

616
Крючман Г.
Диагностика и
терапия внутренних
болезней



*Милый
Вася
Σ*



Dr. Georg Kühnemann.



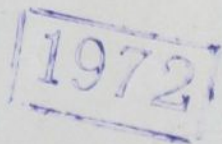
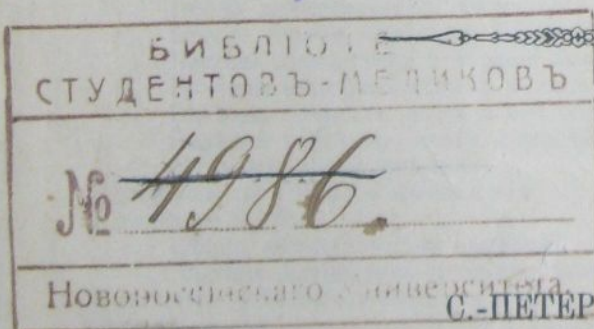
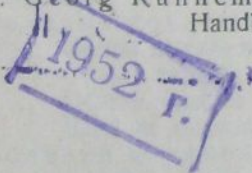
ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ
ВНУТРЕННИХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

Руководство для повседневной практики.

Переводъ съ нѣмецкаго
д-ра **Л. Я. Цейтлина.**

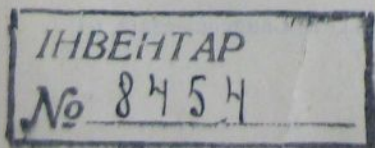


(Dr. Georg Kühnemann. Diagnose und Therapie der inneren Krankheiten. Ein Handbuch für die tägliche Praxis. Berlin. 1911).



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

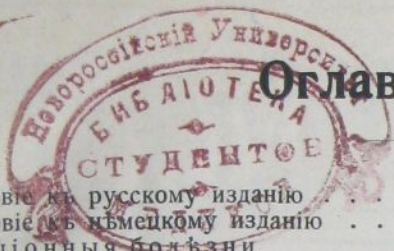
Б. Сампсоньевскій пр., 61.
1913.



616

~~XXXXXXXXXX~~

ПЕРЕОПРАТ



Оглавление.



Предисловіе къ русскому изданію	1
Предисловіе къ нѣмецкому изданію	1
Инфекціонныя болѣзни.	
Предварительныя замѣчанія объ общей діагностикѣ	3
Общая терапія инфекціонныхъ болѣзней	4
Частная діагностика и терапія инфекціонныхъ болѣзней	7
Болѣзни сердца и кровеносныхъ сосудовъ	
Общая діагностическія замѣчанія	55
Общая терапія болѣзней сердца	59
Частная діагностика и терапія болѣзней сердца	62
Болѣзни носа	86
Болѣзни гортани.	
Предварительныя общія діагностическія замѣчанія	89
Частная діагностика и терапія болѣзней гортани	89
Болѣзни бронховъ, легкихъ и плевры.	
Предварительныя общія діагностическія замѣчанія	97
Общая терапія болѣзней бронховъ, легкихъ и плевры	100
Частная діагностика и терапія болѣзней бронховъ, легкихъ и плевры	102
Болѣзни средостѣнія.	
Болѣзни желудка.	
Общая діагностическія замѣчанія	149
Общая терапія болѣзней желудка	152
Частная діагностика и терапія болѣзней желудка	155
Болѣзни кишечникаъ и брюшины.	
Общая діагностическія замѣчанія	168
Общая терапія болѣзней кишечникаъ	170
Частная діагностика и терапія болѣзней кишечникаъ и брюшины	174
Болѣзни печени	
Общая діагностическія замѣчанія	198
Общая терапія болѣзней печени	200
Частная діагностика и терапія болѣзней желчныхъ путей, паренхимы печени и воротной вены	202
Болѣзни поджелудочной железы	215
Болѣзни селезенки	216
Болѣзни мочевыхъ органовъ	
Общая діагностическія замѣчанія	217
Общая терапія болѣзней почекъ	224
Общая терапія болѣзней мочевого пузыря	226
Частная діагностика и терапія болѣзней мочевыхъ органовъ	228
Болѣзни нервной системы.	
Общая діагностическія замѣчанія	245
Общая терапія нервныхъ болѣзней	250
Частная діагностика и терапія болѣзней нервной системы	254
Болѣзни периферическихъ нервовъ	254
Болѣзни спинного мозга и его оболочекъ	270
Болѣзни головного мозга и его оболочекъ	288
Функциональные невроты	304
Болѣзни органовъ движенія	321
Болѣзни крови	329
Общая діагностическія замѣчанія	329
Частная діагностика и терапія болѣзней сердца	331
Болѣзни обмена веществъ	341
Отравленія	355
Указатель	359



Предисловіе автора къ русскому переводу.

Охотно соглашаясь на переводъ моей книги на русскій языкъ, я льщу себя надеждой, что и въ Россіи она встрѣтитъ такой же радушный пріемъ, какой она встрѣтила въ Германіи.

Вмѣстѣ съ тѣмъ не могу не указать на то, что предлагаемое вниманію читателей руководство отличается отъ всѣхъ другихъ по распредѣленію матеріала, по расположенію сходныхъ по своимъ симптомамъ заболѣваній въ опредѣленныя группы. Такой способъ изложенія, прежде всего считающійся съ потребностями практическаго врача, сослужилъ мнѣ прекрасную службу при составленіи цѣлаго ряда другихъ руководствъ по внутреннимъ болѣзнямъ.

Характерные для заболѣванія симптомы изложены подробно, всѣ побочныя данныя опущены: изъ методовъ леченія приведены лишь тѣ, которые испытаны на опытѣ. Только при такомъ ограниченіи матеріала удалось использовать всѣ данныя о внутреннихъ болѣзняхъ въ сравнительно небольшомъ по своимъ размѣрамъ руководствѣ.

G. Kühnemann.

Предисловіе автора къ нѣмецкому изданію.

Въ основу этого руководства легъ болѣе чѣмъ двадцатилѣтній опытъ въ области внутреннихъ болѣзней. При составленіи этой книги мною руководилъ главнымъ образомъ тотъ выводъ изъ моей практической дѣятельности, что молодой врачъ научается лечить не посредствомъ теоретическаго изученія и не путемъ работы въ клиникахъ, а путемъ самостоятельной дѣятельности на собственный страхъ и рискъ. Несмотря на преобладаніе практической точки зрѣнія, я старался все же въ достаточной степени освѣтить современные вспомогательные методы внутренней медицины, а именно серодіагностику, серотерапію и рентгенологію, изученію которыхъ были мною посвящены многіе годы моей дѣятельности.

Врачъ, принужденный заниматься частной практикой, не можетъ найти достаточно свободнаго времени для изученія большихъ учебниковъ и специальныхъ руководствъ; необходимымъ подспорьемъ для него является краткое, но вмѣстѣ съ тѣмъ вполнѣ исчерпывающее практическую сторону руководство.

Этимъ требованіямъ я и старался удовлетворить при составленіи предлагаемаго вниманію читателей руководства.

Авторъ.

Berlin-Zehlendorf, окт. 1911 г.



Инфекціонныя болѣзни.

Предварительныя замѣчанія объ общей діагностикѣ инфекціонныхъ болѣзней.

