экзeму*, кoтoрaя исчoзaeт дoвoльнo скoрo пoсле устрaнения причинy, чeм рeзкo oтличaeтcя oт другoй пaпулезнoй, сильнo зудящeй сыпи, именнo *prurigo*. Бoлeзнь этa oтличaeтcя чрeзвычaйнo хрoничeским тeчeниeм (нe тoлькo мeсяцeй, нo и гoды) и внaчaлe хaрaктeризуeтcя тoлькo зудoм и ничтoжнoй пaпулезнoй сыпью нa пeрeднeй пoверхнoсти нoг, нa пoясницe и нa тыльнoй пoверхнoсти пpeдплeчий.

Если при дoлгo прoдoлжaвшeмся зудe мы нaхoдим вeсьмa рaспрoстрaнeнные и рeзкиe измeнения вeсeй кoжи, мeстaми в видe гнoйничкoв, кoрoчeк и пигмeнтaций с припухлoстью пoдмышeчных и пaховых жeлeз, — слoвoм, oчeнь рaспрoстрaнeнную хрoничeскую экзeму, тo мoжeм пpeдпoлагaть у бoльнoгo или зaпущeнную чeсoтку, или зaстaрeлый *prurigo*. Oтличить эти двe бoлeзни, нeмнoгo нa кaжущeсe бoльшoe сoхoдствo их, нeтруднo. Прeждe вeсeгo нaдo oбрaтить внимaниe нa лoкaлизaцию глaвнeйших измeнeний кoжи, a пoтoм спрoсить, дaвнo ли рeбeнoк бoлeн.

Prurigo, кaк ужe скaзaнo, нaчaeтcя с гoлeнeй, и в зaстaрeлых слyчaeх кoжa пeрeдних пoверхнoстeй гoлeнeй срaвнитeльнo, нaпримeр, с бeдрaми и рyкaми пpeдстaвляeтcя чрeзвычaйнo плoтнoй, утолщeннoй и сyxой; oнa пoчти нe пoдымaeтcя в склaдкy, и в прoтивoпoлoжнoсть ей кoжa кoлeнных и лoктeвых сгибoв oстaeтcя нoрмaльнo тoнкoй и нeжнoй, сoвeршeннo свoбoднoй oт сыпи; тoчнo тaкoй жe кoнтрaст пpeдстaвляeт и нeжнaя кoжa живoтa срaвнитeльнo с грyбoй кoжeй пoясницy; oдним слoвoм, *prurigo* хaрaктeризуeтcя тeм, чтo oн пoрaжaeт, глaвным oбрaзoм, рaзгибaтeльныe стoрoны кoнeчнoстeй и тyлoвищa, тoгдa кaк чeсoткa любит нeжныe мeстa, и пoтoму живoт пoрaжaeтcя при нeй бoльшe спинy, кисти рyк — бoльшe гoлeнeй.

Чтo кaсaeтcя дo прoдoлжитeльнoсти бoлeзни, тo чeсoткa рaспрoстрaнaeтcя нa вeсe тeлo знaчитeльнo бoльшe, чeм *prurigo*, тaк чтo если рoдитeли гoвoрят, чтo рeбeнoк бoлeн зудoм вeсeгo лишь нeскoлькo нeдeль, тo этo нe мoжeт быть *prurigo*; нaoбoрoт, если бoлeзнь прoдoлжaeтcя с нeбoльшими рeмиссиями нeскoлькo мeсяцeв или лeт, ухyдшaясь зимoй и oблeгчaясь лeтoм, тo этo, пo вeсeй вeрoятнoсти, *prurigo*.

Заметим еще, что сильный зуд есть безусловно необходимый спутник всякой чесотки и *prurigo*, и потому отсутствие зуда прямо исключает эти процессы.

В острых болезнях сильный зуд всей поверхности кожи обязательно сопровождается крапивницей и распространенную острую экзему, о которых речь была выше, и оспеу в периоде подсыхания. Незначительный зуд является обычным спутником скарлатины и ветряной оспы.

Ограниченный местный зуд, не зависящий от экземы или от какой-нибудь другой сыпи, получает различное диагностическое значение в зависимости от места его появления. Так, например зуд *circa anum* по вечерам, как только ребенок согреется в постели, служит довольно верным признаком присутствия остриц (*Oxyuris vermicularis*) в прямой кишке; чесание *penis* может зависеть от скопления смегмы под крайней плотью, а зуд переднего прохода у девочек—от белей; зуд нога встречается иногда при круглых глистах; периодический зуд, повторяющийся в известные часы дня в различных местах тела и исчезающий от хинина, служит выражением маскированной малярии.

*Болезнь, характеризующаяся затвердением или отеком
подкожной клетчатки*

Для педиатра имеет особое значение затвердение клетчатки, встречающееся у новорожденных и грудных детей и известное под именем *sclerema neonatorum*. Болезнь эта свойственна, главным образом, недоносам и истощенным детям и состоит в своеобразном уплотнении кожи и подкожной клетчатки сначала ног, а потом и всего тела, идущем параллельно с общим упадком сил и значительным понижением температуры тела. Склерема встречается у детей в двух формах: одна, свойственная исключительно новорожденным, обуславливается отеком клетчатки и называется *sclerema oedematosum, s. oedema acutum neonatorum*, а вторая, чаще встречающаяся у детей нескольких месяцев жизни и развивающаяся под влиянием обильных водянистых поносов, объясняется потерей воды клетчаткой и застыванием подкожного жира и называется *sclerema difusum*. Обе формы кончаются смертью через несколько дней. Существенная клиническая разница этих двух форм состоит, главным образом, в том, что в первом случае объем пораженных членов увеличивается, как при всяком отеке, а во втором—уменьшается. По поводу отличия этих состояний от *sclerodermia adultorum* (которая впрочем, встречается и у детей, и даже в самом раннем

возрасте) достаточно указать на то, что последняя отличается весьма хроническим течением и не сопровождается расстройством обмена питания организма и падением температуры.

Отек подкожной клетчатки у детей старшего возраста, как и у взрослых, встречается или в виде общего отека всего тела, или в ограниченной форме. Диагностика отека не представляет никаких затруднений, так как он характеризуется резкими, одному лишь ему свойственными признаками: отекий член увеличен в объеме, кожа напряжена, гладка, бледна, и при давлении на нее пальцем получается ямкообразное вдавление, исчезающее довольно медленно. Вопрос может идти только о причинах отека. *Отек всего тела* у детей всего чаще зависит от воспаления почек, реже от слабой деятельности сердца; в обоих этих случаях моча содержит белок и, кроме того, представляет такие характерные изменения относительно осадка, цвета и количества, что по свойствам мочи не трудно узнать причину отеков и водянки полостей; об этом мы уже говорили в главе о семиотике мочи, здесь же прибавим только, что начинающие врачи не должны упускать из виду, что слабость сердца, ведущая к общей водянке, является следствием не одних только пороков клапанов в периоде расстройства компенсации, но также и поражения самой сердечной мышцы или перикардия, а отсюда следует, что *общая водянка сердечного происхождения может наступить и при совершенно чистых сердечных тонах и диагностика причины* подобных водянок *основывается не столько на присутствии шумов с первым или вторым временем, сколько на симптомах сердечной слабости* вообще, каковы расширение сердца (увеличение сердечной тупости в поперечном направлении при слабом сердечном толчке, усиленный второй тон легочной артерии при слабых сердечных тонах вообще и в особенности аорты, увеличение печени (от пассивной гиперемии), слабый пульс, застойная моча.

Но, помимо этого, в детском возрасте не особенно редко встречаются случаи отека всего тела *без белка в моче*. Подобные водянки зависят от изменения стенок капилляров под влиянием общего истощения, например от поноса, застарелой болотной лихорадки и других хронических болезней (общая водянка в таких случаях встречается редко, гораздо чаще бывает отек ног и водянка живота) или под влиянием скарлатины или простуды. Общая водянка без альбуминурии встречается настолько нечасто, что некоторые врачи даже сомневаются в ее существовании, а потому примера ради приведем здесь два случая, бывших под нашим наблюдением в клинике в течение 1891—1892 гг.

Мальчик П. Д., 5 лет, поступил в клинику 23/X 1892 г. по поводу лихорадочного состояния, кашля, *отека всего тела и водянки живота*. Анамнез: четвертый ребенок у здоровых родителей; на первом году жизни, несмотря на грудное кормление, часто страдал поносами; ходить начал около году. За три недели до поступления появились понос, жар и рвота; через неделю к этому присоединился еще и кашель, а за два дня до поступления появились отек ног и всего тела. Status praesens: значительный отек всего тела, не исключая и лица, окружность живота $58\frac{1}{2}$ см (вместо 40—45, как бывает в норме), при ощупывании его получается ясная флюктуация. Кожа и слизистая оболочка бледны, эпидермис не шелушится. Аппетит плохой, жажда усилена. Больного *слабит* κ —10 раз в сутки слизисто-кровоянистым жидким стулом, с болью живота и жжением, мочится раза 3 в сутки, количество мочи около 300 см³ (часть мочи теряется при испражнениях), моча вначале содержала следы белка, но вскоре он совсем исчез, *мочи светлая, без осадка*. Дыхание учащено до 48 в минуту; довольно сильный кашель. Исследование груди дает отрицательные результаты; тоны сердца чисты, число ударов 132; пульс: слабого нащупывания; сон плохой, больной очень слаб, так что не может сидеть. Лечение: молочная диета, ol. ricini, клизмы из танина и внутрь соф. citric. до 0,6 pro die. С первых же дней по мере уменьшения поноса общее состояние стало быстроправляться, количество мочи поднялось до 1 000 см³ и больше, водянка постепенно исчезала, и 11/XI (через 10 дней) больной выписался вполне здоровым.

Водянка в этом случае зависела, повидимому, от общего истощения под влиянием лихорадочного состояния и кровавого поноса и отчасти от ослабленной деятельности сердца.

Девочка К. Т., 4 лет, поступила в клинику 11/II 1893 г. по поводу малого количества мочи, лихорадочного состояния, отека подкожной клетчатки всего тела и водянки живота. Прежде всегда здоровая, заболела две недели тому назад жаром и точечной жабой, но дня через четыре выздоровела, припадки же, с которыми теперь поступила в клинику, появились только вчера. Аппетит плоховат. Слабит нормально, 1—2 раза в сутки нормальными испражнениями; мочи всего 200 см³, но она совершенно светлая и не содержит ни следа белка; окружность живота 56 см, дыханий—48, кашля нет, пульс 120, слабого нащупывания, правильный; границы сердца и его тоны нормальные, сон хорош, температура 37,6° утром, 38,2° вечером. Лечение—молочная диета и соф. citric. 0,6 pro die. Уже через 4 дня было заметно значительное улучшение: мочи 400, окружность живота 52, отеки гораздо меньше, умеренное лихорадочное состояние от 37,5° до 38,6° держалось до 6-го дня.

Причина водянки в этом случае не совсем ясна; весьма возможно, что точечная жаба была выражением аномальной скарлатины и водянка явилась следствием этой болезни; лихорадочное состояние не противоречит этому предположению, так как скарлатинозная водянка без нефрита встречается в острой и подострой форме, из коих перная сопровождается лихорадочным состоянием и быстрым развитием водянки (как было и в данном случае), тогда как при второй форме отеки, начавшись с ног и лица, распространяются медленно и идут при нормальной тем-

пературе. Несогласные с этим объяснением могут предположить в данном случае вполне идиопатическую, так называемую простудную, водянку.

Местные ограниченные отеки, если они не зависят от вышеприведенных болезней, могут происходить от различных причин.

Отек ног встречается у детей всего чаще при хронических поносах; *острый отек лица*, в особенности век, сопровождается обыкновенно воспалительные процессы кожи, именно рожу, острую экзему и уртикарию; *отек* одних лишь век заставляет предполагать воспалительные процессы в глазу, в особенности бленнорею.

Односторонняя острая отечная опухоль лица, появляющаяся с лихорадочным состоянием, но без красноты кожи, может зависеть от флюса или от воспаления околоушной железы; если отечная опухоль щеки появляется у больного, истощенного какой-либо острой инфекционной болезнью, и сопровождается сильнейшей вонью изо рта, то у больного, наверное, либо очень распространенная *stomatase*, либо нома. *Хронический отек лица* или одной из конечностей у маленьких детей нередко бывает следствием перенесенной рожи этих частей.

Отечная опухоль шейной и подчелюстной клетчатки на одной или на обеих сторонах, безболезненная и при нормальных покровах, всегда зависит от воспаления соседних органов. При ближайшем исследовании окажется у больного либо *periostitis* нижней челюсти, либо дифтерит зева, либо задне-глоточный или тонзиллярный нарыв, либо свинка. Отек шеи при дифтерите бывает обыкновенно двусторонним и имеет весьма дурное прогностическое значение; он быстро распространяется по шее книзу, но редко успевает дойти до ключиц, так как смерть наступает большей частью через 2—3 дня после появления отека; наоборот, при нарывах в зеве отек бывает ограниченным и односторонним; при скарлатинозном дифтерите тоже наблюдается нередко опухоль шеи, но только не отечная, а плотная, вследствие флегмоны.

При *periostitis maxillaris* легко заметить при ощупывании нижней челюсти ограниченное весьма болезненное утолщение кости.

При свинке (*periparotitis epidemica*) отечная опухоль занимает не только верхнюю часть боковой поверхности шеи, но обязательно распространяется и на соответственную сторону лица; характерно для свинки то, что непосредственно под ухом сзади восходящей ветви нижней челюсти всегда можно ощупать более

плотное место, болезненное при давлении, соответствующее нижней части припухшей *gl. parotis*.

Об отличии паротита от воспаления лимфатических желез, а также об отеке шеи при *submaxillitis* см. гл. о семиотике лихорадки.

Отек одной половины грудной клетки при явных симптомах плевритического экссудата указывает на гнойный характер последнего.

В некоторых, правда, редких случаях ограниченные отеки стоят в связи с поражением нервов—*невропатические отеки*. Они характеризуются внезапным появлением своим и столь же быстрым исчезанием—по прошествии нескольких минут или часов. Такая изменчивость симптомов вместе с резкими границами отека и красным фоном вокруг него придают ему большое сходство с отеками от уртикарии, но отсутствие зуда исключает это страдание. Любимым местом невропатического отека бывают пальцы рук, кисти и щеки, на каковых частях он появляется обыкновенно симметрично; в одном случае мне пришлось наблюдать резко ограниченную отечную опухоль правой стороны лба, напоминавшую по своей форме кровяную опухоль черепа от ушиба. Через некоторое время опухоль бесследно исчезла, но на следующий день появилась на веках правого глаза. Что вазомоторный отек может иметь очень обширное распространение, доказывает случай Кригера, описанный в «Медицинском обозрении» (т. XXXII, стр. 385). По словам больного, он с детства страдал отеками, быстро появлявшимися и исчезающими в 2—3 дня. Отеки эти переходили с места на место и бывали всюду: на руках, ногах, туловище, голове, лице, повторяясь в 2—3 месяца раз. Замечательно, что этой же болезни подвержены мать и его тетка по матери. Больной этот умер на 25-м году во время одного из приступов от асфиксии вследствие отека гортани. Аутопсия не выяснила причины отеков. К этой же категории невропатического отека относятся случаи, описанные Joseph'ом (*Allg. Wiener. Med. Zeit.*, 1889, № 48), Widovitz'ем (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXI, S. 338), Gevaert'ом (*Медицинское обозрение*, 1894, № 22) и др. Мы приведем вкратце эти случаи, так как они дают хорошее понятие о разнообразии форм невропатического или ангионевротического отека. В случае Joseph'a дело шло о 5-летнем мальчике, у которого ограниченный отек в виде отдельных небольших синеватых слегка зудящих возвышений на лице и руках появлялся каждый раз после прогулки по холодному воздуху; для исчезания отека достаточно было

5—10-минутного пребывания в комнате. Одновременно с отеком появлялась боль живота. После продолжительного влияния холодного воздуха, кроме ограниченных отеков и боли живота, у ребенка появлялась еще и гемоглобинурия. Замечательно, что тоже самое представлял и 8-летний двоюродный брат больного.

В двух случаях W., у мальчиков 8 и 6 лет, очень резко ограниченные отеки пальцев и щек появлялись тоже после влияния холодного воздуха; у второго припухшие части порядочно зудели (*urticaria oedematosa Milton'a*), отечные места представлялись синевато-красными. От обыкновенной припухлости, что наблюдается на лице и пальцах у всякого подвергающегося продолжительному влиянию холода, этот отек отличался, во-первых, тем, что от давления пальцем оставалась ямка, во-вторых, что отек отделялся от нормальных частей резкой границей и, в-третьих, что припухлость была несоразмерно велика. В третьем случае W., у девочки 7 лет, такие же отеки рук и лица появлялись от совершенно неизвестных причин.

Случай G. относится к девочке 3 лет. Почти через каждые две недели у девочки тотчас после вставания с постели является объемистая опухоль на левой стороне шеи. Величина ее с детской кулак, она тверда, безболезненна, зуда нет, кожа нормальна. Опухоль мало-помалу исчезает через 2—3 часа. Когда ребенок захворал коклюшем, то опухоль стала являться каждое утро, а когда коклюш прошел, то, как и прежде, опухоль появлялась через 2 недели.

Следует упомянуть еще и о том, что местные отеки могут зависеть от застоя крови вследствие закупорки или сдавления венозных стволов.

Мягкая опухоль подкожной клетчатки шеи, груди и других частей, легко уступающая давлению пальцем и покрытая нормальной бледной кожей, словом, опухоль, с первого взгляда очень похожая на отечную, может зависеть от скопления воздуха в подкожной клетчатке—*emphysema subcutanea*. Узнать ее нетрудно по в высшей степени характерному треску при давлении на опухоль пальцем, напоминающему хрустение снега.

Эмфизема кожи или подкожной клетчатки всего чаще появляется на шее и отсюда может распространяться, с одной стороны, на лицо, с другой—на грудную клетку и ниже. Самой частой причиной подкожной эмфиземы у детей бывает разрыв легочных пузырьков при сильном кашле (коклюш, инородное тело в бронхах, капиллярный бронхит) или при крике, рвоте и сильном жжении. Во всех подобных случаях воздух, вышедший из ле-

гочных пузырьков, распространяется по междольчатой соединительной ткани к корню легких и отсюда через переднее средостение в подкожную клетчатку шеи, начиная с яремной ямки.

В других случаях подкожная эмфизема шеи начинается с окружности трахеотомической ранки; при переломах носовых костей она может ограничиваться носом и соседними частями лица (веки, лоб, щеки); при переломе ребер эмфизема может появиться первоначально на грудной клетке.

ХРОНИЧЕСКИЕ ОБЩИЕ БЕЗЛИХОРАДОЧНЫЕ БОЛЕЗНИ С РАЗНООБРАЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЗОЛОТУХА

Общее расстройство питания, известное под именем *золотухи* (*scrophulosis*), характеризуется склонностью к хроническим воспалениям различных тканей и органов под влиянием самых незначительных, подчас неуловимых, раздражений. Золотушные воспалительные процессы отличаются еще тем, что при них чрезвычайно легко вовлекаются в процесс соседние лимфатические железы (*vasa afferentia* которых происходят из воспалительных областей), которые остаются увеличенными на долгое время даже и после полного окончания воспаления, подавшего повод к их гиперплазии.

К числу особенностей золотушного воспаления паренхиматозных органов относится и то, что воспалительные продукты оказываются очень нестойкими и, скопляясь в каком-нибудь органе, легко подвергаются творожистому перерождению и настоящей туберкулизации с появлением коховских бактерий—местный туберкулез. Частое осложнение золотухи туберкулезом (местным и общим), конечно, еще не доказывает тождества этих процессов, что ясно из того, что не всякое золотушное воспаление протекает при участии бактерий и что многие больные со временем совершенно выздоравливают и благополучно достигают зрелого возраста, тогда как туберкулезные скоро умирают. Золотуха представляет только почву, удобную для развития туберкулезных бактерий, подобно тому, как мы видим это в физиологическом состоянии у морских свинок и кроликов.

Во многих случаях можно узнать золотушного субъекта даже и в том периоде, когда он не представляет никаких хронических воспалительных процессов, характерных для золотухи,

и именно на основании habitus'a больного. Различают два типа золотухи: торpidную и эретическую (scrofulosis torpida и scrofula, s. f. eretica). Для перистотика характерно одутловатое бледное лицо, толстая верхняя губа, белокурые волосы, большой живот, довольно сильно развитый, но дряблый подкожный жир при бледных покровах и вялых мышцах. Такие дети обыкновенно апатичны и ленивы ко всякому труду. Они чрезвычайно расположены к опуханию шейных желез и к хроническим туберкулезным процессам, как к местным (в железах или костях), так и к общему.

Представителями эретической золотухи являются худенькие дети с шелковистыми, большей частью темными волосами, с длинными ресницами, окаймляющими большие темнокерие глаза с синеватой склерой; подкожная клетчатка у них очень бедна жиром, а кожа тонка, нежна и во многих местах, особенно на висках, пронизана просвечивающими венами. Длинные кости иногда замечательно тонки, мышцы развиты слабо, с л о в о м, на всем организме лежит отпечаток крайней нежности и деликатности. Такие дети отличаются особой живостью и перинностью; в умственном отношении они развиваются быстро и рано. Наружные лимфатические железы у них поражаются мало, больше — бронхиальные. Расположение таких детей к хроническому местному туберкулезу может быть не так велико, как к острому милиарному, в виде менингита.

Конечно, между этими крайними типами существуют всевозможные переходные формы, и потому подвести любой случай золотухи под тот или другой тип не всегда возможно; во многих случаях диагностика золотухи может быть установлена только на основании тех или иных проявлений ее, причем дело облегчается тем, что в большинстве случаев больные представляют одновременно несколько симптомов.

Самым частым, иногда единственным проявлением золотухи бывают *увеличенные лимфатические железы* и, главным образом, на шее. Они или только хронически гиперплазированы, или творожисто перерождены. В первом случае они просупуниваются вдоль свободного края m. sterno-cleido-mastoidei, а также под горизонтальной ветвью нижней челюсти в виде катающихся под пальцем безболезненных овальных плотных образований величиной от кедрового до лесного ореха. В случае творожистого перерождения отдельные железки достигают гораздо большей величины и большей плотности и, срастаясь с соседними

железами, образуют большие бугристые конгломераты, безобразящие шею.

Кроме желез, при золотухе часто поражаются кожа (упорные экземы, impetigo, ecthyma, но не psoriasis, который часто встречается и у здоровых людей), глаза (b. ophthalmitis, keratitis и conjunctivitis phlyctenulosa и др.), уши (otitis media et externa), слизистые оболочки (насморк, ozaena, повторные бронхиты, склонность к поносам или к запорам; в последнем случае причина лежит, вероятно, в слабости кишечной мускулатуры, так как привычные запоры встречаются обыкновенно при эретической форме золотухи, при которой мышечная система вообще отличается большой слабостью), наконец, кости (periostitis длинных костей, костоеда позвоночника и других небольших костей, в особенности предплюсневых и пальцев рук в форме spinae ventosae), а также сочленения (synovitis chron., tumor albus).

К характеристике золотухи относится также склонность к самопроизвольному излечению в периоде половой зрелости, если только дело не дошло до крупных местных изменений в организме, в основе которых лежат обыкновенно осложнения туберкулезом.

Диагностика золотухи в большинстве случаев не представляет никаких затруднений; она основывается на habitus'е больного и на различных проявлениях золотухи, о которых речь была выше.

При ложной и *настоящей лейкемии* тоже замечается хроническое болезненное припухание желез, но при золотухе оно почти никогда не бывает столь повсеместным и столь резко выраженным, как при лейкемии; в пользу последнего страдания говорит, далее, прогрессивный ход болезни, значительная бледность и особенно *опухоль селезенки*; при *настоящей лейкемии* мы находим еще увеличение числа белых телец в крови.

Большое сходство с золотухой представляют иногда случаи *позднего наследственного сифилиса* в широком значении слова. (Под названием lues congenita tarda в тесном смысле понимают такие случаи, в которых врожденный сифилис на первом году жизни остается в скрытом состоянии, а потом, иногда много лет спустя, вдруг начинает проявляться в так называемых третичных формах, т. е. в виде язв, гумм, периоститов и т. п., но так как точно такими же симптомами проявляется иногда и обыкновенный наследственный сифилис, т. е. такой, который выражался обычными симптомами в первые месяцы жизни, а потом оста-

вался до поры до времени в скрытом состоянии, то разница между этими двумя формами позднего сифилиса сводится только к анамнезу.)

Симптоматическое сходство запоздалого сифилиса с золотухой может быть очень велико, так как в обоих случаях мы можем иметь хроническую гиперплазию лимфатических желез, постоянный насморк, keratitis, поражение костей.

Диагностика основывается отчасти на свойстве симптомов, отчасти же на анамнезе. Последний должен выяснить, не было ли каких-либо проявлений сифилиса у ребенка раньше, особенно в первые месяцы жизни (см. о врожденном сифилисе), не было ли у матери выкидышей, каково здоровье других детей и самих родителей. Надо, впрочем, заметить, что констатирование давнишнего сифилиса у кого-либо из родителей еще не доказывает существования сифилиса у детей, он дает только право подозревать его. Дело в том, что сифилис родителей, бывший много лет назад и, повидимому, излеченный, нередко бывает причиной того, что дети оказываются рахитиками или золотушными. Такую этиологию следует иметь в виду во всех случаях, когда явления тяжелой золотухи (поражение костей) появляются у ребенка, родившегося от здоровых на вид и крепких родителей, воспитывавшегося на грудном молоке и жившего вообще при правильной гигиенической обстановке.

Из отдельных симптомов, говорящих против золотухи и за сифилис, можно назвать следующие: 1) keratitis parenchymatosa (этот симптом имеет почти решающее значение, так как при чистой золотухе встречается очень редко); в пользу ее и против сифилиса говорят, напротив, blepharitis, keratitis phlyctenulosa, conjunctivitis; 2) хронический язвенный насморк с разрушением носовой перегородки (при золотухе простое разрастание слизистой оболочки раковин или атрофия ее с вонью из носа, как при озаена); 3) pericostitis костей голени (при золотухе—фунгозные синовиты и остеомиелит мелких губчатых костей и spina ventosa). Если на основании симптомов и анамнеза можно с большей или меньшей уверенностью подозревать врожденный сифилис, то окончательного решения можно ждать от специфического лечения; 4) язвенные процессы в зеве с разрушением мягкого, а иногда и твердого неба (при золотухе дело не идет далее хронического катарра зева с гипертрофией миндалин и аденоидными разращениями в носоглоточном пространстве); 5) гуммы и гуммозные язвы с резко вырезанными краями. При золотухе образуются иногда своего рода гуммы в виде узлов

в подкожной клетчатке, свойственных детям 1—3-летнего возраста и известных под именем *scrophulophytus*, s. *nodus scrophulosorum*. Любимым местом этих узлов служат ягодицы, бедра и щеки. Сначала является под кожей круглый подвижный узелок, постепенно увеличивающийся до кедрового или лесного ореха; он едва выступает над поверхностью кожи, но легко прощупывается и оказывается при этом неболезненным; кожа, покрывающая узел, вначале нормального цвета; позднее узел срастается с кожей, которая тогда краснеет. В дальнейшем течении наступает или разрешение (всасывание инфильтрата), или хронический воспалительный процесс, служащий причиной образования узла, кончается исходом в нагноение, т. е. образуется небольшой абсцесс, вскрывающийся наружу и скоро заживающий или оставляющий на своем месте язву с подрытыми тонкими краями (а не с толстыми, как после вскрытия гуммы).

У маленьких детей иногда очень трудно отличить золотуху от последствий рахитизма, так как общее расстройство питания, лежащее в основе рахитизма, выражается, как и при золотухе, склонностью к хроническим воспалительным процессам различных тканей и органов под влиянием незаметных раздражений.

РАХИТИЗМ

Rachitis принадлежит к числу болезней первых 2—3 лет жизни и легко узнается по своеобразному изменению костей, чем он и отличается от золотухи. Но так как при рахитизме страдает не один только скелет, но и все другие органы и так как при нем мы часто встречаем и хронические экземы, и гиперплазию желез с творожистым перерождением их, и катарры слизистых оболочек, да, наконец, и в этиологическом отношении он представляет много общего с золотухой, то в каждом отдельном случае очень трудно сказать, с чем собственно мы имеем дело, с рахитизмом ли только или вместе с тем и с золотухой, его осложняющей. Следуя воззрению *Cantani*, я держусь того мнения, что причины и сущность этих двух процессов, может быть, тождественны (по *Cantani*, недостаток ассимиляции извести организмом)¹, а разница объясняется возрастом больных:

¹ Рахитизм и золотуха, говорит *Cantani* (*Spec. Pathol. u. Ther. d. Stoffwechselskr.*, В. IV, 1884), стоят между собой в тесной связи; если не хватает много извести, то поражаются кости, если же недостаток извести не велик, то растущие кости притягивают к себе весь запас ее, и тогда страдают только другие органы. Дряблость тканей и нестойкость клеточных элементов при

В первые два года жизни недостаток извести отражается на костях всего сильнее, так как в это время они растут всего быстрее, а позднее изменения костей отступают на задний план. Как бы то ни было, но верно то, что рахитизм без симптомов золотухи встречается редко и что ребенок, бывший в первые годы своей жизни рахитиком, сплошь и рядом оказывается потом золотушным. Итак, если у большого мы находим рахитические изменения в костях и вместе с тем хронические сыпи, гиперплазию желез и пр., то можно диагностировать просто rachitis, не отрицая того, что впоследствии ребенок окажется, может быть, золотушным. Рахитические изменения костей состоят, с одной стороны, в размягчении костей (исасывание отложившейся уже извести), а с другой — в утолщении эпифизов вследствие усиленного разрастания остеоидной ткани в месте перехода кости в хрящ.

Всего раньше, именно уже в первые месяцы жизни, рахитизм проявляется на костях черепа в виде *размягчения затылка*; несколько позднее можно констатировать утолщение лобных и теменных бугров, вследствие чего овальная форма головы превращается как бы в четырехугольную (о значении величины родничка для диагностики рахитизма см. стр. 30). На первом же году жизни рахитический процесс распространяется и на ребра; на месте перехода кости в хрящ появляется утолщение, легко доступное ощупыванию (для этого стоит только провести пальцем по любому ребру по направлению от l. axillaris к грудице): у худощавых субъектов эти утолщения выступают под кожей в виде шарообразных образований, расположенных друг над другом по кривой линии, идущей сверху вниз, постепенно удаляясь от средней линии тела. Общий вид этих утолщений оправдывает название — *четковидное утолщение ребер*. Размягчение ребер выражается в том, что они утрачивают свою нормальную кривизну и принимают более прямое направление, вследствие чего грудная клетка представляется более или менее сдавленной с боков, а грудная кость выдается вперед подобно тому, как бывает это у птиц, откуда и название — *курачья грудь* (pectus carinatum). Вследствие обычного у рахитиков метеоризма растягивается весь живот, а также и нижняя часть грудной клетки (ниже мест прикрепления диафрагмы), и потому вокруг всей периферии груди появляется

золотухе, по Cantani, зависят отчасти от недостаточного отложения извести в мягкие ткани, потому что белок не может образовать здоровую и стойкую клетку, необходимой составной частью которой являются, между прочим, и соли извести.

перехват, отделяющий верхнюю, суженную часть грудной клетки от нижней, расширенной; перехват этот соответствует местам прикрепления диафрагмы. На длинных костях конечностей рахитические утолщения всего более заметны на нижних концах костей предплечья; размягчение костей конечностей выражается искривлением их, особенно голеней.

От слабости мышц вообще и, в частности, спинных рахитики не в состоянии сидеть с вытянутой спиной; напротив того, повинаясь законам тяжести, она сгибается таким образом, что позвоночник образует широкую дугу, обращенную выпуклостью кзади. В первое время кривизна позвоночника легко устраняется, например, положением больного на спине или при поднятии его за руки (подмышки) кверху, но позднее искривление делается постоянным и образуется *рахитический горб*, отличающийся от поттова горба (вследствие костеяды позвоночника) тем, что он не угловатый, а дугообразный.

Вот главные изменения в костях, благодаря которым диагностика рахитизма в выраженных случаях не представляет никаких затруднений.

Дело другое—узнать *начинающийся рахитизм*, когда изменения в костях еще не успели развиться. В подобных случаях важно знать прежде всего, чем питается ребенок и в какой обстановке он живет. Несоответственная возрасту ребенка пища и дурной воздух квартиры имеют такое важное значение в этиологии рахитизма, что во многих случаях можно предсказать его развитие еще задолго до появления первых симптомов его; с большой уверенностью можно сделать это во всех случаях, когда ребенка с первых месяцев жизни начинают прикармливать крахмалистой или сахаристой пищей (швейцарское молоко) и особенно если он живет при этом в спертom воздухе или в сырой квартире. Далее, можно ожидать развития рахитизма в недалеком будущем, если с первых месяцев жизни ребенок начинает страдать хронической диспепсией, все равно находится ли он при груди матери или воспитывается на рожке; редко также состояются свободными от рахитизма дети, ожирелые вследствие перекармливания хотя бы и самой безукоризненной пищей.

Начало собственно рахитизма совершается очень постепенно: ребенок бледнеет, кожа и мышцы его делаются дряблыми, он хуже спит, выказывает наклонность к потливости головки и часто трется затылком о подушку, вследствие чего является *облысение затылка*. Эти симптомы свойственны детям 3—5 месяцев жизни, у которых в это время обыкновенно удается констатировать раз-

мягчение затылка в большей или меньшей степени. Под влиянием лечения и устранения причин болезнь может остановиться в этом начальном периоде, и все кончается через несколько недель полным выздоровлением. В менее благоприятных случаях появляются, напротив, и другие рахитические изменения в виде разрастания лобных и затылочных бугров, утолщения реберных концов и т. д.

Если рахитизм начинается на второй половине года, то размягчения затылка не бывает и в виде начальных симптомов является опять-таки бледность, раздражительность и, кроме того, запоздалое прорезывание зубов или удлинение антрактов между отдельными группами зубов и поражение ребер. Если рахитизм начинается еще позднее, например в конце второго года жизни, то и грудная клетка может остаться нормальной, а поражаются конечности. На основании того, что не все кости поражаются рахитизмом одновременно, а что в этом отношении соблюдается известная правильность и последовательность, можно по существующим изменениям судить, когда приблизительно начался рахитизм.

Мы уже сказали, что изменения в костях составляют главные и самые характерные симптомы рахитизма, но, помимо того, расстройство питания отражается и на других тканях и органах, со стороны которых появляются симптомы, важные не столько для диагностики рахитизма, сколько для терапии и для суждения о том, продолжает ли процесс прогрессировать или идет к улучшению.

К наиболее постоянным симптомам рахитизма принадлежат следующие: *органы пищеварения* у рахитика очень редко продолжают правильно функционировать, обыкновенно же бывает склонность либо к запору, либо к поносу и во всяком случае к хроническому метеоризму. Большой, так называемый лягушечий, живот рахитиков обуславливается разными причинами, каковы: избыточное образование газов вследствие неправильного пищеварения, слабость мускулатуры кишок и брюшной стенки, увеличение селезенки и печени, сдавление грудной клетки. Со стороны *органов дыхания* замечается большое расположение к хроническим или часто повторяющимся катаррам дыхательных ветвей и к катарральной пневмонии, вследствие чего рахитики плохо переносят коклюш и корь, под влиянием постоянных катарров поражаются также и бронхиальные железы, часто подвергаясь творожистому перерождению и туберкулизации, а отсюда расположение рахитиков к туберкулезному менингиту.

Ненормальное питание *нервной системы* выражается плохим сном и расположением рахитиков к ларингоспазму и эклампсии. На коже часто появляются хронические экземы и под влиянием потливости—милиария. Упадок питания вообще проявляется бледностью кожи и слизистых оболочек, вялостью мышц и более или менее значительным припуханием селезенки.

В каждом отдельном случае, конечно, не все эти симптомы будут налично; все зависит от индивидуальности больного и от степени развития болезни, но это еще не дает права рассматривать их как осложнения.

Диагностика рахитизма основывается, главным образом, на характерных изменениях костей и вообще не трудна.

Утолщение эпифизов при общем истощении организма, бледности покровов и опухоли селезенки наблюдается иногда при наследственном сифилисе, но в таком случае никогда не отсутствуют другие симптомы сифилиса на коже или на слизистых оболочках носа, рта и зева, выясняющие дело (см. сифилис); да, кроме того, эпифизарный сифилис является очень рано, именно в первые месяцы жизни, тогда как рахитизм конечностей свойствен детям по второму году жизни. Кости черепа при сифилисе не поражаются, и если у сифилитического ребенка замечаются открытые швы, размягченный затылок или утолщение лобных и теменных бугров, то, значит, сифилис в данном случае осложнен рахитизмом, что встречается почти постоянно. Встречаются случаи рахитизма, при котором, несмотря на сравнительно слабое поражение костей, ребенок представляет симптомы очень резко выраженного малокровия при громадной плотной селезенке, так что является вопрос о лейкемии, осложненной рахитизмом. Дело решается микроскопическим исследованием крови; при рахитизме, протекающем с большой селезенкой и с сильным малокровием, кровь хотя и представляется на вид бледной, но под микроскопом оказывается, что число белых телец или вовсе не увеличено, или лишь незначительно.

НАСЛЕДСТВЕННЫЙ СИФИЛИС

Чем свежее сифилис у родителей или у кого-либо из них, тем сильнее отражается он на потомстве (за исключением только случаев заражения матери во время беременности, когда ребенок нередко остается совсем здоровым). В самых тяжелых случаях беременность не доходит до нормального конца и кончается либо выкидышем, либо недоношенным плодом, представляющим уже

при рождении несомненные симптомы сифилиса; такие новорожденные оказываются обыкновенно недолговечными и умирают в первые дни или недели жизни.

Если ребенок родился в срок и на вид здоровым, то он заболевает сифилисом то раньше, то позднее, смотря по тому, в каком периоде находится болезнь у родителей. Первые признаки сифилиса у ребенка всего чаще проявляются в течение 6 недель после родов, реже от 6 до 12 недель и почти никогда после 3 месяцев. Большинство авторов допускает возможность первого проявления наследственного сифилиса даже много лет спустя после рождения, и в таком случае болезнь проявляется прямо признаками гуммозного периода (периоститы, гуммозные язвы и пр.), это так называемая *syphilis congenita tarda* в тесном смысле слова; но так как симптомы в первые недели жизни нередко бывают выражены не резко и легко могут быть просмотрены, то очень возможно, что большинство случаев позднего сифилиса есть не что иное, как рецидивы обыкновенного наследственного сифилиса.

Как бы то ни было, но верно то, что, за весьма редкими исключениями, *наследственный сифилис проявляется всегда в первые три месяца жизни.*

В большинстве случаев дело начинается с *насморка*, который вначале хотя и не представляет ничего особенного, но является подозрительным уже по возрасту ребенка; диагностика сифилиса делается очень вероятной, если насморк затягивается и одновременно с ним замечается особого рода *желтоватая бледность лица и пигментация* или себоррея *надбровных дуг*¹. Если при этих, повидимому, ничтожных симптомах есть еще известные данные в анамнезе (см. ниже), то диагностику наследственного люэса можно считать несомненной. Впрочем, колебания врача не могут продолжаться долго, так как скоро появляются и другие, более несомненные симптомы сифилиса, а именно *пятнистая*

¹ На важное диагностическое значение цвета лица у сифилитиков с особым ударением указывает Тг. isseli (Клинические лекции, т. II, стр. 822). Опытный врач, говорит он, распознает сифилис уже при одном взгляде на лицо ребенка. Лицо представляет какой-то особенный темн бурый тон; так и кажется, будто по лицу ребенка слегка мазнули из фейной гущей. Это не бледность и не желтизна, и не желтосоломенный цвет, бывающий при других худосочиях. Этот цвет не распространяется вовсе на остальную часть тела. Мне не известно никакой другой болезни детского возраста, где бы замечался такой цвет, и когда он резко выражен, то стоит самых резких симптомов. Миллер, напротив, не придает цвету лица особого значения, так как он встречал его и при септицемии новорожденных.

и *папулезная сыль*, разбросанная по всему телу, но всего больше на нижних конечностях; в складках шеи, пахах и *сiсca anim* замечаются обыкновенно *мокнущие широкие папулы*, которые так характерны, что сами по себе могут решить вопрос о существовании сифилиса совсем определенно. На губах и в углах рта появляются трещины и более или менее разлитые инфильтраты (зев у маленьких детей обыкновенно не поражается, но при рецидивах наследственного сифилиса—очень часто). Далее, к числу характерных для сифилиса изменений относятся гладкие, лесснящиеся, как бы *лакированные подошвы*, пузыри *periphigus'a* на разных местах тела, особенно на ладонях и пальцах. Напротив того, подкожные лимфатические железы при врожденном сифилисе обыкновенно не припухают, за исключением только тех, в соседстве которых находятся гноящиеся места.

О ложном сифилитическом параличе вследствие *osteochondritis syphilitica* см. главу о параличах (стр. 297).

Поздний наследственный сифилис (*syphilis hereditaria tarda*) является или как рецидив прежде бывшего сифилиса, или же без всяких предшествовавших симптомов, но во всяком случае он характеризуется признаками гуммозного периода; подобные признаки могут появиться уже с трехлетнего возраста, но гораздо чаще их наблюдают после 5 лет до 12; несомненно, что первые симптомы позднего *lues'a* в некоторых случаях развиваются много позднее, например от 20 до 30 лет.

Симптомы позднего наследственного сифилиса довольно разнообразны, но во многих случаях они бывают настолько не характерны, что на основании их диагностика сифилиса не может быть установлена иначе, как при помощи анамнеза, который должен выяснить существование наследственного сифилиса в семье. С этой целью важно получить данные по следующим трем пунктам: 1) нет ли симптомов сифилиса у кого-либо из родителей, 2) не было ли случаев сифилиса у братьев и сестер больного и 3) не отличается ли данная семья большой смертностью детей на первом году жизни и особенно в течение первых недель или месяцев после рождения и притом без видимых причин, т. е. от врожденной слабости; сюда же относятся рождение недонесков или мертвых плодов, так как *сифилис есть самая частая причина выкидышей*. По статистике Fournier выходит, что из 5 детей сифилитической семьи 4 умирают вследствие сифилиса в первые месяцы жизни или даже во время беременности. Один из самых разительных примеров громадной детской смертности под влиянием сифилиса приводится д-ром Ribemont-Dessaignes: от отца-сифилитика,

не желавшего лечиться, мать была беременна 19 раз, она родила 5 мертворожденных и 14 живых, но все они умерли в первую половину года.

Кроме анамнеза, диагностика наследственного сифилиса значительно облегчается теми следами, которые оставляет сифилис в организме. Одни из этих следов относятся к категории так называемых *парасифилитических явлений*, т. е. это такие симптомы, которые хотя и являются под влиянием сифилитического яда, но не могут считаться специфическими для него, так как, во-первых, такие же симптомы могут быть вызваны какой-нибудь другой причиной, подрывающей общее питание организма, и, во-вторых, симптомы этого рода не уступают антисифилитическому лечению; тем не менее, однако, подобные симптомы имеют большое диагностическое значение, потому что под влиянием наследственного сифилиса они появляются особенно часто и, конечно, гораздо чаще, чем от других причин. По меньшей мере эти парасифилитические симптомы дают врачу право предполагать сифилис и доискиваться его. Другие следы сифилиса оказываются последствиями бывших когда-то специфических симптомов.

К парасифилитическим симптомам наследственного сифилиса относятся следующие явления:

1) *Habitus* больного. Сифилис подрывает питание плода уже в утробе матери, и это влияние его проявляется потом в течение многих лет и притом в разных видах. В одних случаях ребенок отличается вообще слабостью, болезненностью и брссается в глаза характерным *серовато-землистым цветом лица*, в других случаях ребенок представляется чрезвычайно малокровным, с большой селезенкой и с всековой бледностью покровов или же он делается рахитиком, одним словом, здоровый вид ребенка почти исключает врожденный люэс. Особенно подозрительно в пользу влияния наследственного сифилиса, если сильное малокровие или значительный рахитизм поражают всех детей известной семьи, несмотря на правильную гигиено-диететическую обстановку и вообще при отсутствии видимых причин для последовного упадка питания детей. Точно так же подозрительно, если в семье, свободной от наследственного туберкулеза, несколько человек умирают от менингита или от других туберкулезных болезней.

2) *Отсталость развития*, выражающаяся в том, что у ребенка поздно режутся зубы; он поздно начинает ходить, долго не говорит; в более позднем возрасте сифилитики остаются малорослыми, у них поздно начинают расти волосы на бороде, в подмышках и на лобке, у мальчиков замечается недоразвитие яичек, у дево-

чек поздно появляются регулы и недоразвиваются груди. Подобные субъекты кажутся много моложе своих лет; они слишком долго остаются детьми, а потому такое состояние известно под именем *infantilismus*.

3) *Изменения черепа*, характерные для резко выраженного рахитизма головы (в виде четырехугольного черепа с сильно-



Рис. 11.

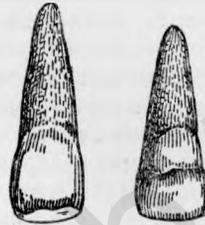


Рис. 12.

развитыми теменными и лобными буграми; седлистого черепа с углублениями соответственно венечному и стреловидному швам; головно-водяничный череп), могут иметь значение для диагностики *lues'a* только в тех случаях, когда дело идет о ребенке, который по условиям своего воспитания в раннем детстве не должен бы хворать рахитизмом.

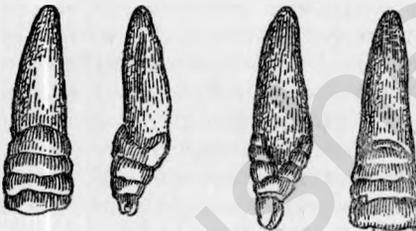


Рис. 13.

4) *Изменение зубов* при сифилисе разнообразны; в одних случаях дело идет о микроденитизме (рис. 11): все или только средние резцы обеих или одной

челюсти несоизмерно малы и между зубами остаются щели, в других случаях зубы покрыты непрочной эмалью и потому очень скоро портятся и крошатся или представляются изъеденными—это так называемые *эрозии зубов*. Эрозии касаются или поверхности зуба, или свободного края его. Из поражений поверхности зубов чаще всего встречаются чашечковидные эрозии и поперечнополосатые. Излюбленное их место—средние резцы, но иногда и клыки; иногда бывает одна поперечная полоска в виде желобка (рис. 12), иногда таких полосок несколько (рис. 13). Изменения края зубов наблюдаются как

иногда и клыки; иногда бывает одна поперечная полоска в виде желобка (рис. 12), иногда таких полосок несколько (рис. 13). Изменения края зубов наблюдаются как

на резцах, так и на первых коренных зубах. Всего чаще встречается атрофия $\frac{1}{4}$ или $\frac{1}{2}$ коронки, что производит такое впечатление, будто к нормальному зубу приделана маленькая прибавка. Хотя все до сих пор перечисленные изменения зубов и считаются признаками сифилитических зубов, но они далеко не патогномоничны для сифилиса, так как не особенно редко встречаются и под влиянием других причин; так, например, поперечные бороздки часто можно встретить на зубах у детей, страдавших на первом году жизни эклампсическими судорогами. Специально для сифилиса гораздо более характерны зубы (верхние резцы) с поперечной

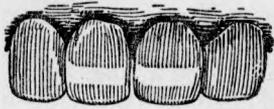


Рис. 14.