Инфекціонныя болѣзни распадаются на нѣсколько группъ заболѣваній, отличающихся тѣмъ, что при различныхъ заболѣваніяхъ поражаются преимущественно опредѣленные органы и ткани. Такъ, напр., при острыхъ сыпныхъ заболѣваніяхъ появляются похожія другъ на друга, но въ то же время характернымъ образомъ различающіяся высыпанія на кожѣ. При другихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ наиболѣе рѣзкимъ симптомомъ болѣзни является разстройство дѣятельности кишечника, при третьихъ—пораженіе легкихъ.

Часто на первый планъ выступаютъ лихорадка и общія явленія, и лишь позднѣйшіе характерные симптомы болѣзни, а въ соответственныхъ случаяхъ нахожденіе возбудителя заболѣванія или констатированіе свойственныхъ ему реакцій иммунитета, позволяютъ съ достовѣрностью поставить опредѣленный діагнозъ. Этиологическій діагнозъ имѣетъ рѣшающее значеніе для точнаго распознаванія болѣзни, особенно при холерѣ, дизентеріи, менингитѣ и дифтеріи. Тѣмъ-не менѣе было бы ошибочно, да и, кромѣ того, практически невыполнимо, стараться основывать діагнозъ исключительно на нахожденіи возбудителя болѣзни и на результатахъ реакцій иммунитета. Такъ, напр., начальныя стадіи туберкулеза легкихъ распознаются при посредствѣ клиническихъ методовъ изслѣдованія гораздо раньше, нежели удастся найти туберкулезныя бациллы въ мокротѣ. При брюшномъ тифѣ въ теченіе первой недѣли реакція агглютинаціи часто даетъ отрицательный результатъ, такъ какъ въ крови еще не накопилось достаточнаго количества агглютининовъ; съ другой стороны положительный результатъ пробы на агглютинацію съ тифозными бациллами не всегда подтверждаетъ діагнозъ тифа, такъ какъ агглютинація довольно часто наблюдается и при туберкулезѣ, при пневмоніи и при желтухѣ; далѣе, нерѣдко можно получить агглютинацію, обусловленную родственными микроорганизмами, напр., бациллами паратифа В при брюшномъ тифѣ. Такимъ образомъ, какъ ни цѣнны этиологическія данныя для подтвержденія діагноза, тѣмъ не менѣе было бы ошибочно основывать діагнозъ исключительно на одномъ бактериологическомъ или серологическомъ изслѣдованіи.

Какъ мы уже указали, локализація болѣзненныхъ явленій имѣетъ огромное значеніе для діагноза инфекціонныхъ болѣзней.

Дальнѣйшіе опорные пункты заключаются въ наблюденіи за температурой тѣла и за пульсомъ больного, въ общихъ явленіяхъ, въ участіи чувствительности въ общей картинѣ заболѣванія. Наконецъ, діагнозъ подтверждается измѣненіями въ органахъ тѣла. Такъ, не говоря уже объ острыхъ сыпныхъ заболѣваніяхъ, на кожѣ можно найти весьма важные симптомы при брюшномъ тифѣ (розеола), при септикопѣміи (эритема, розеола, петехіи), при цереброспинальномъ менингитѣ и при пневмоніи въ видѣ herpes (говоритъ противъ тифа, плеврита, туберкулезнаго менингита).

Далѣе слѣдуетъ упомянуть объ измѣненіяхъ въ зѣвѣ при дифтеріи и при ангинѣ, объ измѣненіяхъ языка при скарлатинѣ и при тифѣ, объ измѣненіяхъ въ мокротѣ. На животѣ мы находимъ небольшой метеоризмъ при тифѣ и ладьеобразное втягиваніе при менингитѣ; далѣе, мы находимъ увеличеніе селезенки при тифѣ и при маларіи, измѣненія характера испражнений—при холерѣ, тифѣ и дизентеріи, рвоту—часто въ началѣ скарлатины, сыпного тифа и менингита, опуханіе суставовъ—при остромъ суставномъ ревматизмѣ, а иногда также и септикопѣміи и при милиарномъ туберкулезѣ, измѣненія на днѣ глаза при сепсисѣ и при милиарномъ туберкулезѣ, опуханіе лимфатическихъ железъ (напр. шейныхъ железъ при краснухѣ), измѣненія въ мочѣ (діазореакція при тифѣ) и въ крови (гиперлейкоцитозъ при большинствѣ инфекціонныхъ заболѣваній; не наблюдается при тифѣ, при маларіи и при септѣ).

Общая терапія инфекціонныхъ болѣзней.

Симптоматическое леченіе, направленное противъ отдѣльныхъ болѣзненныхъ явленій, будетъ изложено въ специальной части этой книги. Здѣсь же мы хотимъ дать общій очеркъ гидротерапіи при острыхъ лихорадочныхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, примѣняемой преимущественно при брюшномъ тифѣ и, кромѣ того, при цѣломъ рядѣ другихъ инфекціонныхъ заболѣваній, въ теченіе которыхъ преобладаютъ тяжелыя общія явленія, напр. при сепсисѣ, при сыпномъ тифѣ, при острыхъ сыпныхъ заболѣваніяхъ и при суставномъ ревматизмѣ. Съ тѣхъ поръ, какъ мы научились смотрѣть на лихорадку, какъ на необходимую реакцію организма, какъ на самозащиту отъ вредныхъ моментовъ, обусловленныхъ инфекціей, борьба съ лихорадкой оправдывается лишь настолько, насколько мы стремимся къ тому, чтобы понизить слишкомъ рѣзкое повышение температуры тѣла и ослабить связанное съ нимъ вредное вліяніе на сердце и на сосуды, на легкія, на центральную нервную систему и на обменъ веществъ. Во многихъ случаяхъ показаніемъ къ гидротерапевтическимъ приѣмамъ служитъ не столько повышение температуры, сколько помраченіе сознанія, продолжительная сонливость, бредъ, измѣненія въ легкихъ, поверхностное дыханіе и угрожающій параличъ сосудодвигателей. Въ то время какъ раньше примѣнялись прохладныя полныя ванны или полуванны по Brand'y (Bartels, Jürgensen, Liebermeister) въ 20° или даже въ 10° и ниже съ холодными обливаніями головы и затылка, въ настоящее время примѣняютъ почти исключительно постепенно охлаждаемыя ванны по Ziemssen'y. Начальная температура ванны должна быть на 5° ниже температуры тѣла; приливая постепенно холодную воду въ ножной конецъ ванны, доводятъ температуру воды подъ конецъ до 25°. Продолжительность ванны—10—20 минутъ, въ зависимости отъ сложенія и силъ больного. Ванны слѣдуетъ дѣлать 1—2 раза въ день, а въ исключительныхъ случаяхъ чаще. Показаніемъ къ ваннѣ служитъ въ общемъ повышение температуры подъ мышкой до 39,5°. Впрочемъ измѣненія въ легкихъ (гипостазы) и сонливость являются болѣе важными показаніями, нежели повышение температуры. Въ такихъ случаяхъ во время ванны слѣдуетъ производить непродолжительныя холодныя обливанія затылка, спины, подложечной области и головы.—Изъ ванны больного слѣдуетъ тотчасъ перенести въ постель, быстро обсушить и хорошенько укрыть одѣяломъ. Точно также больного слѣдуетъ переносить на рукахъ изъ ванны въ постель, а въ самой ваннѣ все время поддерживать его, подложивъ руки подъ спину. Иногда необходимо дать больному до ванны или во время ванны кофе, чай или вино. Въ ваннѣ больного слѣдуетъ слегка растирать руками или полотенцемъ для того, чтобы устранить непріятное ощущеніе холода.—У болѣе пожилыхъ, слабыхъ, малокровныхъ или тучныхъ лицъ ванны противопоказаны; въ такихъ случаяхъ ванны слѣдуетъ замѣнить общими обертываніями во влажныя

простыни, съ закутываніемъ въ теплыя одѣяла въ теченіе $1\frac{1}{2}$ часа, или часто смѣняемыми компрессами на туловище или частичными обмываніями тѣла.—Если во время ванны наступаютъ явленія коллапса (малый пульсъ, блѣдность, похолодѣніе, ціанозъ, одышка), то слѣдуетъ тотчасъ вынуть больного изъ ванны и прибѣгнуть къ возбуждающимъ средствамъ (подкожныя впрыскиванія камфорнаго масла, эфира, къ приему вина, кофе).—Кишечное кровотеченіе или раздраженіе брюшины являются противопоказаніями для примѣненія ваннъ.