Рис. 15.

белой (неуглубленной) полоской (рис. 14) и в особенности так называемые хатчинсоновские зубы (рис. 15), характеризующиеся, главным образом, *полулунной вырезкой на свободном крае двух верхних средних резцов*. Кроме этого главного признака *Hutchinson'овских зубов*, есть еще и второстепенные: они бывают обыкновенно с закругленными углами и отличаются от боковых резцов меньшей величиной; иногда они имеют форму отвертки, т. е. у шейки зуб толще и шире, чем при вершине; нередко они растут не параллельно друг другу, а сходятся своими осями. Всякого рода эрозии и другие ненормальности, свойственные сифилитическим зубам, всего чаще встречаются на постоянных зубах.

К числу остатков прежде бывших специфических проявлений сифилиса относятся следующие:

1) *Рубцы*, остающиеся на месте язв, могут быть характерны как по своему виду, например, если они произошли из серпигинозных язв или если они ограничены фестончатыми краями, так и по месту: углы рта, *circa anam*, задняя поверхность бедер и ягодицы.

2) *Пятна и помутнения роговых оболочек* как результат специфического кератита, известного под различными названиями, каковы *keratitis interstitialis, s. parenchimatosa diffusa, keratitis Hutchinsonii*. Хотя происхождение этого хронического кератита приписывается вообще упадку питания, но тем не менее для диа-

гностики сифилиса эта болезнь имеет огромное значение, так как врожденный сифилис производит ее несравненно чаще, чем все другие причины вместе взятые. Болезнь характеризуется разлитым помутнением одной или обеих роговиц, *развивающимся медленно* и большей частью без признаков раздражения, несмотря на то, что в разгар болезни вся роговая оболочка пронизана сосудами. Процесс тянется несколько месяцев (от 6 до 18) и потом проходит или бесследно, или оставив более или менее заметные бельма. Девочки заболевают несколько чаще мальчиков; наиболее расположенный возраст от 8 до 15 лет (раньше 2 лет эта форма кератита едва ли встречается). Так как бельмо может иметь и иное происхождение (например, у детей вследствие *blepharhœa neonatorum*), то понятно, что пятна роговой оболочки могут иметь диагностическое значение в пользу Иес'а лишь в том случае, если анамнез указывает на бывший прежде разлитой кератит (у больного долго болели глаза и в течение месяцев он был почти слепым).

Хронический кератит, характерный уже и сам по себе, получает еще большее диагностическое значение, если он встречается рядом с так называемыми сифилитическими зубами (см. выше) и с глухотой. Эти три симптома составляют то, что известно под именем *Hutchinson'овской триады*.

3) *Глухота* особенно характерна для врожденного сифилиса в том случае, когда она развивается без всяких припадков воспаления среднего уха, т. е. без боли и без течи из ушей. Эта сифилитическая глухота, зависящая, вероятно, от поражения лабиринта или слуховых нервов, чаще всего наблюдается у детей старшего возраста или у взрослых субъектов и характеризуется следующими особенностями: 1) она бывает обыкновенно двусторонней—сначала поражается одно ухо, а через некоторое время (недели или месяцы) и другое; 2) глухота появляется внезапно и быстро прогрессирует, 3) не сопровождаясь ни болью, ни течью, ни какими-либо объективными симптомами, но 4) часто больные жалуются на субъективные шумы и головокружения, и 5) через несколько недель заканчивается весьма значительной, иногда даже полной потерей слуха, в каком виде и остается навсегда, не уступая даже и рано предпринятому специфическому лечению.

Несомненно, что глухота при сифилисе может иметь и иное происхождение; так, например, у маленьких детей (несколько недель или месяцев отроду) встречается иногда *гнойный сифилитический отит*, отличающийся от обыкновенной *otitis media* тем, что он с самого начала протекает без боли и без лихорадки

и довольно хорошо уступает специфическому лечению, но, оставленный без внимания, он ведет к разрушению барабанных перепонок, выпадению ушных косточек и к глухоте. Подобные безболезненные гнойные отиты хотя и не составляют патогномичного признака врожденного сифилиса, так как они могут проис-



Рис. 16.

Рис. 17.

ходить и от других причин, но во всяком случае они должны возбуждать подозрение на эту этиологию.

4) *Изменение костей.* Из длинных костей всего чаще поражаются tibiae, составляющие классическое место проявления позднего сифилиса, а из губчатых—кости черепа. Во многих случаях одновременно поражаются несколько длинных костей, а всего чаще обе большие берцовые кости. Они представляются как бы сдавленными с боков и искривленными, причем выпуклость дуги всегда бывает обращена вперед, это так называемая «сабельная» tibia (рис. 16 и 17). От рахитического искривления данная форма голени отличается тем, что при сифилисе искривления

в действительности нет, а неправильная форма голени обусловливается отложением на переднюю поверхность кости новообразованного костного вещества; одним словом, сифилитическая кость только односторонне утолщена, а рахитическая действительно изогнута.

Утолщение костей у сифилитиков является результатом *специфического периостита*. При собирании анамнеза следует иметь



Рис. 18.

в виду, что сифилитические периоститы в начале своего появления *весьма болезненны*, что боль появляется раньше опухоли и особенно *беспокоит* больного *по ночам*—*dolores osteocopi nocturni*. Позднее появляется *чрезвычайная болезненность* известного места кости *при давлении*, а еще позднее, когда замечается уже ясное утолщение кости, боль мало-помалу уменьшается и, наконец, совсем пропадает. Продолжительность болезни от момента появления боли до окончательного образования безболезненных гиперостозов в различных случаях колеблется от 3—5 месяцев до 2—4 лет. Если дело заканчивается поверхност-

ным некрозом кости с образованием секвестра, который отделяется путем нагноения, то болезнь тянется еще дольше.

Влияние позднего наследственного сифилиса на кости выражается не одними только периоститами, но также и гуммами. Излюбленным местом гуммозных новообразований бывают тоже передняя поверхность голени и череп. Клинически гуммы характеризуются ограниченными, полушарообразными *припухлостями*, сидящими на кости (рис. 18), и *болью*. В начале своего появления эти припухлости плотны, позднее же они размягчаются и флюктуируют, в это время они срываются с кожей, которая вначале была над опухолью вполне подвижна. Величина опухолей колеблется от вишневой косточки до порядочного яблока. Боли в одних случаях бывают очень сильны, в других—едва заметны. При специфическом лечении опухоль может рассосаться, и в таком случае на месте опухоли остается иногда ясно заметное углубление в виде ямки. Если опухоль успела размягчиться и подвергнуться гнойному распадению, то она вскрывается через кожу, образуя глубокую язву с инфильтрированными, резко обре-

занными крутыми краями. Сифилитические страдания костей в детском возрасте нередко принимаются за золотушные, от которых они отличаются во многих отношениях, а именно, во-первых, *по месту*: сифилис локализуется, главным образом, на длинных костях, в особенности на tibia, и занимает диафиз, тогда как при золотухе поражаются короткие кости (позвонки, плюсневые кости) и *эпифизы* длинных костей. Во-вторых, *по анатомической сущности процесса*: при сифилисе мы имеем дело с подострыми или хроническими периоститами, ведущими к утолщению кости или к поверхностному некрозу с нагноением, а при золотухе — с костоедой вследствие туберкулезного разрушения кости. В-третьих, *по симптомам*: сифилитические периоститы сопровождаются сильной болью, ожесточающейся по ночам, тогда как золотушно-туберкулезные оститы протекают почти совсем без боли. При сифилисе в течение нескольких месяцев больная кость постепенно утолщается, причем покрывающая ее кожа и подкожная клетчатка остаются нормальными, опухоль наощупь оказывается совсем твердой, а при золотухе сама кость не гипертрофируется, но образуется припухлость вследствие инфильтрации и отека мягких частей, а потому опухоль эта при опухывании представляется тестообразной. Исход в нагноение при сифилисе встречается гораздо реже, чем при золотухе; зонд, введенный в фистулу, натывается при сифилисе на плотную кость (секвестр), а при золотушной костоеде он легко проникает в вещество размягченной кости.

Сифилитические поражения костей, особенно сопровождающие их боли, быстро уступают лечению иодистым калием, который на золотушные оститы совсем не действует.

Сифилитическую искривленную голень нетрудно отличить также и от рахитической голени. В данном случае громадное диагностическое значение имеет возраст больного: искривление ног у рахитиков появляется при первых попытках к ходьбе, значит, на 2—3-м году жизни; с возрастом кривизна голеней уменьшается, тогда как кажущееся искривление берцовых костей под влиянием позднего наследственного lues'a никогда не появляется до 3 лет, а обыкновенно от 5 до 12 лет. Далее, следует иметь в виду, что при рахитизме кости голени искривлены, но диафизы их не утолщены, а при сифилисе, наоборот, кажущееся искривление происходит вследствие одностороннего утолщения костей.

На коже поздний наследственный сифилис выражается появлением *гуммозных сифилидов* в виде отдельных или группами

сидящих плотных, величиной от булавочной головки до вишневой косточки узлов, которые позднее могут превратиться в так называемые гуммозные язвы. Сифилитические гуммы кожи характеризуются своим темнокрасным цветом; любимое место их локализации—лицо и голень: на лице они занимают всего чаще нос и на голених—переднюю поверхность. Гуммозные язвы, образующиеся из них, характеризуются плотными, резко обр

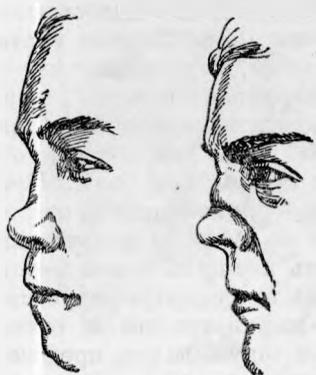


Рис. 19.

ными, отвесными краями и неровным сальным дном. Подобные формы язвенного сифилиса очень похожи на язвенный *lupus*, но отличаются от него, главным образом, характером язв (при волчанке нет ни крутых плотных краев, ни сального дна; напротив, по снятии корок дно язвы оказывается на уровне краев и представляется красным, легко кровоточащим, а края мягки, подриты, иногда подвижны) и течением: хотя гуммозный сифилид течет и медленно, но все же гораздо быстрее, чем *lupus*; что первый производит в месяцы, то второй—годами.

5) *Изменения носа* (рис. 19) являются результатом язвенно-гуммозного разрушения сначала слизистой оболочки, а потом и костей. На левом рисунке изображена форма носа после разрушения хрящевой перегородки носа, а на правом—опустившаяся переносица вследствие разрушения сошника. Из анамнеза нетрудно узнать, что задолго (несколько месяцев) до того, как обезобразился нос, больной страдал вонючим насморком с обильным отделяемым, но при этом не было ни боли, ни других каких-либо симптомов, которые беспокоили бы больного, почему он и не находил нужным обратиться к врачу.

6) *Изменения мягкого и твердого неба* обуславливаются тоже гуммозно-язвенным процессом, который ведет к рубцовому стягиванию мягкого неба или к разрушению его и к продырявливанию твердого неба.

7) *Изменения яичек* при врожденном сифилисе бывают двух родов: в одних случаях дело идет просто о недоразвитии их, в других—о склерозе (*sarcocoele syphilitica*). В обоих случаях они представляются уменьшенными в объеме, с той лишь разницей, что в первом случае они нормальной консистенции и с глад-

кой поверхностью, а во втором—они очень плотные и несколько бугристы. Сифилитический склероз яичек наблюдается во всех возрастах и часто просматривается, так как развивается безболезненно и не сопровождается большой припухлостью органа даже и в первом периоде болезни.

Мы перечислили достаточно симптомов, на основании которых может быть установлено распознавание врожденного позднего сифилиса, но влияние его на организм этим далеко еще не исчерпывается; главная опасность, угрожающая организму со стороны наследственного сифилиса, состоит в том, что, подобно застарелому приобретенному *lues'у*, он может вести к серьезным поражениям всех внутренних органов, особенно головного мозга и печени. Симптомы, вызываемые им со стороны этих органов, те же, что и у взрослых; сами по себе они не настолько характерны, чтобы можно было признать сифилис за причину этих симптомов; диагностика сифилиса мозга, печени и пр. основывается на анамнезе и на сопутствующих симптомах, доказывающих существование наследственного сифилиса у данного субъекта (об этих сопутствующих симптомах было только что говорено). Добавим еще, что диагностика сифилиса, как свежего, так и позднего, облегчается в большинстве случаев тем, что у ребенка удается констатировать одновременно несколько проявлений сифилиса в такой комбинации, которая не встречается ни при какой другой болезни.

Если у грудного ребенка сифилис несомненен, то является вопрос, наследственный ли он или приобретенный. На основании одних только симптомов вопрос этот не всегда может быть решен, так как иногда, особенно если сифилис проявляется поздно, например на третьем месяце, припадки наследственного сифилиса, именно различного рода сыпи, могут быть те же, что и при приобретенном. В пользу наследственного происхождения болезни говорят сифилитический насморк, желтоватая бледность лица, себоррея надбровных областей, лоснящиеся подошвы, пемфигус и эпифизарные изменения, а против и за приобретенный сифилис—распространенная гиперплазия лимфатических желез.

Существенное значение для решения данного вопроса имеют, далее, время появления первых симптомов сифилиса и анамнез.

Если начало болезни приходится на первые три месяца жизни, то наследственность сифилиса более чем вероятна, и чем раньше он появился, тем вероятнее, и, наоборот, чем ближе к концу года заболел ребенок, тем больше шансов в пользу внеутробного заражения ребенка.

Что касается до анамнеза, то тут важно выяснить вопрос о том, не было ли сифилиса у кого-либо из родителей, и если был, то когда именно. Здесь могут быть два случая: кто-нибудь из родителей имел сифилис до беременности матери данным ребенком или мать заразилась во время беременности.

Может ли ребенок в последнем случае получить врожденный сифилис, составляет вопрос спорный. Такие авторитетные люди, как Bärensprung и Kassowitz, отрицают возможность передачи сифилитического яда через плацентарное кровообращение, хотя теоретически это вполне возможно; другие, напротив, нисколько не колеблясь, решают этот вопрос в утвердительном смысле и говорят, что ребенок родится здоровым лишь в том случае, если мать заразилась во второй половине беременности. Несомненно только одно, что мать, заразившаяся в первые месяцы беременности, нередко выкидывает, или ребенок родится недоношенным и нежизнеспособным, но так как никаких патологоанатомических изменений, специально свойственных сифилису, при вскрытии таких недоносков не встречается, то и нельзя утверждать, что плод в таких случаях умирает от заражения сифилисом; а потому, если в анамнезе значится, что мать заразилась сифилисом во время беременности, а отец был и остался здоровым, ребенок родился во-время и через несколько месяцев или недель заболел сифилисом, то можно думать, что он заразился не путем плацентарного кровообращения, т. е. что у него не наследственный сифилис, а приобретенный во время или после родов.

Еще труднее решить вопрос о том, врожденный ли сифилис у ребенка или приобретенный, если дело идет о явлениях гумозного периода у детей старшего возраста и если притом нет точного анамнеза. В таких случаях следует обратить внимание на *habitus* больного (см. выше) и на симптомы, специально свойственные врожденному позднему сифилису, каковы, например, Hutchinson'овская триада; кератит, глухота и сифилитические зубы не вызываются приобретенным *lues*'ом. В некоторых случаях вопрос выясняется легко из несоответствия симптомов возрасту ребенка; если, например, у ребенка лет 10 или постарше мы встречаемся со свежими проявлениями сифилиса в виде, например, *roseola syphilitica* или кондилом на слизистых оболочках, то заключаем, что сифилис в данном случае должен быть свежим, значит, приобретенным после рождения.

Если родители были больны до зачатия, то спрашивается, как долго продолжается способность сифилиса передаваться потомству?

Решение этого вопроса стоит в зависимости от того, был ли предоставлен сифилис своему естественному течению или больному подвергался ртутному лечению.

В первом случае можно сказать определенно, что способность к передаче сифилиса потомству начинается с момента появления первых общих симптомов и продолжается в течение нескольких лет, постепенно ослабевая.

Этот закон *постепенного произвольного ослабления силы наследственной передачи сифилиса* выражается в том, что дети, рождающиеся от сифилитических родителей, поражаются сифилисом тем более в легкой степени, чем позднее они рождаются, т. е. чем больше прошло времени от момента заражения родителей. В первые 2—3 года, например, наблюдаются выкидыши или рождаются недоноски и мертвые плоды, позднее беременность хотя и доходит до нормального срока, но дети рождаются уже с видимыми проявлениями сифилиса на коже, обыкновенно в виде *emphigus'a*, или получают его в первые дни жизни; у следующих детей сифилис проявляется все позднее и позднее и притом в более легких формах.

Таким образом, продолжительность всего периода наследственной передачи тянется средним числом от 5 до 12 лет, но иногда и дольше. Отсюда следует, что если врач, имея дело с сифилитическим ребенком, может добыть из анамнеза указания на закон постепенного ослабления сифилиса, то это будет служить доказательством того, что в данном случае сифилис у ребенка наследственный; если же все старшие дети свободны от сифилиса, а у последнего сифилис проявился поздно, и после рождения предпоследнего ребенка родители ртутью не лечились, то вероятнее, что сифилис у ребенка приобретенный, так как в случае свежего заболевания родителей последовал бы выкидыш или по крайней мере ребенок был бы недоношен и заболел бы тяжелыми симптомами сифилиса в первые дни или недели жизни.

Совсем другое дело, если виновный из родителей лечился ртутью; тут закон постепенного ослабления сифилиса не имеет значения, так как способность передавать сифилис потомству очень хорошо поддается ртутному лечению, и потому даже и первый ребенок, зачатый вскоре после проявления общего сифилиса у родителей, подвергнутых специфическому лечению, может родиться или совсем здоровым, или заболевает сифилисом поздно и легко.

На способность сифилиса передаваться потомству следует смотреть как на один из симптомов общего сифилиса, отличаю-

щегося от других симптомов, во-первых, своим постоянством, т. е. что продолжается и в скрытом периоде болезни при полном отсутствии других симптомов, и, во-вторых, своей самостоятельностью, т. е. что симптом этот исчезает, хотя другие симптомы продолжают появляться, так что рождение здоровых детей отнюдь еще не доказывает, что родители совсем выздоровели от своего сифилиса.

Сходство этого симптома с другими состоит не только в том, что он хорошо уступает ртутному лечению, но и в том, что он способен к возвратам, так что после рождения одного или нескольких здоровых детей вдруг снова появляются или выкидыши, или сифилитики. Итак, необходимо справляться о здоровье родителей не за последнее время перед рождением данного ребенка, а по крайней мере лет за 10—12, причем хорошее здоровье старших детей может говорить против врожденного сифилиса у последнего только в том случае, если родители не лечились ртутью и от предпоследних родов прошло не более 2—3 лет.

ЛИХОРАДОЧНЫЕ БОЛЕЗНИ

Если измерение температуры показывает у больного в подмышке более $37,5^{\circ}$, то, значит, у больного лихорадочное состояние, но из этого нельзя сделать никакого заключения, кроме того только, что он нездоров. Степень повышения температуры сама по себе тоже не выясняет дела, и, руководствуясь одним лишь термометром, нельзя судить даже и о том, опасно ли заболел ребенок или нет, так как есть много легких, вовсе неопасных и непродолжительных болезней, начинающихся у детей сразу сильным жаром, и, наоборот, нередко случается видеть очень умеренную лихорадку в начале самых опасных болезней, как, например, туберкулезный менингит, дифтерит и др.

Тем не менее мы считаем измерение температуры весьма важным пособием как для диагностики, так и для предсказания, но только при условии методического измерения (по крайней мере два раза в день) и при оценке полученных результатов в связи с другими симптомами.

Узнать причину лихорадки в самом начале заболевания не всегда возможно, так как не все болезни выясняются на первый же день; в некоторых же случаях диагностика не представляет никаких затруднений.

Первый вопрос, требующий решения у всякого лихорадящего больного, состоит в том, зависит ли повышение температуры в данном случае от какого-нибудь местного заболевания или от общего страдания организма, каковы, например, тиф, скарлатина и т. п.

Понятно, что решить этот вопрос мы можем только посредством самого подробного объективного исследования больного с целью найти у него какое-либо местное страдание, которым можно бы было объяснить лихорадку или, наоборот, чтобы иметь право сказать, что местной болезни в данном случае нет и что

здесь, следовательно, мы имеем дело с общим заболеванием организма.

Приступая к исследованию лихорадящего больного, прежде всего надо его раздеть и осмотреть всю поверхность тела. Во многих случаях этого бывает вполне достаточно, чтобы узнать причину лихорадки на первый же день болезни. Сыпи, встречающиеся при лихорадочных болезнях, не сами производят повышенные температуры, но они играют роль ярлыка с надписью: причина лихорадки—такая-то. Это мы имеем, например, при всех острых инфекционных экзантемах, каковы корь, оспа и др., а также и при других болезнях кожи (или проявляющихся на коже), отличающихся от первых своей незаразительностью и еще тем, что сыпь, выясняющая болезнь (ярлык), появляется при них уже на первый день заболевания, тогда как при заразных экзантемах только на второй день (скарлатина) или еще позднее (корь, оспа).

Лихорадочных болезней кожи в детском возрасте немного; сюда относятся, во-первых, различные воспаления, каковы рожа, флегмона и чирьи, о которых нечего распространяться, так как они характеризуются такими резкими признаками, что их трудно не заметить и нельзя не узнать. Во-вторых, разные сыпи, именно крапивница (*urticaria*), узловатая эритема (*erythema nodosum*), *erythema multiforme* и *purpura*.

Urticaria характеризуется быстро появляющимися и столь же быстро исчезающими (меняющими место) белыми волдырями, как будто от ожога крапивой. Сыпь занимает или отдельные места, или все тело и сильно зудит. В диагностическом отношении интересна мелкая крапивная сыпь лица, по своей величине и красноватому цвету весьма похожая на корь. При осмотре всей поверхности кожи дело выясняется очень скоро, так как крапивная сыпь едва ли когда-нибудь ограничивается лицом, обыкновенно же распространяется на ноги и на туловище, где появляется в виде обыкновенных беловатых волдырей. Кроме того, при крапивнице всегда бывает зуд, отсутствующий при кори. Так как *urticaria* часто присоединяется к другим болезням, например к тифу, скарлатине, кори, то понятно, что считать ее причиной лихорадки можно лишь в том случае, если она поражает ребенка, в прочих отношениях здорового, и если лихорадка, появившись вместе с сыпью, с ней же вместе и исчезает.

Гораздо легче не узнать *узловатую эритему* и *erythema poly-mor-fum* (см. болезни кожи, стр. 412; там же было говорено и о *pur-pure*, стр. 417).

Весьма важные услуги для диагностики лихорадочного состояния оказывает также herpes, характеризующийся высыпанием группы тесно сидящих пузырьков величиной в головку булавки с прозрачным содержимым. Любимым местом herpes'a бывают губы и нос. Это само по себе ничтожное поражение кожи важно потому, что оно встречается далеко не при всяком лихорадочном состоянии, а только при некоторых излюбленных им болезнях. На первом месте надо поставить *простудную лихорадку* (fièvre herpétique французских авторов), отличающуюся циклическим течением и, вероятно, относящуюся к числу инфекционных болезней.

Descroizille (Rev. mens. des mal. de l'enf., 1884) описал целую эпидемию такой герпетической лихорадки. Болезнь начинается быстро наступающим значительным жаром, который продолжается 3—6—7 дней и кончается кризисом, за несколько дней до которого высыпает herpes на губах («лихорадка обметала», по выражению народа).

Далее, herpes особенно часто сопровождает крупозное воспаление легких, перемежающуюся лихорадку, эпидемический цереброспинальный менингит и гастрическую лихорадку; наоборот, он почти никогда не встречается при тифе и при туберкулезном менингите; ввиду этого в некоторых сомнительных случаях herpes может иметь решающее значение для диагностики, например гастрита от тифа или туберкулезного менингита.

Далее, путем осмотра мы можем открыть на первый же день заболевания причину лихорадки в *остром припухании лимфатических желез* шеи. Я не имею здесь в виду аденитов, сопровождающих воспалительные процессы соседних частей, например полости рта, зева и пр., где решающим моментом являются не железы, а основная болезнь, но подразумеваю *идиопатическое воспаление желез*, лежащих сзади верхнего конца грудино-ключично-соскового мускула, т. е. под ухом и сосцевидным отростком и за углом нижней челюсти.

Первичное воспаление этих желез, не зависящее ни от экземы головы, ни от течи из уха, ни от костоеды зубов и т. п., всегда чаще встречалось мне у детей 2—4 лет, но иногда и у грудных и у более взрослых детей. В течение первых 7—10 дней болезнь протекает в виде острого аденита. При лихорадочном состоянии (выше 39°) сзади места прикрепления сгибателя головы развивается опухоль лимфатических желез, достигающая в первые 3—4 дня величины грецкого ореха; она плотно упругой консистенции, очень болезненна при давлении и покрыта слегка покрасневшей, натянутой, но неотечной кожей. Дней через 5—7—10 от

начала болезни лихорадка стихает, а опухоль еще в течение нескольких дней остается стационарной, а потом начинает медленно уменьшаться и через 2—3 недели разрешается совершенно; исход в нагноение встречается гораздо реже. Редко также поражаются железы на обеих сторонах.

От симптоматической опухоли желез данная форма аденита отличается тем, что при ней ни на слизистой оболочке рта, носа и зева, ни на коже головы, ни со стороны уха не удается открыть никаких воспалительных процессов, которыми можно бы было объяснить поражение желез. Этиология страдания темна, единственный раз я встретил его одновременно у двух сестер. Так как аденит, о котором идет речь, в руководствах не описывается и потому совершенно незнаком начинающим врачам, то они обыкновенно принимают его за parotitis (свинка). Диагностика нетрудна, если только обратить внимание на место, занимаемое опухолью, и на ее консистенцию.

Опухоль при *periparotitis epidemica* занимает как раз область околоушной железы, т. е. она замечается непосредственно под ушной сережкой и впереди козелка и распространяется на соответствующую щеку и на верхнюю часть шеи, где и теряется без заметных границ; опухоль же при *adenitis idiopathica* на лицо не идет, а сидит сзади угла челюсти, под *proc. mastoideus*, и представляет довольно резкие границы. Далее, при свинке опухоль обуславливается не столько припухлостью самой околоушной железы, сколько отеком окружающей клетчатки, а потому опухоль наощупь совсем мягкая, а кожа, покрывающая ее, бледная. Болезненность свинки при давлении замечается только на очень ограниченном месте, именно как раз под местом прикрепления ушной сережки и тотчас впереди козелка, здесь же прощупывается и небольшое уплотнение, соответствующее по своей форме околоушной железе; при адените, напротив, опухоль болезненна на всем своем протяжении, она плотна, и окружающая клетчатка не отечна.

Как на менее существенный признак можно указать еще на то, что *parotitis* обыкновенно бывает двусторонней и кончается разрешением в несколько дней.

В диагностическом отношении интересны аномальные случаи свинки, отличающейся от типической заушницы тем, что первично поражаются не *parotis*, а *gl. submaxillaris*. Отечная, мягкая опухоль появляется в таком случае не впереди и ниже уха, а под горизонтальной ветвью нижней челюсти и распространяется не столько на лицо, сколько по боковой поверхности шеи; если,

кроме *submaxillaris*, воспаляется и *gl. sublingualis*, то отек распространяется и на переднюю поверхность шеи, и на подчелюстную область. Среди отечной опухоли клетчатки легко прощупывается припухшая подчелюстная железа в виде шарообразного, мало плотного тела, слегка болезненного при давлении. Эту опухоль можно смешать, во-первых, с периоститом нижней челюсти, нередко встречающимся у детей при кариозных зубах и протекающим тоже с лихорадкой, и во-вторых, с *lymphadenitis acuta*.

Periostitis, подобно *submaxillitis*, выражается болезненной припухлостью щеки и отчасти шеи в области *gl. submaxillaris* и отеком соседней клетчатки; но существенное отличие в том, что при воспалении надкостницы самое болезненное место опухоли, ее середина, очень плотной консистенции и тесно соединено с костью; покровы, покрывающие опухоль, скоро краснеют и лоснятся. Боль при давлении при *periostitis* значительно сильнее, чем при *submaxillitis*.

В начале *lymphadenitis* можно прощупать отдельные увеличенные железки, сливающиеся потом в большую плотную и болезненную опухоль.

В XXIX томе *Jahrbuch f. Kinderheilkunde* за 1889 г. помещена статья Pfeiffer'a под заглавием «*Drüsenfieber*». Под именем железистой лихорадки он описывает особую инфекционную болезнь, характеризующуюся лихорадочным состоянием и болезненным припуханием шейных желез сзади *m. sterno-cleido-mastoidei*. В легких случаях жар кончается в один день, в более тяжелых — затягивается до 10 дней, и в таком случае можно констатировать припухание печени и селезенки; часто бывает также боль по средней линии живота пониже пупка (поражение брыжеечных желез?). До нагноения дело никогда не доходит. Pfeiffer относит эту болезнь к разряду инфекционных, так как он встречал ее в виде семейных эпидемий (4 случая друг за другом в одной семье). В общем эта болезнь представляет большое сходство с вышеописанной формой идиопатического аденита, с той лишь разницей, что Pfeiffer никогда не наблюдал исхода в нагноение и что в его случаях припухали несколько все шейные железы, а не одни только затылочные, которые поражаются, однако, больше других. Эта разница ступенчата, впрочем, добавлением Neubner'a, который наблюдал иногда исход и в нагноение. Он говорит только о припухании желез под *m. sterno-cleido-mastoideus* и отмечает возможность повторных обострений, затягивающих лихорадочное состояние недели на 3—4. В 2 случаях он видел развитие

последовательного нефрита, который может навести врача на ошибочную мысль о бывшей скарлатине.

Причиной лихорадки может быть также и *страдание ушей* и притом не только воспаление среднего уха, но и *otitis externa*, и чирьеобразное воспаление наружного слухового прохода, легко доступное для диагностики при осмотре уха даже и неспециалисту, если только он не забудет обратить свое внимание и на уши. Ребенок лет 5 или старше, конечно, сам укажет врачу на свою болезнь, так как острые отиты, ведущие к лихорадке, всегда сопровождаются значительной болью в ухе, но у маленьких и в особенности у грудных вся болезнь выражается только лихорадочным состоянием и упорным криком, который прекращается с появлением течи. Впрочем, самостоятельные отиты в детском возрасте встречаются нечасто, так что в этом отношении гораздо большее диагностическое значение принадлежит *насморку* и именно по двум причинам: во-первых, потому, что симптом этот часто встречается, и, во-вторых, что при существовании острого насморка выбор приходится делать из небольшого числа болезней, так как насморк в качестве начального симптома лихорадочной болезни свойствен только следующим пяти процессам: 1) обыкновенному, так называемому простудному насморку, 2) первичному дифтериту носа, 3) гриппу, 4) кори и 5) коклюшу. (О диагностике этих процессов см. болезни носа и грипп.)

Из болезней рта лихорадку могут вызвать следующие три: *stomatitis erythematosa*, *stomatitis aphthosa*, *stomatocace*. Значение их как причин повышения температуры часто не оценивается по достоинству, и потому я с особенным ударением указываю на то, что у грудных детей даже и такой ничтожный процесс, как эритематозное воспаление рта, может вызвать жар до 40° (подробнее об этом при болезнях рта).

Драгоценные результаты для оценки лихорадочного состояния дает нам *исследование зева*, болезни которого в детском возрасте встречаются очень часто. В одних случаях они служат выражением местного страдания зева, а в других—зависят от общего заболевания организма, преимущественно от острых инфекционных экзантем, при которых высыпание на коже является на несколько часов или на целые сутки позднее, чем высыпание на слизистой оболочке зева, что и дает возможность диагностировать эти болезни еще до появления характерной сыпи. Таким образом, исследование зева во многих случаях выводит врача из затруднения там, где он без этого исследования

оставался бы в недоумении насчет причины лихорадки (см. болезни зева).

Лихорадочные *болезни легких* я обойду молчанием, так как кашель, учащенное дыхание и пр. прямо указывают врачу, где нужно искать причину лихорадки. Без кашля, но с лихорадкой и истощением протекает только медленно развивающийся *плевритический экссудат*, который поэтому и остается иногда неизвестным в течение целых недель, несмотря на то, что физикальные его симптомы так резки, что его трудно не узнать даже и при поверхностном исследовании груди.

Сравнительно легче просмотреть *болезни сердца*, так как они часто протекают без явных симптомов. Следует помнить, что *endocarditis* у детей присоединяется не к одному лишь острому ревматизму, но также и к другим инфекционным болезням, из которых на первом месте я поставил бы скарлатину, потом рекуррент и корь. Ожесточение лихорадки в периоде лизиса или возобновление ее в периоде выздоровления зависит обыкновенно от каких-нибудь осложнений, в числе которых нужно иметь в виду и *endo- или pericarditis*.

Болезни желудка и кишок, если они вызывают лихорадочное состояние, сопровождаются довольно ясно выраженными симптомами, за исключением лишь некоторых форм гастрита, симулирующих менингит (см. болезни желудка).

Из лихорадочных болезней мочевых органов легко может остаться незамеченным воспаление почек, если врач не имеет привычки во всех случаях исследовать и мочу.

Иногда лихорадочное состояние обуславливается страданием мышц, например при ревматизме их или при сильных мышечных болях живота вследствие гимнастики.

Из *болезней костей* особенно важное значение как по частоте появления, так и по своим последствиям имеет *воспаление позвоночника*, которое иногда остается неизвестной причиной лихорадки не только в течение нескольких дней, но даже и целых недель, а между тем узнать его вовсе нетрудно; для этого стоит только исследовать позвоночник, и тогда сейчас же бросится в глаза его малая подвижность при сгибании и болезненность некоторых позвонков при давлении еще задолго до образования угловатого горба.

Итак, во всех перечисленных случаях узнать причину лихорадки нетрудно, если только строго держаться правила *подвергать всякого лихорадящего больного строгому и всестороннему объективному исследованию*. Врач, который вздумал бы ограни-

чиваться осмотром только тех органов, на которые указывают ему субъективные жалобы больного или окружающие, очень часто делал бы самые невероятные ошибки и недосмотры.

Если на первый или на второй день болезни не удастся найти никакого местного страдания для объяснения существующей лихорадки, то все-таки еще нельзя быть уверенным, что имеешь дело с лихорадкой без всякой локализации, т. е. с общим страданием организма, так как следует иметь в виду возможность *скрытно протекающей местной болезни*, т. е. что болезнь еще не выяснилась. Скрытно протекающие болезни довольно разнообразны, так как в первые 24 часа не успевают выясниться очень многие из местных процессов, но это не особенно важно, так как дело выясняется все-таки скоро; но нельзя того же сказать про некоторые формы воспаления легких и мозговых оболочек.

Из скрытно протекающих пневмоний особенной известностью пользуется *воспаление легочных верхушек*, не выясняющееся иногда в течение целой недели и даже дольше. Я говорил о них в главе о пневмонии (стр. 244), здесь же ограничусь замечанием, что не всякое лихорадочное состояние, хотя бы и с кашлем, может дать повод подозревать скрытую пневмонию. Напротив того, в громадном большинстве случаев задача врача значительно облегчается тем, что, руководствуясь высокой температурой, он может с полным правом исключить начало воспаления легкого и именно всегда, как только температура не достигает $39,5^{\circ}$, так как немного найдется болезней, которые сопровождалась бы такими постоянно высокими температурами, как крупозная пневмония и в особенности при поражении верхушек, для которой 40° или близкое к тому можно считать минимумом, а температуры в 41° и 42° — не редкостью.

Что касается до менингитов, то иногда долго не выясняются они у грудных детей; в течение целой недели и больше у ребенка бывает ежедневная рвота и он много плачет. Ввиду отсутствия других мозговых симптомов врач предполагает у него диспепсию, и вдруг появляются судороги, спячка и пр.

Если врач исключил все местные болезни и пришел к заключению, что имеет дело с общей болезнью, то он еще все-таки далек от точной диагностики; у детей нередко встречаются лихорадочные болезни неизвестного происхождения, которые вначале симулируют какое-нибудь серьезное заболевание, но дня через 2—3 кончаются полным выздоровлением, и вот, пока не пройдет этот срок, позволяющий исключить различные эфемерные и простудные лихорадки, врач не в состоянии поставить точную

диагностику, а стало быть, не может быть речи и о предсказании.

Из всего сказанного следует, что диагностика лихорадочной болезни на первый день заболевания возможна далеко не всегда, именно только в случаях лихорадки, зависящей от местной болезни, или при общем страдании, когда есть «ярлык» (герпес, насморк и пр.). Во всех других случаях приходится ждать дня 2—4, и если тогда окончательно выяснится, что в данном случае нет ни скрытно протекающей местной болезни, ни простудной лихорадки и нет поводов подозревать запоздалое высыпание сыпи, то не остается ничего более предположить, как общую инфекционную болезнь без ясно выраженных местных локализаций, каковы различные формы тифа (брюшной, сыпной, возвратный), интермиттент, туберкулез и пиемия.

Большие затруднения для диагностики представляют иногда случаи *затяжной лихорадки*, продолжающейся много недель от незаметной причины. Относительно хода температуры подобные лихорадки могут представлять большое разнообразие, приближаясь по типу то к *f. continua remittens*, то к *i. intermittens*, то к *recurrens*, но чаще всего они бывают совсем неправильными.

Причины подобных «хронических» лихорадок иногда довольно трудно определить. Так как в большинстве случаев предполагается застарелая и потому неправильная болотная лихорадка, то о диагностике подобных форм мы будем говорить в главе о последней.

ОСТРЫЕ ЛИХОРАДОЧНЫЕ БОЛЕЗНИ БЕЗ РЕЗКО ВЫРАЖЕННЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

1. БОЛЕЗНИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ЛИХОРАДКОЙ ПОСТОЯННОГО ИЛИ ПОСЛАБЛЯЮЩЕГО ТИПА

Брюшной тиф

Возбудителем брюшного тифа считается бацилл, впервые описанный Eberth'ом и полученный в чистых разводках Galky. Хотя бацилл этот, начиная со второй недели тифа, постоянно встречается в испражнениях, но разыскивание его сопряжено такими затруднениями, что для практического врача бактериологическая диагностика тифа не имеет особого значения; эта трудность обусловливается, главным образом, чрезвычайным сходством тифозного бацилла с кишечной палочкой (*bac. coli commune*).

Гораздо более надежные результаты получаются от серодиагностики по способу Widal'я. Реакция Widal'я основана на наблюдении Gruber'a, показавшего, что кровяная сыворотка животных, иммунизированных против холеры, тифа и других болезней, прибавленная в ничтожном количестве к бульонной разводке соответственного микроба, оказывает на него своеобразное влияние: бактерии теряют свою подвижность, собираются в кучи и осаждаются на дно в виде хлопьевидного осадка, и бульон, таким образом, просветляется. Эту реакцию Gruber назвал агглютинацией. Различают два способа производства се—макроскопический и микроскопический. При первом способе к суточной бульонной разводке тифозного бацилла прибавляют некоторое количество кровяной сыворотки иммунизированного животного и смесь помещают в термостат на 2—8 часов; мутный бульон просветляется, а на дне сосуда получается хлопьевидный осадок.

При микроскопическом исследовании прежде всего убеждаются на контрольном препарате бульонной разводки, что бактерии вполне подвижны, потом смешивают в нескольких чашечках Petri различные количества бульонной разводки (10, 20, 50, 100 капле с одной каплей на каждую чашечку испытуемой сыворотки) и из каждой пробы готовят микроскопический препарат. Если сыворотка обладает агглютинирующей способностью, то тотчас же на поле зрения микроскопа появляются *кучки* из совершенно *неподвижных бактерий*; в первое время в промежутках между кучками можно встретить еще большее или меньшее число живых бактерий, но потом и они умирают. Ввиду того что реакция Gruber'a получается и при обыкновенной сыворотке животных (ноиммунизированных) и человека, если только брать ее в больших количествах (приблизительно 1 часть сыворотки на 10 частей бульона), необходимо при производстве этой реакции с диагностическими целями брать точно определенные количества сыворотки; всего лучше делать зараз несколько проб в пропорции 1 : 10, 1 : 20, 1 : 100 и т. д. Реакция Gruber'a очень хорошо удается также с серозной жидкостью из пузырьки от приставленной мушки, много слабее с молоком и еще слабее с мочой, слезами и другими выделениями. Заслуга Widal'a состояла в том, что он доказал, что у человека агглютинация появляется уже в периоде инфекции, именно при тифе — в конце первой или в начале второй недели. Чтобы получить сыворотку от тифозного больного, добывают его кровь уколом в палец, собирают ее в узкую реактивную трубочку, в которой она свертывается, причем получается некоторое количество сыворотки; реакцию можно считать вполне доказательной для тифа, если агглютинирующая способность сыворотки проявляется в пропорции 1 : 50. По наблюдениям Courmont'a (40 случаев), ясно выраженная реакция Widal'a появляется на 6—7-й день, но в течение следующих дней прогрессивно усиливается (в нормальных случаях на 10-й день 1 : 100) до начала периода падения температуры, а потом агглютинирующее свойство сыворотки начинает падать и во многих случаях через несколько недель совсем исчезает, но, как доказано многими авторами, не всегда; оказалось именно, что не особенно редко реакция удается даже по прешествии нескольких лет после выздоровления, а потому вполне доказательное значение реакции Widal'a может иметь лишь при условии абсолютного анамнеза, доказывающего, что больной раньше не хворал тифом. Степень агглютинирующих свойств сыворотки в различных случаях тифа колеблется в больших размерах — от 1 : 100 до 1 : 2 000. По общему отзыву авторов.

реакция Widal'я имеет огромное диагностическое значение; случаи неудачи на второй неделе тифа принадлежат к редким исключениям (у самого Widal'я один отрицательный результат на 163 положительных).

Брюшной тиф в детском возрасте характеризуется теми же симптомами, что и у взрослых, но отличается сравнительно более легким течением. Диагностика тифа в большинстве случаев не трудна; основными симптомами считаются: типический ход лихорадки (продолжительность и течение ее), свежая опухоль селезенки и тифозная розеола. Несколько меньшее значение имеют явления со стороны органов пищеварения, бронхит, симптомы поражения нервной системы и общий *habitus* больного.

Из всех основных симптомов тифа самым важным для распознавания его нужно считать *лихорадку*, которая в противоположность всем другим симптомам при тифе никогда не отсутствует и в большинстве случаев отличается такой правильностью в смысле течения и продолжительности, что нередко делает возможной правильную диагностику тифа даже и при отсутствии многих других характерных для него признаков.

Началу лихорадочного периода тифа предшествуют обыкновенно в течение нескольких дней неопределенные признаки общего недомогания в виде потери аппетита, вялости, беспокойного сна и т. п., так что трудно бывает сказать, с какого именно дня заболел ребенок; счет дней болезни начинают обыкновенно с первого дня лихорадочного состояния. Можно принять за правило, что брюшной тиф никогда не начинается ясно заметным знобом и сильным жаром, а обыкновенно легким познанием при небольшом повышении температуры; в течение первых 3—5 дней лихорадка прогрессивно, но постепенно усиливается, делая послабление по утрам и ожесточаясь к 5—6 часам вечера, пока не достигнет своей аске приблизительно в 40° . Если 40° получаются уже на первый день или если в течение первой недели вечерняя температура ни разу не поднималась до $39,5^{\circ}$, то одинаково невероятно, что у больного тиф.

Такое *постепенное усиление лихорадки в начале заболевания составляет характерную особенность брюшного тифа* (за исключением некоторых abortивных форм его), *отличающую его от сходных с ним сыпного и возвратного тифов.*

Достигнув в конце первой недели своего аске (приблизительно 40°), лихорадка остается несколько дней на достигнутой высоте, делая послабления утром и повышения под вечер, причем разница между низкими и высокими температурами в течение

дня может колебаться от 0,5 до 1,5°. Подобные колебания для тифозной кривой почти обязательны, так что если в течение первых двух недель болезни разница между минимальной утренней и максимальной вечерней температурами меньше 0,5 или если, по утрам температура даже выше, чем вечером, то диагностика брюшного тифа делается сомнительной.

Для диагностики тифа имеет значение и то, что лихорадка при нем не проявляет склонности к быстрым и значительным, ничем не мотивированным колебаниям в ту и другую сторону, как это часто случается, например, при гриппе и туберкулезе, но зато под влиянием сильных жаропонижающих значительные колебания температуры при тифе наступают, может быть, даже легче, чем при других горячках.

С половины второй или с начала третьей недели (первое бывает чаще) замечается более глубокое падение утренних температур как выражение начала *лизиса*, которым кончается обыкновенно брюшной тиф в конце третьей или в течение четвертой недели. Кризис в 24—46 часов говорит против типического брюшного тифа: такое окончание более свойственно сыпному и абортивному тифу.

Вторым весьма важным для диагностики тифа симптомом я считаю *опухоль селезенки*, если только можно доказать, что она свежего происхождения (см. об опухолях селезенки, стр. 174). К сожалению, симптом этот не принадлежит к числу постоянных спутников тифа (в 10% опухоль селезенки совсем не может быть констатирована, прощупать ее удается в 40—50%). Если бы опухоль селезенки при тифе встречалась так же обязательно, как и лихорадка, то я убежден, что смешение тифа с менингитом и с туберкулезом встречалось бы гораздо реже, чем это случается теперь. В большинстве случаев опухоль селезенки при тифе является от 4-го до 6-го дня, но иногда и раньше.

Третий кардинальный симптом — *тифозная розеола* — имеет для диагностики тифа еще большее значение, нежели опухоль селезенки, но зато и отсутствует она чаще. Сыпь эта, состоящая из бледнорозовых, слегка возвышенных пятнышек величиной с булавочную головку, исчезающих от давления пальцем, всего чаще появляется на спине, животе и груди, редко на конечностях. Высыпь обыкновенно не обильна: нередко удается насчитать штук 10 пятнышек. Появляется она от 7-го до 11-го дня и продолжает появляться в виде новой сыпи отдельными розеями в течение нескольких дней подряд, так что свежие пятнышки удается констатировать иногда в течение всей третьей недели.