О примѣненіи жаропонижающихъ средствъ см. специальную часть.

Что касается такъ назыв. «лихорадочной діеты», то мы должны ограничиться здѣсь лишь нѣсколькими общими указаніями; при цѣломъ рядѣ инфекционныхъ заболѣваній (напр. при брюшномъ тифѣ) необходимы отступленія. Въ общемъ можно установить слѣдующее общее правило: надо давать легкую, жидкую пищу, прохладные напитки, иногда съ прибавленіемъ кислотъ. Больной не долженъ принимать сразу слишкомъ большого количества пищи; напротивъ, лучше давать пищу маленькими порціями почаще, 5—6 разъ въ день. На первомъ планѣ стоитъ молоко, по $\frac{3}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ литра въ день, иногда съ прибавленіемъ небольшого количества кофе. Далѣе слѣдуютъ супы (бульоны или молочные супы) съ рисомъ, мукой, овсяной крупой, саго, манной крупой, ячменной крупой, мондаминонъ, черствой булкой, также съ прибавленіемъ желтка и небольшого количества масла; какао, бульонъ изъ голубей, куриный, телячій и говяжій бульонъ, бульонъ изъ мясного экстракта, beeftea, укрѣпляющій бульонъ. Иногда можно разрѣшить супъ съ виномъ, супъ съ виномъ изъ саго, съ бѣлымъ пивомъ. Мяса либо слѣдуетъ избѣгать, либо даютъ немного мелко-скобленной говядины (сырой или слегка поджаренной), сладкое мясо, телячьи мозги, телятину, цыпленка, мясо голубей, далѣе питательные препараты: плазмонъ, нутрозу, тропонъ, мясной пептонъ Kemmerich'a, мясной сокъ Valentine'a, яйца въ смятку или яйца, взболтанныя въ супѣ, молоко, вино. Изъ печеній разрѣшаются лишь сухари, черствая булка, бисквиты; мало масла, также въ супѣ. Изъ овощей разрѣшается небольшое количество картофельнаго пюре, шпината, изъ мучныхъ блюдъ—жидкая кашка изъ риса, саго, манной крупы. Далѣе фруктовое, винное, молочное желе. Для питья слѣдуетъ предлагать прохладную воду съ лимономъ и съ небольшимъ количествомъ сахара, или съ прибавленіемъ фруктоваго сока или лимонной кислоты; при поносахъ—жидкій отваръ риса. Изъ минеральныхъ водъ—въ небольшомъ количествѣ Apollinaris, Selters, Harzer Sauerbrunnen. Иногда можно давать пахтанье, кумысъ, кефиръ, жидкій чай, жидкій кофе, желудочный кофе, желудочный какао (при склонности къ поносамъ). Вино показано у ослабленныхъ больныхъ или у привыкшихъ къ употребленію алкоголя.—Для того, чтобы бороться съ упадкомъ силъ, обусловленнымъ лихорадкой, безусловно необходимо позаботиться о достаточномъ питаніи больного (въ соответственныхъ случаяхъ слѣдуетъ высчитать вводимое съ пищей количество тепла въ калоріяхъ),

не обременяя въ то же самое время безъ надобности пищеварительныхъ путей.

Специфическое леченіе инфекціонныхъ болѣзней основывается на явленіяхъ иммунитета. При иммунизациі мы вводимъ въ тѣло животнаго опредѣленные вещества (антигены), а именно тѣла бактерій, токсины, тканевыя клѣтки, бѣлковыя вещества (въ постепенно возрастающемъ количествѣ). Въ кровяной сывороткѣ иммунизированныхъ животныхъ образуются особыя вещества, продукты реакціи организма (антитѣла), стоящіе въ извѣстной связи съ введеннымъ веществомъ и повышающіе обыкновенно стойкость организма по отношенію къ дальнѣйшему введенію антигена. Послѣ нѣкоторыхъ инфекціонныхъ болѣзней остается невосприимчивость къ новому заболѣванію тою же самою болѣзнью—приобрѣтенный иммунитетъ. Иммунизация достигается двумя способами: можно прямо ввести въ организмъ тѣла бактерій, resp. токсины, или вводить сыворотку, уже содержащую защитительныя вещества. Первый способъ иммунизациі носитъ названіе активной, второй—пассивной иммунизациі. При активной иммунизациі организму приходится преодолѣть, правда, легкое, но все же болѣе или менѣе выраженное заболѣваніе; при этомъ онъ самостоятельно вырабатываетъ иммунныя тѣла. Иммунитетъ наступаетъ только спустя нѣкоторое время, но зато продолжается долго, такъ какъ ткани тѣла приобретаютъ способность вырабатывать дальнѣйшія количества иммунныхъ тѣлъ или, что то же самое, становятся нечувствительными къ вводимымъ въ организмъ новымъ количествамъ антигена. Напротивъ, при пассивной иммунизациі, при которой въ организмъ больного вводится содержащая обильное количество иммунныхъ веществъ сыворотка иммунизированнаго животнаго, иммунитетъ наступаетъ тотчасъ послѣ впрыскиванія, безъ того чтобы ему предшествовало какое-нибудь заболѣваніе или какая-нибудь реакція со стороны организма. Но зато иммунитетъ продолжается лишь очень короткое время, 1—2 недѣли, такъ какъ впрыснутый подъ кожу чужеродный бѣлокъ (сыворотка) скорѣ выдѣляется изъ организма (при примѣненіи сыворотки животныхъ одного вида иммунитетъ продолжается значительно дольше). Активный иммунитетъ вызывается живыми вирулентными специфическими возбудителями заболѣванія, живыми ослабленными микроорганизмами, убитыми культурами и продуктами жизнедѣятельности микробовъ. Послѣдовательная активная иммунизация (послѣ зараженія) производится съ лечебной цѣлью при собачьемъ бѣшенствѣ путемъ введенія въ инкубаціонномъ періодѣ высушеннаго или разведеннаго ядовитаго начала, при туберкулезѣ—посредствомъ туберкулина, полученнаго изъ разводокъ туберкулезныхъ бациллъ, при тифѣ—убитыми тифозными бациллами, при сапѣ лошадей—посредствомъ маллеина. Послѣдовательная иммунизация (послѣ зараженія) съ лечебной цѣлью посредствомъ иммунныхъ сыворотокъ, полученныхъ путемъ возможно болѣе высокой иммунизациі соотвѣтственныхъ животныхъ, производится отчасти при такихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, симптомы которыхъ главнымъ образомъ обусловливаются дѣйствіемъ токсиновъ, какъ,