Со стороны органов пищеварения для диагностики тифа могут иметь значение: изменение языка (стр. 70), отсутствие начальной рвоты (по крайней мере в большинстве случаев), урчание и болезненность при давлении в области слепой кишки (с конца первой недели), умеренный понос (в начале болезни обыкновеннее запор, с конца первой недели—понос) и небольшой метеоризм (в отличие от сходных с тифом случаев туберкулезного менингита).

Некоторые данные для диагностики тифа даст и исследование мочи на диазореакцию Ehrlich'a. Реакция эта основана на том, что если в моче при той или другой болезни образуются пока еще малоизвестные ароматические тела, то под влиянием сульфодиазобензола они дают характерную цветную реакцию. Для производства реакции нужно иметь два реактива: 1) Rр.: A c i d. sulphanilic. 5,0; Aс. hydrochl. pur. 50,0; Aq. destil. 1 000,0 и 2) Rр.: Natrii nitrosi 0,5; Aq. destil. 100,0. 50 к. с. (куб. сантим.) первого реактива смешивают с 1 к. с. второго, прибавляют эту смесь к равному количеству мочи, подбавляют $\frac{1}{8}$ по объему liq. ammon. и сильно взбалтывают. Образующаяся пена в случае удачи оказывается красного цвета. Эта реакция удается при тифе почти всегда, начиная с 4—6-го дня болезни, и продолжается в течение всего лихорадочного периода. Отсутствие диазореакции в разгаре болезни говорит против тифа. Реакция, раз исчезнувшая, снова появляется при рецидивах, но если повышение температуры зависит от осложнений, то диазореакции нет. Для диагностики тифа от миллиарного туберкулеза она не имеет особого значения, так как свойственна им обом почти в одинаковой степени.

Симптомы со стороны *нервной системы*, подобно предыдущим, могут тоже отсутствовать, особенно при тифе у детей до 5 лет. В других случаях они мало характерны и состоит только в головной боли, общей слабости и бреде по ночам. Наконец, в третьем ряде случаев они представляются в таком же виде, как и у взрослых, и придают особый отпечаток habitus'у тифозного больного: покрасневшее, слегка одутловатое лицо, инъецированные глаза, сонливое, безучастное выражение, суховатый, узкий на кончике красный язык и положение на спине—вот обычный вид больного при тифе средней силы. В тяжелых случаях лицо делается бледным и выражает большую слабость.

К числу довольно обыкновенных симптомов тифа относится, между прочим, резко выраженная гиперестезия кожи живота и внутренней поверхности бедер, вследствие чего всякое поднятие кожи в складку причиняет сильную боль. Так как болезненно

также и давление на живот, даже и самое легкое, то следует остерегаться, чтобы не принять эту гиперестезию кожи за симптом перитонита; избежать ошибки нетрудно: болезненность поднятия складки не только на животе, но и на бедре немедленно выясняет дело.

Относительно *пульса* заметим, что когда дело идет о дифференциальной диагностике тифа от туберкулезного менингита, надо помнить, что при тифе у детей старше 5 лет пульс бывает обыкновенно сравнительно с температурой несколько замедлен; при 39° , например, он держится около 90—100 ударов. Чем старше ребенок, тем рельефнее выступает это влияние тифозного яда на сердце; больше значения как симптом, говорящий против тифа и за менингит, имеет *неправильность* пульса; но сам по себе неправильный и замедленный пульс еще не исключает тифа, так как иногда встречается и при нем; только в связи с другими симптомами он может иметь решающее значение.

По степени развития нервных симптомов и по продолжительности лихорадочного периода различают легкие, abortивные, средние и тяжелые формы тифа.

Продолжительность случаев средней силы колеблется от $2\frac{1}{2}$ до $3\frac{1}{2}$ недель; если лихорадочное состояние затягивается более 4 недель, то это указывает или на какое-нибудь осложнение (всего чаще бронхит и гипостатическая пневмония), или на ошибку в диагностике (лихорадка при туберкулезе может быть очень похожа на тифозную, но отличается от нее неопределенной продолжительностью). При неосложненном тифе лихорадочное состояние в течение третьей недели обязательно должно стоять ниже, чем было на второй, в противном случае существование тифа делается очень сомнительным, если нет осложнений.

Легкий тиф отличается от предыдущего не столько продолжительностью (он может тянуться даже и дольше 3 недель), сколько доброкачественностью лихорадки (хорошее состояние сил, бодрый общий вид больного, покойный сон, отсутствие бреда). Если тиф протекает с резко выраженными нервными явлениями, но оканчивается почти критически раньше $2\frac{1}{2}$ недель, то такие формы называются abortивными (*typhus abortivus*), а если случай тифа и кончается раньше срока и протекает легко, то это будет легкий abortивный тиф (*typhus levis abortivus*).

Тяжелые формы тифа характеризуются, главным образом, резко выраженным поражением сознания и упадком сил, причем наблюдаются: 1) температура в разгаре болезни даже и по утрам подымается до 40° ; 2) очень сухой или фуллигиозный язык и губы;

3) бледное лицо; 4) бессознательное испражнение кала и мочи; 5) сильный бред днем и ночью и сведение затылка; 6) очень частый слабый пульс и другие явления, указывающие на упадок деятельности сердца (похолодание конечностей, легкий цианоз, гипостазы в легких); 7) различные осложнения со стороны груди, живота и нервной системы.

Что касается до *дифференциальной диагностики брюшного тифа*, то в начале своем он не представляет никаких особенных, одному лишь ему свойственных симптомов, и потому узнать тиф на первой неделе очень трудно. В это время приходится идти путем исключения и прежде всего решить вопрос, не зависит ли лихорадка от какого-нибудь местного процесса, как об этом было уже говорено в предыдущей главе. Если этот вопрос получит отрицательный ответ, то останется разобрать, с какой же из общих лихорадочных болезней имеется дело? Исключить после 3-го дня все острые инфекционные экзантемы, конечно, легко, но не трудно принять за тиф различные легкие формы лихорадочного состояния, продолжающегося всего несколько дней и зависящего от разнообразных причин; сюда относятся, например, так называемые гастрическая, герпетическая и простудная лихорадки, о диагностике которых я говорил в главе о семиотике лихорадки. Сюда же относятся и некоторые случаи инфлюэнцы, именно та форма ее, которая протекает без катарров и выражается только симптомами общего заболевания, т. е. быстро наступающим жаром, общей слабостью, головной болью и болями в пояснице и ногах; иногда вначале бывает рвота. Диагностика представляет затруднения только в начале эпидемии, но потом, когда выяснится, что все заболевающие выздоравливают в 3—4 дня, сомнения насчет возможности тифа исчезают и правильное распознавание инфлюэнцы в разгаре эпидемии делается доступным и не врачам, до такой степени все случаи бывают похожи друг на друга в своих главных чертах.

Затруднения увеличиваются еще и тем, что брюшной тиф в легких своих формах кончается выздоровлением в несколько дней и может быть узан только в виду известных этиологических моментов, например, домового эпидемии, так что в спорадическом случае диагностика не может идти далес предположения какой-то инфекции. В этом периоде болезни не поможет делу и реакция Widal'я, так как раньше 7-го дня она обыкновенно не удается. На первой неделе болезни заметный пот, равно как и насморк, говорит против тифа, а носовое кровотечение—в пользу его. Против же тифа говорит еще *herpes* лица.

Если в начале тифа утренние ремиссии доходят до полных интермиссий и в таком случае около 12—2 часов дня ребенок начинает зябнуть, а к вечеру с ним делается жар, то получается картина, очень похожая на интермиттент, в особенности если притом припухает и селезенка. Разница состоит, однако, в том, что, во-первых, при тифе экзантербии приходится на вечер, тогда как при *febris intermittens*—обыкновенно на утро или полдень; во-вторых, в том, что в первые дни тифа температура не подымается выше 38—39,5°, а при пароксизме болотной лихорадки она обыкновенно выше 40°; в-третьих, наконец, в том, что средние дозы хинина, не оказывающие влияния на тифозную лихорадку, прерывают *febris intermittens*.

На второй неделе диагностика тифа в громадном большинстве случаев легка, особенно если больной находится под наблюдением врача уже несколько дней; кривая температуры, свежая опухоль селезенки, *roseola* и характерный *habitus* прямо указывают врачу, с чем он имеет дело. Так как в это время легко исключить острые сыпные горячки, а также все местные болезни (так как они успели бы выразиться), то для диагностики достаточно кривой температуры и свежей опухоли селезенки.

При таком условии речь может идти только о трех процессах: брюшном и сыпном тифе и о возвратной горячке, но последняя легко исключается, так как первый приступ ее кончается обыкновенно на 5—7-й день, а до второй недели затягивается только в исключительных случаях. От *сыпного тифа* главное отличие состоит в особенностях сыпи. Хотя отдельные пятнышки *roseolae* сыпного тифа ничем существенным не отличаются от *roseola* брюшного, но разница в следующем: 1) *время высыпания*: при сыпном тифе она появляется уже на 3-й или 4-й день, редко позднее, тогда как при брюшном—всею чаще в начале второй недели, до 11-го дня; 2) *быстрота высыпания*—при первом *roseola* появляется сразу в большом количестве, а при втором она высыпает постепенно в течение 2—4 дней и, в конце концов, остается всею таки скудной; 3) *сбилие сыпи и ее распространенность*: при сыпном тифе сыпь в большинстве случаев очень обильна и занимает не только туловище, но и конечности, а иногда даже и лицо; при брюшном—сыпь только на туловище и нередко в ничтожном количестве.

Дальнейшее отличие мы имеем в *лихорадке*, которая при сыпном тифе, в отличие от брюшного, характеризуется быстрым началом, вследствие чего нередко бывает *зноб*, за которым следует значительный жар, так что уже на первый вечер, много

на второй, температура достигает 40° и больше. Максимум часто приходится на вечер 2-го или 3-го дня; окончание завершается *кризисом*. Продолжительность сыпного тифа в 11—14 дней. Со стороны других симптомов—опухоль селезенки, нервные симптомы, сухой язык, бронхит—заметной разницы между этими двумя тифами нет. Аномальные формы сыпного тифа, протекающие без сыпи, со стороны симптомов ничем не отличаются от abortивного брюшного тифа, которому тоже свойственно быстрое начало и критическое окончание, а потому диагностика abortивных тифов возможна только в тех случаях, когда известен источник заражения.

Итак, диагностика типических, правильно протекающих случаев тифа легка, но некоторые из осложнений или неправильности в смысле чрезмерного развития одних симптомов в ущерб другим или появление каких-либо симптомов, не свойственных тифу, могут так запутать дело, что врач в течение многих дней будет в неприятном состоянии полной нерешительности.

Наибольшие затруднения представляет подчас *диагностика тифа от острого мiliaryного туберкулеза*, но об этом мы будем говорить в одной из следующих глав, здесь же скажем только о *диагностике тифа от туберкулезного менингита*, которая в типических случаях не представляет никаких затруднений, и если тем не менее молодые врачи принимают иногда туберкулезный менингит за тиф, то это можно объяснить только тем, что детские клиники, если где и существуют, то они очень малы, а в клиниках для взрослых студенты совсем не видят менингита, тогда как тиф проходит перед их глазами постоянно, и потому они считают туберкулезное воспаление мозговых оболочек сравнительно с тифом за большую редкость и в своей частной практике совсем забывают о его существовании, а между тем в детском возрасте, особенно у маленьких детей, *meningitis tuberculosa* встречается даже чаще тифа, так что West прямо говорит, что в сомнительных случаях можно руководствоваться возрастом ребенка: если ему нет двух лет, то вероятнее менингит, а если он старше—тиф.

Самые важные отличительные признаки типических случаев туберкулезного менингита состоят в следующем: он протекает почти *без лихорадки* и *всегда начинается рвотой*, упорно повторяющейся несколько дней подряд, чего при тифе никогда не бывает; *головная боль*, более или менее сильная с первого дня, продолжается до периода потемнения сознания. Если эти два симптома, т. е. головная боль и рвота, выражены резко, если, например, головная

Боль так сильна, что заставляет больного по временам вскрикивать, хвататься за голову, метаться, а рвота повторяется после каждого питья, приема лекарства или просто при перемене положения больного в течение 3—5 дней, то о тифе нечего и думать.

К концу первой недели туберкулезный менингит выясняется еще больше: ребенок становится *соплив*, *пульс его замедляется* и делается *неправильным*, живот вваливается или по крайней мере уплощается (тогда как при тифе он начинает вздуваться уже на 3—4-й день), взгляд делается неподвижным и т. д.

Но, кроме этих, так сказать, правильных случаев, встречаются и другие, в которых диагностика между тифом и острой головной водянкой колеблется в течение нескольких дней. Более частая ошибка состоит в том, что туберкулезный менингит принимается за тиф (потому что первому более свойственны отклонения от нормы), но иногда и наоборот. Возможность ошибки объясняется тем, что в начале менингита рвота не всегда бывает упорной, а одно- или двукратная рвота может встречаться и в начале тифа; далее, при тифе нередко замечаются апатия и сопливость под влиянием наркотического действия яда, относительно замедленный и даже неправильный пульс (редко) и запор, а с другой стороны, и при менингите не особенно редко встречаются температуры выше 39° при отсутствии неправильного пульса.

Но в таких сравнительно простых случаях сомнение продолжается недолго, да и то лишь в том только случае, если нет опухоли селезенки и розсолы. В скором времени, дня через два например, диагностика выясняется, так как при тифе мозговые симптомы не развиваются далее, т. е. к ним не присоединяются новые мозговые симптомы, между тем как туберкулезный менингит с каждым днем прогрессирует.

Гораздо более затруднений представляют случаи менингита, которые начинаются и в продолжение нескольких дней (10—14) протекают совершенно как легкий тиф (т. е. без всяких мозговых симптомов), даже без рвоты и головной боли, но на второй или на третьей неделе мало-помалу начинают появляться подозрительные признаки, которые с каждым днем все более и более выясняют развитие острой головной водянки. Подобные случаи Rilliet и Barthez описывают под именем *тифозной формы туберкулезного менингита*. По мнению этих авторов, здесь дело начинается с общего милиарного туберкулеза, к которому скоро присоединяется поражение мозговых оболочек, как одна из локализаций общего туберкулеза.

По нашему мнению, к так называемой тифозной форме менингита относятся две разновидности острой головной водянки. Одна из них есть действительно общий милиарный туберкулез с последовательным поражением мозговых оболочек, а потому до поры до времени он и протекает без мозговых симптомов (лихорадочный период предвестников), и все, что мы скажем по поводу отличия тифа от острого или затяжного милиарного туберкулеза, относится и к подобным случаям менингита.

Другая разновидность тифозной формы головной водянки есть настоящий тиф, осложненный в дальнейшем течении простым (нетуберкулезным) серозным менингитом. Один подобный случай, подтвержденный вскрытием, описан в первом выпуске моих лекций об острых инфекционных болезнях. В обеих разновидностях мозговые симптомы появляются сравнительно поздно, большей частью на второй неделе от начала лихорадки или еще позднее, но разница в том, что при первой разновидности во все время лихорадочного периода нельзя заметить ни опухоли селезенки, ни тифозной розеолы, тогда как при второй форме оба эти симптома бывают налицо, в чем и состоит существенная клиническая разница этих двух форм.

Диагностика тифа от язвенного эндокардита тоже очень трудна, но это обстоятельство в практическом отношении потому неважно, что язвенный эндокардит в детском возрасте встречается крайне редко. Он симулирует *тяжелый* тиф, и потому подозревать его можно в случае, если явления тяжелого тифа развиваются у ребенка, страдающего пороком сердца, и в течение болезни развиваются симптомы эмболии, например внезапная гемиплегия, кровохаркание, петехии на коже и т. п. Опухоль селезенки наблюдается при язвенном эндокардите не менее постоянно, чем при тифе; не редкость также и розеола; значит, эти два, вообще очень важные для диагностики тифа, симптома в данном случае не решают дела. Во многих случаях против тифа говорит характер лихорадки, которая при язвенном эндокардите, как вообще при пиемии, отличается неправильным ходом температуры с быстрыми поднятиями после зноба и падениями до нормы в сопровождении сильных потов.

Диагностику м. жду тифом и остр. м. гнойным или цереброспинальным *менингитом* приходится ставить в случаях самого тяжелого тифа (большей частью сыпного), начинающегося без предвестников и протекающего с самого начала при высоких температурах и с значительным поражением общего чувствительности. К концу первой недели появляется сведение затылка, а иногда

и спины, сознание исчезает, и вообще картина болезни напоминает острый менингит. В пользу тифа в таких случаях всего больше говорят свежая *опухоль селезенки*, *отсутствие* упорной *рвоты* в начале болезни и судорог и сравнительно *долгая продолжительность* болезни. Смерть при тифе наступает обыкновенно между 7-м и 11-м днем, тогда как при гнойном менингите — на 3—5-й день (для переброшенного нельзя определить срока). На первичное воспаление мозговых оболочек указывают упорная рвота в первые дни болезни, сильнейшая головная боль, раннее появление (нередко до 3 го дня) судорог и потери сознания и наличность той или другой причины для менингита (ушиб, инсоляция, течь из уха и пр.).

Картина тяжелого тифа в виде сильной лихорадки (до 40° и больше), затемненного сознания, фулигинозного языка, опухоли селезенки, нередко также поноса и кашля развивается иногда при остром воспалении костного мозга (*osteomyelitis acuta*); но при этом страдании с первых же дней появляется сильнейшая боль в пораженной кости (всего чаще в костях голени или в бедре), а также опухоль конечности; благодаря этим признакам диагностика не трудна.

Возвратная горячка

Febris recurrens, принадлежащая к числу контагиозных и эпидемических болезней, характеризуется своеобразным течением лихорадки, состоящей из двух или трех приступов в несколько дневного жара, отделенных друг от друга периодом безлихорадочного состояния в несколько дней (7—9).

Каждый из приступов начинается без предвестников, прямо с быстрого поднятия температуры в течение нескольких часов градусов до 40 и больше; первый приступ продолжается 5—7 дней, второй 3—5 дней; как тот, так и другой кончаются кризисом, наступающим так же быстро, как и первоначальное поднятие (температура падает с 40—41° до нормы в течение нескольких часов).

Возвраты лихорадочного состояния настолько постоянны при этой болезни, что от них произошло и название ее: они же облегчают и диагностику. Во время первого приступа рекуррент всего легче смешать с тифом и именно — ввиду быстрого наступления жара — с сыпным или абортным. Отличия состоят в быстром и значительном опухании селезенки, которая прощупывается нередко уже на 2-й день и оказывается при этом болезненной,

и в сильных мышечных болях (икры, затылок); кризис при тифе никогда не бывает так значителен и быстр. В сомнительных случаях легко выяснить диагностику посредством исследования крови на спириллы, которые никогда не отсутствуют при рекурренте в периоде жара и представляются под микроскопом в свежей капле крови в виде очень тонких, одноконтурных, волнообразно извитых, постоянно двигающихся темных точек длиной в 3—4 кровяных шарика. Этот же способ дает возможность отличить первый приступ возвратной горячки от инфлюэнцы, которой тоже свойственны и боли в мышцах, и быстрый подъем температуры.

Острый милиарный туберкулез

| Мы отнесим острый туберкулез к группе общих инфекционных болезней без определенной локализации не только потому, что он с клинической стороны представляет наибольшее сходство с инфекционными болезнями этой группы, но еще и потому, что он должен быть причислен сюда в силу своего патогенеза (бациллярная инфекция) и по производимым им патологоанатомическим изменениям в организме. Действительно, об определенной локализации не может быть и речи, так как, с одной стороны, нет ни одного органа, который постоянно поражался бы при остром милиарном туберкулезе, а, с другой стороны, нет и такого органа, который во всех случаях оставался бы пощаженым. В одних случаях поражаются преимущественно мозговые оболочки, в других — легкие, еще в других — туберкулез является рассеянным по всему организму, причем обильная сыпь бугорков встречается не только в легких, но и на серозных оболочках, и в паренхиматозных органах, т. е. в печени, селезенке, почках и пр. Ввиду такого разнообразия патологоанатомических изменений при милиарном туберкулезе нечего удивляться, что и *клиническая* его картина представляет в отдельных случаях большое разнообразие, которое усиливается еще и различной быстротой распространения бугорков в теле; в одних случаях, например, они высыпают как будто сразу в разных органах и концентрируются преимущественно в легких, и тогда получается картина очень бурно протекающей лихорадочной болезни с сильным кашлем и одышкой и со смертельным исходом в 2—4 недели; такая форма острого милиарного туберкулеза, ввиду ее большого сходства с тифом, известна под именем *тифозной формы*.

В других случаях высыпание бугорков идет медленно, и если *мозговые оболочки* не поражаются, то болезнь тянется много

недель, выражаясь, главным образом, умеренным лихорадочным состоянием—*это подострый или скрытно протекающий милиарный туберкулез*. Если с самого начала вовлекаются в процесс и мозговые оболочки, то получается форма милиарного туберкулеза, известная под именем *туберкулезного воспаления мозговых оболочек* или, так как процесс этот сопровождается образованием серозного выпота в мозговые желудочки,—*острой туберкулезной головной водянки*.

Острый милиарный туберкулез присоединяется или к существующей уже чахотке, герп. к катарральной пневмонии, и тогда мало изменяет картину быншей болезни, хотя и ускоряет наступление летального исхода, или он развивается как бы самостоятельно у детей, на вид здоровых, и тогда протекает совсем иначе, чем в первом случае. Мы будем говорить здесь только о последних, т. е. о самостоятельных формах туберкулеза.

Развитию всех этих форм милиарного туберкулеза предшествует обыкновенно период предвестников в виде постепенного, как бы беспричинного упадка питания; мы говорили о признаках этого периода в главе о туберкулезном менингите. Начало и течение различных форм туберкулеза будет различно в зависимости от быстроты высыпания бугорков и их локализации.

Тифозная или острая форма милиарного туберкулеза начинается, подобно многим другим инфекционным процессам, довольно быстро наступающим жаром, вслед за которым появляется кашель, но особенно характерно, что, несмотря на отрицательные результаты перкуссии и на то, что при аускультации получаются только явления катарра средних бронхов в виде усиленного везикулярного шума и незначительных хрипов, больной представляет очень учащенное дыхание (у детей старшего возраста до 50—60, у младших до 80—90 в минуту). Позднее, по мере усиления катарра, появляются мелко- и среднепузырчатые хрипы и одышка. Лихорадка постепенно усиливается, принимает большей частью неправильный тип и в дальнейшем течении сопровождается различными явлениями, свойственными тяжелому тифу, каковы, например, сухой язык, фулигинозные налеты на зубах, затемненное сознание, бред, общая слабость. В общем получается картина, всего более похожая на тиф, осложненный капиллярным бронхитом. Сходство это объясняется тем, что не только отдельные симптомы, но и группировка их в обеих болезнях дает одинаковый результат. Неуверенность диагностики может продолжаться до самой смерти больного, и только вскрытие выясняет дело.

Во многих случаях, однако, диагностика все-таки возможна и основывается она, с одной стороны, на анамнестических данных, имеющих отношение к туберкулезу вообще, а с другой — на симптомах настоящего заболевания.

Во всех случаях, когда подозревается туберкулезное заболевание, в какой бы то форме ни было, необходимо справляться в анамнезе насчет *наследственного расположения к туберкулезу* [здоровье братьев и сестер, золотуха в семье, рахитизм в первые годы жизни (см. главу о туберкулезном менингите)] и о *природе преемственности*, который при туберкулезе редко отсутствует. Он тянется значительно дольше, чем при тифе (см. там же). Важное значение имеет также и *этиология болезни*. Одна и та же картина болезни производит на врача совершенно различное впечатление, смотря по тому, развилась ли она у ребенка, до тех пор здорового и жившего, может быть, в доме, в котором уже были случаи тифа, или она появилась после известных болезней, имеющих отношение к туберкулезу (корь, коклюш, грипп, продолжительные нагноения).

Что касается до симптомов, то надо иметь в виду, что если у сомнительного больного, представляющего симптомы тяжелого тифа, констатируется *св. жая опухоль селезенки и тифозная розеола*, то можно исключить туберкулез и диагностировать тиф, особенно в том случае, если селезенка так велика, что прощупывается, ибо при отложении туберкулов в селезенке она хотя тоже увеличивается, но только немного. Чем тяжелее тиф (а острая форма туберкулеза симулирует обыкновенно тяжелый тиф), тем и селезенка сильнее припухает, а потому и можно установить правило, что *при отсутствии ясно заметной опухоли селезенки, несмотря на высокоз. лихорадочное состояние, протекающее при сильном бреде, кашле и при резко выраженных других тифозных явлениях, следует ставить диагностику с крайней осторожностью и иметь в виду острый туберкулез*.

Подозревать существование последнего мы имеем еще больше права в том случае, если *при отсутствии симптомов, специально указывающих на тиф* (опухоль селезенки, розеола, понос), *есть признаки, говорящие против тифа*. Благодаря тому что в начале своей больничной деятельности я не придерживался этого правила, я в первом же случае острого милиарного туберкулеза был неприятно поражен результатами вскрытия, так как даже и не подозревал этой болезни. Симптомы, говорящие против тифа и за туберкулез, могут состоять в следующем.

Характер лихорадки. При остром милиарном туберкулезе лихорадка может быть всякого типа, в том числе и довольно правильная *continua remittens*, как и при тифе, и это бывает именно в случаях, самых трудных для диагностики. Здесь может иметь некоторое значение только абсолютная высота температуры: если в течение нескольких дней подряд утренние температуры стоят выше 40° , то это одно уже говорит против тифа. Еще более характерны для туберкулеза часто встречающиеся при нем сильные и ничем не мотивированные колебания температуры, например утром около $37,5^{\circ}$, а вечером больше 40° , и извращенный тип лихорадки при частых и обильных потах и очень частом пульсе (при тифе, как уже было сказано, пульс нередко бывает относительно замедленный, особенно в первые две недели болезни).

Явления со стороны органов дыхания. При остром милиарном туберкулезе сильный кашель и учащенное дыхание выступают на первый план уже с самого начала, тогда как при тифе в течение первой недели не бывает ни резко выраженного бронхита, ни кашля, и во всяком случае нет одышки. В типических случаях остро милиарного туберкулеза, когда дело ограничивается высыпанием бесчисленных бугорков в легких, но без образования воспалительных уплотнений легочной ткани, постукивание дает отрицательные результаты, а выслушивание—кое-где катарральные хрипы и резкий везикулярный дыхательный шум, словом, признак незначительного бронхиального катарра, и для диагностики важно именно то, что, *несмотря на отрицательные результаты физикального исследования груди, больной страдает одышкой и мучительным сухим кашлем.* В тех сравнительно редких случаях, когда бугорки высыпают на поверхности плевральных листков или перикардия, при аускультации можно констатировать очень нежный плевритический или перикардальный шум трения, решительно говорящий в пользу милиарного туберкулеза и против тифа. Далее, против тифа и за туберкулез говорят: особая бледность с фиолетовым оттенком лица и, по *Bouchu*, гиперестезия грудной клетки.

Продолжительность болезни. На третьей неделе тиф оказывает склонность к улучшению, между тем как при туберкулезе симптомы или продолжают усиливаться, или по крайней мере остаются *in statu quo*.

Наконец, решающее значение в пользу милиарного туберкулеза имеет *присутствие бугорков на дне глаза*, но, к сожалению, значение этого симптома уменьшается тем, что он встречается далеко не во всех случаях. Иногда они являются очень рано, например,

за несколько недель до летального исхода, в других—за 1—2 дня до смерти. Так как при бугорках сосудистой оболочки глаза острота зрения не страдает и никаких субъективных жалоб нет, то найти их можно лишь при повторном офтальмоскопировании и притом обоих глаз, так как очень нередко поражается только один глаз.

Итак, резюмируя все сказанное, мы приходим к заключению, что против тифа и за туберкулез говорят, главным образом, следующие данные: этиология (наследственность, корь, коклюш и пр.), отсутствие опухоли селезенки и тифозной розеола при значительной, но неправильной лихорадке и при сильном кашле с одышкой, несмотря на почти отрицательные результаты физикального исследования груди. Если удастся открыть бугорки на *chorioidea*, то сомнений в диагностике быть уже не может. Такое же решающее значение имеет и присутствие туберкулезных бактерий в мокроте; но отсутствие двух этих признаков не исключает туберкулеза, так как в мокроте при милиарном туберкулезе без разрушения легочной ткани они не встречаются, а разскивание туберкулезных бактерий в крови весьма затруднительно.

Подострая форма милиарного туберкулеза протекает или совсем без кашля, или при явлениях умеренного бронхита, но во всяком случае без одышки и даже без учащенного дыхания и выражается, главным образом, лихорадочным состоянием, которое держится около $38-37,5^{\circ}$ утром и $39-39,5^{\circ}$ по вечерам; никаких местных симптомов при этом может не быть, ребенок долго остается на ногах, сохраняет до некоторой степени аппетит и вовсе не производит впечатления не только опасного, но даже и серьезного больного. Врач, не находя для объяснения лихорадки никаких местных болезней, останавливается на предположении легкого тифа, но, вопреки его предсказанию, лихорадка затягивается дольше 4 недель, и, наконец, раньше или позднее все разъясняется появлением туберкулезной пневмонии или острой головной водянки.

Продолжительность болезни прямо зависит от того, как скоро туберкулез распространяется на мозговые оболочки; до этого момента проходит обыкновенно недели 2—3, но иногда и значительно больше. В одном из моих случаев подобного рода скрытый туберкулез, выражавшийся постоянной лихорадкой и легким, по временам обострявшимся бронхитом, тянулся 109 дней.

В первые две недели диагностика от легкого тифа очень трудна; отсутствие опухоли селезенки, поноса и розеола ничем не доказывает, так как при легком тифе часто не бывает ни того, ни другого, ни третьего. Несмотря на то, однако, при постели больного

почти всегда возможно если не распознать, то по крайней мере с большей вероятностью предположить, что это не тиф, а туберкулез, и именно на том основании, что скрытно протекающий туберкулез едва ли когда-нибудь развивается у детей вполне здоровых, а всегда после какой-нибудь катарральной или катаррально-лихорадочной болезни, каковы коклюш, корь и грипп. В типических случаях, каковых большинство, бывает обыкновенно так: ребенок, происходящий из туберкулезной семьи или страдавший в первые годы жизни рахитизмом (поздно резались зубы, долго не начинал ходить, на первом году жизни был очень потлив и страдал или повторными нососами, или бронхитами; теперь заметны следы рахитизма на грудной клетке и т. п.), заболевает одной из названных болезней, например корью, и начинает выздоравливать, но выздоровление идет плохо—ребенок мало ест, он вял, по вечерам как будто лихорадит, хотя кашель почти прошел или его даже и вовсе нет. По совету врача начинают следить за температурой, и вот оказывается, что у больного действительно лихорадочное состояние, по характеру своему напоминающее тиф. Но то обстоятельство, что этот мнимый тиф начался после кори или гриппа, а не появился самостоятельно, и делает в высшей степени вероятным, что причина лихорадки лежит в туберкулезе. В дальнейшем течении дело выясняется даже и без развития менингита прямо чрезмерной силой тифа продолжительностью лихорадки. В других случаях диагностика выясняется еще раньше на основании результатов офтальмоскопического исследования (бугорки хориоидеи). Что касается до характера лихорадки, то в общем она бывает постоянного, послабляющего типа, следовательно, как и при тифе, но отличается *большой неправильностью*; особенно характерны чрезвычайно значительные, ничем не мотивированные повышения температуры на один-два дня; подозрительны также повторные, почти ежедневные или ночные поты (в периоде разгара тифа трудно вызвать пот даже и искусственными мерами) и полная безрезультатность хинного лечения (последнее обстоятельство имеет особое значение для диагностики случаев туберкулеза, протекающих с лихорадкой интермиттирующего типа, от болотной лихорадки).

Поставить диагностику туберкулезной лихорадки еще вовсе не значит признать больного безнадежным, так как, несомненно, встречаются случаи весьма продолжительной и по всем другим признакам туберкулезной лихорадки и тем не менее кончающиеся выздоровлением, особенно под влиянием климатического лечения или после выезда из большого города в деревню. Что подобного

рода больные находятся в опасности при всяком удобном случае опять заболеть туберкулезом в той или иной форме, это понятно само собой и в практике встречается не особенно редко.

Нельзя, впрочем, утверждать, что если ребенок лихорадит месяца два и больше и потом выздоравливает, не представляя во все время никаких местных симптомов, то у него была туберкулезная лихорадка, которая вызывалась якобы туберкулезом бронхиальных желез или каких-либо других, неважных для жизни органов, т. е. скрытно протекавшим туберкулезом; за осень и зиму 1897/98 г. я имел возможность наблюдать несколько

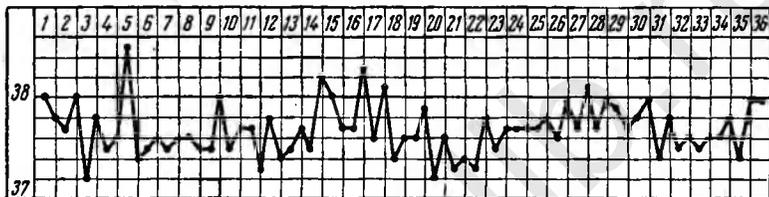


Рис. 20:

случаев, убедивших меня в существовании весьма затяжных форм инфлюэнцы, заслуживающих названия *хронической инфлюэнцы*. В типических случаях дело идет так: заболевает ребенок легкой инфлюэнцей: он лихорадит, слегка покашливает, но кашель скоро проходит, а лихорадочное состояние хотя и понижается, но совсем не прекращается в течение 2—3—4 месяцев; характерен для подобных случаев замечательно правильный ход температуры при *очень небольших повышениях*, падающих обыкновенно на время от 12 до 4 часов; температура колеблется от 37° утром до 37,5—38,3°—среди дня и к вечеру снова спускается до 37°. В периоде повышения температуры больные жалуются на общую слабость, а иногда и на легкое познабливание. Для примера вот три кривых, взятых от троих детей одной семьи в возрасте 5, 3 и 1½ лет. Все они заболели в январе 1898 г. небольшим лихорадочным состоянием, насморком и кашлем; всех сильнее кашлял младший; недели через 2 кашель у всех исчез, а лихорадочное состояние осталось и продолжалось до мая. В данной семье анамнез не дает никаких указаний на туберкулез, да и странно было бы предположить здесь у всех троих туберкулезную лихорадку, появившуюся у всех одновременно

после легкого гриппа, да и самый ход температуры—ровный, без высоких подъемов и без низких падений—говорит против туберкулеза. Appetit при подобной лихорадке большей частью уменьшается, но иногда остается весьма порядочным, дети едят даже и мясо, но тем не менее они все-таки худеют и бледнеют, хотя остаются на ногах очень долго (три брата, о которых только что шла речь, оставались на ногах в течение всего времени, т. е. с января по май); большей частью—наклонность к запору или нормальный стул, боли живота не бывает; селезенка большей частью нормальной величины, но иногда увеличивается и даже

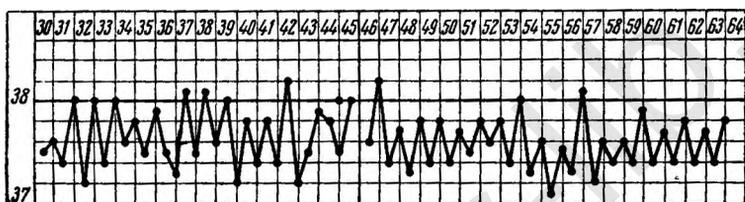


Рис. 21.

прощупывается. Моча без белка, мочеиспускание нормально; насморка и кашля обыкновенно не бывает вовсе, равно как и постоянной головной боли, на которую если и жалуются дети старшего возраста, то большей частью только во время периода ухудшения (пароксизма); у некоторых детей наблюдаются сильные поты, которые нередко появляются с замечательной правильностью в одно и то же время дня (около 3—5 часов), после того как у ребенка кончился пароксизм легкого зноба и еще более легкого жара. Вот, например, кривая температуры одного больного мальчика 8 лет; кружки означают обильный пот, после пота обязательно наступала эйфория, продолжавшаяся до следующего полудня. Другие больные потеют меньше или вовсе не потеют, но жалуются на неопределенные, не особенно сильные боли в руках и ногах, усиливающиеся при давлении на мышцы (икры). Общим признаком всех подобных случаев является *легкость и продолжительность лихорадочного состояния* при отсутствии местных причин, которыми можно было бы объяснить его. Подобные случаи мы называем хронической инфлюэнцей, главным образом на основании этиологии страдания: 1) болезнь часто развивается у нескольких членов семьи; 2) во многих случаях вначале бывают легкие катаральные симптомы

верхних дыхательных путей; 3) одновременно заболевают иногда и взрослые, представляя обычные явления инфлюэнцы. Наибольшее сходство представляют подобные случаи с легкими случаями латентного туберкулеза, от которого они отличаются в принципе эпидемичностью и исходом в выздоровление, но в отдельных случаях, например, когда подобная инфлюэнца появляется у ребенка, расположенного к туберкулезу (не так давно перенесенная эмпиема, хронический бронхит, особенно оставшийся после коклюша и т. п.), диагностика не может быть поставлена с уверенностью, тем более что на основании некоторых

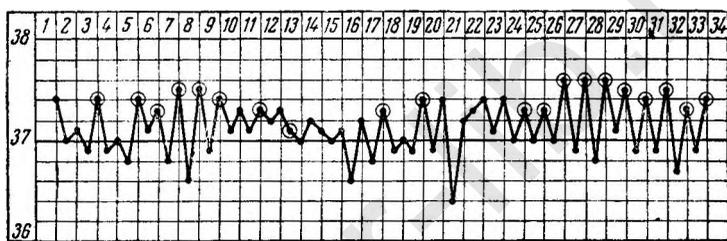


Рис. 22.

случаев я думаю, что хроническая инфлюэнца, подобно тому как и острая, может служить толчком к развитию туберкулеза у детей, к нему расположенных, и тогда, конечно, и исход болезни не выясняет вопроса о том, с самого ли начала была у ребенка туберкулезная лихорадка или последняя развилась из хронической инфлюэнцы. Исследования крови на присутствие в ней бацилл Pfeiffer'a я не делал, да думаю, что оно не дало бы надежных результатов, так как Pfeiffer не находил своего паразита в крови даже и в типических случаях острой инфлюэнцы; в мокроте же он встречал их иногда спустя много месяцев от начала болезни (до 14 месяцев), следовательно, существование хронической инфлюэнцы с бактериологической точки зрения вполне допустимо.

К характеристике хронической инфлюэнцы добавлю еще, что ни хинин, ни мышьяк, ни разные antipyretica (фенацетин, антипирин, салициловый натрий) не оказывают заметного влияния на течение болезни; специально по поводу хинина можно отметить, что он не понижает температуры даже и временно. Это обстоятельство может быть доводом против малярии в случаях, протекаю-

щих с познабливанием и потами; отрицательные результаты исследования крови на плазмодии окончательно исключают болотную лихорадку. От легкого тифа интересующая нас болезнь отличается чрезмерной продолжительностью течения, но в свежих случаях, особенно когда констатируется опухоль селезенки, сходство с тифом может быть очень велико, и нам не раз приходилось прибегать к проверке диагноза диазореакцией Erlich'a и серодиагностикой по Widal'ю.

БОЛЕЗНИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ЛИХОРАДКОЙ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕГОСЯ ТИПА

Болотная лихорадка

Febris intermittens встречается у детей, как и у взрослых, в правильных и неправильных формах. Правильная болотная лихорадка не представляет затруднений для диагностики, так как она характеризуется почти ей только одной свойственным правильным повторением совершенно одинаковых пароксизмов, состоящих из озноба, за которым следует жар и потом пот. Весь пароксизм продолжается 4—12 часов, и засим болезнь как будто кончилась, и больной чувствует себя здоровым, пока на следующий день или через день приблизительно в тот же самый час не начинается новый пароксизм и т. д. в течение неопределенного времени, нередко вплоть до тех пор, пока больной не выедет из болотной местности или не начнет лечиться хинином. Хинин в количестве столько-то гран, сколько больному лет, назначенный за 4—6 часов до начала приступа, купирует его почти на верное, особенно в свежих случаях, и потому на него можно смотреть как на реактив, могущий служить для выяснения диагностики.

Свежая и вообще правильная малярия до такой степени типична, что ее трудно не узнать или с чем-нибудь смешать, так что для проверки диагноза нет надобности прибегать к отыскиванию в крови плазмодиев. Изредка, впрочем, нам приходилось принимать за интермиттент брюшной тиф в течение первых дней его развития и грипп, когда он протекал под маской перемежающейся лихорадки, как это было, например, в случае, описанном на стр. 247, но колебания в таких случаях продолжались, конечно, недолго.

Другое дело в случаях неправильной болотной лихорадки, к числу которых мы относим, во-первых, хроническую или застарелую малярию и, во-вторых, маскированную лихорадку.

Что касается до *хронической болотной лихорадки*, то в нашей местности редко встречаются случаи, в которых лихорадка продолжалась бы ежедневно в течение нескольких недель и несколько бы не уступала хинину; гораздо чаще бывает так, что хроничность болезни выражается частыми возвратами пароксизмов лихорадки в форме, может быть, не совсем правильной *febris intermittens*, скоро уступающей нескольким приемам хинина с тем, чтобы через одну или несколько недель снова возвратиться. Диагностика подобных случаев нетрудна, но если лихорадка продолжается в течение долгого времени, несмотря на энергическое лечение хинином, то распознавание становится много труднее, в особенности вследствие того, что в подобных случаях кривая температуры обыкновенно утрачивает типический характер правильной *intermittens*; пароксизмы появляются то ежедневно, но в разные часы дня, то прекращаются на 1—2 или несколько дней и потом появляются снова. Во время приступа температура держится, может быть, на весьма умеренной высоте, но зато и в другое время суток она не падает до нормы, а колеблется около 37,5—38°; знобов и потов может при этом не быть или и то, и другое представляется лишь в виде намеков; словом, ставить диагностику по одной только температуре оказывается решительно невозможным. В подобных случаях громадное значение имеют *анамнез, опухоль селезенки* и в особенности микроскопическое исследование крови на малярийные *плазмодии*.

В большинстве случаев удается констатировать, что больной не только жил в болотной местности, но вместе с другими и сам страдал лихорадкой в форме правильной *febris intermittens quotidiana* или *tertiana*, которая сначала легко уступала хинину, но часто возвращалась; потом пришлось увеличивать дозы и, наконец, хинин совсем перестал действовать. При исследовании больного находят у него *большую плотную селезенку* (это очень важный и едва ли когда отсутствующий симптом) и увеличенную печень; больной очень малокровен, иногда можно заметить у него отечную опухоль ступней и даже *ascites*. Если у больного, несмотря на долго продолжающуюся лихорадку, нет заметной опухоли селезенки, т. е. она не прощупывается, то одного уже этого отрицательного признака достаточно, чтобы с очень большой вероятностью исключить застарелую малярию, но мы не позволяем себе делать обратного заключения, так как более или менее увеличенная селезенка может встретиться и при лихорадке от других причин. Для окончательного выяснения всех сомнительных случаев следует прибегать к исследованию крови посредством двой-

ной окраски сухого препарата крови эозином и метиленовой синькой, как это описано нами в главе об анемии; плазмодии окрашиваются в синий цвет и представляются в виде синих комков, подчас самого неправильного очертания, иногда с зернами черного пигмента, залегающими внутри красных кровяных телец или лежащими свободно. Препараты рассматриваются при увеличении в 500 раз. В одних случаях плазмодиев бывает очень много и они отыскиваются легко, в других—их мало, так что приходится рассматривать препарат довольно долго.

За неправильную, затяжную болотную лихорадку могут быть приняты следующие болезни:

1) *Туберкулезная лихорадка* без местных локализаций или с неясно выраженными симптомами. О характере этой лихорадки мы говорили в предыдущей главе. Главными основаниями для диагностики служат: анамнез, начало болезни с кори, гриппа или коклюша, отсутствие опухоли селезенки, безрезультатность лечения хинином. Что касается до местных симптомов, то заметим, между прочим, что лихорадка может быть вызвана туберкулезом брюшных органов, т. е. кишок и брюшины, причем легкие сплошь и рядом остаются вполне здоровыми, а потому хронический понос, периодические боли живота, напряжение брюшных стенок могут иметь очень большое диагностическое значение.

2) *Пиемическая лихорадка* вследствие скрытого гноиника. Гной может скопиться в какой-нибудь полости или в паренхиматозном органе. Долго не узнаются иногда хронические перитониты и даже обильные гнойные плевриты (благодаря непростительной небрежности); весьма длительную лихорадку могут поддерживать также гнойные синовиты и оститы, в особенности воспаление позвонков, которое может протекать без жалоб на боли в спине (особенно у маленьких детей) и до поры до времени без паралича ног. Во всех подобных случаях причину болезни узнать легко путем всестороннего объективного исследования больного.

В одном случае легочного нарыва я вместе с д-ром Веревкиным наблюдал лихорадку замечательно правильного перемежающегося типа в течение целого месяца (см. стр. 249, рис. 9). То же самое может встретиться при абсцессах печени, селезенки и др. Необходимо обращать внимание и на сердце, так как *ferbris intermittens* могут симулировать гнойный перикардит и язвенный эндокардит.

Благодаря любезности д-ра А. А. Соколова я могу привести интересную кривую интермиттирующей температуры, наблюдав-

шуюся у девочки 11 месяцев, по всей вероятности, под влиянием цереброспинального менингита (рис. 23). Вкратце история болезни состояла в следующем: девочка 11 месяцев, прежде всегда здоровая, заболела 18/XI 1893 г. жаром, рвотой и сонливостью; рвота по 1—2 раза в день повторялась три дня. Потом температура приняла интермиттирующий характер, особенно правильно выраженный от 9-го до 16-го дня; в течение нескольких часов

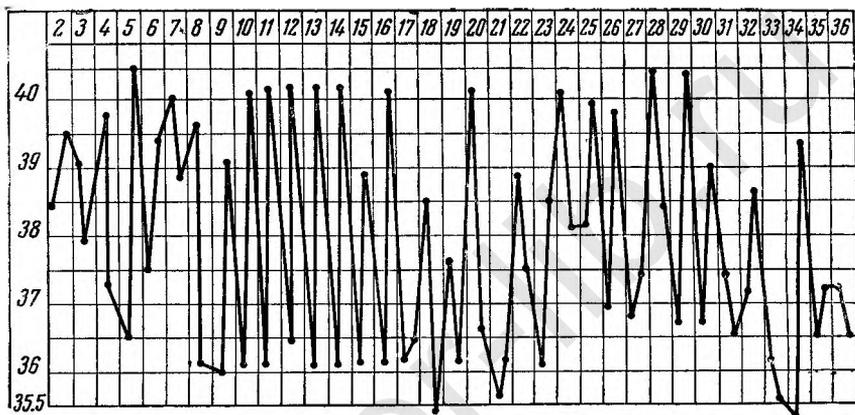


Рис. 23.

температура стояла около 40° и потом падала до 36°. Во время всего приступа жара и некоторое время после него ребенок сильнейшим образом беспокоился, и появилось сведение затылка, которое в другое время было едва заметно. В периоде нормальных температур девочка была покойна, сидела на руках со слегка закинутой головой, которую можно было пассивно не только поставить прямо, но даже и слегка нагнуть кпереди. Я видел больную на 20-й день болезни; в это время не было ни гиперестезии кожи, ни боли в спине, ни опухоли селезенки. Хинин и перемена места жительства (помещение в больницу) не оказали заметного влияния на течение лихорадки. В конце концов, больная выздоровела при индифферентном лечении.

Случай этот далеко не единственный; что перемежающийся цереброспинальный менингит встречается и у взрослых, видно из статьи Ziemssen'a в его большом руководстве, где автор описывает его как особую форму. Недавно д-р Кисель демонстри-

ровал в обществе детских врачей три подобных кривых при менингите у детей разных возрастов.

Пищевая лихорадка получает особое сходство с малярией благодаря тому, что она часто сопровождается опухолью селезенки, сильными знобами и потами и быстрыми скачками температуры с высоких градусов до нормы и даже ниже и наоборот¹.

3) *Анемическая лихорадка*. Говоря об анемии, мы уже упоминали, что лихорадка может появиться при всяком сильно выраженном малокровии (см. стр. 400). Значительное и продолжительное лихорадочное состояние встречается иногда при хлорозе и лейкемии и почти обязательно в известном периоде злокачественного малокровия.

В последнее время в нашей клинике лежали трое детей с различными формами детской анемии без местных причин, и у всех замечалось повышение температуры. Для примера мы приведем эти кривые за несколько дней.

Ваня Ростовцев, 2 $\frac{1}{2}$ лет. *Anemia pseudoleucaemica* Jaksch'a; поступил в клинику по случаю общей слабости (не может ходить), восковой бледности лица, громадной, плотной селезенки (книзу спускается до os. il., впереди доходит до пупка), увеличенной печени (выходит из-под ребер на три пальца); лимфатические железы не увеличены; в крови значительное уменьшение числа эритроцитов при небольшом увеличении белых (примерно в 1 $\frac{1}{2}$ —2 раза, причем довольно много эозинофильных). Ход температуры: 36,7—39,6°; 37—37,2°; 38,6—39°; 37,8—37,6°; 36,9—38,5°; 37,6—37,5°; 38—38,6°; 37,5—38,6°; 33,4—33,8°; 33,2—38,6°; 36,8—37,2°; 36,8—38,2° и т. д. в течение 5-недельного пребывания в клинике.

Николай Крылов, 2 лет 2 мес., поступил в клинику 16/II 1893 г. по поводу куриной груди и других признаков рахитизма, но без кашля и без поноса; общие покровы очень бледны, селезенка прощупывается на два пальца ниже ребер. Температура 37,8—38°; 38—37,6°; 37,4—37,6°; 37,4—37,8°; 38—37,8° и т. д. в течение 2-недельного пребывания в клинике. *Rachitis, anaemia splenica*.

Ив. Преображенский, 1 года 9 мес., поступил в больницу по поводу общей слабости (не может стоять), сильной бледности и резко выраженных венозных шумов под ключицами; нет ни рахитизма, ни опухолей селезенки. В крови значительное уменьшение числа эритроцитов; лейкоцитоз и микроцитоз; лимфоциты не увеличены заметным образом. Местных болезней никаких

¹ К этой же категории мы относим лихорадку, продолжающуюся иногда несколько недель, в периоде выздоровления после воспаления серозных оболочек. Подобная лихорадка нам встречалась, например, после острого перитонита: боли уже стихли, объективные признаки экссудата исчезли, а между тем лихорадка почти правильно перемежающегося типа продолжается 3—4 и более недель и, наконец, мало-помалу прекращается. Вероятно, подобные лихорадки относятся к числу резорпционных, т. е. зависящих от всасывания остатков воспалительных продуктов.

нет; наклонность к запору. Температура 37,2—37,7°; 37,5—38°; 37,7—38°; 37,9—38,2°; 37—37,8°; 37,5—37,8°; 37,2—38,2°; 37,4—37°; 37,1—37,8° и т. д. в течение 5-недельного пребывания в клинике. *Anaemia simplex gravis*.

Замечательно, что во всех этих случаях моча была бледна, низкого удельного веса, словом, нисколько не напоминала лихорадочную мочу.

4) *Лихорадка при ложной лейкемии и при саркоме внутренних органов*. Мне случилось видеть на консилиуме с д-ром Е. М. Ивановым эксквизитный случай 3-месячного перемежающегося значительного лихорадочного состояния при псевдолейкемии у ребенка 9 лет; больной этот был потом помещен в клинику, где и умер; вскрытие подтвердило диагностику ложной лейкемии и не открыло никакой другой причины лихорадки. При саркоме внутренних органов лихорадка бывает разного типа, из коих самым характерным считается лихорадка, протекающая по типу хронической возвратной лихорадки; тип этот состоит в том, что после нескольких дней нормальных температур появляется более или менее значительное лихорадочное состояние, которое держится несколько дней, и наступает снова антракт, и так дело тянется несколько недель и даже месяцев.

5) *Нервная лихорадка*, т. е. повышение температуры вследствие термического невроза, встречается иногда при истерии. Д-р Шершевский описал трех больных, у которых, по его мнению, более или менее значительное повышение температуры было выражением термического невроза сосудодвигательного центра. В первом случае у девочки 12 лет после дифтерита развились косоглазие, паралич небной занавески и повышение температуры до 41° в течение 10 дней. Во втором случае у 9-летней и в третьем— у 8-летней девочки наступали в течение многих лет, особенно под влиянием психических моментов, приступы лихорадочного состояния без местных причин; всякий раз при этом у обеих больных наблюдались еще следующие нервные симптомы: болезненность второго левого межреберья и левого плечевого сплетения, более или менее бурное сердцебиение и аритмия, усиление сухожильных рефлексов, иногда слюнотечение, поты, поносы. Лихорадка тянулась иногда несколько недель, а в других случаях кончалась в 2—3 дня. Хинин и другие *antipyretica* не оказывали влияния, гораздо вернее действовали *peruvina*: бромистый калий, атропин, вдыхание кислорода (Врач, 1883, № 33 и след.).

Нервная лихорадка встречается или в виде постоянной лихорадки, или в виде отдельных лихорадочных приступов. Продол-

жительность пост явной лихорадки колеблется в весьма широких границах, от нескольких дней до многих месяцев. Температура в одних случаях держится на весьма скромных цифрах ($38-38,5^{\circ}$), тогда как в других она поднимается нередко за 40° . До некоторой степени характерно отсутствие всякого типа: температура делает быстрые скачки вверх и вниз, причем утром она может стоять значительно выше, чем вечером, иногда замечается разница температур на разных половинах тела в несколько градусов; пульс и дыхание часто совсем не гармонируют с ходом лихорадки, похудание или невелико, или его и вовсе незаметно. В диагностическом отношении интересно отметить, что истерическая лихорадка в большинстве случаев комбинируется с какими-нибудь другими истерическими симптомами, благодаря которым получается сходство с определенной болезнью (ложный тиф, ложный менингит, ложный туберкулез, перитонит).

Истерическая лихорадка в виде отдельных приступов достигает иногда тоже весьма больших градусов (до 43° и больше); если приступы повторяются ежедневно, то симулируется болотная лихорадка. В случае Мержеевского температура делала скачки до 43° и потом падала до 29° .

Диагностика истерической лихорадки не всегда легка и во всяком случае требует продолжительного наблюдения, в видах исключения всякого органического заболевания. В пользу нервной лихорадки говорит наличие других симптомов истерии, отсутствие правильного типа, сохранение подкожного жира и даже нарастание веса, несмотря на продолжительную лихорадку, и свойства мочи, которая во многих случаях остается низкого удельного веса. Специально от болотной лихорадки она отличается неправильностью типа, отсутствием опухоли селезенки и еще тем, что не уступает хинину. В доказательство того, как трудно бывает иногда узнать причину лихорадки у истеричных даже и при весьма продолжительном больничном наблюдении их, я приведу случай, наблюдавшийся в нашей клинике.

Больная З. Н., 14 лет, поступила в клинику 23/IX 1893 г. по поводу боли живота, появлявшейся, главным образом, по ночам, тошноты после еды и поноса. Мать ее умерла от чахотки 12 лет назад, отец умер еще раньше от хронического катарра желудка. На 8-м году больная перенесла коклюш, на 9-м—корь. Болями живота и неправильным стулом больная хворает уже 3 года; с месяц назад был изгнан солитер с головкой, но заметного улучшения после того не произошло. Status praesens: больная среднего сложения с умеренно развитым подкожным жиром, но бледна; настроение духа как бы грустное, больная молчалива, аппетит порядочный, отрыжек и тошноты нет, на низ 2—3 жидких стула ночью, с болью живота; яицек глист в испражнениях нет. Органы дыхания и мочеполовые нормальны, регул еще нет,

моча без белка. Со стороны нервной системы, кроме меланхоличного настроения духа, замечается резко выраженная *гиперестезия кожи* живота и поясницы. Дальнейшее наблюдение показало, что *гиперестезия довольно именная* как в своей степени, так и в распространенности; иногда гиперестезия *занимала только одну правую сторону живота*; давление на живот вместе с болью вызывало резкое напряжение мышц живота; если болезненность при давлении ограничивалась одной стороной живота, то и напряжение брюшных мышц было односторонним. Иногда гиперестезия распространялась на всю поверхность туловища и на бедра, изредка и на руки; позвоночник, особенно в нижней грудной и поясничной областях, был всегда болезнен; иногда бывает головная боль. Сон хорош, потов не бывает. Больная пробыла в клинике 7 месяцев (до половины апреля) и все время лихорадила и выписалась без улучшения. Лихорадка представляла неправильный тип, но по вечерам температура всегда была выше, чем утром; по утрам она стояла большей частью между 36° и 37° , а вечером колебалась от 38° до 39° и даже до $39,5^{\circ}$; замечательно, что несмотря на то, что лихорадочное состояние не прекращалось ни на один день, больная все-таки *прибывала в весе* и притом довольно *значительно*, хотя почти все время страдала поносом. Прибавка в весе шла таким образом: 23/IX 1 п. 26 ф., 7/X 1 п. 29 ф., 22/X 1 п. 32 ф., 10/XI 1 п. 35 ф., 25/XI 1 п. 34 ф., 21/XII 1 п. 35 $\frac{3}{4}$ ф. В конце марта хирурги на консилиуме пришли к заключению, что лихорадка зависит от перитонефритического нарыва, и хотя лихорадка не отличалась шемическим характером (не было ни знобов, ни потов, ни опухолей селезенки) и хотя исследование живота под хлороформом ничего особенного не открыло, тем не менее решено было произвести пробный разрез со стороны поясницы, чтобы осмотреть правую почку. Операцию сделали, почку осмотрели и ничего не нашли. После операции первые дни температура оставалась нормальной, а по заживлении раны попрежнему больную стало лихорадить, появились боли живота, и больная выписалась без всякого улучшения. Можно бы думать, что лихорадка у нашей больной была истерического характера, а между тем по справкам, наведенным мной, оказалось, что через полгода после выхода из больницы она умерла: причина смерти осталась невыясненной.

Неправильные формы болотной лихорадки, известные под именем маскированной лихорадки (*febris intermittens larvata*), представляют с клинической стороны такое разнообразие, что для диагностики важны не столько сами симптомы, сколько *правильная периодичность* их появления; но так как периодичность тех или иных припадков, помимо болотной лихорадки, может зависеть и от других причин и встречается не только в чисто нервных, но и в воспалительных болезнях, то одной только периодичности симптомов еще не достаточно для точного распознавания маскированной лихорадки. Диагноз делается более солидным в том случае, когда дело идет о больном, уже прежде страдавшем болотной лихорадкой (эта болезнь вообще очень склонна к возвратам и со временем нередко изменяет свой тип или из правильной формы превращается в маскированную) или если у него можно констатировать опухоль селезенки. Впрочем, на этот последний признак не следует слишком полагаться, так как

опухоль селезенки в свежих случаях болотной лихорадки встречается не всегда, а при неправильных, безлихорадочных формах малярии и подавно. В сомнительных случаях вопрос решается назначением хинина. Итак, чтобы с уверенностью поставить диагностику маскированной лихорадки, достаточно иметь два условия: во-первых, периодичность в наступлении каких-либо припадков и, во-вторых, возможность купирования их посредством хинина, а что касается до свойства самих симптомов, то по этому поводу можно только сказать, что нет ни одного симптома, который был бы обязателен, т. е. встречался бы во всех случаях; в маскированных формах часто отсутствуют, например, и повышение температуры, и опухоль селезенки.

Хотя распознавание *febris larvatae* на основании двух названных условий вовсе не трудно, но тем не менее на практике она остается неузнанной очень нередко и именно по двум причинам: во-первых, потому, что врачи, в особенности молодые, отличаются склонностью приступать к симптоматическому лечению как можно раньше, т. е. не выждав выяснения болезни, а отсюда выходит то, что самопроизвольно наступающие антракты они сплошь и рядом объясняют блистательным действием данного средства; во-вторых, диагностические недоразумения могут зависеть от того, что врачи как бы забывают о чрезвычайном разнообразии малярийных форм и, имея дело с каким-нибудь загадочным случаем маскированной лихорадки, не имеют ее в виду.

В детском возрасте *febris larvata* особенно часто проявляется в форме *периодического поноса*, острого или хронического (см. главу о поносе). Далее, мы наблюдали ее в форме правильно повторяющейся *боли живота*, невралгии (у грудных — периодический крик, отличающийся от *colica disperstica* тем, во-первых, что приступы сильного крика появляются только один раз в сутки и притом почти в одни и те же часы, всего чаще именно ночью или утром часов до двух дня; во-вторых, тем, что стул остается нормальным как по цвету и по консистенции, так и по частоте и, в-третьих, тем, что болезнь легко купируется хинином), *носовых кровотечений*, *периодического кашля*.

Этот последний появляется обыкновенно по ночам в течение нескольких часов подряд в виде пароксизмов, состоящих из беспрестанно повторяющихся коротких толчков сухого кашля вроде перхоты, причем исследование груди и зева дает отрицательные результаты. При диагностике подобных случаев надо исключить, во-первых, сухой фарингит, во-вторых, так называемый ночной кашель, который описывается в учебниках как невроз, упорно

противостоящий всякому лечению, в том числе и *хинину*, и через несколько недель исчезающий сам собой, и, в-третьих, коклюш (см. болезни дыхания).

Не перечисляя всех причудливых форм маскированной лихорадки, я скажу только, что узнать их вообще нетрудно, если соблюдать следующие условия: 1) иметь в виду интермиттент, каковы бы ни были симптомы, если только они правильно повторяются; 2) ради скорейшего выяснения диагностики не следует прибегать к сильно действующим симптоматическим средствам в самом начале болезни, когда натура последней еще не выяснилась и когда нет особой надобности спешить; 3) нельзя ставить диагностику интермиттента на основании одной только периодичности симптомов, а надо выждать результатов хинного лечения; 4) опухоль селезенки в свежих случаях болотной лихорадки бывает далеко не всегда, а так как, с другой стороны, хроническая опухоль селезенки встречается у детей (особенно у маленьких, под влиянием рахитизма) довольно часто, то симптом этот может иметь диагностическое значение только в том случае, если он развивается, так сказать, на глазах врача.

Нам остается сказать еще о *п о с л а б л я ю щ е й л и х о р а д к е* (*febris remittens*). Название *febris remittens* ничего определенного не означает; оно употребляется в тех случаях, когда дело идет о больном, который лихорадит в течение многих дней или даже недель с постоянным послаблением температуры в известные часы дня и повышением ее в другие часы, не представляя притом никаких местных симптомов, могущих выяснить причину лихорадки; *febris remittens* не есть собственно болезнь, а только симптом, встречающийся при разных болезнях. В одних случаях такое неопределенное лихорадочное состояние протекает с заметной опухолью селезенки и кончается в $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$ недели и ничем не отличается от легкого тифа; в других случаях она тянется гораздо дольше и может зависеть или от туберкулеза, или представляет собой аномальную форму болотной лихорадки и т. д., о чем было уже говорено в главе о диагностике последней.

ОСТРЫЕ ЛИХОРАДОЧНЫЕ БОЛЕЗНИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ТИПИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ И ПОЯВЛЕНИЕМ СЫПИ

СЫПНЫЕ ГОРЯЧКИ

К этой группе мы относим болезни, наиболее встречающиеся в детском возрасте и характеризующиеся некоторыми общими признаками, о которых следует сказать несколько слов, чтобы избежать напрасных повторений.

Во-первых, все относящиеся сюда болезни, именно скарлатина, корь, оспа, краснуха и варицелла, относятся к числу *заразительных болезней*, а потому редко случается, чтобы в семье, состоящей из нескольких детей, заболел только один ребенок, обыкновенно же захварывают все или по крайней мере большинство. Обстоятельство это может иметь при случае очень важное значение для диагностики, особенно в самом начале заболевания, когда болезнь еще не выяснилась, или в случаях аномальных и рудиментарных, которые без знания этиологических условий могли бы остаться невыясненными.

Во-вторых, яд этих болезней, по современному воззрению науки, не принадлежит к числу вездесущих (убиквитарных) и не появляется самопроизвольно, под влиянием почвы и т. п., а должен быть занесен откуда-нибудь больным или вещами, бывшими с ним в соприкосновении, или третьим лицом, остающимся здоровым. В таких многолюдных центрах, как, например, Москва, трудно, конечно, во всех случаях открыть источник заражения, каковым может оказаться и портной, принесший новое платье из зараженной мастерской, и молочница, и др., но в местечках и деревнях, свободных от эпидемий, отсутствие источника заражения может служить весьма ценным обстоятельством для исключения той или

иной заразной болезни в начале заболевания ребенка жаром и другими симптомами.

В-третьих, все эти болезни отличаются той особенностью, что за весьма редкими исключениями, поражают человека только раз в жизни. Этим мы пользуемся при диагностике сомнительных случаев, когда признаки напоминают и ту, и другую из заразных болезней, особенно в начале эпидемии, например, когда приходится решать, заболел ли ребенок легкой корью или краснухой, лекарственной сыпью или скарлатиной и т. п.

В-четвертых, всем контагиозным сыпям свойствен так называемый *скрытый период*, т. е. известный промежуток времени в несколько дней, протекающий от момента заражения до появления первых признаков болезни. Период этот называется «скрытым» потому, что он не выражается никакими признаками. Скрытый период некоторых болезней отличается строго определенной продолжительностью, тогда как в других тянется то меньше, то больше. К болезням первой категории относится оспа, при которой скрытый период равняется 9—10 дням, корь—от момента заражения до появления сыпи проходит 13 дней, а до катарральных лихорадочных симптомов—9 дней, ветряная оспа—14 дней. Ко второй категории относится скарлатина, при которой скрытый период продолжается иногда всего лишь 24 часа, тогда как в других случаях затягивается до 11 дней; в большинстве случаев он равняется 3—7 дням; говоря вообще, скрытый период скарлатины отличается наименьшей продолжительностью; краснуха—15—21 день.

В-пятых, все сыпные горячки придерживаются типического течения, так что принято различать несколько периодов, а именно: все они начинаются с лихорадочного состояния, протекающего без достаточно характерных симптомов,—это период предвестников; потом следует период высыпания и цветения сыпи, за сим период обледнения сыпи и шелушения и, наконец, выздоровление.

СКАРЛАТИНА

Кардинальными симптомами скарлатины являются сыпь на коже, воспаление слизистой оболочки зева и лихорадочное состояние. *Скарлатинозная сыпь* отличается разлитым характером, т. е. вся поверхность кожи делается красной, но краснота эта никогда не бывает равномерной, а всегда представляется пятночечной, как бы мраморной, так как сыпь скарлатинозная состоит из бесчисленного множества красных точек, тесно сидящих друг

около друга. Точки эти размещаются не на нормальной коже, а на бледнорозовом фоне, который всего легче заметить, если придавить кожу пальцем; по отнятии пальца на придавленном месте остается на некоторое время бледное пятно, резко выступающее среди окружающего его красного фона.

В тяжелых случаях скарлатины при резко выраженной сыпи общий фон может быть так красен, что никаких точек на нем заметить уже нельзя, и краснота делается, следовательно, сплошной, как при сливной кори, но отличить ее все-таки нетрудно, так как ни корь, ни скарлатина не дают сплошной красноты на всей поверхности тела, а всегда на некоторых местах, *особенно на конечностях*, при скарлатине сыпь остается мраморной или точечной, а при кори—крупнопятнистой, с промежутками нормальной кожи. Сливная (как кумач) скарлатинозная сыпь всего чаще встречается на спине.

Некоторые ошибочно думают, будто скарлатинозная сыпь падает лицо; в большинстве случаев, напротив, кожа лица изменяется при скарлатине чрезвычайно своеобразно, так что легко узнать эту болезнь прямо по лицу, даже не раздевая и не расспрашивая больного. *Характерность состоит именно в резком контрасте между бледностью губ и подбородка, с одной стороны, и яркой краснотой щек—с другой.* Скарлатинозная сыпь на лице отличается от сыпи на туловище тем, что пунктир замечается только на висках, щеки же представляются сплошного красного цвета, симулируя лихорадочную красноту щек, тогда как нос, подбородок и верхняя губа остаются нормального цвета и кажутся даже бледнее обыкновенного.

Исходя из того положения, что скарлатинозная сыпь характеризуется разлитым видом и что она занимает равномерно все тело, не оставляя промежутков нормальной кожи, начинающие часто принимают скарлатину за корь на том основании, что находят у больного довольно обширные участки кожи свободными от сыпи. Чтобы избежать подобной ошибки, следует иметь в виду, что немало встречается случаев скарлатины, представляющих отклонение от нормы в том отношении, что сыпь разлитого характера на туловище оказывается на конечностях далеко не таковой, так как на голенях и предплечьях сплошь и рядом остаются большие острова нормальной кожи. Можно бы сказать так: на тех местах, где скарлатина высыпает, сыпь бывает разлитая, но она не обязана быть на всем теле; корь же, если где-либо и бывает сливной, то все же на других местах она будет пятнистой, или никогда сплошной, мелкоточечной.

Скарлатинозная сыпь начинается с шеи и верхних частей груди и спины и потом в *несколько часов* распространяется на лицо и на все туловище, а к концу суток и на конечности; всего заметнее она на спине, а меньше всего на голених и на наружной поверхности бедер. *Высыпание скарлатины иногда сопровождается небольшим зудом*, чего не бывает при кори.

Существенное отличие скарлатины от кори состоит, между прочим, в быстром появлении сыпи вслед за начальным повышением температуры, другими словами, в короткости продромального периода. Скарлатинозная сыпь *явно заметна уже к концу первых суток от начала болезни*, тогда как при кори высыпание начинается лишь на 4-й день.

Скарлатинозная сыпь появляется также на слизистой оболочке зева и языка. В зеве на первый день болезни иногда удается видеть мелкопятнистую или точечную сыпь на мягком небе, которая уже на следующий день превращается в диффузную красноту, распространяющуюся и на миндалины.

Язык в первые дни представляется обложенным, но на 3—4-й день начинает очищаться с кончика и краев и еще через день или два делается интенсивно красного цвета с значительно припухшими сосочками—малиновый или скарлатинозный язык. Такой язык очень характерен для скарлатины, но только не следует ожидать этого признака на первый же день; несомненно, что он может решать диагностику сомнительных случаев скарлатины, протекающих без сыпи, но с ангиной.

Из различных уклонений сыпи, благодаря которым различают *scarl. papulosa, variegata, petechialis* и др., в практическом отношении особенно интересна *миллиарная скарлатина* (*scarl. miliaris*), которая при обширном распространении может сильно изменить характер сыпи и сделать ее для начинающего неузнаваемой. При *scarl. miliaris* на многих местах тела, а главным образом на шее и спине появляются многочисленные, очень тесно сидящие и очень мелкие белые пузырьки с серозным содержимым. Особенно значение этой сыпи мы придаем, во-первых, потому, что она часто встречается, а во-вторых, имеет благоприятное значение для предсказания.

Скарлатинозная сыпь держится в легких случаях 3—4 дня, в более тяжелых—7—9 дней и потом исчезает, не оставляя пигментации, а несколько дней спустя начинается шелушение кожицы, которое настолько характерно, что позволяет диагностировать бывшую скарлатину даже и без анамнеза. Типичность *скарлатинозного шелушения* состоит в том, что на конечностях, в осо-

бенности на пальцах, ладонях и подошвах, кожица сходит большими пластами (отдирается), а на туловище и лице мелкими кусочками, как отруби. Всего раньше начинается оно в случаях скарлатины с миллиарной сыпью (иногда еще до полного исчезания сыпи); обыкновенно же первые следы шелушения появляются несколько дней спустя после побледнения сыпи, и тянется оно от 2 до 4 недель.

Скарлатинозная жаба сама по себе не представляет никаких особенностей, чтобы можно было по ней узнать скарлатину. *Интенсивность и характер скарлатинозного воспаления слизистой оболочки зева зависят от силы самой скарлатины.* В легких случаях наблюдается простая катарральная или эритематозная жаба, в случаях средней силы, каковых большинство, — фолликулярная и лакунарная жаба и в самых тяжелых — дифтеритическая, для появления которой вовсе не требуется заражения данного субъекта ядом дифтерии, так как это не осложнение скарлатины, а результат влияния самого скарлатинозного яда. Диагностическое значение боли горла тем не менее очень велико благодаря именно постоянству этой локализации, а потому как бы ни была похожа на скарлатину сыпь у больного, но если у него нет поражения зева, то диагностика скарлатины становится сомнительной.

Лихорадка при скарлатине в большинстве случаев характеризуется быстрым повышением температуры вначале, коротким фастигиумом и сравнительно медленным, некритическим окончанием. Лихорадка начинается вдруг и уже через несколько часов достигает $39-39,5^{\circ}$; в течение двух следующих дней температура еще немного поднимается и, достигнув $40-40,5^{\circ}$, стоит на этой высоте до 4-го—5-го дня, а потом начинает опускаться и дня через 3—4 достигает нормы, так что при нормальной, неосложненной скарлатине лихорадочный период продолжается приблизительно 7—9 дней. В меньшинстве случаев лихорадка начинается не так бурно и на первый вечер достигает лишь $38,5^{\circ}$, но затем с каждым днем усиливается и достигает своего максимума на 4-й или даже на 5-й день. Сравнительно медленное начало не гарантирует легкости дальнейшего течения.

Как долго тянется лихорадка при осложнениях, трудно сказать, так как все зависит от свойства осложнений. В первое время высокие температуры всего чаще поддерживаются дифтеритом зева, носа и в особенности ушей, а также воспалением шейных желез и клетчатки. Позднее, примерно на 2—3-й неделе, причиной лихорадки бывает скарлатинозный синовит, плеврит, перикардит и нефрит.

Кроме трех поименованных кардинальных симптомов, каковы сыпь, жаба и лихорадка, к числу очень постоянных и потому важных для диагностики симптомов принадлежит еще *рвота* в самом начале заболевания, которая может быть однократной или, напротив, весьма упорной (в тяжелых случаях рвота повторяется на первые сутки до 10—20 и даже до 30 раз; вообще говоря, упорство начальной рвоты стоит до некоторой степени в связи с тяжестью заболевания, и потому очень частая рвота может считаться за признак, неблагоприятный в прогностическом отношении). Замечательно, что даже очень упорная рвота редко продолжается более 24 часов.

Рвота в начале скарлатины встречается гораздо чаще, чем при всех других острых инфекционных сыпях вообще и, в частности, при кори, а потому в сомнительных случаях начинающий может смотреть на начальную рвоту как на симптом, сильно говорящий за скарлатину и против кори.

Припадки со стороны *нервной системы* при скарлатине бывают обыкновенно прямо пропорциональны высоте температуры и силе инфекции, а потому они важны для диагностики, так как *по степени развития нервных явлений можно судить о большей или меньшей опасности данного случая*. В легких формах скарлатины, протекающих при умеренной лихорадке, нервных явлений может совсем не быть, в случаях средней силы, составляющих большинство, больные жалуются на головную боль, большую слабость и плохо спят по ночам, иногда бредят; в тяжелых случаях больной оказывается в возбужденном состоянии, он совсем не спит по ночам, а днем находится в полубессознательном состоянии, иногда бредит с открытыми глазами, возится в постели (как говорится, места не находит), позднее впадает в кому; при исследовании больной выходит из себя, злится, сопротивляется изо всех сил, даже дерется; в самых тяжелых случаях с 1-го и 2-го дня появляются эclamпсические судороги, сменяющиеся сонливостью или полной спячкой.

Ввиду того что скарлатина нередко принимается начинающими за корь, следует отметить, что краснота глазных яблок и истечение из носа прозрачной или гнойной слизи встречаются при скарлатине нередко, особенно в тяжелых случаях.

Существенная разница от кори состоит в том, что при скарлатине глаза и нос поражаются уже после того, как высыпала сыпь, тогда как при кори—с самого начала периода предвестников или по крайней мере за 1—2 суток до появления сыпи.

Из осложнений скарлатины в диагностическом отношении интересны *воспаления суставов и нефрит*; на основании этих осложнений часто удается поставить ретроспективную диагностику скарлатины. *Synovitis post scarlatinam* бывает гнойного или серозного характера. Гнойный встречается только в тяжелых случаях скарлатины, осложненной пиемией, а *synovitis serosa* нередко осложняет и самые легкие случаи; этот так называемый *скарлатинозный ревматизм*, подобно обыкновенному, выражается болезненной припухлостью одного или, чаще, нескольких симметричных сочленений и перескакиванием воспаления с одного сочленения на другое. От обыкновенного ревматизма *synovitis scarlatinosa* отличается, главным образом, более легким и коротким течением; боль исчезает нередко в 1—2 дня при индифферентном лечении. Воспаление сочленений при скарлатине появляется или в разгар сыпи, или в период шелушения. Гнойные синовиты как результат пиемии встречаются обыкновенно в смертельных случаях. Воспаление серозных оболочек вообще встречается при скарлатине гораздо чаще, чем при кори, а потому плеврит или перикардит тоже может иметь значение для ретроспективной диагностики в пользу скарлатины, тогда как после кори чаще встречается воспаление легкого.

Различные формы скарлатины

Нормальная скарлатина характеризуется умеренным и пропорциональным друг другу развитием всех симптомов; лихорадке в $39,5-40^{\circ}$ соответствует повсеместная яркокрасная, но без синеватого оттенка сыпь и умеренная боль при глотании вследствие фолликулярной или ограниченной дифтеритической жабы; нервные явления состоят в головной боли, легкой сонливости днем и бреде по ночам, но без признаков особого возбуждения; пульс част, но довольно полон, железы шеи хотя и увеличены, но остаются подвижными, катаются под пальцем и не болезненны. Болезнь начинается сразу, так что удается обыкновенно определить не только день, но даже и час заболевания. Прежде всего больной жалуется на чувство царапания в горле и боль при глотании, но к этому вскоре присоединяется сильный жар и *рвота*, большей частью однократная; к концу первых суток появляется сыпь.

Аномальная скарлатина может быть легкая и тяжелая. *Легкая форма* характеризуется или тем, что все кардинальные симптомы скарлатины, т. е. лихорадка, сыпь и жаба, развиты

слабо, или тем, что тот или другой из этих признаков совсем отсутствует; в силу этого различают скарлатину без лихорадки, скарлатину без жабы (очень редкая форма) и скарлатину без сыпи, сравнительно часто встречающуюся у взрослых, ухаживающих за больными детьми.

Тяжелая скарлатина характеризуется или чрезмерным развитием симптомов со стороны горла и соседних органов, или признаками общего отравления организма, причем злокачественное влияние яда выражается, главным образом, очень высокой температурой, упадком деятельности сердца и симптомами угнетения или чрезмерного возбуждения центральной нервной системы.

Злокачественная скарлатина тоже начинается внезапно со рвоты, большей частью повторной, и сильного жара, но с той только разницей от нормальных случаев, что, во-первых, температура уже через несколько часов достигает $40,5-41^{\circ}$, и, во-вторых, что очень скоро появляется помрачение сознания. Пульс при этом необычайно част (160—200 ударов) и легко сдавим, конечности холодны, глаза налитые, мутные, с суженными зрачками. Смерть от паралича сердца может быть уже на первый день, но чаще она наступает на 3—4-е сутки. Если больной переживает первые дни, то лихорадка, оставаясь попрежнему высокой, отличается ничтожностью утренних ремиссий, сыпь высыпает очень лениво и получает фиолетовый оттенок, поражение зева принимает дифтеритический характер и быстро распространяется на соседние части (нос, уши); одновременно распухают и лимфатические железы шеи, и первые признаки флегмоны можно констатировать уже на 4-й день; большинство таких больных не переживает 7—9-го дня.

Тяжелая скарлатина нередко протекает совсем без сыпи или с рудиментарной сыпью.

Об осложнениях скарлатины нефритом и водянкой см. соответствующие главы.

Распознавание нормальной скарлатины с хорошо развитой сыпью не представляет никаких затруднений тому, кто хоть раз ее видел, но тем не менее молодые врачи и в особенности студенты часто смешивают ее с корью. Замечательно, что никто не принимает корь за скарлатину, а всегда наоборот. Ошибка происходит обыкновенно от неправильной оценки отдельных симптомов, вовсе не имеющих решающего значения, и от игнорирования симптомов более важных. Так, например, в одном случае была поставлена диагностика кори на том основании,

что сыпь прежде всего была замечена на лице, а не на шее, но при этом было упущено из виду, что центр лица (нос, губы, подбородок) был свободен от сыпи (что чрезвычайно важно для исключения кори), что сыпь высыпала через сутки от начала болезни (а не через 3—4 дня, как бывает это при кори) и что не было кашля. В другом случае скарлатина была принята за корь на том основании, что сыпь была не сплошная на всем теле и что на ногах и животе оставались довольно обширные участки нормальной кожи, но при этом оставлены без внимания разлитой характер и точечный вид сыпи на тех местах, где она была. В третьем случае диагностика кори была основана на том, что у больного была течь из носа, налитые глаза и небольшой кашель, но при этом забыто, что признаки эти появились уже после сыпи. Не перечисляя, далее, отдельных случаев ошибок, скажу, что при диагностике скарлатины надо обращать главное внимание на следующие обстоятельства:

Этиология: нет ли в доме больных той или другой болезнью или не было ли других случаев заразиться. *Период предвестников:* при скарлатине боль горла, жар, рвота, внезапное начало, отсутствие кашля, красноты глаз, чиханье. При кори—лихорадка с катарральными явлениями, чиханье, светобоязнь, но обыкновенно без рвоты. *Время высыпания:* при скарлатине, в конце первых суток, при кори—через 3—4 дня. *Характер сыпи:* при скарлатине—разлитая, мелкоточечная, не занимающая центра лица; при кори—пятнистая, а если местами сливная, то равномерно красного цвета, без всяких точек или мраморности.

Так как никто не принимает кори за скарлатину, то начинающий врач будет гораздо реже ошибаться, если все сомнительные случаи он будет считать за скарлатину.

Легкая аномальная скарлатина без жабы может быть смешана с различными сыпями, имеющими сходство со скарлатинозной экзантемой. По поводу этого заметим, что скарлатина без жабы принадлежит к таким редкостям, что ставить диагностику скарлатины без жабы можно лишь в том случае, если известен источник заражения или если в доме есть другой скарлатинозный больной.

Если скарлатинозная сыпь без жабы появляется у нескольких членов семьи, сопровождается легким лихорадочным состоянием и выказывает типическое течение, кончаясь выздоровлением в 2—3 дня, то было бы большой натяжкой считать такую эпидемию за аномальную скарлатину; напротив, более вероятно

признать ее за самостоятельную болезнь, описанную мной во 2-м выпуске моих лекций под именем *скарлатинозной краснухи*. Эта болезнь не предохраняет от скарлатины и отличается от последней постоянно легким течением и отсутствием последовательного нарушения. В одних случаях, кроме сыпи, замечается еще легкая ангина и небольшой жар, в других—тот или другой из этих симптомов отсутствует или их обоих нет и остается одна лишь сыпь.

Из других сыпей, похожих на скарлатину, я поставил бы на первом месте *потницу* (*sudamina rubra*). Она очень часто встречается у детей до 2 лет, особенно у рахитиков, и по своему виду иногда поразительно похожа на скарлатину, но только на не очень распространенную, так как потница никогда не занимает всей поверхности кожи, а придерживается определенных мест, в чем и состоит ее главное отличие; она занимает только те места, которые сильно потеют, именно шею, грудь, верхнюю часть спины, лоб и внутреннюю поверхность бедер. Характерным отличием служит, между прочим, то, что живот при потнице или совсем свободен от сыпи, или здесь ее очень мало, тогда как при скарлатине живот бывает обыкновенно занят сыпью весь, а лоб сравнительно мало. Потница отличается еще своей летучестью, т. е. она заметно усиливается (краснеет) при теплом содержании больного и бледнеет или даже исчезает при прохладном и, таким образом, держится целую неделю и дольше или часто возвращается.

Другая сыпь, тоже очень похожая на ограниченную скарлатинозную, является у детей после смазывания кожи различными домашними средствами, каковы деревянное масло, сало, вазелин. Подобная сыпь занимает, конечно, только места приложения мази, а если смазывалось все тело, то только места с нежной кожей, например, живот, грудь, но щадит спину и тыльную поверхность конечностей. Так как матери очень часто прибегают к смазыванию тела ребенка при всяком жаре, то легко может случиться, что после смазки высыпет и настоящая скарлатина, если смазывание произведено во время продромальной лихорадки ее; анамнезом, следовательно, нужно пользоваться осторожно и иметь в виду, что искусственная сыпь от масла никогда не занимает всей поверхности тела, как это бывает обыкновенно при скарлатине.

К этой же категории случаев относятся и эритемы от внутренних приемов лекарств—*dermatitis diffusa medicamentosa*. Краснота занимает или всю поверхность кожи, или большую часть ее;

в некоторых случаях она бывает равномерной, в других мелкоочечной, как при скарлатине, сходство с которой усиливается еще тем, что после побледнения сыпи появляется лупление эпидермиса большими пластами. Встречаются субъекты, у которых подобные скарлатиноподобные эритемы появляются под влиянием самых разнообразных причин, например при всяком повышении температуры, от различных лекарств, мазей и пр., и поэтому в анамнезе значится, будто больной несколько раз страдал скарлатиной. Если разлитая эритема занимает и лицо, то поражается обыкновенно и окружность рта, и волосистая часть головы; на конечностях, в отличие от скарлатины, сыпь занимает больше разгибательные поверхности. Слизистая оболочка зева никогда не поражается, и потому отсутствие жабы служит весьма важным подспорьем для исключения скарлатины (см. также стр. 414; лекарственные сыпи). Скарлатиноподобная эритема часто является у больных дифтеритом, леченных инъекциями сыворотки.

За скарлатину может быть принята также эритема в начале пневмонии и особенно *продромальная оспенная сыпь*, когда на второй день после жара и рвоты появляется распространенная краснота, которая, впрочем, не имеет точечного характера, да и зев при ней не поражается.

Скарлатина без сыпи, но с лихорадкой и жабой может быть смешана, смотря по явлениям со стороны зева, то с простой катарральной жабой, то с фолликулярной или дифтеритической.

Предполагать скарлатинозное происхождение жабы можно в том случае, если в доме есть скарлатина; если же этого условия нет, то в пользу аномальной скарлатины может говорить начальная рвота, пунктирная краснота мягкого неба в самом начале заболевания и скарлатинозный язык в дальнейшем течении. Во многих случаях дело выясняется лишь при новых случаях заболевания в той же семье или при появлении какого-нибудь характерного осложнения, например воспаления почек, водянки или лупления кожицы на пальцах и ладонях.

Случаи скарлатины, кончающиеся смертью на первые сутки, еще до сыпи, могут быть приняты за острый менингит, тяжелый тиф или оспу; правильная диагностика таких случаев возможна лишь на основании этиологических моментов; если же источник заражения не известен, то едва ли можно предположить что-либо, кроме неопределенного отравления крови.

КОРЬ

К кардинальным симптомам кори принадлежат сыпь, лихорадка и катарр дыхательных путей и глаз. *Коревая сыпь* резко отличается от мелкоточечной и разлитой скарлатинозной сыпи своим разбросанно пятнистым характером. Скарлатинозный больной представляется издали равномерно красным, а коревой—пегим. Отдельное коревое пятно представляется величиной от чечевицы до серебряного пяточка и больше (смотря по тому, сколько из отдельных пятнышек слилось между собой); все пятно яркокрасного цвета; форма мелких пятен круглая, в центре каждого из них легко заметить как глазом, так и осязанием, небольшую папулу такого же красного цвета, как и само пятно, так что можно сказать, что коревое пятнышко состоит из двух частей—из центральной папулы и окружающего ее красного фона. Более крупные пятна, как происшедшие из слияния маленьких, отличаются неправильным очертанием.

Папулезный характер сыпи в одних случаях выражен резко, в других—слабо. В диагностическом отношении важно отметить, что в начале высыпания коревая сыпь может состоять только из одних папул, совсем не окруженных красным фоном, вследствие чего корь получает большое сходство с начальной папулезной сыпью при оспе, а если при этом катарральные явления запаздывают своим появлением, то принять корь за оспу может даже и опытный врач.

Корь высыпает прежде всего на лице и именно с *центра лица*, т. е. она занимает нос, губы, подбородок и части щек по соседству с носом. Первоначальная сыпь кори состоит не из пятен, а из мелких, величиной с головку булавки или просыное зерно красноватых папул, сидящих довольно рассеянно. Число папул увеличивается с каждым часом, и вскоре около них появляется фон; от близкого соседства папул фоны их могут сливаться и сыпь делается сливной (второй день высыпания); тогда все лицо представляется сплошного красного цвета и слегка одутловатым.

Корь распространяется сверху вниз в течение трех дней (значит, не так быстро, как скарлатина), так что по степени распространения сыпи можно судить о дне болезни. Обыкновенно бывает так: на первый день высыпания с утра замечается на лице немного сыпи, которая к вечеру значительно увеличивается и распространяется отчасти на верхнюю часть спины и груди; на второй день утром сыпь на лице достигает максимума и делается при случае сливной; на туловище довольно

много папул и пятен; начало высыпания на внутренней поверхности бедер; на третье утро сыпь занимает и конечности, вплоть до пальцев, а на лице начинается бледнеть. Дальнейшее бледнение сыпи совершается в том же порядке, в каком она высыпала. После исчезания сыпи наступает лущение кожицы, заметное больше на лице, чем на туловище. Коровое шелушение отличается от скарлатинозного тем, что эпидермис никогда не сходит большими пластами, а всегда в виде мелких кусочков (отрубевидное шелушение), и еще тем, что оно не распространяется на ладони и пальцы. Корь не вызывает зуда.

Из аномалий сыпи, имеющих значение для диагностики, следует упомянуть о *сливной кори* (*morb. confluentes*), которая могла бы представить затруднение для диагностики от скарлатины, если бы такая сливная корь занимала все тело, но, по счастью, такой кори почти никогда не бывает; сливная корь занимает только некоторые места, в особенности лицо и спину, а на других частях встречается обыкновенная пятнистая сыпь.

Отклонения могут состоять также в порядке высыпания. Так, например, сыпь, минуя лицо, появляется прежде всего на туловище или на каком-нибудь ограниченном месте, которое подвергалось раздражению (горчичники, острова хронической экземы).

Катарры слизистых оболочек носа, глаз, гортани и бронхов являются при кори раньше сыпи, именно с первого дня лихорадочного состояния. Физикальное исследование груди в первые дни дает отрицательные результаты: дыхание остается везикулярным, хрипов нет. Сухой и частый кашель, насморк и светобоязнь продолжают примерно с неделю, т. е. до периода наибольшего развития сыпи, а когда последняя начинает бледнеть, то катарры разрешаются, кашель делается влажным и через 1—2 недели совсем прекращается.

Чрезвычайно важное значение для диагностики представляют изменения слизистой оболочки мягкого неба, на которой за 24—48 часов до появления сыпи на лице появляется пятнистая краснота, которая настолько типична, что позволяет узнать корь еще в периоде предвестников, почему эта сыпь и называется *продромальной сыпью*. Помимо мягкого неба, ее легко заметить и на других частях рта, в особенности на внутренней поверхности губ и щек, а также и на веках. Совершенно такое же значение для диагностики кори имеет *отрубевидное шелушение эпителия* слизистой оболочки рта на тех местах, где была продромальная сыпь; мельчайшие чешуйки, напоминающие отруби,

всего лучше бывают заметны на внутренней поверхности щек и губ, а потом на деснах, редко на мягком небе.

Так как в некоторых, хотя и редких, случаях сыпь на слизистой оболочке рта запаздывает своим появлением и высыпает одновременно с сыпью на лице или даже еще позднее, то отсутствие предромальной сыпи не может служить доказательством того, что у больного начинается не корь.

Лихорадка при кори не отличается постоянством типа, и кривая температуры в отдельных случаях бывает довольно разнообразна. Наиболее характерна для кори лихорадка с двумя максимумами и с быстрым окончанием после короткого фастигиума. Первый максимум (около $39,5-40^{\circ}$) наблюдается на 1-й день предвестников, второй ($40-40,5^{\circ}$) приходится на 1-й или 2-й день высыпания; эти два максимума отделяются друг от друга двух- или трехдневным периодом сравнительно низких температур. Вообще говоря, чем слабее корь, тем ниже бывает температура во время максимумов и тем ближе к норме спускается она на второй день предвестников. Этим обстоятельством можно пользоваться до некоторой степени в видах предсказания. Коревая лихорадка продолжается в легких случаях 5 дней, в более тяжелых—7—9 дней.

Различные формы кори. Период предвестников нормальной кори начинается сразу значительным повышением температуры (до $39-39,5^{\circ}$ на первый вечер) и одновременно с этим кашлем и насморком. В некоторых случаях катарры предшествуют лихорадке дня за 2, за 3, в других, наоборот, лихорадка появляется раньше кашля, так что *отсутствии катарральных явлений на первый день болезни не исключает кори*. На 2-й день утром температура опускается почти или совсем до нормы, но катарры остаются без перемен; на третьи сутки краснеют глаза и на небе появляется предромальная сыпь, кашель усиливается; на 4-й день появляются на лице первые зачатки сыпи; на 5-й день лихорадка значительно усиливается и наступает *период высыпания*, продолжающийся три дня; на 7-й день сыпь на лице бледнеет, лихорадка спускается до нормы, катарры начинают разрешаться. Полное выздоровление наступает к концу 2-й недели.