напр., при дифтеріи, столбнякѣ и дизентеріи (антитоксическія сыворотки), отчасти же при такихъ заболѣваніяхъ, при которыхъ, кромѣ дѣйствія токсиновъ, большую роль играетъ также и размноженіе специфическаго возбудителя болѣзни, какъ это бываетъ при туберкулезѣ, тифѣ, чумѣ, пневмоніи, менингитѣ, стрептококковыхъ инфекціяхъ (бактерицидно-анти-токсическія сыворотки). Кромѣ того, примѣняется (правда, не столько для терапевтическихъ цѣлей) комбинированная активно-пассивная иммунизация путемъ одновременнаго введенія возбудителей заболѣванія, геср. ихъ токсиновъ и иммунной сыворотки. Послѣдній методъ примѣняется главнымъ образомъ при иммунизации лошадей съ цѣлью полученія лечебной сыворотки, равно какъ при предохранительныхъ прививкахъ противъ повальныхъ заболѣваній у животныхъ (сибирская язва, чума рогатаго скота, рожа свиней).—Болѣе подробныя данныя о примѣненіи лечебныхъ сыворотокъ изложены въ специальной части.

Частная діагностика и терапія инфекційныхъ болѣзней.

Цѣлый рядъ инфекційныхъ болѣзней, при которыхъ преобладающее значеніе принадлежитъ заболѣваніямъ отдѣльныхъ органовъ, какъ, напр., пневмонія, туберкулезъ легкихъ, ангина, эндокардитъ, острый суставной ревматизмъ, туберкулезный и гнойный менингитъ, отнесены по діагностическимъ основаніямъ и въ цѣляхъ лучшаго разсмотрѣнія къ заболѣваніямъ соотвѣтствующихъ органовъ.

Первая группа. Острыя сыпныя заболѣванія.

1. Корь (Morbilli).

Возбудитель не извѣстенъ. Заразное начало очень заразительно, но, видимо, мало стойко; поэтому возможна лишь прямая передача болѣзни. Большею частью встрѣчается у дѣтей. Послѣ перенесенной болѣзни пріобрѣтается невосприимчивость. Инкубаціонный періодъ продолжается 10—11 дней.

Главные симптомы и діагнозъ. Инкубаціонный періодъ большей частью не сопровождается никакими симптомами. Продромальный или катаральный періодъ продолжается 3—4 дня и начинается повышеніемъ температуры (иногда потрясающимъ ознобомъ), насморкомъ, конъюнктивитомъ (свѣтобоязнь, одутловатость лица), бронхитомъ, общимъ недомоганіемъ, отсутствіемъ аппетита. Въ скоромъ времени на слизистой щекъ, позади угловъ рта на покраснѣвшемъ основаніи появляются небольшія бѣлыя пятна, похожія на брызги известки, пятна Корлік'а, которыя служатъ чрезвычайно важнымъ раннимъ діагностическимъ симптомомъ, такъ какъ они появляются за нѣсколько дней до появленія сыпи на кожѣ. Послѣ того, какъ прошелъ продормальный періодъ, т. е. большею частью на 4-й день послѣ начала заболѣванія, появляется сыпь на кожѣ, сперва на лицѣ, потомъ на шеѣ, туловищѣ и конечностяхъ. Сначала пятна имѣютъ небольшую величину и окрашены въ свѣтлорозовый цвѣтъ, а затѣмъ они увеличиваются, пріобрѣтаютъ темно-красную окраску

и большею частью сливаются другъ съ другомъ, причемъ между пятнами остаются все-таки непораженные участки кожи. Часто пятна имѣютъ характеръ узелковъ, особенно вокругъ волосныхъ мѣшковъ и сальныхъ железъ. Кожа въ окрестности рта также покрывается сыпью (отличіе отъ скарлатины). Съ появленіемъ сыпи на кожѣ лихорадка усиливается и приобретаетъ характеръ *febris continua*. Часто замѣчается чувство сильной разбитости, бредъ. Въ то же самое время катарральныя явленія также значительно усиливаются. Нерѣдко наблюдается альбуминурія, припуханіе лимфатическихъ железъ. Иногда сыпь становится геморрагической. Спустя приблизительно два дня сыпь начинаетъ блѣднѣть и исчезаетъ въ такомъ же порядкѣ, въ какомъ она появилась. Послѣ поблѣднѣнія сыпи наступаетъ отрубевидное шелушеніе, продолжающееся около 2 недѣль. На 6-й или 7-й день болѣзни критическое или литическое паденіе температуры. Послѣ паденія температуры начинается періодъ выздоровленія, причемъ катарральныя явленія вначалѣ еще держатся. Въ это время дѣти очень склонны къ простудѣ. Изъ послѣдовательныхъ заболѣваній и осложнений слѣдуетъ указать на бронхопневмонію, капиллярный бронхитъ, воспаленіе среднего уха, туберкулезъ, плевритъ, коклюшъ. Отклоненія отъ нормальнаго теченія болѣзни выражаются въ тяжелыхъ общихъ явленіяхъ, бленнорройномъ конъюнктивитѣ, сильномъ насморкѣ, въ появленіи ложнаго крупа, сильныхъ поносовъ, рвоты, помраченія сознанія, апатіи, судорогъ («коровая интоксикація»). Тяжелой формой кори является также такъ назыв. «скрывающаяся» корь, при которой сыпь на кожѣ выражена слабо, имѣетъ рудиментарный характеръ, но наблюдаются воспалительныя явленія главнымъ образомъ со стороны слизистой оболочки бронховъ—тяжелый бронхіолитъ съ одышкой и ціанозомъ. Прогнозъ въ общемъ благопріятный, у стариковъ и при наличности осложнений—сомнительный, въ тяжелыхъ случаяхъ—часто неблагоприятный.

Діагнозъ основывается на нахожденіи пятенъ Koplik'a, которыя отсутствуютъ лишь въ 20⁰/о всѣхъ случаевъ, на конъюнктивитѣ и на характерной сыпи. Аналогичная сыпь можетъ возникнуть послѣ введенія сыворотки, послѣ пріема лекарственныхъ веществъ и при сифилисѣ. Ср. также краснуху и скарлатину.

Леченіе. Обыкновенные случаи кори нуждаются лишь въ діететическомъ леченіи. Постельное содержаніе, нагрѣтая, хорошо провѣтриваемая комната (20⁰). Не затемнять свѣта, но вмѣстѣ съ тѣмъ не позволять дѣтямъ смотрѣть на яркій свѣтъ, заботиться о достаточной влажности воздуха въ комнатѣ больного (испареніе воды). При рѣзко выраженномъ конъюнктивитѣ осторожное промываніе глазъ кипяченой водой, отваромъ ромашки, борной водой (чайную ложку борной кислоты на $\frac{1}{4}$ литра воды). Для питанія больного—главнымъ образомъ молоко, слизистые супы, въ остальномъ такая же діета, какъ на стр. 5. Противъ кашля теплое молоко съ *Selters*, *Obersalzbrunnen*, *Ems*. Далѣе изъ лекарственныхъ средствъ:

Rp. Sirupi althaeae 100,0. S. Чайными ложками.

Rp. Sirupi althaeae 50,0, Otymel scillae 5,0, Aq. foeniculi 25,0
M. D. S. По 1 десертной ложкѣ черезъ 2 ч.

Полосканіе и промываніе рта теплымъ настоемъ ромашки или *tin-cturae myrrhae* (по 10—15 капель на стаканъ воды). При сильномъ насморкѣ протираніе (но не спринцованіе) носа борной водой (см. выше) или настоемъ ромашки. Рекомендуются также слѣдующій порошокъ противъ насморка:

Rp. Mentholi 0,5, Natrii sozodol. 1,0, Sacch. lact. pulv. ad 20,0. M. f. pulv. D. ad scat. S. Порошокъ противъ насморка.

О леченіи бронхіолита см. ниже главу о бронхіолитѣ.

Во время выздоровленія предохранять дѣтей отъ простуды; разрѣшить выйти изъ комнаты лишь черезъ 3 недѣли послѣ паденія температуры. Спустя 1—2 недѣли послѣ паденія температуры можно разрѣшить теплыя ванны. Позаботиться о тщательномъ питаніи слабыхъ дѣтей (молоко, яйца, рыбій жиръ); почаще выслушивать легкія. Если имѣются боли въ ухѣ, вливать по каплямъ карболовый глицеринъ 1:10, по нѣсколько капель 2 раза въ день. Не забывать объ осложненіи кори *otitis media*. Послѣ полного выздоровленія рекомендовать пребываніе въ деревнѣ, въ лѣсистой мѣстности.

2. Краснуха (*Rubeola*).

Возбудитель не извѣстенъ. Встрѣчается почти исключительно у дѣтей, довольно часто въ формѣ эпидеміи. Продолжительность инкубационнаго періода равняется 17—21 днямъ.

Главные симптомы и діагнозъ. Въ продромальномъ періодѣ не замѣчается никакихъ болѣзненныхъ симптомовъ или наблюдаются очень слабо выраженные явленія. Очень важнымъ діагностическимъ симптомомъ является опуханіе шейныхъ, а часто также и затылочныхъ, и заушныхъ лимфатическихъ железъ, иногда предшествующее появленію сыпи. Сыпь начинается, какъ при кори, на лицѣ въ видѣ розовыхъ пятнышекъ величиной съ булавочную головку; довольно часто она бываетъ и на волосистой части головы. Пятна нѣсколько увеличиваются, но не сливаются другъ съ другомъ. Кожа вокругъ рта не остается свободной отъ сыпи (отличіе отъ скарлатины). Характерно быстрое исчезновеніе сыпи; въ то время какъ сыпь только выступаетъ на шеѣ, на туловищѣ и на конечностяхъ, на лицѣ она уже начинаетъ блѣднѣть. Видъ сыпи чрезвычайно измѣнчивъ; иногда сыпь можетъ походить на скарлатинную.

Иногда наблюдается легкій конъюнктивитъ, довольно часто—повышеніе температуры до 38°—39°. Сыпь появляется большей частью на второй день заболѣванія и исчезаетъ на 4-й и 5-й день. Наблюдались будто бы пятна Корлик'а. Теченіе благоприятное. Діагнозъ часто является затруднительнымъ. Важное діагностическое значеніе имѣетъ опу-

ханіе лимфатическихъ железъ и быстрота исчезновенія сыпи.—Иногда наблюдается заболѣваніе, похожее на краснуху, но отличающееся сыпью, похожей на скарлатинную; заболѣваніе это наблюдается въ видѣ эпидеміи (четвертая болѣзнь Duker-Филатова). Лечение. При лихорадочномъ повышеніи температуры — постельное содержаніе, молочная діета, слизистые супы. Нѣсколько дней осторожность.

3. Скарлатина (Scarlatina).

Возбудитель не извѣстенъ. Зараженіе происходитъ большей частью путемъ непосредственнаго соприкосновенія съ больнымъ, рѣдко черезъ посредство зараженныхъ предметовъ. Болѣзнетворное начало отличается большей стойкостью по отношенію къ внѣшнимъ вліяніямъ, нежели заразное начало кори. Во вторичныхъ инфекціяхъ (септические и гнойные процессы) принимаютъ участіе главнымъ образомъ стрептококки. Послѣ перенесенной болѣзни остается на всю жизнь невоспріимчивость.

Инкубаціонный періодъ продолжается 4—7 дней, иногда меньше. Заболѣваютъ преимущественно дѣти.

Главные симптомы и діагнозъ. Продромальныя явленія большей частью слабо выражены (продолжительность продромальнаго періода равняется 1—2 днямъ). Въ типичныхъ случаяхъ болѣзнь начинается внезапно тошнотой, рвотой, чувствомъ недомоганія и сильнымъ повышеніемъ температуры (39° — 40°). Вскорѣ появляются боли въ горлѣ и ангина (краснота и припухлость небныхъ дужекъ и миндалинъ; миндалины большей частью покрыты желтовато-бѣловатымъ налетомъ). Языкъ покрытъ бѣловатымъ налетомъ; края его красны; припухшіе и покраснѣвшіе сосочки выдаются надъ поверхностью языка (скарлатинный языкъ, малиновый языкъ); симптомъ этотъ становится потомъ еще рѣзче. Въ 1-й или на 2-й день заболѣванія появляется сыпь, сначала на верхней части груди и на нижней части шеи; отсюда сыпь быстро, въ теченіе одного дня, распространяется на туловище и конечности; на лицѣ сыпь замѣчается главнымъ образомъ на вискахъ, на щекахъ и на носу, въ то время какъ окружность рта и подбородокъ всегда остаются свободными отъ сыпи и своимъ блѣднымъ цвѣтомъ рѣзко выдаются на общемъ красномъ фонѣ. Сыпь состоитъ изъ многочисленныхъ очень мелкихъ пятнышекъ краснаго цвѣта, которыя всегда отдѣлены другъ отъ друга непораженными участками кожи и не сливаются, какъ при кори. Правда, въ концѣ-концовъ пятнышки расположены такъ густо, что получается впечатлѣніе «диффузной скарлатинной красноты». Сыпь достигаетъ наибольшаго развитія обыкновенно на 3—4-й день болѣзни. Вмѣстѣ съ тѣмъ усиливаются лихорадка и ангина; послѣдняя принимаетъ иногда дифтеритическую или гангренозную форму. При этомъ обыкновенно замѣчается значительное опуханіе шейныхъ железъ. Съ 5-го дня сыпь обыкновенно начинаетъ блѣднѣть, а на 7-й день исчезаетъ совершенно. Послѣ исчезновенія сыпи начинается шелушеніе и отслаиваніе кожи, обыкновенно большими пластами, особенно на кистяхъ рукъ и на ступняхъ, и мелкими чешуйками на остальныхъ частяхъ тѣла. Съ распространеніемъ сыпи лихорадочное