Случаи кори, представляющие в своем течении более или менее существенные отклонения от нормы, описываются под именем *аномальной кори*. Сюда относятся, например, случаи очень легкой, так называемой абортивной кори, встречающейся в двух разновидностях, именно в виде кори без лихорадки и кори без

сыпи (*morbilli pyretici* и *morbilli sine exanthemate*); и та, и другая принадлежат к большим редкостям и в спорадических случаях недоступны для диагностики, так как корь без лихорадки ничем не отличается от краснухи, а корь без сыпи — от бронхита. Впрочем, если у больного можно констатировать пятнистую красноту на слизистой оболочке рта и зева, то диагностику кори можно ставить с уверенностью. К числу аномальных форм относится также *корь без катарров*; если она выражается яркокрасной и местами сливной сыпью и высокой температурой до высыпания и во время него, то отличить ее от краснухи легко (при последней нет продромальной лихорадки и яркой сыпи).

Аномалии периода предвестников кори при нормальном дальнейшем течении встречаются нередко: в одних случаях период этот продолжается ненормально долго (до 6 дней), в других, напротив, он слишком короток (1—2 дня).

К числу аномальных форм относится также *тяжелая корь*. Корь может быть тяжелой вследствие злокачественного действия яда или вследствие осложнений. Злокачественная корь встречается редко; она имеет обыкновенно геморрагический характер и поражает преимущественно больных и истощенных субъектов. В подобных случаях корь уже с самого начала кажется тяжелой: очень высокая лихорадка не делает ремиссии по утрам и на второй день предвестников, сыпь высыпает плохо и получает синеватый оттенок; пульс част и мал, язык сух и покрыт бурой корой, кашель сухой и беспрестанный; летальный исход от упадка деятельности сердца может наступить в первую же неделю.

Гораздо чаще, однако, смертельный исход при кори обусловливается осложнениями, из которых главную роль играет воспаление легких. Оно развивается или в периоде высыпания, или после побледнения сыпи.

В некоторых случаях опасным осложнением кори является понос, который в легкой форме считается довольно обычным спутником кори; начало его падает обыкновенно на период предвестников. Напротив, воспаление почек, столь обычное при скарлатине, при кори встречается редко. Из последовательных болезней самой опасной и, к сожалению, довольно обыкновенной бывает милиарный туберкулез.

Распознавание ясно выраженной кори легко, так как, помимо вполне характерной, одной лишь кори свойственной сыпи, больной представляет еще и катарральные явления. Диагности-

ческие затруднения могут встретиться, во-первых, в период предвестников, во-вторых, в начале высыпания и, в-третьих, в случаях легкой кори.

В самом начале периода предвестников, когда у больного лихорадка, кашель и насморк, корь легко принять за грипп, но на 2-й или по крайней мере на 3-й день дифференциальная диагностика в большинстве случаев уже возможна и именно на основании продромальной сыпи в зеве и на губах. Если этой сыпи еще нет, то в пользу кори может говорить, кроме характера эпидемии, значительное падение температуры на 2-й день, более выраженный конъюнктивит и частое чиханье.

В начале высыпания корь всего легче смешать с *оспой*. В обыкновенных случаях, т. е. в громадном большинстве, диагностика нетрудна; она основывается на продромальной сыпи мягкого неба и на резко выраженных катарральных явлениях (ни того, ни другого не бывает при оспе), да и самая сыпь имеет более пятнистый, чем папулезный, характер. Другое дело, если больной представляет папулезную корь с запоздалым появлением катарральных симптомов, причем отсутствует обыкновенно и продромальная сыпь. В некоторых случаях приходится отложить решение вопроса, с какой болезнью имеем дело, до следующего дня. В подобных сомнительных случаях следует принимать во внимание следующие соображения: сыпь при оспе высыпает медленнее и не так дружно, как при кори, а потому если на *первый день высыпания на лице так много папул, что их трудно сосчитать*, то это говорит в пользу кори. Если сыпь занимает не только лицо, но и туловище, то в этом периоде болезни (минимум 2-й день высыпания) для диагностики важны следующие обстоятельства: 1) сыпь на животе при кори почти так же обильна, как и на груди, тогда как при оспе живот почти свободен от сыпи; 2) если сыпь при оспе заняла уже туловище, но на лице кое-где можно найти небольшие пузырьки, так что полное отсутствие пузырьков при *обильной* и распространенной сыпи сильно говорит в пользу кори и против оспы; 3) папулы при оспе на 2-й и 3-й день высыпания еще не имеют красного фона, а при кори фон обыкновенно бывает, если не вокруг всех, то по крайней мере хоть около некоторых папул, а потому получается *неравномерная величина сыпи* при кори; 4) коревая папула ярче окрашена, она интенсивно-красного цвета, а оспенная папула бледнорозового; 5) лихорадка во время высыпания коревой сыпи непременно усиливается (она выше, чем была накануне), а при оспе, напротив, начинает спадать;

6) на осязание коревая папула кажется гораздо более мягкой, нежной, чем плотная оспенная папула.

Иногда случается, что за корь принимается *сыпной тиф с обильной сыпью*, особенно если она занимает и лицо. Отличия состоят в том, что коревая сыпь ярче окрашена, она не так бледна, как *roseola typhosa*, катарры при кори выражены гораздо резче, и, главное, при кори в начале высыпания почти всегда бывает пятнистая сыпь на слизистой оболочке рта и неба, чего при сыпном тифе не встречается никогда; наоборот, свежая опухоль селезенки бывает только при тифе. Если больной попал на руки врача с первого дня болезни, то диагностика еще легче, так как при кори сыпь появляется прежде всего на лице и потом в течение двух суток распространяется сверху вниз, при сыпном же тифе лицо поражается не раньше туловища, а нередко и вовсе не поражается. Если обильная бледнорозовая сыпь в форме небольших пятнышек занимает только туловище и конечности, *но щадит лицо*, то корь *можно исключить*. *Roseola typhosa* не сливается в крупные пятна, а потому отдельные пятнышки при тифе отличаются равномерной величиной, тогда как при кори этой равномерности почти никогда не бывает.

Об отличиях кори от скарлатины см. предыдущую главу. Сливную корь не легко смешать со скарлатиной, так как на конечностях остается много мест, представляющих обыкновенный (пегий) вид коревой сыпи.

Легкая корь, протекающая с негустой сыпью, с незначительной лихорадкой и небольшим кашлем, может быть принята за краснуху. Главное основание для диагностики—характер эпидемии,

сыпь при *краснухе* в общем имеет характер коревой сыпи, но отличается более бледной окраской; высыпание краснухи идет быстрее и распространяется на все тело в течение суток, тогда как при кори для этого требуется 2—3 дня. Сыпь при краснухе может быть очень обильной, но всегда она остается бледнорозовой и в этом-то *обилии сыпи при слабой окраске ее и при отсутствии* (или при незначительности) *лихорадочного состояния* и катарров я вижу главнейшее отличие эпидемической краснухи от кори, так как при кори чем обильнее сыпь, тем сильнее лихорадка и катарры. Что касается до сыпи на мягком небе, то несомненно, что иногда она встречается и при краснухе, а потому для дифференциальной диагностики она служить не может. Продромальной лихорадки при краснухе почти не бывает, так как сыпь появляется обыкновенно через несколько часов после начала лихорадки; это обстоятельство имеет очень важное

диагностическое значение. Говоря вообще, диагностика краснухи может быть затруднительна только в начале эпидемии или в спорадических случаях.

На легкую корь или на эпидемическую краснуху может быть похожа *краснуха неинфекционного происхождения* и незаразительная. Этиология такой краснухи не совсем ясна; сюда относятся сыпи различного происхождения, состоящие из красноватых пятнышек величиной от чечевицы до ногтя, кругловатой формы, исчезающие от давления пальцем; такого рода сыпь нередко является спутником различных лихорадочных болезней, в особенности у маленьких детей, или она является результатом действия лекарств, например хинина, скицидара и др., и исчезает после прекращения приема лекарства. Подобного рода сыпи отличаются от краснухи и кори тем, что лихорадка при них обладает полной самостоятельностью, а сыпь является случайным, кратковременным феноменом.

ОСПА

Оспа принадлежит в настоящее время к числу довольно редких болезней детского возраста; пустулезная сыпь ее так типична, что диагностика оспы не представляет затруднений, а потому мы можем быть кратки. Начало заболевания обозначается быстро наступающим жаром, который продолжается трое суток; на 4-й день начинается высыпание оспы, и с этого момента лихорадка быстро спадает. К числу довольно постоянных симптомов продромального периода принадлежат рвота, головная боль, запор, боль в пояснице, но все они недостаточно характерны, чтобы на основании их можно было узнать оспу до появления папул и пустул. Большее диагностическое значение имеет в это время *продромальная оспенная сыпь*, которая может быть петехиальной и эритематозной.

Первая состоит из мелких петехий, занимающих преимущественно нижнюю часть живота и внутреннюю поверхность бедер; эта-то локализация и считается особенно характерным признаком для оспы. Об эритематозной сыпи см. болезни кожи.

Период высыпания при оспе начинается на 4-й день; сыпь в виде бледнорозовых мелких папул прежде всего появляется на лице, а в течение двух следующих дней распространяется на туловище и конечности. Каждая папула постепенно переходит в пузырек, который увеличивается до 7-го дня и принимает, наконец, типичную форму плоского пузырька с вдавлением в се-

редине. После 7-го дня содержимое пузырька начинает мутиться от примеси гнойных телец, и на 8—9-й день пузырек превращается в пустулу. На 11—12-й день содержимое пустул начинает подсыхать; в это время больные всего сильнее жалуются на зуд. Чем сильнее оспа, тем позднее начинается подсыхание и тем дольше держатся корки; в случаях средней силы они отпадают к 30—36-му дню, причем нередко оставляют на своем месте круглые рубцы—рябины.

Лихорадочное состояние, спустившись до нормы после появления сыпи, с 9-го дня вспыхивает снова и держится, если нет осложнений, 4—6 дней.

Различные формы оспы. По степени развития симптомов и по течению различают легкие, средние и тяжелые формы оспы. О средних речь была выше. К тяжелым формам относятся: 1) *purpura variolosa*; 2) *variola haemorrhagica pustulosa* и 3) *variola confluens*.

Самая опасная форма—*purpura variolosa*, обыкновенно кончающаяся смертью еще до появления сыпи. Кроме быстро наступающего упадка сил, главным признаком этой формы оспы надо считать кровоподтеки на коже и кровотечения из слизистых оболочек.

Variola haemorrhagica pustulosa отличается от предыдущей тем, что кровотоочивый диатез развивается не в периоде предвестников, а во время высыпания папул или в периоде образования пузырьков или пустул. Кровоизлияния происходят как в самые оспинки, так и в места кожи, свободные от сыпи.

Variola confluens характеризуется тесно сидящей и потому во многих местах сливающейся сыпью и тяжелым лихорадочным состоянием.

К легким формам оспы относится оспа без сыпи или без лихорадки и рассеянная или видоизмененная оспа—*varioloid*.

Оспа без сыпи характеризуется тем, что все дело при ней ограничивается только одним продромальным периодом, который может протекать со всеми своими особенностями, каковы рвота, боль поясницы и продромальные сыпи. Только в случае появления петехиальной сыпи на классических местах (нижняя половина живота) можно узнать эту редкую разновидность оспы, во всех же других случаях диагностика может быть основана на этиологических моментах.

Оспа без лихорадки, как и без сыпи, всегда бывает легким заболеванием. Об отличии этих форм легкой оспы от варицеллы см. следующую главу.

Об отличии *вариолоида* от оспы можно говорить только в главных чертах: вариолоид отличается более легким течением, меньшей продолжительностью и отсутствием осложнений; в конце первого или в начале второго дня высыпания температура обязательно падает до нормы и не подымается больше до самого конца.

Распознавание оспы может представить затруднение только в первые дни заболевания. Узнать оспу в периоде предвестников, особенно если источник заражения неизвестен, очень трудно, а иногда и совсем невозможно. Тяжелые формы оспы, начинающиеся упорной рвотой, сильной головной болью, высокой лихорадкой и судорогами, с последующим бессознательным состоянием, легко принять за *острый менингит* или за цереброспинальное воспаление, особенно если больной жалуется на сильную боль в спине и шее и представляет хотя бы и легкое сведение затылка.

При очень распространенной диффузной эритеме оспа может быть принята за *скарлатину*, но, помимо отсутствия жабы, против скарлатины говорит еще равномерный (не точечный) вид красноты.

Благодаря рвоте и сильному жару оспа в продромальном периоде может быть принята за *gastritis acuta*.

В периоде высыпания папул оспа может быть смешана с корью, с ветряной оспой и с папулезной формой крапивницы.

Об отличии кори от оспы я уже говорил, здесь же замечу только, что если является сомнение, корь ли у больного или оспа, то в громадном большинстве случаев спорный вопрос разрешается в пользу кори.

При *папулезной форме крапивницы* сыпь является в виде бледнорозовых, величиной от булавочной головки до чечевицы папул, разбросанных по всему телу, лицу и конечностям. Сходство отдельных папул с оспенными (на первый день высыпания) может быть поразительным. Против оспы в подобных случаях говорит, между прочим, сильный зуд, которого в этом периоде оспы никогда не бывает.

ВЕТРЯНАЯ ОСПА

Сыпь при *varicella* представляет чисто *везикулезный* характер, в отличие от оспы, как пустулезной формы. Пузырьки величиной от головки булавки до крупной горошины окружены красным фоном, имеют полусферическую форму, без центрального вдавления и наполнены прозрачной жидкостью. Пузырьки эти развиваются не из папул, как при оспе, а выскакивают прямо на

красном пятне; для полного своего развития они требуют не дней, как при оспе, а нескольких часов; если пузырьки, как бы мало их ни было, развиваются из *papula* и потом постепенно в течение следующих дней превращаются в пустулы, то это скорее уже легкая оспа, чем варицелла. Пузырьки или прямо подсыхают, или предварительно содержимое их мутнеет, но до образования пустулы, заживающей рубцом, дело не доходит, а потому и рябин после варицеллы не остается. Подсыхание сопровождается очень заметным зудом.

Число пузырьков при ветряной оспе так же изменчиво, как и при оспе, и колеблется от нескольких штук, разбросанных кое-где по лицу и спине, до громадного числа, так что в этом отношении между нею и оспой разницы нет, но нельзя сказать того же про распределение сыпи. Оспа всего сильнее поражает лицо, спину и кисти и почти совершенно не высыпает на животе; *varicella*, напротив, не оказывает предпочтения лицу и вовсе не падает живота.

Существенное отличие *varicella* от оспы мы имеем еще в *ходе лихорадки*. *Varicella* протекает или совсем без продромальной лихорадки, или повышение температуры начинается лишь за несколько часов до высыпания, тогда как при легкой оспе бывает обыкновенно двух- или трехдневная продромальная лихорадка. Далее, с появлением варицеллезной сыпи лихорадка, в противоположность оспе, не только не исчезает, но даже усиливается, доходит до 39—40° и держится на такой высоте несколько дней, пока продолжают появляться все новые и новые пузырьки.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ ¹

Abscessus retropharyngealis. Заднеглоточный нарыв. Вскрытие и потом спринцевание рта раза 3—4 в день 2% раствором борной кислоты или: 1) Rр. Saloli 4,0, Spir. vin. 40,0, Aq. des til. 160,0. DS. Для спринцевания рта.

Adenitis acuta. При остром воспалении лимфатических желез в первом периоде согревающий компресс или ватная повязка и разрешающие мази, например 2) Rр. jodi puri 0,06, Kali jodati 1,25, Lanolini 30,0, Ol. provinc. 2,0; или 3) Hydarg. bijodati 0,3, Vaselini 30,0; или 4) Rр. Plumbi jodati, Ol. provinc., Ol. terebinth. aa 5,0, Empl. plumbi simp. 25,0. M. f. Empl. molle. DS. Намазывать на тряпочку и прикладывать на опухшие железы.

Если, несмотря на это лечение, опухоль увеличивается, кожа лоснится, болезненность при давлении значительна, словом, можно ожидать исхода в нагноение, то всего лучше припарки из льняного семени. При появлении флюктуации—разрез.

Angygdalitis см. *angina*.

Anaemia. Chlorosis. Чистый воздух, моцион, ограничение умственных занятий, питательная пища, умеренные количества вина (по чайной, десертной, столовой ложке хорошего

¹Издание трудов наших классиков медицины имеет, несомненно, громадное значение, как метод ознакомления широкого круга врачей и учащихся с историческим развитием медицинских знаний в изложении выдающихся представителей науки. Хотя мы и ушли далеко вперед за эти полвека со дня смерти Филатова, однако его взгляды и установки в области детских болезней, его подход к диагнозу заболевания и все медицинское мышление его настолько интересны и поучительны, что в громадном большинстве случаев читатель не чувствует разницы лет, кроме своеобразия языка, например, «припадки» болезни вместо признаки, симптомы и др. Иначе дело обстоит с практическими мероприятиями по лечению заболеваний.

портвейна перед едой, раза три в день); обтирания всего тела утром и вечером водкой, пребывание на море летом и морские купанья (если только они хорошо переносятся, т. е. вызывают аппетит и дают хороший сон; если же аппетит под влиянием купаний в море уменьшается, сон делается тревожным, появляются головные боли и раздражительность, то—ванны из подогретой морской воды или просто соленые ванны).

Из внутренних средств всего лучше действует железо, особенно при хлорозе.

Выбор препарата зависит отчасти от состояния желудка, отчасти от индивидуальности врача. Если ребенок умеет глотать пилюли, то всего лучше переносятся пилюли *Blaudii*, но в уменьшенном масштабе:

5) Rp. *Ferri sulphurici cryst.*, *Kali carbon. puri* aa 4,0, *Tragacant. q. s. ut f. pil. N. 30.* *Consp. p. lycopod.* DS. По 2 пилюли 2 раза в день после еды. (В желудке образуется легко варимое углекислое железо, которое *in statu nascendi* переносится, повидимому, лучше, чем принятое прямо в таком виде.)

6) Rp. *Ferri carbon. sacch. 0,03—0,06—0,12.* *Sacch. albi 0,2.* D. t. d. N. 12. S. Два порошка в день. (Слегка вяжущий препарат, а потому при склонности к запору не годится.) Детям полугода дают по 0,03, старшим по 0,05—0,10 и больше. Еще сильнее вяжет *fer. lacticum*; показан этот препарат у анемиков, склонных к поносам, но начинать надо с еще меньших доз, например, годовалому 0,015 на прием раза 3 в день, 2—3-летнему по 0,02, стар-

Помещая в данном издании «Терапевтический указатель», мы имели в виду прежде всего сохранить полностью для современных врачей и учащихся классический труд Н. Ф. Филатова: «Семiotика и диагностика детских болезней», как он был издан им самим. Кроме того, этот указатель содержит в себе не только рецепты, применявшиеся при том или ином заболевании, но и различного рода терапевтические и гигиенические советы, безусловно интересные с исторической точки зрения для характеристики взглядов автора и иногда не потерявшие своего значения и до настоящего времени. Но все же за 50 лет наши знания, взгляды и методы лечения так сильно изменились, что «Терапевтический указатель» не может быть практически использован, так как многое в нем устарело. В данное время имеется много новых, более активных средств и методов и его содержание представляет, главным образом, историческую ценность. Так, применение противодифтерийной сыворотки рекомендуется в нем в таких малых дозах, которые в данное время не допускаются. Никто теперь не делает при дифтерии смазывания зева раствором сулемы. Метод Стобу для лечения хореи большими дозами мышьяка, рекомендуемый Филатовым, давно забракован. Дозировка салицилового натрия для лечения ревматизма теперь значительно увеличена и т. д.

шим по 0,03, 3 раза в день; при более упорном поносе лучше прописывать его с висмутом, а для начала даже с опиумом, например. 7) Rp. Ferri lactici, Pulv. Doveri. \overline{aa} 0,015—0,02. Bismuthi sacchar. s. sacchari \overline{aa} 0,12. M. f. pulv. D. t. dos. N. 12. S. По 1 порожку 3 раза в день (ребенку 1—3 лет). При остром поносе железо противопоказано.

При склонности к кровотечениям под кожу или из слизистой оболочки носа лучше:

8) Rp. Liq. ferri sesquichl. ξ tt. zjj, Aq. destil. 90,0, Syr. cort. aurant. 12,0. MDS. По десертной ложке 3 раза в день после еды (ребенку 3—4 лет) (приблизительно столько капель liq. fer. sesq. в день, сколько больному лет).

Очень легкими препаратами железа, не производящими ни запора, ни поноса и приятными на вкус, считаются pyrophosphas ferri et natri и ferrum pyrophosphor. с. ammonio citrico, которые даются маленьким детям до 1—2 лет по 0,03 на прием 3 в день, старшим по 0,05—0,25; еще лучше ferratinum в тех же дозах.

9) Rp. Pyrophosph. ferri et natri 0,06, Sacchari C, 2. M. f. pulv. D. t. dos. N. 12. S. По одному порошку 3 раза в день после еды (ребенку 4—6 лет).

Для очень слабых желудков, не переносящих никаких аптечных препаратов, можно рекомендовать ту или другую железную воду, в особенности искусственную пиррофосфорную железную воду Struve, по вкусу очень похожую на обыкновенную сельтерскую воду с газом. Она дается детям, как питье, во время завтрака и обеда, детям от 8 до 12 лет—по полбутылки в день, младшим—по $\frac{1}{4}$ бутылки.

A n a e m i a s e g e b r i. Если малокровие мозга зависит от обильной потери крови (внутреннее или наружное кровотечение) и больной находится в состоянии, близком к обмороку, то предписывается горизонтальное положение на спине без подушек под голову, со слегка приподнятыми ногами; свежий воздух, горячие компрессы на голову, нюхание нашатырного спирта, возбуждающие внутрь (гофманские капли, валерьяна), в крайности подкожное вливание физиологического (6,0 на 1 000) раствора соли в количестве 50—200 г.

Медленно развивающееся малокровие мозга вследствие поносов требует регулирования диеты (см. катарры кишок), вина и возбуждающих (горчичных) ванн.

A n c h y l o g l o s s u s. Если подъязычная уздечка слишком коротка или прикрепляется близ кончика языка и препятствует

его высыванию и затрудняет сосание, то она подрезывается ножницами. Если уздечка, вместо того чтобы иметь вид тонкой, прозрачной перепонки, представляется толстой, мясистой, то разрезание ее дает повод к более или менее значительному кровотечению, для избежания которого лучше не делать операции без особой крайности.

Angina catarrhalis. Различного рода жабы, т. е. острые формы воспаления зева, каковы *angina catarrhalis, follicularis, lacunar* и *herpes faucium*, проходят в несколько дней без всякого лечения. В периоде лихорадки дети должны оставаться в постели; в случае запора полезно начинать лечение со слабительного (касторовое масло, венское питье: маленьким по чайной, старшим по десертной или столовой ложке, или лимонад детям 2—3 лет по $\frac{1}{2}$ рюмки через 2 часа до действия; от 4 до 6 лет $\frac{1}{2}$ стакана). Для полоскания назначается обыкновенно 2% раствор борной кислоты или салицилового натрия. В сомнительных случаях, т. е. когда точечная жаба напоминает дифтерит, то нелишним будут смазывания зева раствором сулемы 1 : 1 000, например 10) Rp. Hydrarg. muriat. cor. 0,05, Aq. destil. 50,0, Ac. tartarici 0,5. DS. Для помазывания зева 2 раза в день.

Angina diphtheritica. В целях *предохранительного* лечения необходима прежде всего строгая изоляция больного от здоровых, а после выздоровления—дезинфекция его комнаты (формалином или обтиранием стен и пола смесью растворов сулемы 1 : 1 000 и 5% карболовой кислоты), мебели и всех окружавших его вещей (кипятком); помещение больного должно быть светло и часто проветриваемо.

Что касается до лечения самой болезни, то в настоящее время всякое местное и общее лечение отступило на задний план, так как для громадного большинства случаев *достаточно подкожного впрыскивания противодифтеритной сыворотки*. Прежнее лечение остается в силе только для тех случаев, когда врач не имеет возможности применить сывороточное лечение. В таком случае лечение должно быть общим и местным. Первое состоит в употреблении питательной диеты (молоко, яйца всмятку, котлеты, хлеб) и небольших порций вина (херес, портвейн и т. п.; маленьким детям до 3 лет по $\frac{1}{2}$ чайной ложки через 3 часа пополам с сахарной водой, старшим—по чайной или десертной ложке; коньяк—вдвое меньшими дозами).

Местное лечение должно преследовать, главным образом, ту цель, чтобы содержать в чистоте полость рта и зева; у детей более взрослых эта цель достигается частым полосканием рта

и горла и паровыми пульверизациями, у маленьких детей приходится прибегать к спринцеваниям рта, к обтираниям его чистой полотняной тряпочкой и тоже к пульверизациям.

Чтобы легче заставить ребенка чаще полоскать рот, необходимо избегать растворов, противных на вкус, а всего лучше брать совсем безвкусные и притом безвредные вещества, например отварную воду, чистую или с прибавкой борной кислоты (чайную ложку на стакан воды). Полоскание очищает рот и почти не касается зева, особенно глубоких частей его (дети неспособны к этому), поэтому-то и нужны, кроме полоскания, еще и паровые пульверизации. В видах лучшего разжижения тягучей слизи и слюны, скопляющейся при дифтерите, можно рекомендовать по преимуществу щелочные средства, например известковую воду.

11) Rр. Aq. calcis 30,0, Aq. destil. 60,0. DS. Для пульверизаций. Или 2% раствор соды. 12) Rр. Natri bicarbon. 2,0, Aq. destil. 100,0. DS. Для пульверизаций.

Смотря по степени болезни и по быстроте накопления слизи, делают пульверизации в легких случаях раза три в день, а в тяжелых каждые два часа и даже через час, хотя бы и неподолгу, например в течение 2—3 минут.

Если ребенок не умеет полоскать рта, то очищение рта и зева производится спринцеванием, но, конечно, пенистым лекарством, так как при этой процедуре часть жидкости обязательно проглатывается больным. Никакого особого инструмента при этом не требуется. Берут обыкновенную унцовую спринцовку и вводят ее в рот ребенку таким образом, чтобы наконечник был обращен кверху, т. е. смотрел бы в сторону твердого неба. При спринцевании пускают по возможности сильную струю, которая, ударяясь о небо, отскакивает от него во все стороны в виде брызг и таким образом обмывает весь рот; чтобы ребенок поменьше глотал спринцуемую жидкость, следует держать его слегка наклоненным вперед.

В видах воздействия на самый дифтеритический процесс прибегают к неприятным для ребенка помазываниям зева. С этой целью мы всего чаще употребляли сулему в кислом растворе в пропорции 1 : 1 000 (см. Rр. 10).

В самых свежих случаях, пока пленки еще не обширны, удается иногда аборттировать развитие болезни посредством смазывания тонзилл чистой настойкой иода. 13) Rр. Tr-ae jodi 10,0. DS. Смазывать раз в день. Если в зеве есть ссадины после отделившихся пленок, то смазывания чистой иодовой настой-

кой вызывают чрезвычайно сильное жжение; больше одного раза в сутки смазывать во всяком случае не нужно. Как домашнее средство, которое с успехом можно употреблять до прибытия врача, рекомендуем чистый скипидар; 14) Rp. Ol. terebinth. ζ al. 10,0. DS. Смазывать зев 2—3 раза в день.

Если дифтерит распространяется на слизистую оболочку носа, то необходимо и здесь заботиться о чистоте посредством повторных (3—4 раза в день) спринцеваний носа теми же растворами известковой воды или соды.

В тяжелых случаях дифтерита, протекающих с более или менее значительной лихорадкой, прежде назначались внутрь большие дозы скипидара, детям до 2 лет по $\frac{1}{2}$ чайной ложки 2 раза в день, от 2 до 5 лет—по чайной и старшим—по десертной, запивая его каким-нибудь питьем, например чаем или водой с вином. Для маскировки вкуса и ради предотвращения рвоты скипидар прописывается с эфиром: 15) Rp. Ol. terebinth. ζ al. 30,0, Aether. sulphur. 1,0. DS. По $\frac{1}{2}$ чайной до десертной ложки на прием 2 раза в день. Если появляется понос или болезненное мочеиспускание или белок в моче, то средство отменяется.

При последовательных параличах и анемии—питательная пища, вино, железо: 16) Rp. Liq. ferri sesquichl., Glycerini $\bar{a}\bar{a}$ 5,0. DS. По 1—10 капель на прием, смотря по возрасту (т. е. по 1 капле на год) 3 раза в день после еды.

При распространении паралича—гальванизация мышц слабыми токами и подкожные инъекции стрихнина: 17) Rp. Strychnini sulphur. 0,03, Aq. destil. 30,0. DS. Для подкожных инъекций раз в день по $\frac{1}{4}$ шприца, постепенно восходя до целого.

Лечение дифтерии сывороткой. В настоящее время едва ли можно сомневаться, что хорошо приготовленная кровяная сыворотка иммунизированных лошадей обладает значительной целебной силой против дифтерита. Главных условий для успешного результата два: 1) сыворотка может оказывать влияние только на случай настоящего (бациллярного) дифтерита и 2) случай должен быть свежий (всего вернее результат, если лечение начинается в первые 48 часов от начала болезни); на местные проявления дифтерии инъекции оказывают резкое действие даже и при более позднем их применении, например на 5—7-й день, но за это время общая интоксикация успевает развиваться в полной силе и потому, в конце концов, больной может погибнуть, несмотря на быстрое очищение зева. Сыворотка продается отдельными порциями, разлитыми во флаконы, на этикетках которых выставляется число антитоксинных единиц в данном флаконе.

В свежих случаях средней силы впрыскивают обыкновенно 1 000 единиц; в тяжелых случаях, а также при распространении дифтерита на гортань (круп) впрыскивают зараз от 1 500 до 3 000 единиц антитоксина. В случаях средней силы инъекцию повторяют через 24 часа, если к этому сроку незаметно улучшение со стороны температуры (падение до нормы), пульса, *habitus'a* больного или местных явлений. Для инъекций сыворотки употребляются шприцы вместимостью до 10 см³. Перед употреблением инструмент дезинфицируется кипячением в простой воде в течение 5—10 минут. Инъекция производится под кожу живота или груди, или внутренней поверхности бедра; место укола предварительно обмывается мылом и потом спиртом, а после впрыскивания закрывается кусочком липкого пластыря. Игла, вкалываемая в основание поднятой кожной складки, вводится под кожу как можно глубже, а инъекция производится *медленным* надавливанием поршня (при быстром введении 10—20 см³ жидкости в подкожную клетчатку последняя подвергается более сильной травме, чем при медленном впрыскивании).

Лошадиная сыворотка для человека не совсем безвредна: через несколько дней после инъекции появляются иногда различные эритематозные и даже петехиальные сыпи и крапивница; сравнительно реже наблюдаются сильные боли в конечностях (то в мягких частях, то в сочленениях), усиливающиеся при движениях и при давлении и обрекающие больного на неподвижное положение в течение нескольких дней; боли эти могут сопровождаться значительным лихорадочным состоянием. Так как все подобные осложнения обуславливаются не антитоксином, а самой сывороткой, то следует считать большим прогрессом в деле сывороточного лечения дифтерии изобретение способа приготовления концентрированной сыворотки, которая в 1 г содержит до 500 единиц антитоксина, так что можно вводить громадные количества самого по себе безвредного антитоксина, не рискуя вызвать неприятных последствий от сыворотки. Неудобство такой «крепкой» сыворотки состоит в том, что при долгом сохранении число антитоксинных единиц в ней уменьшается; в последнее время Behring устранил это неудобство посредством превращения этой сыворотки в порошок (высушивание), в 1 грамме которого содержится 5 000 антитоксинных единиц. Порошок этот хотя и содержит в себе соли и белки сыворотки, но сохраняется очень хорошо, не утрачивая своей силы. Для предохранительных впрыскиваний Behring рекомендует брать только $\frac{1}{40}$ грамма порошка на 2,5 воды.

Angina phlegmonosa. Когда миндалины значительно опухают и дело идет к образованию нарыва, то блистательное действие в виде моментального и значительного облегчения оказывают скарификации воспаленной миндалевидной железы. Если нарыв уже образовался, то его нужно немедленно вскрыть, хотя бы простым проколом остроконечным узким бистури, а потом назначить то или другое из вышеприведенных полосканий.

Angina ulcerosa. Язвенная жаба, или вонючее воспаление зева, сопровождающееся образованием толстого, желто-вазого эксудата на миндалинах, всего лучше уступает наружному и внутреннему употреблению 2% бертолетовой соли: 18) Rp. Kali chlorici 2,0, Aq. destil. 100,0, Syr. 10,0. DS. По чайной—десертной ложке через 2 часа.

Английская болезнь см. rachitis.

Ascaris lumbricoides см. глисты кишечного канала.

Asthma bronchiale. В видах причинного лечения обратить внимание, нет ли у больного признаков гиперплазии бронхиальных желез, золотухи, рахитизма, хронического насморка или бронхита, анемии, гипертрофии тонзилл. При часто возвращающихся приступах полезны бромиды, например 19) Rp. Natri brom., Kali brom., Ammon. brom. 2,0, Aq. destil. 120,0. DS. По десертной ложке 4 раза в день (для ребенка 6—10 лет), а также antipyrinum и хлорал. 20) Rp. Antipyrini 0,3. D. t. dos. № 12. S. Четыре раза в день по порошку (ребенку 8—12 лет). 21) Rp. Chlor. hydrati 4,0, D-ti rad. alth. 90,0, Syr. 12,0. DS. Через 2 часа по десертной ложке до сна или до заметного облегчения (ребенку 8—12 лет). Иодистый калий 2%.

Ascites требует, главным образом, причинного лечения (болезни сердца, печени, почек, общее истощение вследствие хронического поноса). При чрезмерном скоплении жидкости, стесняющем дыхание,—прокол живота.

Asphyxia neonatorum см. смерть мнимая новорожденных.

Atelectasis pulmonum. Лечение приобретенного ателектаза легких совпадает с лечением капиллярного бронхита и катарральной пневмонии. При врожденном ателектазе, выражающемся остановкой дыхания и явлениями асфиксии, поступают, как при мнимой смерти новорожденных.

Атрофия детей, зависящая от хронического голодания, а не от какой-либо определенной болезни, требует регу-

лирования диеты в виде перемены кормилицы или прикармливания по правилам детской диететики (см. диспепсию).

Афты рта см. болезни рта.

Базиллярный менингит см. meningitis tuberculosa.

Balanitis. Balanopostitis—воспаление крайней плоти у детей в громадном большинстве случаев зависит от скопления смегмы около согопа glandis, для удаления которой необходимо устранить сначала физиологическое сращение плоти с головкой, а потом обмыть последнюю борной водой. После того раза два в день проспринцовывать под крайнюю плоть той же борной водой.

Бленоррея глаз у новорожденных. Как предохранительное средство рекомендуется обмывание глаз новорожденного непосредственно после родов и впускание 2% раствора ляписа. Если гноетечение из глаза появилось, то в легких случаях достаточно ежедневно раза по два промывать глаза 3% раствором борной кислоты; в более тяжелых случаях прижигают веки 10% раствором ляписа и тотчас же нейтрализуют раствором поваренной соли. В последнее время д-р Пукалов горячо рекомендует присыпку внутренней поверхности век каломелем раз в день. Свой способ лечения он описывает так: «Каждому больному бленорреей ребенку, приносился ли он в первом или во втором периоде этой болезни, я тщательно промываю глаза из спринцовки 2% раствором борной кислоты, высушиваю их гигроскопической ватой и с обыкновенной рисовальной кисточки обильно посыпаю на возможно больше вывороченные веки и на самую роговицу глаза порошок каломеля (varoge parate); предосторожностей при этом не надо никаких, напротив, чем больше насыпать, тем лучше. Смотря по случаю, я повторяю присыпку глаза каломелем 2—3 раза и, когда после этого веки перестают склеиваться по утрам, перехожу к обычным вяжущим».

Бленоррея vulvae см. болезненное мочеиспускание.

Болотная лихорадка см. перемежающаяся лихорадка.

Болезненное мочеиспускание требует, смотря по причинам, различного лечения. У новорожденных при моче-вом песке—щелочи (2% natr. bicarbon. по $\frac{1}{2}$ чайной ложки через 2 часа), детей до года при rhymosis и сращении крайней плоти с головкой—отделение плоти от головки. При полном

задержании мочи у новорожденных от врожденного закрытия мочеиспускательного канала—операция. У более взрослых детей при balanopostitis—насильственное отделение praerutium от головки, обнажение последней для удаления смегмы и ежедневные спринцевания под praerutium простой прохладной водой, а потом смазывание головки маслом. Выздоровление наступает в 2—3 дня.

У девочек при белях (vulvitis, vulvo-vaginitis, fluor albus)—ежедневные двукратные подмывания раствором квасцов из чайной ложки на стакан воды; на ночь закладывать между срамных губ продолговатый комок ваты в палец толщиной, смоченный 2% раствором танина. Если гной показывается из влагалища, то осторожные спринцевания слабым раствором цинка (Zinci sulphur. 1,0, Aq. dest. 500,0) или введение йодоформенных желатинных палочек.

22) Rp. Jodoformii 0,12, Gelatin. 0,3. M. f. bacil. D. t. dos. N. 6. ξ . Вводить раз в день in vaginam.

Обратить внимание, нет ли остриц. В других случаях поддерживающей причиной бывает золотуха или малокровие.

При urethritis orificii externi penis—прижигание ляписом и для устранения боли непосредственно после того прикладывание холодных компрессиков в течение 1—2 минут.

При очень кислой моче—щелочи, щелочные минеральные воды, ограничение мясной пищи.

При катарре мочевого пузыря: в острых случаях kali chloricum (см. болезни рта), согревающий компресс на нижнюю часть живота, теплые ванны, молочная диета, устранение причины (vulvitis, приемы скипидара, мушки).

В хронических случаях: в случае камня—операция, а если от неизвестных причин (редко), то вяжущие внутрь.

23) Ac. tannicum по 0,05—0,1 через 2 часа или

24) Rp. Aluminis cr. 1,0, Aq. destil. 100,0. DS. По чайной или десертной ложке через 2 часа. У детей старшего возраста промывание пузыря теплыми растворами дезинфицирующих средств (Ac. boricum 2%).

Болезни рта требуют прежде всего опрятного содержания рта, что достигается у более взрослых детей полосканием рта прохладной водой или нижеприведенными лекарствами, а у маленьких—спринцеванием рта обыкновенной спринцовкой или обтиранием мокрым мягким чистым полотенцем, или если такое обтирание болезненно или вызывает кровотечение из пораженной слизистой оболочки, то кисточкой.

Из лекарств употребляются: при *soor*—*borax* и *natrum salicylicum* (оба действуют одинаково хорошо), при *stomatitis arphthosa*—*natrum salicylicum*; при *stomacase* (вонючее воспаление рта с изъязвлением десен)—*kali chloricum* (верно и быстро действующее средство как при наружном, так и при внутреннем употреблении).

25) *Rp. Boracis ven. 2,0, Aq. destil. 100,0. MDS.* Обтирать места, пораженные молочницей, каждые 2 часа и после кормления. 26) *Natrii salicylici 2,0, Aq. destil. 100,0. MDS.* Смазывать кисточкой рот (при афтах) или для полоскания. 27) *Rp. Kali oxymuriatici 2,0, Aq. destil. 100,0. DS.* Полоскание (при *stomacase*).

В том же виде или с прибавкой сиропа 10,0 можно давать это средство и внутрь, если ребенок не умеет полоскать рот. Так как *kali chloricum* принадлежит к числу неиндифферентных средств и, будучи принимаем в больших дозах, может вызвать отравление вследствие разрушения красных кровяных телец, выражающееся гемоглинурией, желтухой, упадком сил, рвотой и цианозом, то при дозировке его следует быть осторожным и давать детям не более 5 гран на год в день (взрослому максимальная суточная доза до 8,0).

Вышеприведенную микстуру, например, можно давать ребенку 5 лет через 2 часа по десертной ложке, двухлетнему — по чайной (не на тощий желудок).

Nota. Так как рак щеки в большинстве случаев развивается из *stomacase* и всегда поражает истощенных детей, то профилактическое лечение требует назначения ребенку питательной диеты, вина и *kali chloricum* как лекарства.

28) *Rp. D-ti cort. chinae reg. ex 1,0—90,0, Kali chlorici 2,0. MDS.* Через 2 часа по чайной или десертной ложке (для ребенка 2—6 лет).

Диета: молоко, яйца всмятку, мясо. Если началось уже изъязвление щеки, то попытаться остановить дальнейшее распространение процесса посредством присыпки язвы порошком бертолетовой соли.

29) *Rp. Kali chlorici pulv. 15,0. DS.* Для присыпки язвы раза 3 в день. Если под влиянием такого лечения в течение суток вонь значительно уменьшилась, то продолжать присыпку еще сутки, а потом можно уже довольствоваться одним полосканием. Если же язва продолжает распространяться и вонь делается еще сильнее, то нужно, не медля, прибегнуть к прижиганию язвы крепкой азотной кислотой.

30) Rp. Acidi nitrici puri 15,0. DS. Для прижигания. Сначала под хлороформом удаляют с поверхности язвы острой ложечкой омертвевшие части, потом обмакивают в кислоту стеклянную (или деревянную, но отнюдь не металлическую) палочку и оставшуюся на конце ее кашлю переносят на язву, и так повторяют несколько раз, пока вся поверхность язвы не покроется струпом.

Pityriasis linguae—ландкартообразное шелушение языка, не требует лечения, если оно не сопровождается трещинами слизистой оболочки языка; в противном случае употребляются слизистые растворы или вяжущие, например:

31) Rp. Mucilag. gummi arab. 15, 0. DS. Для смазывания языка.

32) Rp. T-rae ratanhiae 2,0, Aq. destil. 100,0. DS. Полоскание.

Борьба в к и—прижигания kali caustico fus. или ac. nitrico fumans.

Botriosephalus latus см. глисты кишечного канала.

Bright'ова болезнь см. nephritis.

Бронхиальный катарр. В острых формах, начинающихся с сильной лихорадки и насморка (influenza),—хинин, столько гран, сколько больному лет, 2 раза в день и, кроме того, против сухого кашля—разрешающие (апоморфин и др., см. ложный круп) и наркотические, например доверов порошок по 0,03 на год в два приема, утром и вечером; морфий 0,05—25,0 по 2 капли на год, 2—3 раза в день, кодеин по 0,003 на год в два приема, например: 33) Rp. Codeini 0,15, Sacch. 2,5. M. f. pulv. div. in. N. 20. S. 2 раза в день (ребенку 3—4 лет). В периоде разрешения катарра, при большом количестве влажных хрипов—сенега, анисовые капли: 34) Rp. Inf. rad. pol. senegae ex 1,25—4,0 : 60,0, Liq. ammon. anis. gtt. XX, Syr. ipecac. 8,0. DS. Через 2 часа по ½ чайной до десертной ложки, смотря по возрасту.

При капиллярном бронхите ту же микстуру, вино и согревающий компресс вокруг всей грудной клетки.

При хроническом бронхите, который сопровождается обыкновенно рахитизмом, золотухой или анемией, необходимо общее укрепляющее лечение, смотря по показаниям. При большом количестве влажных хрипов полезны вдыхания скипидара—10 капель ol. terebinth. на бутылку горячей воды: больной дышит над горлышком бутылки по 5 минут, раза 3—4 в день. Подобные вдыхания особенно полезны при расширениях бронхов с обильной вонючей мокротой.

Bronchopneumoniae *ε. pneumonia catarrhalis*. Так как катарральное воспаление легких сопровождается обыкновенно значительным бронхитом со скоплением большого количества слизи в бронхах, то парготики неуместны; здесь показаны по преимуществу отхаркивающие и возбуждающие: 35) Rp. Inf. r. senegae 2,0—4,0 : 90,0, Liq. ammon. anis. gtt. XXX, Syr. simpl. 12,0. DS. Через 2 часа по чайной или десертной ложке или 36) Rp: Flor. benzoës 0,03—0,06, Sacch. 0,2. D. t. dos. N. 10. S. Через 2 часа по порошку (детям 2—6 лет).

Брюшной тиф и сыпной. В большинстве случаев лихорадка отличается доброкачественным характером, и потому вообще болезни эти не требуют никакого лечения, кроме известного режима. Твердой пищи нельзя давать до полного прекращения лихорадки. При более или менее тяжелых нервных явлениях—противолихорадочный способ лечения (см. скарлатина); лечение поноса—опием, висмутом и др. и кашля—см. бронхиальный катарр. В видах abortивного лечения тифа рекомендуется каломель в больших дозах (как слабительное) примерно по 0,06 через час до действия.

Бели см. болезненное мочеиспускание.

Variola см. оспа.

Varicella не требует лечения. Для уменьшения зуда смазывают все тело прованским маслом.

Weghlova болезнь см. пурпура.

Виттова пляска (*chorea minor*). Необходимым условием успешного лечения хорей является возможно *полный покой*, телесный и душевный: при сильно выраженной хорее—постельное содержание до тех пор, пока больной будет в состоянии свободно ходить, физическое утомление не допускается до полного прекращения хорей; до тех пор прекращается учение и особенно посещение школы. *Диета* питательная, необременительная; правильный образ жизни—раньше ложиться спать, быть на свежем воздухе и пр.

Из фармацевтических средств лучшим считается мышьяк: в легких и затяжных случаях хорей—в малых дозах, а в случаях тяжелых (больной с трудом ходит или вовсе не может стоять на ногах, не может вытянуть пальцев, поднести ложки ко рту)—в больших дозах. При лечении хорей большими дозами мышьяка мы следуем методу Comby. Этот врач назначает мышьяк в таких громадных приемах (от 0,01 до 0,04 pro die, тогда как по русской фармакопее высшая доза для взрослого 0,02 pro die), что с первого взгляда подобные дозы кажутся совсем невероятными,

а между тем оказывается, что в большинстве случаев дети выносят такое лечение довольно хорошо.

Вместо *kalii arsenicosi*, входящего в состав *Fowler's*ких капель, *Comby* предлагает *acidum arsenicosum*, как легче переносимую желудком, и прописывает ее в растворе 1 : 1 000. 37) Rp. Ac. arsenicosi 0,1, Aq. destil. 100,0. DS. Две чайных ложки на 6 столовых ложек воды. Для первого дня лечения он берет 10 г этого раствора (т. е. две чайные ложки), разбавляет его 6 столовыми ложками воды и дает через 2 часа по столовой ложке, запивая каждый прием лекарства небольшим количеством молока, на 2-й день он берет на 6 столовых ложек 15 г раствора (3 чайных ложки), на 3-й—20, потом 25, 30, 35 и на 7-й день—40 г. С 8-го дня он начинает в той же прогрессии уменьшать прием, и таким образом все лечение продолжается ровно две недели, в течение которых больной успеет принять 350 мг *ac. arsenicosi* (0,350)!!