повышеніе температуры достигаетъ 40° и выше, затѣмъ температура падаетъ литически и на 7—9-й день болѣзни достигаетъ нормы. Пульсъ большей частью болѣе частый, чѣмъ это соотвѣтствуетъ повышенію температуры (120—140). Селезенка умѣренно увеличена. Наблюдаются многочисленныя отклоненія отъ этого типичнаго теченія. Такъ, встрѣчаются очень легкія формы, которыя при отсутствіи эпидеміи врядъ ли могутъ быть распознаны какъ скарлатина; далѣе — скарлатина безъ сыпи, но въ сопровожденіи всѣхъ другихъ симптомовъ; скарлатина, протекающая съ обильными потами и высыпаніемъ просовидныхъ пузырьковъ (*milliaria*), папулезныя и геморрагическія формы (*scarlatina papulosa*, *haemorrhagica*). Затѣмъ встрѣчаются случаи, отличающіеся очень тяжелымъ и бурнымъ теченіемъ и въ нѣсколько дней ведущіе къ смерти при рѣзко выраженныхъ гастрическихъ явленіяхъ, бредѣ, комѣ и судорогахъ. Изъ заболѣваній, обусловленныхъ вторичной инфекціей стрептококками, слѣдуетъ упомянуть въ особенности о некротической ангиѣ, о флегмонозномъ воспаленіи лимфатическихъ железъ и лимфатическихъ сосудовъ на шеѣ (*angina Ludovici*), въ видѣ твердой и обширной флегмоны передней части шеи, большею частью съ смертельнымъ исходомъ. Далѣе слѣдуетъ упомянуть объ осложненіи скарлатины пиѳміей, суставнымъ ревматизмомъ, воспаленіемъ среднего уха. Къ осложненію скарлатины дифтеріей слѣдуетъ всегда относиться очень серьезно. Наиболѣе частымъ осложненіемъ является скарлатинозный нефритъ (гломеруло-нефритъ). Онъ появляется большею частью на 3-й недѣль болѣзни, слѣдовательно, черезъ 10—14 дней послѣ исчезнованія всѣхъ острыхъ явленій. Количество мочи рѣзко падаетъ, моча содержитъ бѣлокъ, кровь, цилиндры, почечный эпителий. Появляются отеки, иногда наступаетъ слѣпота и уремія. Большею частью спустя 1—2 недѣли явленія нефрита ослабѣваютъ, а спустя приблизительно 8 недѣль наступаетъ полное выздоровленіе. Иногда наблюдается переходъ въ хроническій нефритъ. Смерть можетъ наступить вслѣдствіе уреміи и комы. Прогнозъ при скарлатинѣ всегда серьезный. Смертность въ отдѣльныя эпидеміи сильно колеблется ($2—30\%$). И легкіе, повидимому, случаи могутъ окончиться смертію вслѣдствіе осложненія нефритомъ. Діагнозъ ставится на основаніи перечисленныхъ выше характерныхъ симптомовъ. Въ атипическихъ случаяхъ діагнозъ затруднителенъ (*scarlatina sine exanthemate* можно распознать лишь при наличности эпидеміи). Сыпи, очень сходныя съ скарлатинной, наблюдаются послѣ впрыскиванія лечебныхъ сыворотокъ, послѣ нѣкоторыхъ лекарственныхъ средствъ (атропинъ, антипиринъ), при нѣкоторыхъ другихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ (при сепсисѣ, краснухѣ, тифѣ).

Леченіе. Содержаніе комнаты больного, какъ при кори. Даже въ легкихъ случаяхъ скарлатины больного слѣдуетъ выдержать въ постели по крайней мѣрѣ 4 недѣли, съ цѣлью предотвратить развитіе нефрита. Больного слѣдуетъ тщательно оберегать отъ простуды и сквозняка. Въ

первыя 3—4 недѣли пища должна состоять главнымъ образомъ изъ молока; кромѣ того, даютъ овсянку, супъ съ рисомъ и съ манной крупой, небольшое количество размоченныхъ сухарей, бисквиты, при поносахъ—обыкновенный или желудочный какао. Для питья—вода съ лимоннымъ сокомъ, лимонадъ. Противъ ангины и поражений слизистой оболочки рта—полосканія и промыванія борной водой (3⁰/₀), перекисью водорода (3⁰/₀) и отваромъ шалфея (Infus. fol. salviae 15,0:200,0). Протираніе носа влажными ватными тампонами; при тяжелыхъ явленияхъ ангины или дифтеріи—глтаніе кусочковъ льда, компрессы изъ ледяной воды на шею. При продолжительномъ повышеніи температуры до 40° и выше—влажные холодные компрессы на грудь, животъ и бедра; при помраченіи сознанія и при бредѣ—тепловатая ванны (33—35°) съ непродолжительными холодными обливаніями затылка и надчревной области (при хорошей дѣятельности сердца); продолжительность ванны—5—10 минутъ (ванны противопоказаны при ціанозѣ, при плохомъ пульсѣ). У дѣтей ванны можно замѣнить холодными общими обвертываніями, продолжительностью въ 10 минутъ, 1—2 раза въ день. Далѣе при сильной головной боли и при безпокойствѣ—пузырь со льдомъ на голову. При опуханіи лимфатическихъ железъ прикладывать ледъ, а если опухоль не спадаетъ или появляется размягченіе, то класть припарки. Слѣдить за возможнымъ осложненіемъ со стороны средняго уха. При сердечной слабости—вино, чай, кофе, oleum camphoratum подъ кожу. При осложненіи дифтеріей немедленно прибѣгнуть къ впрыскиванію сыворотки (см. главу о дифтеріи). Впрыскиванія скарлатинной и стрептококковой сыворотки (стрептококковая сыворотка Höchst въ оригинальномъ флаконѣ по 50,0; впрыснуть половину флакона) даютъ сомнительный эффектъ. Скарлатиновый нефритъ требуетъ такого же леченія, какъ и обыкновенный острый нефритъ (см. соотвѣт. главу). Рекомендуются кровопусканія (по 2 пиявки на область почекъ, кровопусканіе изъ вены локтевого сгиба). Въ періодѣ выздоровленія все время слѣдить за мочей. По истеченіи 4-й недѣли болѣзни постепенно переходятъ къ мясной пищѣ (сладкое мясо, телятина, цыпленокъ, мясо голубей); кромѣ того, даютъ яйца, картофельное пюре, шпинатъ, компотъ. Для того, чтобы ускорить шелушеніе, можно время отъ времени дѣлать теплыя ванны; послѣ выздоровленія слѣдуетъ тщательно продезинфицировать ванну. Только приблизительно спустя 6 недѣль можно позволить выходить на воздухъ.

Извѣщеніе о заболѣваніи и о смерти больного является обязательнымъ; запрещается посѣщеніе школы братьями и сестрами больного; предписывается произвести дезинфекцію помѣщенія; при соотвѣствующихъ обстоятельствахъ ограничивается свобода продажи съѣстныхъ припасовъ; существуютъ особые правила для персонала, ухаживающаго за больными.

4. Оспа (Variola vera, variolosis).

Возбудитель не извѣстенъ. Болѣзнетворное начало отличается чрезвычайной заразительностью и стойкостью. Вслѣдствіе этого оспа передается также черезъ посредство зараженныхъ предметовъ. Восприимчивость къ оспѣ всеобщая, особенно рѣзко выражена въ дѣтскомъ возрастѣ. Varioloidъ является

легкой формой настоящей оспы и наблюдается у таких больных, которым была когда-то сделана предохранительная прививка оспы или которые отличаются слабым предрасположением к оспе. Вариолоидъ въ общемъ встречается чаще въ тѣхъ странахъ, въ которыхъ оспопрививаніе является обязательнымъ. При оспѣ и при вариолоидѣ инкубационный періодъ равняется обыкновенно 6 днямъ. Послѣ перенесенной болѣзни остается на всю жизнь невосприимчивость.

Varioia vera.

Главные симптомы и діагнозъ. Болѣзнь начинается внезапно головной болью, желудочными явлениями, болями въ крестцѣ и чувствомъ сильнаго недомоганія. Въ то же время сильное повышеніе температуры и *febris continua* въ слѣдующіе два дня заболѣванія. Продромальный періодъ продолжается болѣею частью 3 дня. Въ теченіе его, приблизительно на 2-й день болѣзни, часто появляется продромальная сыпь на животѣ и бедрахъ (бедренный треугольникъ), иногда также на другихъ частяхъ тѣла, похожая на скарлатинную сыпь и скоро исчезающая. На 3-й день заболѣванія начинается періодъ высыпанія (*stadium eruptionis*). Оспенная сыпь появляется сперва на головѣ и лицѣ, затѣмъ на туловищѣ, верхнихъ конечностяхъ, кистяхъ рукъ, нижнихъ конечностяхъ и ступняхъ. Пятна превращаются въ узелки, а узелки — въ пузырьки. На 6-й день заболѣванія замѣчаются вполне развитыя оспенныя пустулы съ пупковиднымъ вдавленіемъ, наполненные сначала прозрачнымъ и желтоватымъ, а затѣмъ гнойнымъ содержимымъ. Послѣ появленія оспенной сыпи, на 3—4-й день, температура падаетъ ниже 38° , но затѣмъ опять начинаетъ повышаться и доходитъ на 9-й день до 39° . Одновременно съ высыпаніемъ на кожѣ появляется аналогичная сыпь на слизистыхъ оболочкахъ, особенно рта, зѣва, носа, иногда также гортани, трахеи, рѣдко прямой кишки и влагалища, принимающая характеръ изъязвленій. На 9-й день заболѣванія содержимое пустулъ приобретаетъ гнойный характеръ, пупковидное вдавленіе исчезаетъ, окружность пустулъ окрашивается въ болѣе рѣзкій красный цвѣтъ. Лихорадка (второго періода оспы) достигаетъ своего наивысшаго уровня—*stadium suppurationis* (періодъ нагноенія). Страданія, причиняемые пустулами на кожѣ и на слизистыхъ оболочкахъ, весьма значительны. Часто вся кожа сильно опухаетъ, въ особенности вокругъ глазъ и вообще на лицѣ. Въ концевыхъ пораженіяхъ слизистыхъ оболочекъ можетъ завершиться бронхопневмоніей или отекомъ голосовой щели. Нерѣдко наблюдается помраченіе сознания и бредъ. Съ 12-го дня заболѣванія пустулы начинаютъ подсыхать (*stadium exsiccationis*), температура падаетъ литически, корки постепенно отслаиваются, оставляя послѣ себя красныя пятна или поверхностные рубцы. Періодъ подсыханія, заключающійся на 16 или 17-й день болѣзни, болѣею частью сопровождается сильнымъ зудомъ. Выздоровленіе тянется нѣсколько недѣль, но можетъ тянуться и значительно дольше. Наблюдается цѣлый рядъ отклоненій отъ этого типическаго теченія, особенно въ отношеніи развитія и продолжительности отдѣльных періодовъ заболѣванія. Неблагоприятнымъ теченіемъ отличаются, болѣею частью, *varioia con-*

flueas, при которой отдѣльныя пустулы сливаются другъ съ другомъ, *v. haemorrhagica* (черная оспа), отличающаяся кровоизліяніями въ пустулахъ (темносиній цвѣтъ пустулъ) и въ слизистыхъ оболочкахъ, *varicella variolosa*, при которой уже продромальная сыпь имѣетъ геморрагическій характеръ. Далѣе, иногда встрѣчаются легкія и рудиментарныя формы безъ сыпи. Осложненія: бронхопневмонія, отекъ голосовой щели, плевритъ, эндокардитъ, нефритъ, менингитъ, конъюнктивитъ, кератитъ, отитъ. Прогнозъ всегда серьезный. Смертность колеблется въ широкихъ предѣлахъ. Особенно плохо переносятъ оспу беременныя.

Variolois.

Продромальный періодъ протекаетъ такъ же, какъ при *variola vera*; продромальная сыпь бываетъ иногда даже сильнѣе выражена; въ другихъ случаяхъ общія явленія выражены значительно слабѣе. Оспенная сыпь появляется на 3-й день болѣзни въ видѣ розеолъ, которыя затѣмъ превращаются въ узелки и въ пузырьки. Большею частью дѣло не доходитъ до нагноенія, кромѣ того сыпь бываетъ значительно менѣе обильной. Съ появленіемъ сыпи температура падаетъ критически, нагноительной лихорадки не бываетъ, иногда при подсыханіи пустулъ наблюдается непродолжительная лихорадка. Слизистыя оболочки остаются непораженными или поражаются весьма слабо. Періодъ подсыханія начинается на 8—10-й день болѣзни. Тяжелыхъ осложненій большей частью не бываетъ.

Діагнозъ въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ оспы не представляетъ никакихъ затрудненій; при рудиментарныхъ формахъ, особенно въ спорадическихъ случаяхъ вариолоида въ странахъ съ обязательнымъ оспопрививаніемъ, діагнозъ можетъ натолкнуться на значительныя затрудненія. Въ подобныхъ случаяхъ сыпь иногда очень похожа на коревую, иногда на вѣтряную оспу. Однако коревая сыпь отличается большей склонностью къ сливанію и распространяется быстрѣе, нежели сыпь на вариолоидѣ. Сильное повышеніе температуры говоритъ скорѣе въ пользу вариолоида, нежели за вѣтряную оспу.

Леченіе. Содержаніе комнаты больного, какъ при кори. Жидкая пища: молоко, слизистые супы, яйца, говяжій бульонъ, вино, вода съ лимоннымъ сокомъ. При запорахъ клизмы или нѣжныя слабительныя (см. ниже главу объ общей терапіи болѣзней кишечника). При затрудненіи глотанія — кусочки льда, полосканія (см. ниже главу объ ангинахъ), пузырь со льдомъ на голову. При сильномъ повышеніи температуры — тепловатыя ванны (35°), продолжительностью въ 30 минутъ, 1—2 раза въ день; въ случаѣ нужды не прекращать ваннъ даже во время нагноенія. Кромѣ того, можно прибѣгнуть къ влажнымъ компрессамъ на болѣзненные участки кожи. Холодныя ванны и холодныя обмыванія иногда плохо переносятся вслѣдствіе повышенной чувствительности кожи. — При угрожающемъ коллапсѣ — крѣпкія вина, коньякъ съ желтками, эфиръ, кофе, камфорное масло подъ кожу. При сильномъ раздраженіи кожи и при зудѣ

мазь съ ихтіоломъ (5—10⁰/о), борная мазь. Для того, чтобы предупредить образование рубцовъ отъ расчесовъ, слѣдуетъ закутать руки больного въ повязку.—На теченіе сыпи оказываетъ будто бы благоприятное вліяніе длительное примѣненіе краснаго свѣта. Въ періодъ выздоровленія—тщательный уходъ, обильное питаніе.