В нашей клинике метод *Comby* применяется в несколько измененном виде. Маленьким детям (4—6 лет) мы даем на 1-й день только $\frac{1}{2}$ чайной ложечки, детям старшего возраста (10—12 лет) чайную ложку и на такие же количества увеличиваем дозу ежедневно до 7-го дня, а потом с такой же постепенностью спускаемся. Наша максимальная доза будет для маленьких детей только $3\frac{1}{2}$ чайных ложки (14 грм), а для детей старшего возраста—7 чайных ложек (или 28 грм). В случае появления тошноты, рвоты или жидкого стула мы приостанавливались на день или на два и потом опять возвращались к мышьяку, но давали его в несколько меньшем количестве, чем то, при котором появились признаки раздражения желудка.

Выше было уже сказано, что легкие, но затяжные случаи хорей лечатся в нашей клинике небольшими дозами мышьяка. В подобных случаях выписывается тот же самый раствор мышьяковистой кислоты (1 : 1 000) и назначается по $\frac{1}{2}$ чайной ложки на день в разведении 6 ложек воды, постепенно восходя до 1—2 чайных ложек, смотря по возрасту. Мы продолжаем такие дозы до полного прекращения хорей и до поправки общего питания, но во всяком случае не более 2—2 $\frac{1}{2}$ месяцев.

Если мышьяк не переносится даже и в малых дозах, то приходится пробовать другие лекарства, из которых употребляем то или другое, смотря по показаниям. Так, если хорея имеет явно ревматическое происхождение и сопровождается болью в сочленениях, то можно назначать *салициловые препараты*

или *антипирин*; детям 1С—12 лет мы даем эти оба средства по 2 грм pro die, детям 5—6 лет—по 1 грм.

Бромистые препараты назначаются не столько по случаю самой хореи, сколько ради общей раздражительности нервной системы. Все хорейки бывают нервны и раздражительны, но у некоторых общая нервозность доходит до такой степени, что больной совсем не может владеть собой, он плачет, например, при простом разговоре с доктором, не выносит ни малейших замечаний, тревожно спит и пр.; вот таким больным мы и назначаем бромиды, именно смесь из разных солей брома в 3% растворе, например: 38) Rp. Natrii bromati, Kalii brom., Ammon. brom. aa 1,0, Ac. destil. 100,0. DS. По десертной или столовой ложке 4 раза в день.

В тяжелых случаях хореи, когда больной страдает такой бессонницей, что хорейные подергивания не прекращаются даже ночью, необходимо бороться с бессонницей как с симптомом опасным, ибо если хорейки когда-либо умирают от истощения, то это бывает именно в таких случаях, когда больной не имеет отдыха даже и ночью. Здесь показаны снотворные средства, в особенности 39) хлоралгидрат по 0,1 на год жизни и на прием, например для ребенка 10 лет по 1,0 на ночь, 5-летнему—0,5 и т. д., в случае надобности можно повторять прием каждый час до действия, а также 40) sulfonal (на ночь столько дециграммов, сколько больному лет) или опий и др. При бессоннице и вообще в случаях сильной хореи полезны также теплые ванны 29—30° R) по 15—20 минут вечером.

Если на первый план выступает бледность кожи и слизистых оболочек, то считаем показанными *железо*, из многочисленных препаратов которого мы всего чаще употребляем пилюли Blandii и ферратин: 41) Rp. Ferri sulphurici, Kali carbon., c. tartaro aa 5,0 Mucil. g. tragac. q. s. ut f. pil. N. 40. Consp. DS. По 2—5 пилюль на прием 2 раза в день после еды; или: 41 bis). Rp. Ferratini 2,0—4,0, Sacchar. 25,0. DS. По ½ чайной ложки наравне с краями 2 раза в день. Железо мы назначаем преимущественно таким больным, которые не переносят мышьяка или уже достаточно его принимали.

Если острые симптомы хореи прошли, а легкие подергивания в лице и конечностях остаются наолго, то можно советовать перемену климата и путешествия; из внутренних средств в таких затяжных, но легких случаях можно рекомендовать стрихнин в форме, например, 42) T-rae nucis vom. по 3—5 капель 2—3 в день, перед едой.

Итак, для большинства случаев хореи мы рекомендуем мышьяк, если можно, то в больших дозах, а если больной плохо переносит их, то хотя бы в малых, но не меньше как 1—2 чайные ложки раствора *ас. arsenic. 1 : 1 000 pro die* и потом железо; при бессоннице—хлорал и теплые ванны.

Водянка живота см. *ascites*.

Водянка яичка (*hydrocele*) у новорожденных и у детей первых месяцев жизни исчезает сама собой и лечения стало быть не требует; если же не только не проходит, но даже увеличивается, то, как и у взрослых, лечение оперативное.

Воспаление см. соответственные органы.

Vulvitis см. болезненное мочеиспускание.

Гангрена легкого. Питательная диета, вино, вдыхание скипидара (10 капель на бутылку горячей воды) или внутрь, например: 43) *Rp. Ol. terebinth. rectif. gtt. X., Mixt. gummos. 60,0. DS.* Через 2 часа по чайной или десертной ложке. 44) *Rp. Extr. cort. chinae reg. 2,0. Kali chlorici 0,6, Aq. destil. 90,0. Syr. 10,0. DS.* Как и предыдущая. 45) *Rp. Kreosoti gtt. X, Spir. aether. gtt. Vjj, Aq. destil. 60,0, Sacch. 10,0. DS.* Через 2 часа по чайной ложке. 46) *Rp. Terpini hydrati 2,0, Spirit., Aq. destil., Syr. menth. aa 60,0. DS.* 4 раза в день по чайной или десертной ложке.

Гангрена пупка. Дезинфицирующие присыпки, например: 47) *Rp. Jodoli 10,0. DS.* Присыпка, или мази: 48) *Rp. Ac. salicylici 1,0, Axung. porci 15,0. DS.* Мазь.

Gastritis acuta. При остром катарре желудка у детей старшего возраста абсолютное воздержание от пищи в течение суток, а для питья—ледяная вода маленькими порциями. При запоре *calomel pro laxans* по 0,03 на прием через 1—2 часа до действия. Позднее щелочные минеральные воды.

Gastritis toxica. При отравлении щелочами (нашатырным спиртом, щелоком) показаны растительные кислоты в виде лимонада или уксуса, разведенного водой. При отравлениях кислотами дают соду, магнезию, мел. Холодное питье и холодные компрессы на область подложечки.

Haematemesis. Холодные компрессы на живот, холодное питье и внутрь: 49) *Rp. Liq. ferri sesquichlorati, Glycerini aa 5,0. DS.* По 1 капле в ложечке холодной воды через 2 часа (для новорожденного).

Haematuria см. *nephritis*.

Hemicrania см. головная боль.

Hernia umbilicalis. При пупочной грыже на пупок накладывается небольшой пелот, который удерживается широким фланелевым бинтом или полосками липкого пластыря.

Herpess tonsurans. Все волосы коротко остричь, а в окружности больных мест выдергать; корки и чешуйки удалить, намазав их предварительно маслом, и потом смыть теплой водой с мылом или мыльным спиртом, после того смазывать пораженные места 2 раза в день: 50) Rp. Hydrarg. muriat. coctos. 0,06—0,12, Axung. porcī 30,0. DS. Мазь. Если после несколько-дневного употребления мази кожа начинает краснеть или воспаляться, то остановиться с помазываниями и выждать прекращения реакции.

Herpess zoster—посыпать места, занятые пузырьками, крахмалом.

Hydrocephaloid—лечить надо понос, как причину анемии мозга, и давать возбуждающие (см. детская холера).

Hydrocephalus acutus см. meningitis.

Гипертрофия миндалин. Если продолжительное, например, в течение 1—2 месяцев, местное лечение посредством вяжущих смазываний желез—51) Rp. Aluminis crudi, Gummi arab. aa 5,0. DS.—не ведет к цели, то показано удаление миндалин тонзиллотомом или ножом.

Глисты кишечного канала

Ascaris lumbricoides. 52) Rp. Santonini 0,06, Sacchari 0,2. M. f. pulv. D. t. dos. N. 9. S. По 1 порошку 3 раза в день (ребенку 5—8 лет). После последнего порошка—слабительное.

Сантонин принадлежит к числу сильнодействующих средств, и по нашей фармакопее высшая доза его приравняется к опию, т. е. позволяется давать взрослому 3 грана на прием (0,2) и только 6 гран pro die (0,4); по расчету ребенку 2—3 лет следовало бы давать только $\frac{1}{4}$ грана (0,015) на прием и 1 гран в день (0,06), но наблюдение показывает, что можно переступать эти пределы и безнаказанно назначать детям 2 лет 2 грана pro die, а потом на каждый год прибавлять по $\frac{1}{2}$ грана, например, ребенку 6 лет—4 грана (0,25), 8-летнему—5 гран (0,3) и т. д.

Более дешевое, но зато и более противное, хотя и не менее верно действующее, цытварное семя (sem. sinae) дается детям от 2 до 10 гран на прием 3—4 раза в день.

Признаки отравления сантонином выражаются рвотой, головокружением, общей слабостью и, наконец, судорогами. В легких случаях отравление выражается хроматопсией и очень интен-

сивно окрашенной мочой, причиняющей иногда чувство саднения при мочеиспускании.

Oxyuris vermicularis всего скорее устраняется клистирами с прибавкой небольшого количества сулемы; клистиры должны быть прохладные и большие, чтобы не долго задерживались в кишках, например, ребенку до 2—3 лет—из 1—1½ стакана, старшим—до 3 стаканов (из эсмарховской кружки). При дозировке сулемы следует иметь в виду, чтобы общее количество сулемы, вводимое в прямую кишку, не превышало 0,015.

53) Rp. Hydrarg. bichlor. corros. 0,06, Aq. destil. 180,0. DS. Столовую ложку на стакан воды для клистира (следовательно, на 3 стакана 3 ложки, что и составит 0,015).

Берут также для клистиров отвар чеснока в молоке (½ луковицы на стакан) или настой полыни и др.

В первое время клистиры ставятся утром и вечером, а когда зуд по вечерам перестает беспокоить больного (что бывает дня через три), то только по вечерам еще дней 10.

Симптоматический против зуда in ano смазывать окружность заднего прохода чистым скипидаром или серной мазью.

54) Rp. Ung. grisei 20. D. S. Наружное.

Внутрь рекомендуется 55) Naphtalini puris. 0,1—0,3 раза 3 в день.

Taenia solium, *taenia mediocanellata* и *botrioceph. latus* требуют одинакового лечения. Лучшими средствами считаются свежие препараты папоротника (*filix mas*) и коры гранатового корня.

Секрет лечения солитера состоит в назначении возможно больших приемов названных средств. Ввиду противного вкуса всего лучше прописывать их в пилюлях, если только ребенок умеет глотать пилюли.

56) Rp. Extr. filicis maris aether., Pulv. fil. mar. āā 4,0. M. f. pil. N. 40. Consp. p. lycor. DS. Утром натощак принять в течение 1—1½ часа (для ребенка 6 лет). Вообще можно назначать по 0,6 экстракта на год жизни, например для ребенка 10 лет—6,0.

57) Rp. Extr. filic. mar. aether., Extr. cort. rad. pun. granati recente praep. āā 4,0, Pulv. punici gran. q. s. ut f. pil. N. 40. Consp. p. lycor. DS. Принять утром в 4 приема (ребенку 6—8 лет).

Если нет свежего экстракта, то лучше настой.

58) Rp. Cort. rad. granat. 30,0—60,0, infunde Aq. frigid. 300,0. Macera per duodecim horas, tum coque usque ad. col. 250,0, adde Syr. simplicis 30,0. DS. Принять утром в 4 приема в течение 1—1½ часа. Для маленьких детей прописывают папоротник с камалюю в виде каши, например, для ребенка 3 лет.

59) Rp. Pulv. camalae, Extr. filicis mar. aet. āā 2,0, Syr. simplicis et pulv. gummos. q. s. ut f. electuarium. DS. Принять утром в 3 приема в течение часа. Хорошо действует и kusso, порошок которого прописывается примерно по 1,0—2,0 на год, например 60) Rp. Pulv. flor. kusso 8,0, Mel. despumati q. s. ut f. electuarium. DS. Принять в 2—3 приема в течение часа (ребенку 6—8 лет).

Накануне лечения каким бы то ни было средством полезно поддержать некоторую диету: кроме супа и мяса, дают ребенку соленую пищу и лук, а для питья всего лучше эмульсию из тыквенных семян, которая уже сама по себе может при случае изгнать солитера. Утром в день лечения дают чашку черного кофе, потом то или другое лекарство и через 2 часа после последнего приема слабительное. Если глиста уже показалась, но не выходит, то делают вливание эсмарховской кружкой теплой воды в количестве 2—3 стаканов.

Головная боль. В острых случаях (при лихорадочном состоянии) холод на голову и горчичники между лопаток. При хронической головной боли ради удовлетворения причинного показания может потребоваться прекращение занятий: устранение пороков глаз очками, лечение анемии и нервности, хронического насморка, болезней мозга. При частых мигренях (наследственных) лучшими средствами считаются антифебрин (число гран в 4 раза меньше, чем число лет больного, 2 приема через 15—30 минут один после другого), фенацетин и антипирин (оба по столько гран, сколько больному лет, тоже 2 приема). При перемежающейся головной боли хинин.

Головная водянка см. meningitis.

Грипп см. бронхиальный катарр.

Грудница см. mastitis.

Dentitio difficilis см. прорезывание зубов.

Dysenteria, s. enteritis follicularis. При кровавом или слизистом поносе необходима строгая диета; детям старшего возраста нельзя давать ни мяса, ни хлеба, а только жидкую пищу и притом маленькими порциями, например, молоко и суп—десертными ложками или столовыми; также слизистые и овсяные супы и чай. Лечение начинается со слабительного: грудному—чайную ложку ol. ricini, детям 2—4 лет—десертную, или 61) Rp. Ol. ricini 10,0, Aq. destil. 80,0, Mucil. g. arab. q. s. ut f. emuls. Syr. simpl. 10,0. DS. Через час по чайной ложке до появления калового стула (ребенку 5—8 месяцев). 62) Rp. Calomelanos 0,02. Sacchari 0,2. M. f. pulv. D. t. dos. N. 8.

S. Через час по порошку до обильного зеленого стула (ребенку $\frac{1}{2}$ —1 года).

Каломель очень часто употребляется в детской практике то как слабительное, то как противовоспалительное средство. В первом случае он назначается в сравнительно больших дозах: грудному 0,015—0,008, от 2—4 лет—по 0,03 и старшим по грану через час до действия. Во втором случае он прописывается по 0,003—0,006 на прием. У детей, имеющих зубы, продолжительное (несколькодневное) употребление этого средства может быть причиной тяжелого язвенного воспаления рта, для предотвращения которого полезно назначать одновременно с каломелем полоскание из *kali chloricum*.

После действия слабительного дается опий в слизистой или масляной микстуре: 63) Rp. D-ti saler. 60,0, T-rae opii simpl. gtt. V, Syr. simpl. 10,0. DS. Через 2 часа по чайной ложке (ребенку 1—2 лет). 64) Rp. Ol. amygdal. dulc. 10,0, Aq. destil. 60,0, Mucil. g. arab. q. s. ut f. emuls., T-rae opii simpl. gtt. V, Syr. simpl. 10,0. DS. Через 2 часа по чайной ложке.

При болях живота—согревающий компресс на живот, а при частых тenezмах успокаивающие клистиры, которые должны быть не велики (не более 1—2 столовых ложек) и непременно подогреты (29—30° R). Делают их 2—3 раза в день из отвара крахмала (чайную ложку крахмала на стакан воды) или льняного семени с опием.

65) Rp. D-ti sem. lini s. D-ti amyli 50,0, T-rae opii simpl. gtt. VI. DS. 1—2 столовых ложки на клизму (ребенку $\frac{1}{2}$ —2 лет).

Некоторые больные не переносят клистиров, но хорошо успокаиваются от свечей с опием или кокаином:

66) Rp. Butyr. cacao 0,6, Extr. opii aquos. 0,008—0,03. M. f. supposit. D. t. dos. N. 6. Вводить 2 раза в день (ребенку 2—5 лет).

При дозировке экстракта опия один гран его считается равным 10 грамам доверова порошка, значит, как и чистый порошок опия.

67) Rp. Butyr. cacao 0,6, Cocaini muriat. 0,015—0,03. M. f. supposit. D. t. dos. N. 6. Вводить 2—3 раза в день (для ребенка 2—5 лет).

Высшая доза кокаина равняется таковой опия; значит, за среднюю дозу можно принять $\frac{1}{10}$ грана pro die на каждый год жизни.

Если тenezмы очень сильны и прямая кишка так раздражена, что не переносит никаких свечей, то следует испытать

введение кусочков льда in anum; вводят по кусочку льда величиной в лесной орех каждые 2—3 минуты, кусочков пять подряд, потом антракт на час и опять вводят лед, и т. д. в течение суток.

Если первый прием слабительного не вызвал надлежащего действия или если облегчение, наступившее было после слабительного, опять уступило место частым тенезмам и жилиению, то полезно повторить laxans дня через два. В случаях, несколько затянувшихся, когда тенезмы поослабели, показаны вливания в кишки больших количеств (1—4 стакана, смотря по возрасту) теплых 1% растворов танина, салицилового натрия или бензойнокислого натрия. 68) Sol. ac. tannici 1% 500,0. DS. Для вливаний, подогрев до 29—30°.

Д и с п е с и я у грудных детей требует прежде всего регулирования диеты. Если ребенок находится при груди, то дают ему сосать в первые три месяца через 2 часа днем и 2 раза ночью, позднее—через 3 часа днем и раз ночью, причем соблюдается очередь между грудями. Если у кормящей слишком много молока, то не следует его сдаивать перед кормлением (сдаивается жидкое молоко, а остается более густое), а лучше уменьшить время сосания; если, например, ребенок сосет обыкновенно около 15 минут, то оставлять его при груди минут 8. Кормящая не должна есть ничего кислого и пряностей; иногда диспепсия поддерживается тем, что кормилица ест слишком много питательной, мясной пищи; в таком случае полезно назначить ей более растительную пищу (каша гречневая, макароны, картофель), мясо давать один раз в день. Если диспепсия упорно продолжается, несмотря на правильное кормление и на диету кормящей, то следует переменить кормилицу. Если ребенок воспитывается на рожке, то строго соблюдать все правила искусственного вскармливания, которые мы вкратце приведем здесь.

Два основных правила, без соблюдения которых нельзя с успехом вести дело *искусственного вскармливания*, состоят в том, чтобы, во-первых, соблюдать педантичную чистоту по отношению к посуде, с которой приходит в соприкосновение молоко; во-вторых, до 3—4 месяцев не давать ребенку ни твердой, ни крахмал содержащей пищи, а кормить исключительно коровьим молоком.

Начинают с разбавленного молока и постепенно переходят к цельному. Степень разведения зависит от возраста ребенка и от пищеварительных его сил.

Берут непременно свежее, всего лучше парное молоко, кипя- тят его и сохраняют в хорошо закрытом сосуде, непременно в том же самом, в котором кипятилось молоко, так как вместе с молоком стерилизуется и посуда; в этом, между прочим, состоит главное достоинство аппарата Soxlet'a, который рационален и в других отношениях и потому может быть особенно рекомен- дован для лета. Перед употреблением молоко разводят водой и снова кипятят один раз. Для новорожденного—на 1 часть молока 3 части кипяченой воды и на 1 стакан смеси прибавляют 1 чайную ложку сахара; так как при разведении молока водой слишком сильно понижается в молоке процент жира и сахара, то в настоящее время рекомендуется брать вместо простой воды раствор молочного сахара, именно 10%, и берут для детей всех возрастов только 1 часть сахарного раствора на 2 части молока. Этот способ особенно пригоден для детей, страдающих запором. От 1 до 3 месяцев на 1 часть молока 2 части воды; для 3—4 ме- сяцев—поровну; от 4 до 6 месяцев—на 2 части молока 1 часть воды и после полугода—чистое молоко. При нормальном стуле можно переходить к цельному молоку быстрее, а при первых признаках расстройства пищеварения (колики, зеленые испраж- нения) надо возвращаться к более сильному разведению, а если и в таком виде молоко плохо переносится, то вместо простой воды берут ячменный или овсяный отвар. Для приготовления отвара берут десертную ложку ячменных круп или овсяной муки и, сваривши, процеживают через полотно и прибавляют к молоку в тех же пропорциях, как и простую воду. Полезно также, особенно летом, прибавлять к молоку раствор соды: на 1 стакан разведенного молока 1 столовую ложку 2% рас- твора.

69) Rp. Natri bicarbon. 2,0, Aq. destil. 100,0. DS. Столовую ложку на стакан молока.

Для рахитиков рекомендуется разведение молока телячьим бульоном. Иногда молоко не переносится ребенком оттого, что корова получает неподходящий корм или что она с новотелу, или вообще нехороша. Для того чтобы избежать индивидуаль- ных влияний коровы, лучше брать смешанное молоко от не- скольких коров, а для корма их всего лучше сено с прибавкой мезива.

Если ребенок не переносит коровьего молока ни при каком разведении, то следует перейти к сливочной смеси Biedert'a. Для новорожденного назначают самую слабую смесь (№ 1, см. ниже). Позднее к этой смеси прибавляется цельное молоко в постепенно

возрастающем количестве. Biedert установил шесть номеров смеси, а именно:

№	Сливки	Вода	Сахар	Молоко
1	$\frac{1}{8}$ литра ¹	$\frac{3}{8}$ л	ξβ	—
2	То же	То же	То же	$\frac{1}{16}$ л
3	» »	» »	» »	$\frac{1}{8}$ »
4	» »	» »	» »	$\frac{1}{4}$ »
5	» »	» »	» »	$\frac{3}{8}$ »
6	Без сливок	$\frac{1}{4}$ л	» »	$\frac{1}{1}$ »

Сливки приготавливаются так: штоф парного молока ставится в широком сосуде на 3—4 часа в прохладном месте и потом снимают с него $\frac{1}{2}$ стакана жидких сливок.

Из суррогатов коровьего молока можно упомянуть о *сгущенном швейцарском молоке* и о *муке Нестле*. Первое, вследствие чрезмерной примеси сахара, не годится для продолжительного кормления детей и может быть рекомендовано разве лишь для дороги на 1—2 дня. Для маленьких детей на 1 чайную ложку консерва берут 16 чайных ложек воды, для старших—10. Мука Нестле по богатству крахмала годится только для детей старше 4 месяцев. Она употребляется или в виде каши, или в виде молока. В первом случае берут на 1 столовую ложку муки 6 ложек воды, а во втором—на 1 ложку муки 10 столовых ложек воды; смешавши, надо непременно вскипятить.

Среднее количество пищи для здоровых детей можно определить приблизительно таким образом, что до 4 месяцев ребенок может получать зараз столько унций жидкости, сколько ему месяцев отроду, плюс еще одна унция; так, для одного месяца—2 унции или 4 столовых ложки, для 3 месяцев—4 унции или 8 ложек, после 5 месяцев—по 6 унций.

Относительно времени кормления надо заметить, что чем моложе ребенок или чем легче расстраивается у него желудок, тем меньше зараз должна быть порция пищи, но зато тем чаще может он сосать; так, до 2 месяцев он получает пищу через 2 часа днем и 2 раза ночью (9 раз в сутки), после 2 месяцев—через 3 часа днем и 1 раз ночью (7 раз в сутки). Молоко всегда следует давать ребенку в теплом виде (28° R). Рожок всего лучше стеклянный.

¹ $\frac{1}{2}$ стакана или 8 столовых ложек.

Если молоко хорошо переносится ребенком, то он должен быть покоен, правильно прибавляться в весе и мараься 1—2 раза в сутки желтым стулом кислелобразной консистенции.

Самое опасное время для рсжковых детей—это лето, так как при жаркой погоде они часто заболевают рвотой и поносом. Кипячение молока, прибавка соды и исследование реакции принадлежат к профилактическим мерам для избежания летнего поноса.

После 8 месяцев можно начать прикармливать супом из говядины; для детей тучных, которые притом почти всегда бледны и наклонны к экземам, запору и рахитизму, полезно начинать прикармливание супом и равьше, например с 5-го месяца, чтобы можно было убавить порцию молока. Котлету приходится давать в начале 2-го года, когда прорежутся первые коренные зубы.

Смотря по припадкам диспепсии, прибегакт к тем или другим симптоматическим средствам:

70) Rp. Ac. muriatici dil. gtt. X, D-ti salep. s. D-ti rad. altheae 60,0, Syr. simpl. 10,0. DS. Через 2 часа по чайной лсжке (при рвоте несвернутым молоком). 71) Rp. Pepsini rossici C,6, Ac. muriat. dil. gtt. X, Aq. destil. 60,0, Syr. simpl. 1C,0. DS. Как предыдущее средство, особенно при диспепсии у недоношенных.

При слишком кислой реакции вырванных масс и кислых испражнениях, разъедающих ксжу circa anum, уместнее щелочи, например:

72) Rp. Natri bicarbon. C,6, Aq. destil. 60,0, Syr. simpl. 10,0. DS. Через 2 часа по чайной лсжке. 73) Rp. Aq. calcis., Aq. destil. 30,0, Syr. simpl. 10,0. DS. Как предыдущее.

В хронических случаях, с обильным развитием газов, уместны горькие средства:

74) Rp. T-rae cascarillae gtt. XX, Aq. destil. 60,0, Syr. simpl. 1C,0. DS. Через 2 часа по чайной лсжке. 75) Rp. T-rae nucis vomicae gtt. II—V, Aq. destil. 60,0. DS. Как предыдущая.

Тинктура рвотного ореха принадлежит к числу сильно действующих средств и дается детям не более $\frac{1}{2}$ капли на прием на каждый год или 2 капель на день; например, 2-летнему до 4 капель pro die, 6-летнему—до 12 и т. д.

Против приступов диспептических колик: 1) массаж живота (трение концами пальцев, смазанных маслом, по направлению ободочной кишки); 2) введение in anum катетера или наконеч-

ника клистирной трубки на высоту 2 дюймов; 3) клистир из воды; 4) теплая ванна; 5) для предотвращения возвратов—согревающий компресс на живот.

Из внутренних средств всего лучше успокаивает боли опий в тинктуре, но давать его можно только до первых признаков сонливости. Pro die можно назначать как среднюю дозу по 1 капле на каждый год. Опий назначается обыкновенно с другими противодиспептическими лекарствами; например, при рвоте или поносе—с соляной кислотой.

76) Rp. Ac. muriatici dil. gtt. X, Aq. destil. (s. D-ti salep., s. D-ti rad. altheae) 60,0, T-rae opii simpl. gt. j, Syr. simpl. 8,0. DS. Через 2 часа по чайной ложке (ребенку 3—6 месяцев).

Можно давать также, и хлорал и притом в дозах, гораздо больших, чем опий, но тоже до сна; годовалому дают по 0,1—0,2 на прием 4—6 раз в день; ребенку 2—3 месяцев жизни—по 0,03—0,12 или до 0,25—0,4 pro die.

77) Rp. Hydrati chlorati cryst. 0,5, D-ti rad. altheae 60,0, Syr. simpl. 8,0. DS. Через 2 часа по чайной ложке до наступления сна (ребенку 3—6 месяцев).

Для новорожденных и для детей нескольких недель отроду лучше избегать наркотических и ограничиваться так называемыми ветрогонными средствами, например:

78) Rp. Aq. foeniculi, Aq. destil. 30,0, Aq. laurocerasi gtt. II—XII, Syr. simpl. 10,0. MDS. Через час по $\frac{1}{2}$ —1 чайной ложке (Aq. laurocerasi можно давать новорожденному по $\frac{1}{2}$ капли на прием, годовалому 2—3 капли, а старшим—по столько капель, сколько больному лет, через 1—2 часа).

79) Rp. Pulv. cort. cynamom. 0,6, Magnes. carbon. 1,0, Sacchari 3,0. M. f. pulv. S. Давать на кончике ножа несколько раз в день.

Dysuria см. болезненное мочеиспускание.

Дифтерит см. angina diphtheritica.

Детский паралич—лечение довольно бессильно; многие из первоначально появившихся параличей в скором времени исчезают сами собой, а оказавшиеся стойкими требуют продолжительного (многомесячного) лечения постоянным током и массажем.

Детская холера (cholera infantum). Самая строгая диета; молока совсем нельзя; даже и кормление грудью следует приостановить на несколько часов и давать только питье чайными ложками, например холодный чай, воду с бел-

ком (белок одного яйца размешивается в стакане воды, процеживается и потом к раствору прибавляют чайную ложку коньяку и кусок сахара; давать прямо со льда по чайной ложке каждые 5—10 минут, смотря по жажде).

Из лекарств уместны противогнилостные и возбуждающие. Всего чаще употребляются каломель в маленьких дозах и хинин.

80) Rp. Calomelanos 0,06, Sacchari 4,0. M. f. pulv. div. in p. aeq. N. 12. DS. Через 2 часа по порошку в течение 24—48 часов до появления окрашенных испражнений. 81) Rp. chin. sulphur. 0,4. Div. in p. aeq. N. 12. S. Через 2 часа по порошку (ребенку 6—8 месяцев). В периоде упадка сил—возбуждающие: коньяку можно давать приблизительно столько капель на прием, сколько ребенку недель, раз 6—10 в день, смотря по надобности. Demme рекомендует при холере коньяк с креозотом: 82) Rp. Cognac fine champ. 2,5—8,0, Creosoti 0,01—0,015, Pulv. gummos. 1,25, Aq. destil. 60,0. MDS. Принять в течение суток (ребенку 3—6 месяцев). 83) Rp. Liq. ammon. anis. 2,0, Aq. destil. 10,0, Syr. simpl. 10,0. DS. Через час по чайной ложке (ребенку 1—4 месяцев). 84) Rp. Liq. ammon. anis., Aether. sulphur. 5,0. DS. Через $\frac{1}{2}$ часа по 2 капли на прием. Каждое из этих средств можно давать на прием по столько капель, сколько больному лет. 85) Rp. Camphorae trit., Flor. benz. aa 0,015, Sacchari 0,4. M. f. pulv. D. t. dos. N. 10. S. Через 2 часа по порошку (ребенку 6—12 месяцев). 86) Rp. Moschi orient. 0,008—0,015, Sacch. 0,15. M. f. pulv. D. t. dos. N. 8. S. Через 1—2 часа по порошку (ребенку 6—12 месяцев). 87) Rp. Trae Moschi 10,0. DS. По 6—10 капель через 2 часа (ребенку 6—12 месяцев).

В 50 каплях тинктуры один гран мускуса. Годовалому дают по 5—10 капель на прием и потом на каждый год прибавляют по 5 капель через 1—2 часа, например: 5-летнему ребенку по 30 капель или $\frac{1}{2}$ грана порошка, 8-летнему—46 капель, или по 1 грану на прием.

Eclampsia infantum—общие судороги. Лечение самого припадка и потом устранение причин для предотвращения возвратов.

Симптоматическое лечение приступа судорог внутренними средствами невозможно, так как больной в это время не может глотать. Лучшее симптоматическое средство—вдыхание хлороформа (чайную ложку хлороформа выливают на сложенный носовой платок, который и держат на вершок от носа до тех

пор, пока не прекратится приступ). Кроме того, холод на голову, горчичники к ногам и затылку. Когда ребенок в состоянии глотать и у него нет поноса, то слабительное—каломель, а потом или хлорал, или бромистый калий.

88) Rp. Hydrati chlorali 2,0, D-ti altheae 90,0, Syr. simpl. 10,0. DS. Через час по чайной ложке до сна (ребенку 1 года). 89) Rp. Kalii bromati 2,0, Aq. destil. 90,0, Syr. simpl. 10,0. DS. Через 2 часа по чайной ложке (ребенку 1 года).

Предохранительное лечение не всегда может быть применено, так как во многих случаях причины неустранимы (острые и хронические мозговые болезни, эпилепсия, судороги в начале остро-лихорадочных болезней), в других случаях предметом лечения будет запор, диспепсия, глисты, прорезывание зубов, и главным образом, рахитизм. Общая раздражительность ребенка, бессонница и судороги, зависящие от прорезывания зубов, хорошо уступают лечению бромистыми препаратами.

Е s t h y m a. Общее лечение золотухи, рахитизма или истощения, смотря по случаю; иметь в виду scabies. Ванны с содой (столовую ложку соды на ведро воды 27—28° R; сидеть 10 минут; делать через день). 90) Rp. Mercur. albi pp. 2,0, Axung. porci 30,0. DS. Мазать сыпь 4 раза в день.

Е s z e n a. Лечение экземы должно соответствовать периоду ее. В остром периоде, когда кожа обнажена от эпидермиса, красна и мокнет, показаны присыпки, диахильная мазь, hydrarg. pp. album и т. п., но отнюдь не деготь и его препараты, которые имеют полное применение в случаях сухой, шелушащейся экземы.

91) Rp. Ung. diachyl. simpl. 30,0. DS. Прикладывать к сыпи на тряпке; менять 2 раза в день. 92) Rp. Ac. salicyl. 1,0, Spir. vini, glycerini q. s. ad solut. Axung. porci 30,0. DS. Мазать сыпь 4 раза в день. 93) Rp. Zinci benzoici 4,0, Ol. fagi 1,0, Ung. cetacei 30,0. DS. Мазать 4 раза в день. 94) Rp. Hydrarg. pp. albi 1,25—2,0, Axung. porci 30,0. MDS. Мазать сыпь 4 раза в день. 95) Rp. Magister. bismuthi, Flor. zinci aa 8,0, Amyl. tritic. 30,0. M. f. pulv. DS. Присыпка. При переходе мокнущей экземы в сухую: 96) Rp. Ung. diachyl. simpl. 30,0, Ol. rusci 8,0—15,0. MDS. Мазать сыпь 4 раза в день (дозу дегтя увеличивать постепенно). При сухой экземе (eczema chronicum): 97) Rp. Ol. rusci (s. Ol. cadini) 30,0. DS. Смазывать больное место раз в день кисточкой и потом присыпать пудрой.

Если мокнущие места покрыты корками, то предварительно их нужно удалить; для этого на несколько часов их закрывают

тряпкой, смазанной свиным салом, а потом удаляют обмыванием теплой водой.

Следует избегать частых омовений мест кожи, покрытых экземой.

Всего важнее для успешного лечения экземы удаление подерживающей ее причины: золотуха, рахитизм, ожирение, чесотка и другие местные раздражения.

Enteralgia см. *dyspersia*. У детей старшего возраста причиной колик может быть запор, простуда, раздражающая пища, глисты, болезни позвоночника. Сообразно этому употребляются то слабительные, то теплая ванна, то глистогонные, то корсет.

Enterocatarthus acutus. Острый катарр кишок. Диета: для рожковых детей—кормилица, а если нельзя, то назначить пищу более легкую, чем та, при которой сделался понос. Детям 1—2 лет—рисовый суп и мука Нестле, грудным—коровье молоко или сливочная смесь в самых сильных разведениях, например молоко с 3 частями отвара или сливочная смесь № 1.

Из лекарств всего лучше опий, один или с *acid. muriaticum* (см. *dyspersia*), или висмут по 1—2 грана на прием.

98) Rp. Magister. bismuthi 0,1—0,2, Sacch. 0,2, Pulv. Doweri 0,015. D. t. dos. N. 12. S. По 1 порошок 3 раза в день (ребенку 6—8 месяцев). 99) Rp. Bismuthi salicylici 0,2, Sacch. 0,2, Pulv. Doweri 0,02. M. f. pulv. D. t. dos. N. 12. S. Три порошка в день (ребенку одного года).

Препараты висмута (*Subnitricum*, *Salicylicum*) не принадлежат к числу сильнодействующих средств, так что их можно прописывать и в еще больших дозах; но с доверовым порошком, в 10 гранах которого содержится гран опия, надо быть осторожным и, не зная, как относится ребенок к опию, отнюдь не прибегать к наивысшим приемам. Мы советуем давать в сутки только по $\frac{1}{2}$ грана на каждый год, а на прием—вдвое или втрое меньше; если окажется, что такие дозы хорошо переносятся ребенком, но недостаточно действительны, то их можно увеличить.

Enterocatarthus chronicus—хронический катарр кишок. Диета у детей лет до двух: переменить пищу ребенка и назначить ему ту, к которой он меньше привык, причем руководствуются правилами искусственного вскармливания. Если ребенок, страдая хроническим поносом, питается только супом и чаем, то всего лучше назначить ему молоко; а если

он сидел на молочной диете, то заменить молоко крахмалистой пищей, например мукой Нестле, овсянкой. При хроническом поносе у детей старшего возраста самой подходящей диетой считается молоко и крахмалистые вещества, мясо же воспрещается недели две совсем. При воноучих испражнениях лечение начинают слабительным (касторовое масло) и потом дают, смотря по обстоятельствам, то опий (частые испражнения и боль), то вяжущие или противобродильные (очень воноучие испражнения). Обыкновенно приходится переходить от одного средства к другому.

100) Rp. Tannini 0,015—0,06, Magister. bism. 0,06—0,12, Sacch. 0,2. D. t. dos. N. 12. По одному порошку 2 раза в день (детям 1—4 лет). После порошков, содержащих висмут, испражнения могут принять темносерый или черный цвет.

Soltmann особенно хвалит очищенную глину: 101) Argillae depur. 1,0, Aq. destil. 50,0, Tinct. opii gtt. II—V, Syr. simpl. 20,0. DS. Взбалтывая, давать по чайной ложке через 2—3 часа. 102) Rp. Tannini 0,015—0,06, Bismuthi salicyl. gr. 0,06—0,12. Pulv. Doweri 0,015—0,06. Sacch. C. 2. M. f. pulv. D. t. dos. N. 8. S. По 1 порошку 4 раза в день (детям 1—5 лет). 103) Rp. D-ti rad. colombo ex 4,0—12,0 ad colat. 90,0, Syr. simpl. 10,0. DS. Через 2 часа по чайной или десертной ложке (детям 1—5 лет). Невкусная микстура; по силе действия она уступает ляпису: 104) Rp. Argenti nitrici 0,06, Aq. destil. 90,0, Syr. simpl. 10,0. DS. Через 2 часа по $\frac{1}{2}$ чайной ложки (ребенку 1—4 лет). В последнее время рекомендуется tannalbin (альбуминат таннина), который переносится в больших дозах и несомненно лучше таннина и многих других вяжущих; детям до 3 лет его дают по C,3, старшим по C,5 на прием 2—3 раза в день.

Из противобродильных рекомендуются: natrium benzoicum (до 0,5 на год pro die в растворе), naphthalinum purissimum по 1 грану на год на прием раза 4 в день (детям старшего возраста по 4—6 гран pro dosi), но так как иногда препарат нафталина бывает не чист, то лучше начинать с доз вдвое и втрое меньших; препротивное, но действительное лекарство.

105) Rp. Natri benzoici 4,0, Aq. destil. 90,0, T-rae opii simpl. gtt. VI, Syr. simpl. 10,0. MDS. Через 2 часа по чайной или десертной ложке (ребенку 3—5 лет).

Нафталин не растворяется в воде и потому всегда прописывается в порошках per se или с другими средствами, например, с доверовым порошком или висмутом.

106) Rp. Naphthalini puris., Magister. bismuthi aa 0,12, Pulv. Doveri 0,03—0,04. M. f. pulv. D. t. dos. N. 4. S. 4 раза в день по порошку (ребенку 2—5 лет).

При хронических поносах у рахитиков или у детей старшего возраста, но малокровных, когда слабит нечасто, например раза 2 в день, но уже давно, показано железо в маленьких дозах; детям 1—2 лет—по грану pro die, старшим—не более 1½—2 гран какого-нибудь из вяжущих препаратов: 107) Rp. Ferri lactici 0,02—0,03, Magister. bismuthi 0,06—0,12, Sacch. 0,12. M. f. pulv. D. t. dos. N. 12. S. По 1 порошку 3 раза в день (детям 1—5 лет).

Если хронический понос протекает при явлениях катарра желудка (вздутость и болезненность подложечки, обложенный язык, потеря аппетита, отрыжка, тошнота), то всего лучше лечить щелочными минеральными водами, вроде Эмса (Кренхен) или Виши (Селестэн), Эссентуков (№ 17). Детям 1—2 лет—по чайной ложке через 2 часа, старшим—по десертной и столовой.

Если есть указание на преимущественное поражение толстых кишок, то—вливания больших количеств воды или растворов дезинфицирующих веществ (безвредных!) посредством эсмарховской кружки. Ребенку одного года вливают 1 стакан, двухлетнему—2 стакана, трехлетнему—3; на каждый стакан тепловатой воды кладут чайную ложку наравне с краями бензойного натрия или танина.

Из наружных средств при хроническом катарре кишок полезны фланелевые набрюшники, а при болях в животе—согревающие компрессы. При периодическом поносе—хинин.

E n u r g e s i s p o s t u r n a. Ночное недержание мочи наблюдается у детей старшего возраста, отличающихся либо нервною, либо упадком питания, а потому показано общее укрепляющее лечение. Следует запрещать ребенку есть и пить на сон грядущий (последняя еда за 2 часа до сна), а также заниматься тяжелой умственной работой. Полезно заставлять ребенка как можно дольше задерживать мочу днем. Из лекарств—пих vomica и rhus aromatica: 108) Rp. T-rae nucis vom. 5,0. DS. По 3—5 капель 4 раза в день (детям 6—10 лет). 109) Rp. Extr. fluidi rhois aromat. 10,0. DS. По 5—15 капель, смотря по возрасту, 2 раза в день. Rhus aromatica употребляется только в виде жидкого экстракта, который назначается в числе капель вдвое больше числа лет ребенка. Действие должно наступать быстро, а потому если по прошествии 7—10 дней не заметно

успеха, дальнейшее употребление средства можно считать бесполезным.

Epilepsia. Падучая болезнь. Из симптоматических средств, рекомендованных против эпилепсии, наибольшего доверия заслуживают препараты брома в восходящих дозах—от 4 до 10 гран на год. Если промежутки между приступами значительно увеличились, то дозу постепенно сбавляют. Лечение продолжается без перерыва месяцами. При эпилепсии у анемичных—мышьяк и железо (см. анемию); при подозрении позднего наследственного сифилиса—подистый калий (см. сифилис).

При очень частых и сильных приступах вместе с бромидами клорал:

110) Rp. Chlorali hydrati, Kalii bromati, Natr. brom. 4,0, Aq. destil. 180,0. DS. 4 раза в день по десертной—столовой ложке (детям 5—10 лет).

Epistaxis см. носовое кровотечение.

Erysipelas. При местной, ограниченной роже—холодные компрессы. При бродячей роже, протекающей с запорами, следует начинать лечение слабительными, особенно каломелем, по 0,03—0,06 на прием через час до действия; если не прослабит после 4—6 порошков, то касторовое масло. Из местных средств употребляют смазывания рожистых участков кожи, особенно краев красноты, чистой тинктурой иода раз-два в день или мазью с иодоформом: 111) Rp. Iodoformii 1,0, Vaselini 10,0. DS. Мазь. Или 112) Rp. Iodoformii 1,0, Collodii 20,0. DS. Смазывать кисточкой 2 раза в день, захватывая здоровую кожу в окружности красноты пальца на три.

Erythema simpl. и *erythema nodosum* особого лечения не требуют. В случае больших узлов на голених, причиняющих боль,—компрессы из aq. plumbi s. fomentum Rusti.

Желтуха катарральная проходит в несколько дней при употреблении той или другой щелочной воды (Виши—Селестэн; Эмс—Кренхен) по чайной или десертной ложке через 2 часа и диете: ничего жирного, тяжелого, кислого, фруктов и закусок. В случае запора для начала лечения показан каломель.

Желтуха новорожденных не требует никакого лечения.

Заворот кишок см. *invaginatio*.

Запор см. привычный запор.

З а т ы л о к мягкий см. rachitis.

З о л о т у х а (scrophulosis). Гигиено-диететический режим, как при рахитизме. Чистый морской воздух полезен всем анемичным и золотушным детям, но морские купанья хорошо переносятся и приносят видимую пользу только при торпидной форме золотухи, тогда как при scrophulosis florida годятся только ванны из подогретой воды. Из внутренних средств показаны то рыбий жир (у худых, бледных, вообще при scrophulosis florida), то железо (при резко выраженной анемии), то иод (в виде иодистого железа или иодистого калия); первый—при хронических аденитах, второй—при язвенных процессах в мягких частях и в особенности при periostitis.

113) Rp. Syr. ferri jodati, Syr. cort. aurant. 4,0. DS. По 2 капли на каждый год жизни, 3 раза в день (т. е. 5-летнему 10 капель, 10-летнему 20 капель 3 раза в день после еды). 114) Rp. Ferri jodati sacch. 0,015—0,06—0,12, Sacch. albi C,2. M. f. pulv. D. t. dos. N. 12. S. По 1 порошку 3 раза в день, смотря по возрасту. (Один гран fer. iod. sacch. равняется 4 каплям сиропа; иодистое железо принадлежит к числу трудно варимых препаратов, потому лучше начинать с маленьких доз, потом постепенно усиливать их и всегда назначать после еды.) 115) Rp. Kalii hydrojodici 2,0, Aq. destil. 90,0, Syr. simpl. 10,0. MDS. По чайной—десертной—столовой ложке 3 раза в день, смотря по возрасту (рассчитывая приблизительно по 1—2 грана на год pro die, постепенно восходя до 3 грана на год).

З у д к о ж и (pruritus). Если зуд кожи не сопровождается никакой сыпью, а служит выражением невроза, то, помимо общего лечения, смотря по состоянию пациента (рахитизм, золотуха, анемия), полезны обтирания зудящих мест 2 раза в день губкой, смоченной разведенным уксусом или клюквенным морсом. Внутрь kalium bromatum. Зуд кожи часто стоит в связи с хроническим запором, в таком случае необходимо лечить последний.

И з ж о г а—щелочные средства: сода, мел и т. п.

I c t e r u s см. желтуха.

I n p e t i g o. Общее лечение золотухи, рахитизма, анемии, смотря по показаниям, укрепляющими: рыбий жир, железо. 116) Rp. Hydr. pp. albi 2,0, Axung. 30,0. DS. Мазь.

I n t e r t r i g o—см. перепрелость.

I n v a g i n a t i o. Строжайшая диета и покой. Промывание желудка; опий до наркоза; в случае внедрения толстой кишки в прямую—вправление внедренной части желудочным зондом с наложенной на его конец губкой. При внедрениях тонких

кишок в толстую—обильные клистиры из тепловатой (по некоторым, лучше из холодной) воды. Против рвоты—кусочки льда. Если ничего не помогает—laparotomia.

Incontinentia urinae см. enuresis nocturna.

Influenza см. бронхиальный катарр.

Каловая рвота см. invaginatio.

Капиллярный бронхит см. бронхиальный катарр.

Caput obstipum см. torticollis.

Катарр гортани острый, ложный круп (laryngitis catarrhalis). Постельное теплое содержание, согревающий компресс на шею, вдыхание водяных паров (посредством пульверизатора или просто из чайника); особенно хорошо действует горячая ножная ванна.

Для приготовления ножной ванны берут газ воды 32° R и прибавляют туда горсть горчицы или десертную ложку царской водки (смесь 1 части ac. nitrici и 3 частей ac. hydrochlorici). 117) Rp. Aq. regiaе 50,0. DS. Десертную ложку на ванну. Яд.

Ноги больного опускают в воду до половины голени и держат там 20—30 минут при постепенном подливании горячей воды (температура ванны доводится до 35°). Потом ребенка укладывают в постель, обувши его в шерстяные чулки. Ванну повторяют в случае надобности на следующий день.

Внутрь—средства, способствующие разрешению катарра: сельтерская вода с молоком, щелочи, апоморфин, нашатырь, ипекакуана, например, 118) Rp. Inf. rad. ipesacuanh. 0,12 : 60,0, Ammon. muriat. 0,4—0,6, Syr. simpl. 8,0. DS. Через 2 часа по чайной и десертной ложке (детям 2—6 лет).

Ипекакуана в маленьких дозах способствует отделению слизи и потому относится к числу отхаркивающих и разрешающих средств; в больших дозах она есть средство рвотное. Как отхаркивающее, ипекакуана прописывается в слабых, средних и крепких настоях; для первых берут на унцию воды $\frac{1}{2}$ грана, для средних—1 гран и для крепких—2 грана. Если желают вызвать рвоту, то берут 10 гран на унцию. Все эти настойки без строгой дозировки даются, смотря по возрасту, от $\frac{1}{2}$ чайной (для детей до года) до десертной ложки на прием через 1—2 часа, но если дело идет о рвоте, то через 10 минут до действия.

119) Rp. Inf. rad. ipesac. 0,12 : 60,0, Natri bicarbon. 0,6, Syr. simpl. 8,0. DS. Как и предыдущая. 120) Rp. Apomorph. muriat. cr. 0,015, Aq. destil. 60,0, Ac. muriat. dil. gtt. II, Syr. simpl. 8,0. DS. По чайной ложке через 1—2 часа (детям 3—4).

Апоморфин, будучи введен под кожу, действует как сильное рвотное (достаточно $\frac{1}{30}$ грана), но при внутреннем употреблении хорошо переносятся сравнительно крупные приемы. За среднюю дозу для ребенка можно принять $\frac{1}{24}$ грана pro die или $\frac{1}{120}$ pro dosi на год; например, ребенку 4 лет можно дать в день $\frac{1}{6}$ грана, 12-летнему— $\frac{1}{2}$ грана.

Так как в щелочных и нейтральных растворах апоморфин скоро разлагается и бесцветная микстура получает изумрудно-зеленый цвет, то во избежание этого прибавляют несколько капель соляной кислоты.

При частом сухом кашле, кроме приведенных микстур, употребляются и наркотические, в особенности опий, в виде доверова порошка, и морфин. О дозировке доверова порошка было сказано в главе о поносе; морфин же требует еще большей осторожности; придерживаясь известной таблицы дозировки средств по возрастам, можно было бы считать высшей дозой для детей от 2 до 3 лет $\frac{1}{16}$ грана pro dosi и $\frac{1}{4}$ грана pro die; от 4 до 5— $\frac{1}{12}$ — $\frac{1}{8}$ и т. д., но от таких приемов почти наверное наступит спячка, так как дети очень чувствительны к морфину (и, кажется, только к одному атропину они еще чувствительнее). Осторожности ради следует начинать с гораздо меньших приемов и повышать их постепенно, например:

121) Rp. Morphii acetici 0,05, Aq. destil. 25,0. DS. По 2 капли на каждый год 2—3 раза в день. Значит, для ребенка 5 лет—10 капель (0,004), для 8-летнего—16 капель (0,002).

В случае очень сильно выраженного стеноза гортани—рвотное, но перед рвотным обязательно давать побольше теплого питья.

122) Rp. Pulv. rad. ipescuanh. 1,25, Tartari emetici 0,06, Aq. destil. 45,0, Oxytel. scyl. 15,0. MDS. Через 10 минут по чайной (ребенку 2—3 лет) или десертной ложке до рвоты.

123) Rp. Inf. rad. ipescuanh. per $\frac{1}{4}$ horas e 1,0 ad 25,0, Syr. ipescas. 10,0. DS. Принять половину за раз; если рвоты не последует, то остальное по чайной ложке через 10 минут.

При склонности ложного крупа к возвратам приучать ребенка к холодной воде, для чего, начиная с лета, всякое утро обтирать шею и все туловище водой, сначала 24° , а потом постепенно доходить до 18° .

Катарр гортани хронический развивается большей частью на почве сифилиса или золотухи, а потому необходимо соответственное общее лечение, а также местное лечение обыкновенно сопутствующих катарров носа и носоглоточного пространства.

Полость гортани всего лучше смазывать 2—3% раствором ляписа раз в день:

124) Rp. Argenti nitrici 0,50—0,75, Aq. destil. • 25,0. DS. Мазать гортань раз в день.

К а т а р р желудка см. диспепсия.

К а т а р р кишок см. enterocatarrhus.

К и ш е ч н ы е глисты см. глисты.

К о к л ю ш (pertussis). В некоторых случаях abortивное действие на коклюш оказывает перемена воздуха, хотя бы только за несколько десятков верст от места эпидемии, но и это не всегда помогает.

Выходить на воздух летом можно и должно всем, а зимой— только детям старшего возраста, да и то лишь при умеренной погоде и отнюдь не потеть. Комната больного проветривается обязательно 2 раза в день: утром и на ночь. Во время сна у изголовья кровати вешают тряпку величиной в $\frac{1}{4}$ листа бумаги, смоченную в 3% растворе карболовой кислоты.

128) Rp. Ac. carbolicæ cryst. 3,0, Aq. destil. 100,0. DS. Для дезинфекции воздуха.

Внутри всего чаще употребляются хинин, бромиды, хлоралгидрат, антипилин. После несколькихдневного употребления одного средства переходят обыкновенно к другому и возвращаются к тому, которое оказывало наилучшее действие.

Хинин дается 2 раза в день по столько гран, сколько больному лет, в течение 4—5 дней.

129) Rp. Chinini muriatici 0,25. D. t. dos. N. 8. S. Утром и вечером по порошку (ребенку 4 лет).

Бромистые препараты назначаются в постепенно восходящих дозах от 0,1 до 0,3 на год pro die в 4 приема (следовательно, от 0,03 до 0,10 г на год на прием), например:

130) Rp. Ammon. bromati 4,0, Aq. destil. 90,0. DS. По десертной ложке 4 раза в день (ребенку 10 лет; через несколько дней доза доводится до столовой ложки 4 раза в день).

Если в одной микстуре прописывается несколько бромистых препаратов, то их общая доза не должна превышать указанного, т. е.

131) Rp. Ammon. bromati, Kalii brom. aa 2,0, Aq. destil. 90,0. MDS. Как предыдущая. Для устранения дурного вкуса всего лучше в рюмке сельтерской воды.

Хлоралгидрат употребляется то как успокоительное, то как снотворное средство.

В первом случае его дают 0,05—0,10 на прием на годили С,3 на год pro die, и как снотворное—сразу дневной (pro die) прием. (Высшая доза для взрослого—6,0.)

132) Rp. Chlor. hydrati cryst. 4,0, Aq. destil. 90,0, Syr. simpl. 1С,0. MDS. 4 раза в день по десертной ложке (ребенку 4—5 лет).

При коклюше, как кажется, лучше действует кротон-хлоралгидрат (croton-chloral-hydrat, s. butil-chloralum-hydratum), доза которого должна быть в 4 раза слабее предыдущего, т. е. его дают от 0,008 до 0,015 на год на прием и до 0,05—0,10 на год pro die. Так как он трудно растворяется в воде, но легко в спирте и глицерине, то с ними и прописывается, например:

133) Rp. Croton-chlor.-hydr. 2,0, Glycerini, Aq. destil. aa 45,0, T-rae cardamon. comp. 15,0. MDS. По чайной и десертной ложке 4 раза в день (детям от 4 до 8 лет), или: 134) Rp. Croton-chlor.-hydr. 2,0, Glycerini 15,0, Aq. destil. 75,0, Syr. aurant. 15,0. DS. Как предыдущее.

Антипирин рекомендуется при коклюше по столько дециграммов в день, сколько больному лет, в 3 приема, или по столько центigramмов, сколько больному месяцев (для детей на первом году жизни), например:

135) Rp. Antipyridini или phenocol. muriat. 0,3. D. t. dos. N. 12. S. Три порошка в день (ребенку 10 лет). 136) Rp. Antipyridini 0,03, Sacchari 0,1. M. f. pulv. D. t. dos. N. 12. S. Три порции в день (ребенку 10 месяцев). Во многих случаях хорошо действует при коклюше phenocolum muriat. в тех же дозах, как антипирин. При коклюше иногда хорошо действуют паровые ингаляции 1—2% раствором салицилового и бромистого натрия: 137) Rp. Natrii salicylici, Natrii bromati aa 2,0, Aq. destil. 180,0. DS. Для вдыхания 3 раза в день в количестве столовой ложки. В очень тяжелых случаях коклюша следует испытать смазывание зева 4% раствором кокаина 3 раза в день и внутрь морфин (см. каттарр гортани).

К о л и к а см. диспепсия.

К о н в у л ь с и и см. эклампсия.

С о н д и л о м а т а с i g с а а п и т. Общее противосифилитическое лечение и присыпка кондиломы порошком каломеля после предварительного смазывания ее aq. chlori.

С о г у з а (насморк). В остром периоде—2% раствор кокаина.

К о р ь. Лечение симптоматическое, главным образом против. кашля (см. бронхиальный катарр).

Straniotabes см. rachitis.

Краснуха не требует лечения.

Кровавый понос см. dysenteria.

Кровавая моча см. nephritis.

Крапивница. Обратить внимание на состояние желудочно-кишечного канала; если хроническая крапивница сопровождается запором, то всего лучше рыбий жир. При периодически повторяющейся сыпи—хинин; если причина болезни не может быть определена, то эмпирически дают то бромистые препараты, то щелочные воды, то антипириин.

Круп гортани ложный см. катарр гортани.

Круп гортани настоящий (laryngitis cruposa). Все средства (пары, отхаркивающие, рвотные), показанные при ложном крупе, уместны и здесь, но всего лучше подкожное введение противодифтеритной сыворотки, как изложено при дифтерии зева. Если нельзя достать сыворотки, то следует прибегнуть к ртутному лечению.

Ртутные препараты назначаются и внутрь, и снаружи в виде мази. 135) Rp. Hydr. muriat. cor. 0,03, Aq. destil. 180,0, Syr. simpl. 25,0. DS. По $\frac{1}{2}$ —1 чайной ложке через 3 часа (ребенку 1—6 лет) или 136) Rp. Calomelanos 0,005, Sacchari 0,2. M. f. pulv. D. t. dos. N. 12. S. Через 2—3 часа по порошку, а для наружного употребления мазь: 137) Rp. Ung. hydrarg. cinerei 0,6 (ребенку 4—6 лет), 1,0 (ребенку 7—10). D. t. dos. in charta cerata N. 12. S. Втирать по пакету через 2 часа в разные места тела.

Лечение втираниями продолжается не более 2—3 дней, так как иначе может наступить отравление в виде острой анемии, упадка сил, кровоподтеков.

Если и это не помогает, то подкожные впрыскивания в область гортани 2% раствора карболовой кислоты по $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ и целому шприцу, смотря по возрасту, раз в день.

Если при резко выраженном стенозе гортани было дано рвотное, облегчившее больного, то при новом ухудшении оно может быть повторено; когда перестанет помогать, то при резко выраженном стенозе остается приступить к трахеотомии или к интубации гортани.

Laryngitis см. катарр гортани.

Laryngospastus. Спазм голосовой щели развивается преимущественно на почве рахитизма или малокровия, а потому необходимо соответственное причинное лечение (см. рахитизм); из симптоматических средств лучше всего препараты брома; ребенку

6 месяцев 1—2 грана на прием раза 3—4 в день, годовалому— вдвое больше.

141) Rp. Kalii bromati 2,0, Aq. destil. 90,0, Syr. simpl. 10,0. MDS. 4 раза в день по чайной—десертной ложке (ребенку 5—12 месяцев). При часто повторяющихся приступах (по несколько раз ежедневно) вместе с бромом дают мускус: 142) Rp. T-rae moschi 10,0. DS. По 5—10 капель через 3 часа (ребенку 6—12 месяцев). При размягченном затылке обтирать голову несколько раз в день губкой, смоченной водой комнатной температуры.

Лентец широкий см. глисты кишечные.

Лейкемия. Общее укрепляющее лечение питательной пищей и воздухом; из лекарств—мышьяк. 143) Rp. Liq. arsenicalis Fowleri 5,0, T-rae chinae compos. 45,0. DS. По 5 капель на прием 3 раза в день, постепенно восходя до 10 капель и до 15. 144) Rp. Ac. arsenicosi 0,06, Ferri hydrogenio reducti 1,25, Extr. trifol. q. s. ut i. pil. N. 60. Consp. lycor. DS. По 1—2 пилюли 2 раза в день после еды.

Лихорадка болотная см. перемежающаяся лихорадка.

Ложный круп см. катарр гортани.

Летний понос см. enterocatarrhus acutus.

Mastitis neonatorum. При груднице новорожденных, в периоде набухания грудей—согревающие компрессы, в периоде нагноения—разрез и сухая перевязка салициловой (не карболовой!) ватой.

Melaena neonatorum. Покойное положение, холодные компрессы на живот. 145) Rp. Liq. ferri sesquichlor. Glycerini aa 5,0. DS. По 1 капле через 2—3 часа. 146) Rp. Extr. secal. cornuti aq. 1,25, Aq. destil. 90,0. Syr. 10,0. DS. Через 2 часа по чайной ложке не больше двух дней.

Meningitis simplex et cerebrospinalis. Простое и эпидемическое воспаление мозговых оболочек. Абсолютный покой; в первом периоде при упорной рвоте только жидкая пища чайными ложками и непременно со льда. Пузырь со льдом на голову; у детей старшего возраста—пиявки за уши (по числу лет), слабительное и по случаю рвоты всего удобнее каломель, не требующий больших доз (по 0,015—0,03—0,06, смотря по возрасту, через час до действия). При большом беспокойстве—natrium bromat. внутрь (см. коклюш) или морфин под кожу, например: 147) Rp. Morphii acetici 0,10, Aq. destil. 10,0. DS. 5 капель под кожу (ребенку 5—10 лет). Или хлоралгидрат в клистире в той же дозе, как и для внутреннего употребления, т. е. по 0,05 на каждый

год. Далее, полезны отвлекающие в виде, например, мушки на нижнюю часть задней поверхности шеи (детям 4—5 лет) величиной в $\frac{1}{2}$ карты.

148) Rp. Empl. vesicator. q. s. extr. supra linteam, Magn. $\frac{1}{2}$ chartae lusoriae consperge camphora, margin. empl. adhaes. obduc. DS. Мушка. Мушка, посыпанная порошком камфоры, нарывает почти без боли; держать ее 8—12 часов. В периоде ослабления острых припадков—иодистый калий с возбуждающими.

149) Rp. Inf. rad. valerian. 1,0—2,0 : 90,0, Kali hydrojodici 1,25. DS. По десертной или чайной ложке (смотря по возрасту) через 2 часа.

Meningitis tuberculosa. В первом периоде, пока есть рвота, глотание льда или холодной воды, лед на голову, salomel pro laxans. Позднее иодистый калий внутрь и мазь с иодоформом для втирания в голову, коротко остриженную. Для устранения неприятного запаха иодоформа к мази прибавляют Ol. eucalypti, кофе жженный и др., например:

150) Rp. Jodoformii 4,0, Coffeae tostae pulv. 2,0, Lanolini 30,0, Axung. porcii 4,0. DS. Втирать в голову 2 раза в день в количестве чайной ложки наравне с краями (грудному — $\frac{1}{2}$ чайной ложки).

Мигрень см. головная боль.

Мочевой пузырь, катарр его см. болезненное мочеиспускание.

Наследственный сифилис (syphilis congenita). Лечение ведется или внутренними приемами ртутных препаратов (всего лучше каломеля, у детей старшего возраста—сублимата), или ваннами с сублиматом (если постоянная диспепсия и катарр кишок мешают давать каломель, а ссадины на коже препятствуют лечить втираниями), или серой мазью.

Каломель назначается некоторыми в довольно больших дозах, например, по 0,015—0,02 два раза в день, но нет никакой надобности прибегать к таким приемам, могущим вредно действовать на кишки, когда цель достигается и меньшими дозами, например, 0,008 pro die.

151) Rp. Calomelanos 0,008, Sacchari C, 2. M. f. pulv. D. t. dos. N. 8. S. По 1 порошку в день. Так как сифилитики бывают обыкновенно малокровны, то полезно комбинировать каломель с маленькими приемами железа, например, 0,05 pro die ferri carbon. sacch. или 0,03 ferri lactici.

152) Rp. Calomelanos 0,06, Ferri carbon. sacch. 0,4, Sacchari 4,0. M. f. pulv. div. in p. aeq. N. 12. S. По 1 порошку 2 раза в день.

При рецидивах сифилиса у детей нескольких лет отроду хорошо переносится сулема в малых дозах, например:

153) Rp. Hydrarg. muriat. corros. 0,06, Aq. destil. 90,0, Syr. simpl. 10,0. MDS. По чайной ложке раз в день после еды. Для ванн сублимат прописывается обыкновенно с нашатырем, который способствует его растворению; на каждую ванну берут 15—30 гран сублимата, смотря по величине ванны (приблизительно по 5 гран на ведро воды).

154) Rp. Hydrarg. muriat. corros. 2,0—4,0, Ammon. muriat. 8,0, Aq. destil. 100,0. MDS. На две ванны (при многочисленных мокнущих местах на коже), по одной ежедневно в 27—28° R.

155) Rp. Ung. Hydrarg. ciner. 0,3. D. t. dos. in charta cerata N. 12. S. Втирать по пакету в день в разные места тела (при слабом пищеварении, а также в случаях, требующих более энергичного лечения). Энергичное лечение втираниями вызывает у маленьких детей развитие острого малокровия, а иногда и геморрагический диатез; более взрослыми детьми втирания переносятся легче; к ним следует прибегать во всех случаях, когда желательно по возможности поскорее устранить какой-либо опасный симптом, например, iritis, stenosis laryngis, мозговые припадки.

При сифилитическом насморке и сифилитическом поражении рта и зева слизистые оболочки этих мест смазываются 1—2 раза в день раствором сублимата:

156) Rp. Hydrarg. muriat. cor. 0,06, Aq. destil. 30,0—60,0. MDS. Наружное. Кондиломы и язвы circa anam присыпаются каломелем per se.

157) Rp. Calomelanos 4,0. DS. Присыпать кисточкой 2 раза в день. В случае больших кондилом для усиления действия присыпки кондилома смачивается непосредственно перед приложением каломеля хлорной водой.

158) Rp. Aq. chlori 30,0. DS. Наружное. В таком случае каломель сейчас же переходит в сулему, которая и действует in statu nascendi.

Ртутное лечение продолжается до полного исчезания припадков сифилиса (недели 2—3), потом дают железо по случаю остающейся анемии. При рецидивах прибегают снова к каломелю, но если дело идет о втором или третьем возврате, то лучше перейти к иоду:

159) Rp. Kalii iodati 1,0—2,0, Aq. destil. 90,0, Syr. simpl. 10,0. MDS. По чайной ложке 3 раза в день (ребенку $\frac{1}{2}$ —2 лет).

160) Rp. Ferri iodati sacch. 0,03—0,06, Sacchari 0,2. M. f. pulv. D. t. dos. N. 12. S. По 1 порошку 3 раза в день (ребенку от $\frac{1}{2}$ до

2 лет). При явлениях застарелого сифилиса (*periostitis, caries, gummata, ulcera cutanea*) тоже иод или циттманов декокт, или простой декокт сарсапариллы, составляющей главную составную часть циттмановского средства.

161) Rp. D-ti Zittmanni mit. 90,0. DS. Пить в холодном виде на ночь.

Слабый декокт Zittmann'a не содержит в себе александрийского листа и потому не слабит. Если желательнее иметь этот отвар без примеси ртути, то выписывается:

162) Rp. D-ti sarsaparillae comp. mit. 90,0. DS. Как предыдущий.

При домашнем приготовлении декокта сарсапариллы берут десертную ложку *radicis sarsaparillae* на чашку кипятка, дают постоять на самоваре и потом пьют в теплом виде. Обязательно сидеть дома, за исключением летних жарких дней.

Н а с м о р к см. согуза.

Nephritis acuta. При остром воспалении почек пребывание в постели обязательно. Диета тем строже, чем меньше мочи и чем она насыщеннее; в большинстве случаев лучшей пищей можно считать молоко, но при слишком малом количестве мочи (например, если по числу лет ребенка на год приходится не более 30 грм) — только слизистые супы и вода.

При очень остром начале нефрита (лихорадочное состояние до 39—40°, мочи мало, но она богата кровью) — сухие или (у крепких детей) кровяные банки на поясницу, столько штук, сколько больному лет или несколько меньше; внутрь *laxans (calomel., особенно при наклонности к рвоте; inf. laxat. Wien.)*, потом *digitalis*.

163) Rp. Calomelanos 0,015—0,06, смотря по возрасту, Sacchari C, 2. D. t. dos. N. 6—8. S. Через час по порошку до действия.

164) Rp. Inf. laxat. Wien. 90,0. Syr. rubi idei 10,0. DS. Через 2 часа по чайной, десертной, столовой (смотря по возрасту) ложке до действия.

165) Rp. Inf. hb. digitalis purpur. 0,2—90,0, Liq. kali acetici 2,0, Syr. simpl. 10,0. DS. До 4 лет по чайной, старшим — по десертной ложке через 2 часа.

Если количество крови невелико, но мочи мало и она мутна, то щелочи:

166) Rp. Cremoris tartari 2,0, Aq. destil. 90, 0, Syr. simpl. 1C, 0. MDS. Через 1—2 часа по чайной или десертной ложке.

При нефритах не следует терпеть запоров; кремортартар действует не только мочегонно, но и слегка послабляет. Если, несмотря

на то, при употреблении его больной все-таки страдает запорами, то лучше:

167) Rp. Natri sulphurici 2,0, Aq. destil. 90,0. DS. Как предыдущее.

Для питья: Эмс (Кренхен) по 1—1½ стакана в сутки, Виши и т. п.

В позднейшем периоде нефрита, когда моча отделяется в достаточном количестве, но содержит кровь и много белка, дают легкие вяжущие или полуторахлористое железо (но не вместе), а также спорынью.

168) Rp. D-ti fol. uvae ursi. 4,0—8,0 : 90,0, Syr. simpl. 10,0. DS. Через 1—2 часа по чайной или десертной ложке. 169) Rp. Liq. ferri sesquichlorati gtt. XII. Aq. 30,0, Syr. simpl. 10,0. DS. По чайной, десертной, столовой ложке 4 раза в день после еды (смотря по возрасту). 170) Rp. Inf. secal. cornuti 2,0 : 90,0, Syr. simpl. 10,0. DS. По чайной или десертной ложке через 2 часа.

При водянке—горячие ванны (в случае лихорадочного состояния лучше заворачивание в мокрые простыни и шерстяные одеяла): больного сажают в 29° R воду и постепенным прибавлением горячей воды в течение 20—30 минут доводят ее до 31° R, потом оставляют на 1—2 часа в теплом одеяле. Ванны повторяют ежедневно.

При уремии (головная боль, рвота, судороги)—холод на голову, заворачивание в мокрые простыни и одеяла (или горячие ванны), слабительные (calomel, inf. laxat. W.), пиявки за уши (столько штук, сколько больному лет), не поддерживая кровотечения, во время судорог вдыхание хлороформа.

Если при судорогах пульс остается полным, то подкожное впрыскивание пилокарпина:

171) Pilocarpini muriat. 0,06, Aq. destil. 4,0. DS. Впрыскивать под кожу по столько капель, сколько больному лет.

Если уремия протекает с симптомами упадка деятельности сердца (слабый пульс, похолодание конечностей, легкий цианоз), то инъекции пилокарпина, равно как горячие ванны и пиявки, противопоказаны; здесь уместны возбуждающие (см. детская холера).

Но м а см. болезни рта.

Н о с о в о е к р о в о т е ч е н и е (epistaxis). Холодные компрессы на переносицу и на затылок; введение в нос ватного тампона, смоченного раствором полуторахлористого железа:

172) Rp. Liq. ferri sesquichlor. 4,0, Aq. destil. 50,0. DS. Наружное. Если через 2 минуты кровотечение не останавливается, то

тампон заменяется новым. В случае очень упорного кровотечения—тампонация всего нижнего носового прохода посредством беллюковского зонда.

Для предотвращения частых повторений кровотечений: не ходить по солнцу с открытой головой и почаще освежать голову водой; при малокровии—*liq. ferri sesquichl.* внутрь по $\frac{1}{2}$ —3 капли, смотря по возрасту, 3 раза в день после еды. При кровотечениях, повторяющихся периодически,—хинин. Часто носовые кровотечения обуславливаются небольшими ссадинами, сидящими большей частью на носовой перегородке; в таких случаях лучшим средством будет прижигание ссадин ляписом.

Ночной испуг см. *avor nocturnus*.

Ночное недержание мочи см. *enuresis nocturna*.

O b s t r a t i o см. привычный запор.

O e d e m a g l o t t i d i s. При отеке гортани не следует терять много времени на слабительные и отвлекающие, гораздо действительнее хирургическая помощь в виде насечек отекающей слизистой оболочки или трахеотомия.

O e d e m a p u l m o n i s. При отеке легкого показаны возбуждающие, отвлечения на кожу и кишки; при пороках сердца—дигиталис или строфант.

173) *Liq. ammon. anis.*, *Aether. sulphur.* \overline{aa} 5,0. *DS.* Через $\frac{1}{2}$ часа по 5 капель. 174) *Rp. Camphor. trit.* *C.* 0,03—0,06. *Sacch.* 0,2. *D. t. dos. N.* 12. *S.* По порошок через 2 часа. 175) *Rp. Camphor.* 0,5, *Spir. vini, Aq. destil.* \overline{aa} 5,0. *DS.* Впрыскивать под кожу по $\frac{1}{2}$ —1 шприцу. 176) *Rp. T-rae strophanti* 5,0. *DS.* По 4—5 капель на прием, смотря по возрасту, через 2 часа. 177) *Rp. Inf. hb. digitalis* 0,2—90,0, *Syr.* 12,0. *DS.* Через 2 часа по чайной—десертной ложке.

O x u r i s v e r m i c u l a r i s см. глисты.

O n y c h i a. При язвенном воспалении ногтевого ложа с вонючим сукровичным отделяемым лучшим средством является присыпка порошком *plumbi nitrici* один раз в день, не отделяя струпа или корочки, образовавшейся после предыдущей присыпки.

O r c h i t i s. После паротита скоро проходит при покойном положении больного с приподнятой *scrotum* (под нее подкладывается подушечка).

O с п а. В видах предохранения—отделение заболевшего от здоровых и прививка последним вакцины. Лечение симптоматическое.

Для уменьшения нагноения рекомендуется ксилол: 178) *Rp. Xyloli* 1,25—4,0, *Aq. foeniculi, Syr. menth. pp.* \overline{aa} 30,0, *Vini ma-*

лас. 60,0. MDS. Через 1—2 часа по чайной—десертной ложке (детям от года до 10 лет). Можно прописывать ксилол и прямо в каплях: 179) Rp. Xyloli puri 15,0. DS. По столько капель, сколько больному лет, в вине, через 2—3 часа. Следует начинать прием как можно раньше, т. е. как только выяснится диагностика оспы.

Для предотвращения рябин—холодные компрессы на лицо или прикладывание на полотно *ung. grisei* или 180) Rp. *Ac. carbol.* 3,0, *Ol. provinc.* 40,0, *Sret. optim. trit. albae* 60,0. M. f. *pasta*. S. Прикладывать на лицо на тряпочке.

Острые лихорадочные болезни. Постельное содержание, забота о чистоте воздуха и постели, холодный компресс на голову, для питья свежая вода, лимонад; диета из жидкой пищи (суп и молоко). При всех заразительных болезнях—строгая изоляция.

Острый сочленовный ревматизм (*rheumatismus articulorum acutus*). Благоприятное, а иногда прямо обрывающее влияние на ревматизм оказывают салициловый натрий, антипирин и фенацетин.

Natrum salicylicum назначается детям на прием в количестве столькох гран, сколько больному лет, 4 раза в день, до явного ослабления боли в сочленениях и лихорадки, потом в половинных приемах еще несколько дней. Ввиду склонности к возвратам больной должен оставаться в постели по крайней мере дня три после полного прекращения боли. Прописывается салициловый натрий в порошках, облатках или в растворе.

181) Rp. *Natri salicylici* 0,3—0,6. D. in caps. *amylac. t.* dos. N. 12. S. По 1 облатке 4 раза в день (ребенку 5—10 лет).

182) Rp. *Natri salicylici* 2,0—4,0, *Aq. destil.* 90,0, *Syr. rubi idei* 10,0. DS. По столовой ложке 4 раза в день (ребенку 5—10 лет).

Антипирин и фенацетин дают в дозах, вдвое меньших сравнительно с салициловым натрием, тоже 4 раза в день.

Местное лечение состоит в смазывании пораженных сочленений хлороформным маслом и укутывании ватой.

183) Rp. *Chloroformi* 15,0, *Ol. provinc.* 60,0. DS. Наружное.

То же лечение и при остром мышечном ревматизме, например при *torticollis rheumatica*, но, кроме внутренних средств, еще и массаж пораженных мышц.

Отек гортани и легких см. *oedema*.

Otitis. В случае острого воспаления ушей с сильными болями впускать в наружный слуховой проход теплое масло *per*

се или с морфином или раствор кокаина. 184) Rp. Ol. amygdal. dulc. 10,0, Morphii acetici C,02. DS. Вливать в ухо в подогретом виде $\frac{1}{2}$ чайной ложки. 185) Rp. Cocaini muriat. C,2, Aq. destil. 4,0. DS. Вливать в ухо по несколько капель. В периоде появления течи спринцевание уха 3% раствором борной кислоты, впускание в ухо нескольких капель 5% и даже 10% раствора карболовой кислоты в глицерине (водные растворы такой крепости не могут быть употребляемы, ибо сильно жгут). В случае недостаточного стока отделяемого—расширение отверстия в барабанной перепонке.

П а д у ч а я б о л е з н ь см. epilepsy.

П а р а л и ч д е т с к и й см. детский паралич.

П а р а л и ч д и ф т е р и т и ч е с к и й — укрепляющее лече-ние питательной диетой и воздухом. Внутрь или под кожу препараты стрихнина. См. angina diphtheritica.

Р а г а р h i m o s i s. Вправление головки после предвари-тельного сдавления ее пальцами (чтобы устранить отечное состоя-ние ее и тем уменьшить объем ее). Если вправление не удастся, то следует разрезать ущемляющее кольцо. После вправления—примочки из aq. Gulardi.

Р а г о t i t i s e p i d e m i c a. Лечение выжидательное; для благоприятного течения достаточно сухой теплоты и смазывания опухоли камфорным маслом или иодистой мазью.

Р а в о г п о с т у r n u s. Детей, склонных к ночному испугу, не следует возбуждать рассказами страшного содержания. При анемии и общей нервозности соответственное общее лечение. Симптоматически против испуга хинин на ночь по столько гран, сколько больному лет.

Р e l i o s i s r h e u m a t i c a см. пурпура.

Р e m p h i g u s n e o n a t o r u m. Присыпка каломелем per se.

Р e m p h i g u s s y p h i l i t i c u s. Общее антисифилитическое лечение и та же присыпка каломелем.

П е р е м е ж а ю щ а я с я или болотная лихорадка (febris intermittens). В видах предохранения не следует позволять детям спать на земле. Во время приступа—постельное содержание, холод на голову, кислое питье. Для предотвращения возврата пароксизма—chininum muriat. или sulph. в порошках, облатках или в растворе за 4—6 часов до начала пароксизма в количестве столько гран, сколько больному лет, в два приема, например: 186) Rp. Chinini muriat. C,2. D. in caps. amyl. t. dos. N 6. S. По 1 облатке в 9 и 11 часов утра (ребенку 6 лет).

Хинин по причине горького вкуса не только неохотно принимается детьми, но даже сплошь и рядом извергается рвотой, а потому можно считать существенным прогрессом в терапии интермиттента изобретение euchinin'a, который, будучи безвкусным, действует как хинин, но только несколько слабее, так что доза его должна быть в полтора раза больше. Сервокислая и хлористоводородная соли эйхинина не имеют перед хинином никаких преимуществ, ибо они также горьки.

Если после прекращения пароксизмов остается опухоль селезенки, то для предотвращения возвратов необходимо продолжать хинин в половинных дозах в течение некоторого времени (иногда до трех недель) до исчезания опухоли селезенки.

Если под влиянием хинина селезенка не уменьшается больше, то дают его вместе с пиперином: 187) Rp. Piperini 1,25—2,5, Chin. pur. 4,0, Extr. trif. q. s. ut f. pil. N. 60. Consp. lycor. DS. По 1 пилюле 3—4 раза в день (ребенку 5—8 лет) или переходят к мышьяку. 188) Rp. Liq. arsen. Fowl. 4,0, Elix. viscer. Hoff. 15,0. DS. По 5 капель 3 раза в день, прибавляя каждый день по капле на прием до 15 капель. В некоторых случаях, не уступающих хинину, лихорадка прекращается иногда от настойки подсолнечника. 189) Rp. T-rae helianthi an. 30,0. DS. Грудному 20 капель, старшим детям по чайной ложке 4—6 раз в день в ложке воды.

П е р е п р е л о с т ь (intertrigo). 190) Rp. Amyl. trit. 30,0, Flor. zinci, Magister. bismuthi aa 4,0—8,0. DS. Присыпка. При этом надо закладывать в перепревающие складки кожи кусочки сухой корпии или гигроскопической ваты. 191) Rp. Hydr. muriat. cor. 0,05, Aq. destil. 150,0. DS. Примочка (комоч ваты, смоченной этой примочкой, закладывается в перепревающую складку кожи). Очень быстро действующее и верное средство.

P e r i c a r d i t i s. Холодные компрессы и мушки на область сердца. В позднейших периодах—мочегонные и питательная диета, согревающие компрессы, дигиталис. 192) Rp. Inf. hb. digit. e 0,2—90,0, Liq. kali acet. 2,0, Syr. 10,0. DS. Через 2 часа по чайной—десертной ложке.

P e r i t o n i t i s a c u t a, p e r i t y p h l i t i s—абсолютный покой и строжайшая диета; глотание льда и ледяные компрессы на живот; пиявки в месте наисильнейшей боли в количестве столько штук, сколько больному лет; внутрь опий до наркоза:

193) Rp. T-rae opii simpl. 4,0. DS. Через час по столько $\frac{1}{2}$ капель, сколько больному лет, до наступления сна. При значительном сужении зрачков с лекарством следует приостановиться.

Лечение холодом и опием продолжается до тех пор, пока есть живая боль и лихорадка; потом согревающие компрессы. Слабительные и клистиры, несмотря на запор, противопоказаны; они могут иметь место только тогда, когда нет явных признаков воспаления, но есть признаки скопления фекальных масс в слепой кишке, т. е. при так называемой typhlitis stercoralis.

Peritonitis chronica. Питательная диета, вино, постельное содержание. Согревающий компресс на живот, втирание мази:

194) Rp. Kalii jodati 1,25, Jodi puri 0,12, Axung. porcī 30,0. DS. Втирание в живот 2 раза в день. Внутрь иодистый калий по 1—2—3 гр. на год. 195) Rp. Kalii jodati 2,0, Aq. destil. 90,0. MDS. По десертной ложке 4 раза в день (ребенку 5—10 лет). Если позволяет желудок, то иодистое железо: 196) Rp. Syr. ferri jodati Syr. simpl. āā 15,0. MDS. По столько капель, сколько больному лет, а если переносится, то вдвое больше, 3—4 раза в день.

Perussis см. коклюш.

Pleuritis. Против болей—мушки, а у крепких детей—пиявки и против кашля—*parosita*, согревающий компресс (область пузыря от мушки прикрывается под компрессом тряпчатой, смазанной спуском). В периоде всасывания экссудата—повторные мушки, питательная пища и вино. При гнойном экссудате—разрез грудной клетки. Что касается до прокола, то он показан лишь в начальном периоде болезни, именно при чрезмерно быстром накоплении экссудата, когда больной не успевает приспособиться к уменьшению дыхательной поверхности легких и вследствие этого страдает одышкой, угрожающей жизни.

В случаях идиопатического, так называемого простудного серозного плеврита всего лучше с самого начала назначить салициловый натрий, примерно 0,2—0,25 pro die на год, т. е. ребенку 10 лет 2,0 pro die, 5-летнему 1,0—1,25 и т. д.; результат в смысле прекращения лихорадки, улучшения самочувствия и боли должен проявиться к концу недели.

Pneumonia catarrhalis см. бронхопневмония.

Pneumonia supurosa. Лечение выжидательно-симптоматическое. При чрезмерном повышении температуры—жаропонижающие, например, фенадетин, антипирин и антифебрин, лучше всего первый, как менее вредный для сердца и потому в средних дозах не производящий коллапса. Дозы фенадетина те же, что и антипирина, а антифебрин дается во вдвое меньших приемах. Первые два—в день по столько дециграммов, сколько больному лет, в три приема, но для избежания могущего быть кол-

лапса перед каждым новым приемом следует измерять температуру и давать средство лишь в случае, если она окажется выше 39,5°; впрочем, можно обходиться и без жаропонижающих.

197) Rp. Phenacetini 0,3. D. t. dos. N 6. S. По 1 порошку 3 раза в день, если температура не понизится ниже 39° (ребенку 10 лет).
198) Rp. Antifebrini 0,12, Sacchari 0,2. M. f. pulv. D. t. dos N. 6. S. Как предыдущее (ребенку 8 лет).

Против сухого кашля—*narcotica* (см. laryngitis), при боли в боку—согревающий компресс, горчичники. При слабом пульсе—вино и другие возбуждающие: валериана, liq. ammon. anis., camphora, мускус.

П о ч е с у х а см. зуд кожи.

П о ч е ч н ы й п е с о к. Диета смешанная, не объедаться, поменьше хлеба и вообще мучных и сладких вещей; вино запрещается абсолютно так же, как и все кислое, кроме фруктов. Внутрь щелочи, например воды Виши, по несколько столовых ложек в день в прожемутокх между едой.

П р и в ы ч н ы й з а п о р. Причинное лечение у грудных детей мало доступно, так как мы не можем существенным образом изменить свойства женского молока, если только не желаем прибегать к крутой мере, т. е. к перемене кормилицы. В некоторых случаях причинному показанию хорошо соответствует перемена диеты кормилицы: иногда запор у грудного ребенка быстро исчезает, например после того, как кормилица начинает ежедневно съедать после завтрака и после обеда по кислому яблоку; в других случаях причинное лечение требует методического лечения запора у кормилиц (мощион, диета).

Если причину запора предполагают в слишком хорошем усвоении грудного молока, то назначают, как прикорм, коровье молоко или сливочную смесь, также бульон или простую воду натошак в количестве столовой ложки.

При торпидности кишечной мускулатуры надо лечить рахитизм или малокровие, служащие причиной торпидности, а внутрь дают в таких случаях или горькие капли (Elix. robor. Whytt. по столько капель, сколько ребенку месяцев, 3 раза в день), или рыбий жир (см. рахитизм). При сужениях ani причинное лечение требует операции (кровоавое или бескровное методическое расширение ануса). При недостатке грудного молока—прикармливание или перемена кормилицы.

Запор, вследствие раннего или слишком обильного употребления мучной пищи, требует изменения диеты.

Запор у рожковых детей и у недавно отнятых, зависящий от чрезмерного употребления молока, всего лучше уступает назначению разнообразной пищи, а если ребенок упорно отказывается от всего и питается только молоком, то надо разводить молоко пополам водой, а ночью совсем не давать молока.

Причинное лечение привычного запора у старших детей требует, смотря по обстоятельствам, лечения малокровия, золотухи, устранения пищи, дающей много кала (хлеб, картофель). При запорах, сопровождающих трещину заднего прохода, для устранения боли при испражнении надо смазывать трещину мазью с кокаином. 199) Rр. Cocaini muriatici 0,5, Vaselini 5,0. DS. Поддерживать мягкую консистенцию испражнений посредством легких слабительных, например подофиллином или каскарой. Эти же два средства всего уместнее при хронических запорах вообще, так как их удобно дозировать, и организм не только не привыкает к ним, но даже действие их при продолжительном употреблении как бы усиливается.

Podophyllum прописывается в спиртном растворе или в порошке в таком расчете, чтобы на год приходилось бы не более 0,005 грана на прием, например: 200) Rр. Podophyllini 0,10, Sacchari 2,0. M. f. pulv. Div. in p. aeq. N. 10. S. По 1 порошку на ночь (для ребенка 2 лет).

Порошок дается на ночь, а действие должно быть утром, а если нет, то или дают другой порошок, или ставят клистир, а вечером дают полтора порошка сразу и таким образом увеличивают прием до тех пор, пока не получится киселеобразный стул. Тогда приостанавливаются с порошками до тех пор, пока опять не пройдет целых суток без послабления и когда, следовательно, надо дать на ночь опять тот прием подофиллина, до которого дошли.

Каскара употребляется исключительно в виде жидкого экстракта, т. е. в каплях.

201) Rр. Extr. fluidi cascarae sagradae 10,0. DS. По 20 капель на прием (ребенку 5 лет).

Доза для начала по 4 капли на год; подобно подофиллину, это средство действует тоже медленно, и потому всего удобнее назначать его на ночь, а если нет результата, то ставят клистир и вечером дают полуторный прием.

При запорах у грудных детей всего лучше прибегать к методическим клистирам с соблюдением следующих правил: 1) ставить клистир ежедневно и всегда в одно и то же время; 2) клистир не должен быть меньше 6 столовых ложек (чтобы не всасывался при

малой чувствительности кишок); 3) температура его от 22 до 18° R; 4) содержимое клистира—простая вода. Обыкновенно после нескольких дней такого лечения ребенок начинает кое-когда мараться без клистира; в такие дни клистир не ставится.

Полезен также *массаж живота*.

Из внутренних средств рекомендуются рыбий жир по $\frac{1}{2}$ чайной ложки 2 раза в день, именно у худощавых рахитиков, или:

202) Rp. T-rae chinae compos., T-rae rhei vinos. āā 4,0. DS. По столько капель, сколько ребенку месяцев (для тучных детей).

В случаях острого случайного запора у детей старшего возраста всего чаще употребляется касторовое масло (детям до года $\frac{1}{2}$ чайной ложки, до 2—3 лет—чайная, потом десертная и 10-летним—столовая), венское питье, ревеня.

203) Rp. Inf. fol. senn. compos. 60,0, Syr. mannae (s. simpl.) 8,0. MDS. Через 2 часа по чайной или десертной ложке до действия (детям 2—6 лет). 204) Rp. T-rae rhei aquos. 15,0, Aq. destil. 45,0, Syr. simpl. 8,0. MDS. Через 2 часа по чайной ложке до действия (ребенку 1—2 лет).

Преимущественно при запорах в начале остролихорадочных болезней, а также при воспалении почек и при судорогах (эклампсия) рекомендуется каломель в сравнительно больших дозах (см. д и з е н т е р и ю).

Prolapsus recti. Причинное лечение, смотря по обстоятельствам: устранение запора или натужного поноса, или сильного кашля. Вправление. Испражняться стоя или лежа. Клистиры по разу в день из холодной воды или из раствора таннина.

205) Rp. Tannini C,6, Aq. destil. 50,0. DS. 2 столовых ложки на клистир.

Внутри препараты nucis vomicae: 206) Rp. T-rae nucis vom. 5,0. DS. По 1—3 капли 3 раза в день (детям 1—5 лет). 207) Rp. Extr. nucis. vom. aq. C,06—0,12, Emuls. amygd. dulc. 90,0. MDS. Через 3 часа по десертной ложке (ребенку 2—5 лет).

Экстракт рвотного ореха бывает в двух видах: водный и спиртовой; первый втрое слабее второго. Extr. nuc. vom. aquos. считается в 5 раз сильнее, чем тинктура, следовательно, pro die его можно давать на каждый год не более 0,02, а на прием—0,005. В случае тревожного сна и вздрагивания во сне приемы лекарства должны быть прекращены. Ввиду возможности кумулятивного действия лучше начинать с приемов втрое меньших и не давать его слишком долго.

В упорных случаях рекомендуются подкожные впрыскивания эрготина в окружности ani.:

208) Rp. Ergotini Bonjeani 0,12, Glycerini 4,0. DS. По 6—12 капель на каждую инъекцию один раз в день (детям 2—5 лет).

Прорезывание зубов. Лечение симптоматическое; при болезненных, распухших деснах—смазывание 2% раствором кокаина раза 3 в день маленькой кисточкой.

Prurigo. 209) Rp. Ol. rusci, Saponis vir. āa 30,0, Spir. vini rect. 60,0. DS. Натирать зудящие места 3 раза в день. Полезны также содовые ванны: на каждые два ведра воды берут столовую ложку наравне с краями соды; температура ванны 27°; сидеть 10 минут.

Pseudogroup см. катарр гортани.

Pseudoleukemia. Общее укрепляющее лечение. Из лекарств можно употреблять с некоторой надеждой на успех только мышьяк, по возможности в больших дозах, постепенно восходя от 1 до 10 капель liq. arsen. Fowleri на прием, 2—3 раза в день.

Пурпура и верлгофова болезнь. При различных видах пурпуры всего необходимее постельное содержание и питательная, но легковаримая диета (мясо, яйца всмятку, молоко). Кислое питье можно только в случаях, протекающих без боли живота. Внутрь: liq. ferri sesquichl. (см. анемии), secal. cornut., plumbum acet. 210) Rp. Inf. secal. cornuti 1,25—90,0, Syr. simpl. 10,0. DS. По десертной ложке через 2 часа. 211) Rp. Plumbi acetici 0,01, Sacchari 0,2. D. t. dos. N. 12. S. По порошку через 3 часа. 212) Extr. fluidi hydrastis canad. 10,0. DS. По 10—15 капель 3 раза в день (детям 5—10 лет).

При носовых кровотечениях—тампонация.

Rachitis. Английская болезнь. В видах причинного лечения: сухая квартира, чистый воздух (прогулки), диета, соответствующая возрасту; детям от 6 месяцев до года—грудное молоко, бульон, мясной сок по $\frac{1}{2}$ —1 чайной ложке несколько раз в день; строго запрещаются крахмал и сахар. Детям 1—3 лет мясо и молоко, яйца; хлеб только при другой пище; сахар и картофель запрещаются.

Из внутренних средств, смотря по состоянию желудка и другим показаниям, рыбий жир, железо, горькие средства, известь, фосфор.

Если рахитик худощав и склонен к запорам, то всего лучше рыбий жир или липанин.

213) Rp. Ol. Jecoris aselli flavi 50,0. DS. По $\frac{1}{2}$ чайной ложки (до года) или по целой (старше года) 2—3 раза в день. 214) Rp. Līranini 50,0. DS. Как предыдущее.

Липанин, или искусственный рыбий жир, есть не что иное, как лучший сорт прованского масла, в котором растворено 6% олеиновой кислоты, не изменяющей вкуса масла. Средство это значительно дороже рыбьего жира, но имеет то преимущество, что приятно на вкус и не производит отрыжек.

У тучных детей лучше железо; при запоре—в комбинации с ревенем, например:

215) Rp. T-rae ferri pomat. 5,0, T-rae rhei vinos. 15,0. DS. По 6—10 капель 3 раза в день (ребенок 6—12 месяцев). При склонности к поносу: 216) Rp. Ferri lactici 0,02—0,04, Sacchari 0,20. M. f. pulv. D. t. dos. N. 12. S. Три раза в день (ребенку от 6 месяцев до 3 лет). 217) Rp. Ferri carbon. sacchar. 0,03—0,06, Sacch. 0,2. M. f. pulv. D. t. dos. N. 12. S. 3 порошка в день (детям от $\frac{1}{2}$ до 3 лет).

Если желательно избежать вяжущего действия железа, то лучше:

218) Rp. Ferri pyrophosphorici c. ammon. citr. 0,015—0,03, Sacchari 0,2. M. f. pulv. D. t. dos. N. 12. S. По 1 порошку 3 раза в день (ребенку $\frac{1}{2}$ —3 лет). Или прибавляют к железу hypophosph. calcis, действующего слегка послабляющим образом: 219) Rp. Ferri carbon. sacch. 0,03—0,06, Pyrophosphatis calcis 0,06—0,12, Sacchari 0,2. M. f. pulv. D. t. dos. N. 12. S. 3 порошка в день (ребенку $\frac{1}{2}$ —3 лет).

При плохом аппетите и вялой деятельности кишок, причем преобладают запоры, но случаются и поносы:

220) Rp. Elix. robor. Whyttii 15,0. DS. По 6—12 капель 3 раза в день (ребенку $\frac{1}{2}$ —3 лет).

Известковые препараты рекомендуются, как прибавка к молоку рожковым детям, расположенным к поносам. Прибавляют обыкновенно столовую ложку известковой воды на стакан разведенного молока.

Фосфор показан преимущественно у рахитиков с преобладающими симптомами со стороны нервной системы, т. е. у детей, склонных к судорогам и спазму голосовой щели. Он прописывается с рыбьим жиром: Phosphori 0,01, Ol. Jecoris 100,0. DS. По чайной ложке 1—2 раза в день или 221) Rp. Lipanini 30,0, Phosphori 0,01, Sacchari albi, Pulv. gum. arab. aa 15,0, Aq. destil. 40,0. MDS. По 1—2 чайных ложки в день.

Из наружных средств—летом: соленые ванны $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ фунта соли простой, морской или крейцнахской на ведро воды в 27° R, сидеть в ванне 15—20 минут (но не зябнуть!). Делать их через день вечером, а если ванны возбуждают (бессонница), то утром.

Зимой обтирания всего тела, кроме головы, простой или соленой водкой (десертную ложку соли на бутылку водки) утром и вечером. При употреблении соленой водки может появиться зудящая папулезная экзема, преимущественно на ногах; в таком случае обтирание на некоторое время прекращается.

Кроме всего сказанного, часто бывает нужно прибегать к симптоматическим средствам по случаю катарров дыхательных органов и кишок, ларингоспазма и пр.

Р в о т а. Срыгивание у грудных детей, конечно, не требует никакого иного лечения, как уменьшения количества пищи. Рвота в начале остролихорадочных болезней скоро прекращается сама собой. Упорная рвота вследствие катарра желудка, мозговых болезней и других причин всего лучше облегчается глотанием кусочков льда или у детей, не умеющих делать этого, маленькими приемами ледяной воды (по чайной ложке каждые 5—10 минут) и абсолютно покойным положением. Снаружи—горчичники на область желудка, а внутрь—висмут, шавелевокислый церий, шипучие порошки.

222) Rp. Cerii oxalici 0,03—0,05, Magist. bism. 0,12. M. f. pulv. D. t. dos. N. 6. S. По 1 порошку через 2 часа (ребенку 4—8 лет).

Церий можно давать приблизительно по 0,03 pro die на год; это средство не из сильнодействующих.

При кровавой рвоте и таковых же испражнениях тоже абсолютный покой, лед внутрь и снаружи, теплое содержание ног. Внутрь полуторахлористое железо, спорынья, свинец.

223) Rp. Liq. ferri sesquichlorati, Glycerini āā 5,0 DS. По 1—5 капель через 2 часа (детям 1—10 лет). 224) Rp. Inf. secal. cornuti ex 2—90, Syr. simpl. 10,0. MDS. По чайной или десертной ложке через 2 часа (детям 4—8 лет). Secale cornutum можно давать в порошке или настое до 0,12—0,20 pro die на год, но только не более немногих дней.

225) Rp. Plumbi acetici 0,015, Sacchari 0,12. M. f. D. t. dos. N. 8. S. Через 3 часа по порошку (ребенку 2—8 лет).

Для взрослых высшая доза уксуснокислого свинца 0,05 на прием и 0,25 в сутки; следовательно, по расчету ребенку 2—4 лет можно бы дать только 0,008 на прием и 0,03 pro die, но на практике с этим средством бывают обыкновенно смелее.

R h e u m a t i s m u s a r t i c. ac. см. острый сочленовный ревматизм.

R h e u m a t i s m u s m u s c u l o r u m—массаж.

Р о ж а см. erysipelas.

С в и н к а см. parotitis.

Sca b i e s. Чесотка. 226) Rp. *Styracis liquidī* 30,0, *Ol. pro-vinc.* 15,0. DS. Натирать зудящие места 2 раза в день, после того как смыта старая мазь. После трехдневного употребления мази больной получает общую (мыльную) ванну и потом опять смазывается той же мазью в течение 3 дней. Вторая ванна обыкновенно заканчивает лечение. 227) Rp. *Sulphur. sublimati*, *Ol. fagi aa* 30,0; *Saronis vir.*, *Axung. porcī aa* 60,0, *Cretae albae pulv.* 5,0. DS. Смазывать сыпь 3 раза в день.

С и ф и л и с см. наследственный сифилис.

С к а р л а т и н а (*scarlatina*). Если ребенок заболел скарлатиной средней силы, с температурой не выше 40°, то, кроме надлежащего режима, никаких особых мер не требуется. Если начало болезни сопровождается запором или поносом (обыкновенно воюнчим), то полезно дать слабительное, например *calomel* по 0,05 на прием через час до действия, т. е. до появления зеленого, каломельного стула, но не более 6 порошков, а если нет надлежащего действия, то ложку касторового масла. Для уменьшения чувства напряжения кожи и зуда, а также в видах последовательного шелушения все тело смазывается 2 раза в день прованским маслом комнатной температуры, а если сыпь высыпает медленно и неравномерно, то горячим маслом (32° R). Для полоскания рта и зева — борная кислота, салициловый натр и другие по чайной ложке на стакан воды; детям, не умеющим полоскать, — обтирание рта теми же растворами. Ввиду того, что нефрит появляется обыкновенно не позднее 24-го дня, больной до конца третьей недели не должен вставать с постели даже и в самых легких случаях, а на воздух можно выходить лишь после окончания шелушения.

Если лихорадка очень высока, а главное, если она сопровождается бредом и другими нервными явлениями, то показан противолихорадочный метод лечения наружными и внутренними средствами, из которых первые заслуживают предпочтения.

Из наружных употребляются обтирания всей поверхности тела водой в 22° R каждые 2—3 часа и тепловатые, постепенно охлаждаемые ванны: больного сажают в воду 27° R и в течение 20 минут или получаса, пока больной сидит в ней, понижают температуру постепенным прибавлением холодной воды до 24—22° R. Продолжительность пребывания в ванне соразмеряется с состоянием сил больного и с деятельностью сердца. Побледнение лица, головокружение, ослабление пульса и чувство холода требуют прекращения ванны. Смотря по эффекту, ванну повторяют 2—3 раза в день и больше. Перед каждой ванной обязательно дать ложку вина.

В тяжелых случаях, когда температура, несмотря на ванны, или вовсе не понижается, или очень мало, назначаются *antipyretica*, каковы антипирин, антифебрин и фенацетин. При слабом и частом пульсе требуется большая осторожность в назначении этих средств, да и при хорошей работе сердца их следует давать с вином и начинать с малых приемов, действие которых контролируется термометром каждые 2 часа с тем, чтобы повторить прием, если незаметно достаточного понижения температуры.

Из этих средств антипирин и фенацетин назначаются в одинаковых дозах, примерно в числе гранов, вдвое меньшем числа лет, через 2 часа до действия; а антифебрин по крайней мере в числе гранов, в четыре раза меньшем числа лет.

Из этих средств, по моему мнению, заслуживает предпочтения фенацетин, имеющий перед антипирином то преимущество, что он безвкусен и не вызывает рвоты, вовсе не редкой при антипирине, а перед антифебрином—гораздо меньшую ядовитость.

228) Rp. Phenacetini 0,25—0,35. D. t. dos. N. 12. S. Через 2 часа по порошку до действия (ребенку 8—12 лет).

Немецкие авторы рекомендуют дозы примерно раза в три более **малые, но, по-моему, такой способ лечения может считаться рискованным; лучше в случае надобности постепенно повышать прием; особенной осторожности требует антифебрин.**

В отчаянных случаях, когда сильная лихорадка не уступает вышеприведенным средствам, а между тем появляются тяжелые нервные явления в виде коматозного состояния или сильного возбуждения и судорог при очень частом пульсе—обливания холодной водой (16—14°R) в пустой ванне и возбуждающие внутрь. Если при слабом пульсе конечности холодны и слегка цианотичны (симптомы близкой смерти), обливания противопоказаны.

Возбуждающие: вино (по $\frac{1}{2}$ чайной до целой десертной ложки норвейна или мадеры через час или коньяк с водой в дозах, вдвое меньших), мускус, углекислый аммоний, камфора и другие, например:

229) Rp. Moschi orient. Ammon. carbon. aa 0,01—0,06, Sacchari 0,2. Dt. dos. N. 12. S. Через час по порошку (детям 1—10 лет).

230) Rp. Camphorae tritae 0,01—0,03, Flor. benzoes 0,02—0,06, Sacchari 0,2. D. t. dos. N. 12. S. Через 2 часа по порошку (ребенку 1—10 лет).

231) Rp. Flor. benzoes 0,6, T-rae aromaticae 15,0. DS. По 5—20 капель через 2 часа (ребенку 1—10 лет).

232) Rp. Inf. rad. valerian. e 1,0—2,0 : 90,0, Liq. ammon. anis. 1,0—2,0, Syr. simpl. 10,0. DS. Через час по чайной—десертной ложке (ребенку 1—10 лет). При цианозе и похолодании конечностей—подкожные

впрыскивания: 233) Rp. Camphorae tritae 1,0, Syr. vini, Aq. destil. aa 10,0. DS. От $\frac{1}{4}$ до целого шприца, смотря по возрасту, 2—3 раза в день. 234) Rp. Ac. benzoici 1,0, Spir. vini dil. 20,0. DS. Как предыдущее. 235) Rp. Aether. sulphur. 15,0. DS. По $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ шприца 2—3 раза в день.

Если сильный жар сопровождается плохо развитой сыпью, то раздражающие теплые ванны с горчицей (для маленькой ванны берут столовую ложку порошка горчицы, для средней детской—2—4 ложки) или завертывания в простыню, смоченную раствором горчицы (2 столовые ложки горчицы растираются в тарелке с водой, и потом вся масса смешивается с водой комнатной температуры в обыкновенном тазу; в этой воде смачивают простыню, выжимают и завертывают в нее ребенка до плеч и потом в шерстяные одеяла; в таком согревающем компрессе ребенок остается час).

При сильном воспалении зева или при появлении дифтеритического экссудата, кроме полосканий (у маленьких—обтираний и спринцеваний) рта, назначаются пульверизации паровым пульверизатором раствором natri salicylici (2%) или natri benzoici (5%), или aq. calcis (1 часть на 2 части aq. destil.), несколько раз в день и, кроме того, паренхиматозные инъекции 3% ac. carbol. по $\frac{1}{2}$ шприца в каждую миндалевидную железу раз в день. Внутрь—natrum benzoicum по 0,6 на год pro die. 236) Rp. Natri benzoici 6,0, Aq. destil. 90,0, Tr. menth. pp. gtt. II, Syr., cort. aurant. 10,0. MDS. По чайной—десертной—столовой ложке, смотря по возрасту, через 2 часа, или:

237) Rp. Magnesia sulphureosae, Ac. sulphureosi aa 4,0, Aq. destil. 90,0, Syr. cor. aurant. 10,0. DS. По чайной—десертной ложке через 1—2 часа.

Сернистокислая магнезия не обладает слабительным действием, а потому, чтобы избежать смешения ее с сернокислой магнезией (magnesia sulphurica), надо выписывать ее полными буквами; сернистая кислота прибавляется для растворения магнезии и для усиления дезинфицирующего действия микстуры.

При поражении носа и ушей—спринцевание этих частей раствором борной кислоты (3%).

При воспалении лимфатических желез на шее вначале с целью разрешения—втирания ung. jodati или ung. hydrarg. ciner., а при склонности к нагноению—припарки из льняного семени; в случае флюктуации—вскрытие.

При серозном синовите—сухая теплота и масло с хлороформом на больное сочленение; внутрь—фенацетин в вышеуказанных

дозах 3 раза в день или *natr. salicyl.* вдвое меньше числа лет на прием, 4 раза в день.

При последовательном нефрите—см. *nephritis*.

С л е п а я к и ш к а, воспаление ее, см. *peritonitis*.

С м е р т ь м н и м а я н о в о р о ж д е н н ы х. В легких случаях, когда рефлексы сохранены и ребенок отвечает на раздражение кожи дыхательными движениями, достаточно попеременно опускать его то в холодную, то в теплую воду: ребенка на момент опускают по шею в ведро с холодной водой и потом на несколько секунд в теплую ванну (29° R), после чего его помещают на тюфичок и растирают теплыми пеленками. Если после этого дыхание еще не совсем восстановилось, то повторяют окунание в холодную воду и в теплую ванну и поступают так до полного оживления ребенка. Следует избегать слишком сильных растираний, чтобы не причинить обширных ссадин.

При глубокой асфиксии, когда ребенок не реагирует на очищение его зева от слизи и когда все мышцы его находятся в расслабленном состоянии, необходимо искусственное дыхание, всего лучше по методу *Schultze*. Ребенка берут за плечи таким образом, что указательные пальцы врача помещаются со стороны спины в подмышки, большие пальцы кладутся на переднюю поверхность груди, остальные располагаются наискось вдоль спины; головка ребенка поддерживается при этом локтевыми краями запястья. Врач держит, таким образом, ребенка в висячем положении между своих слегка сдвинутых ног и с целью заставить ребенка сделать выдыхание подымает его кверху таким образом, что когда руки врача переступят за горизонталь, то нижняя половина тела должна медленно перегнуться по направлению к верхней половине тела; грудная клетка таким образом сдавливается, и происходит вздох. Через несколько секунд вся процедура повторяется снова, и так 8—10 раз. Потом ребенка согревают в теплой ванне, и, если нужно, то через некоторое время опять делают искусственное дыхание. Если дыхание восстановилось настолько, что ребенок начинает реагировать на раздражение кожи, то поступают, как при слабой степени асфиксии. В последнее время многими рекомендуется оживление новорожденных по способу *Laborde*, состоящему в ритмическом подергивании языка: язык извлекают изо рта пинцетом, а потом, захватив кончик языка носовым платком, вытягивают его на несколько секунд вперед и отпустив, потом снова его вытягивают, повторяя маневр раз 20 в минуту. Дыхательное движение является при этом по рефлексу с нервов языка на продолговатый мозг.

Soor см. болезни рта.

Spasmus glottidis см. laryngospasmus.

Spina bifida. Для предохранения опухоли от травматических повреждений ее прикрывают полушарообразным колпаком из твердого каучука. Радикальное лечение состоит в разрезе мешка и закрытии отверстия в позвоночнике посредством костно-пластической операции.

Spondylitis. Общее противозолотушное лечение. Гипсовый корсет. При сильных болях в спине и лихорадочном состоянии—лежать в постели.

Stomacase см. болезни рта.

Stomatitis см. болезни рта.

Судороги общие см. эклампсия.

Сыпной тиф см. брюшной тиф.

Taenia см. глисты.

Tetania. Причинное лечение анемии, поноса, рахитизма. Из симптоматических средств на первом месте хлорал, потом бром. 238) Rp. Chloralhydr. 1,25, Aq. destil. 90,0, Syr. 10,0. DS. Через 2 часа по чайной—десертной ложке (ребенку 1—2 лет). 239) Rp. Chloralhydr. 1,25, Aq. destil. 90,0. Kalii bromati 4,0, Syr. 10,0. DS. Через 2 часа по чайной—десертной ложке.

Typhlitis см. peritonitis.

Typhus см. брюшной тиф.

Torticollis. При ревматических формах кривошеи—теплое содержание шеи и массаж пораженных мышц. При сильной болезненности позвоночника в области боковых сочленений (synovitis vertebralis)—смазывание больного места иодом или мушка.

Tussis convulsiva см. коклюш.

Uraemia см. nephritis.

Urticaria см. крапивница.

Favus см. Herpes tonsurans.

Pharyngitis acuta см. angina.

Febris intermittens см. перемежающаяся лихорадка.

Chlorosis см. анемия.

Cholera infantum см. детская холера.

Chorea St. Vytti см. Виттова пляска.

Cephalhaematoma. При кровяной опухоли головы лечение выжидательное.

Чесотка см. scabies.

Эклампсия см. eclampsia.

Э к ц е м а. Лечение экземы должно быть сообразно периоду ее; в остром периоде, когда кожа обнажена от эпидермиса, красна и мокнет, показаны присышки или *ung. diachyl.*, *hydrarg. pp. album* и т. п., но отнюдь не деготь и его препараты, которые имеют полное применение в случаях сухой, шелушащейся экземы.

240) *Rp. Ung. diachyl. simpl. 30,0. DS.* Прикладывать к сыпи на тряпке; менять два раза в день. Лучше:

241) *Rp. Hydrarg. pp. albi 1,25—2,0, Axung. porci 30,0. MDS.* Мазать сыпь 4 раза в день. 241) *Rp. Magister. bismuthi, Flor. zinci aa 8,0, Amyl. tritic. 30,0. M. f. pulv. DS.* Присышка. При переходе мокнущей экземы в сухую:

242) *Rp. Ung. diachyl. simpl. 30,0, Ol. rusci 8,0—15,0. MDS.* Мазать сыпь 4 раза в день (дозу дегтя увеличивать постепенно). При сухой экземе (*ecz. chronicum*):

243) *Rp. Ol. rusci (s. Ol. cadini) 30,0. DS.* Намазывать больное место раз в день кисточкой и потом посыпать пудрой.

Если мокнущие места покрыты корками, то предварительно их нужно удалить; для этого на несколько часов их закрывают тряпкой, смазанной свиным салом, а потом удаляют обмыванием теплой водой.

Следует избегать частых омовений мест кожи, покрытых экземой.

Всего важнее для успешного лечения экземы удаление подерживающей ее причины: золотуха, рахитизм, ожирение, чесотка и другие местные раздражения.

ДОЗИРОВКА ЛЕКАРСТВ ПО ВОЗРАСТАМ

Нижеприведенная таблица дозировки лекарств в детском возрасте составлена по известному шаблону, рекомендованному Hufeland'ом, по которому доза уменьшается по возрастам так:

если для взрослого (с 20 лет) доза равняется 1,

то для детей от 12 до 15 лет	»	»	$\frac{1}{2}$
» » » » 9 » 12 »	»	»	$\frac{1}{3}$
» » » » 6 » 9 »	»	»	$\frac{1}{4}$
» » » » 4 » 6 »	»	»	$\frac{1}{6}$
» » » » 2 » 4 »	»	»	$\frac{1}{8}$
» » » » 1 » 2 »	»	»	$\frac{1}{10}$
» » » до 1 года	»	»	$\frac{1}{20}$

Запомнить эту табличку нетрудно, если принять во внимание, что доза уменьшается прямо пропорционально возрасту, именно:

взрослый	(24 года)	= 1
12-летний		= $\frac{1}{2}$
6-летний		= $\frac{1}{4}$
3-летний		= $\frac{1}{8}$

При сличении дозировки, приведенной в следующей таблице, с дозами, помещенными в тексте «Терапевтического указателя», оказывается, что для некоторых средств нет полного согласия, что объясняется отчасти тем, что на практике врачи не строго придерживаются шаблона и с некоторыми средствами, даже и сильнодействующими, обращаются гораздо смелее, чем предписывается это фармакопеей (для примера укажем хоть на сантонин и скипидар), тогда как с другими лекарствами, например с наркотическими, врачи обращаются осторожнее, чем позволяет фармакопеей, и редко прибегают к высшей дозе. Другая причина разногласия таблицы с текстом зависит от того, что, желая облегчить начинающим запоминание доз, мы в тексте несколько схематизировали дозировку.

Все сильнодействующие средства обозначены в нашей таблице звездочкой, причем вещества очень ядовитые, при назначении которых никогда не следует начинать в детском возрасте с высшей дозы, дозволенной фармакопеей, обозначены еще крестиком. При всех средствах, обозначенных звездочкой, указана высшая дозволенная доза, а в остальных—обыкновенная средняя доза, которая без вреда может быть несколько усилена или уменьшена. Одним крестиком обозначены сильнодействующие вещества, не вошедшие в русскую фармакопею. Все цифры таблицы обозначают грани или части грана, за исключением тех немногих случаев, где выставлены рецептные знаки. Наш список лекарств далеко не полон, так как мы приняли в него лишь наиболее употребительные медикаменты.

Дозирование лекарств

Название лекарств	До года		От 1 года до 2 лет	
	на прием	на сутки	на прием	на сутки
Ac. arsenicosum*†	$\frac{1}{240}$	$\frac{1}{120}$	$\frac{1}{120}$	$\frac{1}{60}$
Ac. benzoic. (Flor. benzoes)	$\frac{1}{6}$	1	$\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$	2
Ac. boricum	$\frac{1}{2}$	3	1	6
Ac. muriatic. dilut.			Как предыдущая	
Ac. nitricum dilut.				
Ac. tannicum (Tanninum)	$\frac{1}{6}$	1	$\frac{2}{5}$	2
Ammon. bromatum	$\frac{1}{2}$	6	3	12
Ammon. carbonic.	$\frac{1}{4}$	1	$\frac{1}{2}$	2
Ammon. chlorat. depur.	$\frac{1}{2}$	3	1	6
Amygdalin* (в эмульсии минд.)	$\frac{1}{60}$	$\frac{1}{20}$	$\frac{1}{30}$	$\frac{1}{10}$
Antifebrinum†	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$ —2	1	3—4
Antipyrinum†	1	3—4	2	6
Apomorph. muriat. crystal.†	$\frac{1}{120}$	$\frac{1}{20}$	$\frac{1}{60}$	$\frac{1}{10}$
Aq. amygdal. amar.*	gtt. 1	6	2	12
Aq. calcis	Эр—3j	3β—3j	Эj—3jj	3j—jβ
Argent. nitric. cryst.* $\frac{1}{2}$ —1 gr на 3jj чайн. и дес. лож.	$\frac{1}{40}$	$\frac{1}{8}$	$\frac{1}{20}$	$\frac{1}{4}$
Atropinum sulphur.*†	Не давать вовсе			
Bismuth. subnitric. (Magister. bism.)	$\frac{1}{2}$ —1	3—4	1—2	4—8
Bismuth. salicylicum	$\frac{1}{2}$	3	1	4
Butili chloralum hydrat.† (croton-chloral-hydratum)	$\frac{4}{5}$	3	$\frac{1}{2}$	6
Calcaria hypophosphorosa (hypophosphas calcis)	$\frac{1}{4}$	1	$\frac{1}{2}$	2
Calomel как antiphlogisticum, как laxans*	$\frac{1}{3}$	2	$\frac{1}{2}$	3
Camphora*	$\frac{1}{12}$ — $\frac{1}{4}$	$\frac{1}{2}$ —1	$\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{2}$	2
Camphora bromata*				Как пре
Cerium oxalicum*†				Pro die столько гран,
Chininum (соли его)				
Chloralum hydratatum crystal.*	1—4	6—12	1—8	12—24
Cinae flores	4	12	4—8	24
Cocainum muriaticum*	$\frac{1}{16}$ — $\frac{1}{8}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{4}$	$\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{3}$
Codeinum*†	$\frac{1}{20}$	$\frac{3}{20}$	$\frac{1}{10}$	$\frac{3}{10}$
Coffeinum* (и соли его)	$\frac{3}{40}$	$\frac{2}{5}$	$\frac{3}{20}$	$\frac{4}{5}$
Cremor tartari	2	6	2—4	6—12
Suprum sulphur.* (как рвотное)	$\frac{1}{2}$	3	$\frac{1}{2}$	3
Extr. belladonnae*†	$\frac{1}{60}$ — $\frac{1}{20}$	$\frac{1}{5}$	$\frac{1}{40}$ — $\frac{1}{10}$	$\frac{2}{5}$
» cort. rad. granati†	3	9	6	18
» filicis maris aether.			Как предыдущий	
» fluid. cort. cascarae sagrad.†	gtt 1—3	4—8	2—6	8—16
» fluid. cort. hydrastis canad.†	2	8	4	16
» hyosciami*	$\frac{1}{30}$ — $\frac{1}{10}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{20}$ — $\frac{1}{5}$	1
opii*†				Как поро

для детей

От 2 до 4 лет		От 4 до 6 лет		От 6 до 9 лет		От 9 до 12 лет	
на прием	на сутки	на прием	на сутки	на прием	на сутки	на прием	на сутки
$\frac{1}{100}$ $\frac{1}{2}$	$\frac{1}{50}$ 3 12	$\frac{1}{72}$ $\frac{3}{4}$ 3	$\frac{1}{36}$ $\frac{4}{2}$ 18	$\frac{1}{50}$ $\frac{3}{4}-1$ 4	$\frac{1}{25}$ 6 24	$\frac{1}{36}$ 1- $1\frac{1}{2}$ 5	$\frac{1}{18}$ 8 30
$\frac{1}{4}$ 1 1-2	3 15 5 12	$\frac{2}{3}$ 5 $\frac{1}{2}$ 2-3	4 20 8 18	1 $7\frac{1}{2}$ 1-2 2-4	6 30 10 24	$1\frac{1}{2}$ 10 1-3 2-5	8 40 15 30
$\frac{1}{24}$ 1-2 2-4	$\frac{1}{8}$ 4-5 6-10	$\frac{1}{18}$ 2-3 3-5	$\frac{1}{6}$ 6 9-12	$\frac{1}{12}$ 2-4 4-8	$\frac{1}{4}$ 8-12 16	$\frac{1}{9}$ 3-5 5-10	$\frac{1}{2}$ 9-12 20
$\frac{1}{48}$ $2\frac{1}{3}$ 3j-IV	$\frac{1}{3}$ 15 3-	$\frac{1}{26}$ 4 3j-Vj	$\frac{1}{6}$ 24 3jj-3jj	$\frac{1}{24}$ 6 3jj-3j	$\frac{1}{4}$ 30 3j-IV	$\frac{1}{18}$ 10 3jj-3jj	$\frac{1}{3}$ 40 3jjj-Vj
$\frac{1}{16}$ $\frac{1}{480}$ 1- $2\frac{1}{2}$ $1\frac{1}{2}$ 2	$\frac{3}{8}$ $\frac{1}{160}$ 6-10 6 $7\frac{1}{2}$ 3	$\frac{1}{16}-\frac{1}{12}$ $\frac{1}{360}$ 2- $3\frac{1}{2}$ 2 $2\frac{2}{3}$ 1-2	$\frac{1}{2}$ $\frac{1}{120}$ 8-12 3 10 4-8 3-6 4	$\frac{1}{16}-\frac{1}{8}$ $\frac{1}{240}$ 3-5 3 4 $1\frac{1}{2}-3$ 1- $1\frac{1}{2}$ $\frac{1}{2}-1\frac{1}{2}$	$\frac{3}{8}-\frac{3}{4}$ $\frac{1}{80}$ 12-15 12 15 6-9 4-8 6	$\frac{1}{16}-\frac{1}{8}$ $\frac{1}{180}$ 3-7 3 5 2-3 1-3 1-2	1 $\frac{1}{60}$ 15-20 15 20 8-12 6-9 8
в день							
$\frac{1}{2}-1$ $\frac{1}{4}-\frac{3}{4}$	$\frac{1}{2}$ $2\frac{1}{2}$	$\frac{3}{4}-2$ $\frac{1}{2}-1$	3-6 4	4-8 1- $1\frac{1}{2}$ $\frac{1}{2}-1\frac{1}{2}$	6-9 4-8 6	2-3 1-3 1-2	8-12 6-9 8
дылущая							
сколько больному лет							
2-10 4-10 $\frac{1}{6}-\frac{1}{3}$ $\frac{1}{8}$ $\frac{2}{16}$ 4-6	12-30 15-30 1 $\frac{2}{8}$ 1 12-20	4-15 5-12 $\frac{1}{4}-\frac{3}{4}$ $\frac{1}{6}$ $\frac{1}{4}$ 5-8	20-45 30-40 $1\frac{1}{2}$ $\frac{1}{3}$ $\frac{1}{3}$ 15-24	6-20 8-15 $\frac{1}{4}-\frac{1}{2}$ $\frac{1}{4}$ $\frac{3}{8}$ 6-10	30-60 40-60 2 $\frac{3}{4}$ 2 20-30	10-30 10-20 $\frac{3}{4}-1$ $\frac{1}{3}$ $\frac{1}{2}$ 6-10	40-80 80 3 1 1 20-30
По 1-2 грана на прием через 10 мин. до рвоты							
$\frac{1}{16}-\frac{1}{8}$ 7-15 препарат 4-8 5 $\frac{1}{8}-\frac{1}{4}$	$\frac{1}{2}$ 20-40 12-20 20 1	$\frac{1}{12}-\frac{1}{6}$ 10-20 6-10 7 $\frac{1}{3}-\frac{1}{3}$	$\frac{2}{8}$ 30-60 18-30 28 $1\frac{1}{2}$	$\frac{1}{8}-\frac{1}{4}$ 15-30 9-15 10 $\frac{1}{4}-\frac{1}{2}$	1 45-90 30-40 40 2	$\frac{1}{6}-\frac{1}{3}$ 20-40 10-15 13 $\frac{1}{3}-\frac{2}{3}$	$1\frac{1}{3}$ 60-120 30-45 56 $2\frac{2}{3}$
шок ония							

Название лекарств	До года		От 1 года до 2 лет	
	на прием	на сутки	на прием	на сутки
Extr. secalis cornuti* (Ergotinum Bonjeani) (внутрь или под кожу)			Как порошок ония	
Extr. strychni aquos.*†	$\frac{1}{8}-\frac{1}{4}$	$\frac{3}{4}$	$\frac{1}{4}-\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{2}$
» » spirit.*†	$\frac{1}{16}-\frac{1}{8}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{16}-\frac{1}{4}$	1
Ferrum carb. sacchar.			В четыре раза меньше	
» lacticum			$\frac{1}{2}$	2
» pyrophos. c. natro	$\frac{1}{4}$	1	$\frac{1}{2}$	2
» » c. ammon. citrico			$\frac{1}{2}$	1
Ferrum iodatum sacch.	$\frac{1}{4}$	$\frac{3}{4}$	$\frac{1}{2}$	1
Fol. belladonnae*†	$\frac{3}{20}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{3}$	1
Fol. digitalis*† (в порошок)			Как предыдущий	
Fol. digitalis (в настое)	$\frac{1}{4}$	1	$\frac{1}{2}$	2
Hydrargyrum bichlor. corros.*	$\frac{1}{40}$	$\frac{1}{10}$	$\frac{1}{20}$	$\frac{1}{10}$
Hydrarg. chlorat. mite*	см. calomel			
Inf. sennae compos. (Potio Wien)	—	3]	—	5]]]
Kalium bromatum*	2—4	12	$\frac{3}{8}$	2½
» iodatum*	1—2	6	$\frac{1}{2}-3$	12
Kaliumchloric. (ядовит)	$\frac{1}{2}$	3	1	6
Kreosotum*	0,003— $\frac{1}{20}$	$\frac{1}{4}$	0,006— $\frac{1}{10}$	$\frac{1}{2}$
Kusso	7	15	15	30
Liq. ammon. anisal.	gtt. $\frac{5}{4}$	3	$1\frac{1}{2}$	6
Liq. arsenic. Fowleri*	gtt. $\frac{1}{4}$	$\frac{3}{4}$	$\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{2}$
Liq. ferri sesquichlor.			(восходя постепенно, можно давать	
Liq. kali arsenicosi s. Liq. Fowleri			Столько капель pro die, сколько	
Magnesia carbonica и usta	1	4	2	8
Morphium acet.*† и др. соли	$\frac{1}{200}-\frac{1}{40}$	$\frac{1}{20}$	$\frac{1}{100}-\frac{1}{20}$	$\frac{1}{10}$
Moschus	$\frac{1}{3}$	$1\frac{1}{2}$	$\frac{1}{4}-\frac{1}{2}$	3
Naphthalinum†	$\frac{1}{3}$	3	$1\frac{1}{2}$	6
Natrium benzoicum	1	5	2	10
Natrium bromatum*			Как kalium	
Natrium iodatum*			Как kalium	
Natrium salicylicum			На прием столько гран,	
Ol. terebinthinum gallicum при дифтерите	1	4	2	8
Orium*†			$\frac{1}{2}$ чайной ложки	
Phenacetinum†	$\frac{1}{40}-\frac{1}{20}$	$\frac{1}{10}-\frac{1}{10}$	$\frac{1}{20}-\frac{1}{10}$	$\frac{1}{5}-\frac{1}{5}$
Pepsinum rossicum solub.			Как анти	
Phosphorus	$\frac{1}{3}$	$1\frac{1}{2}$	1	3
Plumb. acetic. depur.*	$\frac{1}{500}$	$\frac{1}{250}$	$\frac{1}{250}$	$\frac{1}{125}$
Podophyllinum*	$\frac{1}{20}$	$\frac{1}{5}$	$\frac{1}{10}$	$\frac{2}{5}$
Pulv. Doveri*†	$\frac{1}{20}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{10}$	$\frac{2}{3}$
Radix ipecacuanh. (как рвотное)	$\frac{1}{4}-\frac{1}{2}$	1—2	$\frac{1}{3}-1$	2—4
	$1\frac{1}{2}$	3	2	6

От 2 до 4 лет		От 4 до 6 лет		От 6 до 9 лет		От 9 до 12 лет	
на прием	на сутки	на прием	на сутки	на прием	на сутки	на прием	на сутки
$\frac{1}{8}$ — $\frac{2}{8}$	2	$\frac{1}{8}$ — $\frac{3}{4}$	$2\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$ —1	3	$\frac{3}{4}$ — $1\frac{1}{2}$	5
$\frac{1}{8}$ — $\frac{3}{8}$	1	$\frac{1}{8}$ — $1\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{2}$	$\frac{1}{4}$ — $\frac{3}{4}$	2	$\frac{1}{3}$ — $1\frac{2}{3}$	5
предыдущего							
$\frac{1}{2}$ —1	2—4	1— $1\frac{1}{2}$	4—6	1—2	4—8	2—3	6—9
$\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{2}$	$\frac{3}{4}$	$2\frac{1}{2}$	1	3	$1\frac{1}{2}$	$4\frac{1}{2}$
$\frac{3}{8}$	$1\frac{1}{8}$	$\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{2}$	$\frac{3}{4}$	$2\frac{1}{4}$	1	3
препарат							
$\frac{5}{8}$	$2\frac{1}{2}$	$\frac{5}{6}$	3	$1\frac{1}{4}$	5	$1\frac{2}{3}$	6
$\frac{1}{16}$	$\frac{1}{8}$	$\frac{1}{12}$	$\frac{1}{6}$	$\frac{1}{8}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{6}$	$\frac{1}{3}$
5j	3j	3jj	3j	3jj	3j ³	3 ³	3jj
4—10	30	6—12	40	8—20	3j	10—26	3j ³
2—4	16	3—5	20	4—6	30	5—10	40
2	12	4	20	5	30	6	40
$0,0075$ — $\frac{1}{8}$	$\frac{1}{2}$	$0,01$ — $\frac{1}{6}$	1	$0,015$ — $\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{2}$	$0,02$ — $\frac{1}{3}$	2
20	40	30	3j ³	45	3j ³	3j	3jj
$\frac{2}{3}$	8	3	12	$\frac{1}{4}$	16	6	24
$\frac{3}{4}$	2	1	3	$1\frac{1}{4}$	4	2	6

двое и втрое больше показанных)

больному лет (в 2—3 приема) см. liq. arsen. Fowleri

3	9	4	12	6	18	10	30
$\frac{1}{16}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{12}$	$\frac{1}{3}$	$\frac{1}{8}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{6}$	$\frac{2}{3}$
$\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$	4	$\frac{1}{4}$ — $\frac{3}{4}$	5	$\frac{1}{2}$ —1	6—8	$\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$	3—10
2	8	3	12	$\frac{1}{4}$	16	5	20
3	20	5	40	6	60	10	90

Bromatum
jodatum

скол ко больному лет, 4—6 раз в день

$\frac{1}{2}$	10	3	12	5	15	7	20
чайными и десертными ложками							
$\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{4}$	$\frac{3}{4}$	$\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{3}$	1	$\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{2}$	$\frac{1}{3}$ — $\frac{2}{3}$	2
пирин							
$\frac{1}{4}$	4	$\frac{1}{2}$	5	$2\frac{1}{3}$	$7\frac{1}{2}$	3	10
$\frac{1}{200}$	$\frac{1}{100}$	$\frac{1}{150}$	$\frac{1}{75}$	$\frac{1}{100}$	$\frac{1}{50}$	$\frac{1}{70}$	$\frac{1}{35}$
$\frac{1}{8}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{6}$	$2\frac{1}{3}$	$\frac{1}{4}$	1	$\frac{1}{3}$	$1\frac{1}{3}$
$\frac{1}{8}$	$\frac{3}{4}$	$\frac{1}{6}$	1	$\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{2}$	$\frac{1}{3}$	2
1—2	4—8	$1\frac{1}{2}$ —3	6—10	2—4	10—12	3—6	12—18

по 3—5 грам через 10 мин. до рвоты

Название лекарств	До года		От 1 года до 2 лет	
	на прием	на сутки	на прием	на сутки
Radix senega.	$\frac{1}{2}$	3	1	6
Resorcinum*	$1\frac{1}{2}$	5	2	10
Santonium*	$\frac{1}{6}$	$\frac{1}{3}$	$\frac{1}{3}$	$\frac{2}{3}$
Secale cornut. pulv.*	$\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{2}$	1	3
Strychninum*† (соли его) инъекц. и внутр	$\frac{1}{200}$	$\frac{3}{200}$	$\frac{1}{100}$	$\frac{3}{100}$
Syropus ferri iodati	gtt. 3	9	6	18
Tartarus emeticus* (как рвотное)	gtt. $\frac{3}{20}$	$\frac{3}{5}$	$\frac{3}{10}$	$1\frac{1}{5}$
Tinctura belladonnae*	$\frac{1}{2}$	1	1	2
» ferri pomati			Pro die вдвое более	
» opii simpl. и crocata*†	gtt. $\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{2}$	1	3
» ratanhiaе	gtt. $1\frac{1}{2}$	3	3	6
» rhei aq. и vinosa	3	6	6	12
» strychni (nucis vomicae)*†	$\frac{3}{4}$	2	$1\frac{1}{2}$	3
Ung. hydrarg. ciner. (втирание)				6
Xylolum	gtt.	5	2	10

От 2 до 4 лет		От 4 до 6 лет		От 6 до 9 лет		От 9 до 12 лет	
на прием	на сутки	на прием	на сутки	на прием	на сутки	на прием	на сутки
$1\frac{1}{2}$	9	2	10	$2\frac{1}{2}$	15	3	18
$2\frac{1}{4}$	12	3—5	15	$\frac{1}{4}$ —8	24	4—10	30
$\frac{3}{8}$	$\frac{3}{4}$	$\frac{1}{2}$	1	$\frac{3}{4}$	$1\frac{1}{2}$	1	3
$1\frac{1}{4}$	$7\frac{1}{2}$	2	10	$2\frac{1}{2}$	15	3	20
$\frac{1}{80}$	$\frac{3}{80}$	$\frac{1}{60}$	$\frac{1}{20}$	$\frac{1}{40}$	$\frac{3}{40}$	$\frac{1}{30}$	$\frac{1}{10}$
8	24	10	30	15	45	20	60
По $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ грана через 10 мин. до рвоты							
$1\frac{1}{2}$	$2\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{2}$	3	$2\frac{1}{2}$	5	3	6
числа лет в 2—3 приема							
$1\frac{1}{4}$	$3\frac{1}{2}$	2	5	3	8	4	10
4	8	5	10	7	15	10	20
8	20	10	25	15	40	20	50
2	6	$2\frac{1}{2}$	8	3	12	5	15
	10		16		20		30
$2\frac{1}{2}$	12	$3\frac{1}{2}$	18	5	20	7	25

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Вступительная статья</i>	3
<i>Исследование детей</i>	9—68
Анамнез	9
Объективное исследование и значение отдельных симптомов	18
<i>Болезни органов пищеварения</i>	69—185
Болезни рта	69
Болезни рта, не сопровождающиеся ни образованием язв, ни сильной вонью изо рта	69
Болезни рта, протекающие с образованием изъязвлений на слизистой оболочке, но без воны	77
Болезни рта с образованием изъязвлений на слизистой оболочке и с вонью изо рта	80
Семиотика аппетита	84
Болезни зева	88
Болезни зева, выражающиеся краснотой слизистой оболочки миндалин и мягкого неба	89
Болезни зева, выражающиеся образованием на миндалинах беловато-желтоватых островков	90
Болезни зева, сопровождающиеся образованием бляшек или пленок	92
Семиотика затрудненного глотания— <i>dysphagia</i>	108
Семиотика рвоты	111
Болезни желудка и кишок	120
Острые заболевания желудка и кишок у грудных детей	120
Острые заболевания желудка и кишок у детей старшего возраста	126
Семиотика кровавых испражнений	135
Семиотика запора	140
Болезни, выражающиеся упорным запором и рвотой	146
Семиотика боли живота	154
Семиотика увеличения живота	159
Опухоли живота	171
Кишечные глисты	180
<i>Болезни органов дыхания</i>	186—257
Болезни верхних воздухоносных путей	186

Болезни гортани и трахей, характеризующиеся стено- тическим дыханием	191
Острые болезни гортани, ведущие к стенозу ее	194
Хронические сужения верхних дыхательных путей	203
Болезни легких, при которых перкуторный звук остается нор- мально ясным	209
Болезни легких, характеризующиеся появлением тупого звука	232
Аномальные формы крупозного воспаления легкого	238
Катарральное воспаление легких—Pneumonia catarrhalis	241
Болезни легких, характеризующиеся выделением гнойног мокроты	256
<i>Болезни нервной системы</i>	258—361
Семиотика головной боли	258
Семиотика общих судорог	265
Сведение шейных мышц	284
Семиотика параличей	287
Паралич с расслаблением мышц	289
Параличи с напряжением мышц или спастические	306
Атаксия	318
Воспаление мозговых оболочек	328
Ложный менингит	357
<i>Болезни мочеполовых органов</i>	362—391
Семиотика мочи	362
Семиотика мочеиспускания	384
Опухоли мошонки и пахового канала	390
<i>Семиотика кожи и подкожной клетчатки</i>	393—43
Общая окраска кожи	393
Болезни, характеризующиеся бледностью кожи	394
Болезни, характеризующиеся синеватой окраской кожи	405
Сыпные болезни	406
Болезни кожи, выражающиеся главным образом краснотой	406
Болезни, характеризующиеся появлением мелких кровоз- излияний в кожу	415
Болезни кожи, характеризующиеся образованием пузырь- ков, гнойничков и корок	420
Болезни кожи, характеризующиеся образованием отдельно сидящих пузырей	425
Болезни кожи, характеризующиеся главным образом зудом	425
Болезни, характеризующиеся затвердением или отеком подкожной клетчатки	427
<i>Хронические общие безлихорадочные болезни с разнообразной локали- зацией</i>	434—456
Золотуха	434
Рахитизм	438
Наследственный сифилис	442
<i>Лихорадочные болезни</i>	457—465

<i>Острые лихорадочные болезни без резко выраженных локализаций</i>	466—496
Болезни, характеризующиеся лихорадкой постоянного или послабляющего типа	466
Брюшной тиф	466
Возвратная горячка	477
Острый милиарный туберкулез	478
Болезни, характеризующиеся лихорадкой перемежающегося типа	487
Болезнь лихорадка	487
<i>Острые лихорадочные болезни, характеризующиеся типическим течением и появлением сыпи</i>	<i>497—517</i>
Сыпные горячки	497
Скарлатина	498
Различные формы скарлатины	503
Корь	508
Оспа	514
Ветряная оспа	516
<i>Терапевтический указатель</i>	<i>518</i>

Редактор **С. А. БАХМУТСКАЯ**

Техн. редактор **Т. И. Левина**

Корректор **М. Г. Карпухина**

А 14866. Подписано к печати 15/XI 1949 г. МН-56. Ф. бум. 70 × 92/16.
Печ. л. 36³/₄ + ¹/₄ (вкл.). Уч.-изд. 37,15. Зн. в 1 п. л. 42 000. Тираж 10 000.
Зак. 1590. Цена 22 р. 30 к. Переплет 2 р.

Набрано в 16-ой типографии Главполиграфиздата при Совете министров СССР
Москва, Трехпрудный пер., 9.

Отпечатано в типографии Государственного издательства медицинской
литературы. Москва, Ногатинское шоссе, д. 1. Заказ 1757.