Обязательны: наблюденіе за оспенными и подозрительными въ смыслъ оспы; извѣщеніе о заболѣвшихъ, умершихъ и подозрительныхъ больныхъ; изоляція заболѣвшихъ и подозрительныхъ больныхъ; ограниченіе извѣстныхъ ремеселъ, собраний; особые правила для ухаживающаго персонала; запрещеніе посѣщенія школы братьями и сестрами заболѣвшаго; производство дезинфекціи; обследованіе зараженныхъ квартиръ; принудительное выселеніе; соблюденіе осторожности при обращеніи съ трупами.

5. Вѣтряная оспа (Varicella).

Возбудитель не извѣстенъ. Болѣзнетворное начало чрезвычайно заразительно. Встрѣчается почти исключительно у дѣтей. Продолжительность инкубаціоннаго періода равняется 14 днямъ и больше. Послѣ перенесенной болѣзни остается, большею частью на всю жизнь, невосприимчивость.

Главные симптомы. Начало, безъ особенныхъ продромальныхъ явленій, сыпью. Сыпь появляется сначала на лицѣ и на головѣ, иногда и на другихъ мѣстахъ тѣла, и постепенно распространяется на все тѣло. Въ однихъ случаяхъ сыпь скудна, въ другихъ—обильна. Появляются свѣтло-красныя пятнышки, которыя увеличиваются и превращаются въ узелки, а затѣмъ въ пузырьки, или прямо появляются пузырьки безъ промежуточныхъ стадій. Одновременное присутствіе пятенъ, узелковъ и пузырьковъ характерно для вѣтряной оспы. Нерѣдко наблюдаются рудиментарныя формы съ чрезвычайно скудной сыпью.—Въ пузырькахъ сначала заключается прозрачная жидкость, которая затѣмъ мутнѣетъ и желтнѣетъ; спустя приблизительно недѣлю образуются желтоватыя корочки, въ рѣдкихъ случаяхъ остаются рубцы. Въ первые два дня наблюдается иногда незначительная лихорадка, часто также опуханіе затылочныхъ лимфатическихъ железъ. Пораженіе слизистыхъ оболочекъ наблюдается рѣдко. Въ качествѣ послѣдовательной болѣзни наблюдается нефритъ. Исходъ почти всегда хорошій. Діагнозъ см. оспу. Леченіе. При наличности лихорадки постельное содержаніе, такая же діета, какъ при кори. При пораженіи слизистыхъ оболочекъ рта такое же леченіе, какъ это указано въ главѣ о стоматитѣ.

6. Сыпной тифъ (Typhus exanthematicus).

Возбудитель не извѣстенъ. Контагій чрезвычайно заразительный и стойкій. Зараженіе возможно также черезъ предметы домашняго обихода. Восприимчивость къ сыпному тифу всеобщая; особенно часто заболѣваютъ лица, живущія при неблагопріятныхъ гигиеническихъ условіяхъ (голодный тифъ, военный тифъ). Послѣ перенесенной болѣзни остается большей частью невосприимчивость. Продолжительность инкубаціоннаго періода колеблется въ очень широкихъ предѣлахъ, отъ нѣсколькихъ дней до трехъ недѣль, въ среднемъ равняется 8—9 днямъ.

Главные симптомы. Болѣзнь начинается внезапно потрясающимъ ознобомъ, сильнымъ повышеніемъ температуры и учащеніемъ пульса. Кромѣ того, гастрическія явленія, головная боль, чувство тяжелаго недо-

могання. Вскорѣ появляются конъюнктивитъ, насморкъ, бронхитъ; лицо приобретаетъ одутловатый видъ, селезенка увеличена, довольно часто альбуминурия. Вскорѣ появляются сонливость и бредъ. Лихорадка постоянного или ремиттирующаго типа до конца 2-й недѣли. Между 3-мъ и 6-мъ днемъ болѣзни сначала на животѣ, а затѣмъ на туловищѣ и на разгибательной поверхности конечностей (лицо, ладони и ступни большею частью остаются свободными) появляется блѣднокрасная сыпь въ видѣ круглыхъ, не рѣзко отграниченныхъ, не выдающихся надъ поверхностью кожи и блѣднѣющихъ при надавливаніи пальцемъ пятнышекъ величиной до чечевичнаго зерна (*groseola*). Въ дальнѣйшемъ пятна довольно часто приобретаютъ геморрагическій характеръ (*petechiæ*), при паденіи температуры, приблизительно на 14-й день заболѣванія, пятна блѣднѣютъ или принимаютъ желтоватый цвѣтъ и въ концѣ-концовъ начинаютъ слегка отрубевидно шелушиться. Въ теченіе 2-й недѣли болѣзнь достигаетъ своего наибольшаго развитія: помраченіе сознанія, бредъ, коматозное состояніе, часто задержаніе мочи или непроизвольное мочеиспусканіе. Кромѣ того, обложенный, сухой, растрескавшійся языкъ, фулигинозный налетъ на деснахъ. Осложненія: бронхопневмонія, отитъ, менингитъ. Въ благопріятныхъ случаяхъ къ концу второй недѣли критическое паденіе температуры часто съ предшествующимъ кризису рѣзкимъ повышеніемъ (*perturbatio critica*). Періодъ выздоровленія обыкновенно протекаетъ гладко. — Въ качествѣ отклоненій встрѣчаются тяжелыя геморрагическія формы и, съ другой стороны, легкіе abortивные случаи. — Прогнозъ всегда серьезный; смертность колеблется въ широкихъ предѣлахъ (около 20%). Смертный исходъ часто наступаетъ въ теченіе 2-й недѣли. — Діагнозъ въ первыхъ случаяхъ эпидеміи представляетъ большей частью значительныя затрудненія до появленія сыпи; при рѣзко выраженной картинѣ заболѣванія діагнозъ является легкимъ. Сыпь походитъ на коревую, которая, однако, начинается съ лица, чаще отличается наклонностью къ сливанію и быстрѣе исчезаетъ. При сифилитической розеолѣ не бываетъ тяжелыхъ общихъ явленій.

Леченіе. Строгая изоляція; основательное провѣтриваніе комнаты больного. При сильномъ безпокойствѣ и при бредѣ — тщательный уходъ за больнымъ. Жидкая пища: молоко, слизистые супы, яйца, бульонъ, питательные препараты, вино въ большомъ количествѣ, прохладное питье. Пузырь со льдомъ на голову. Гидропатическія процедуры, какъ на стр. 4. У очень ослабленныхъ больныхъ частыя обертыванія въ холодныя влажныя простыни или холодныя обмыванія. При сердечной слабости — камфорное масло подъ кожу, вино, кофе, эфиръ. При сильномъ безпокойствѣ — препараты брома. Санитарно - полицейскія правила, какъ при оспѣ.

Въ видѣ добавленія слѣдуетъ вкратцѣ упомянуть о *febris miliaris*, повидимому, часто наблюдавшейся въ прежнее время. Заболѣваніе протекаетъ съ лихорадкой, обильными потами, сыпью въ видѣ просовидныхъ пузырьковъ (*miliaria*) и появляется въ видѣ небольшихъ эпидемій; исходъ часто неблагопріят-

ный. Далѣе слѣдуетъ упомянуть о febris herpetica, которая начинается лихорадкой и разстройствомъ общаго состоянія и характеризуется послѣдовательнымъ высыпаніемъ герпеса, большею частью на лицѣ. Течение благоприятное.

2 группа. Инфекціонныя болѣзни съ преобладающимъ поражениемъ брюшныхъ органовъ.

1. Брюшной тифъ (*Typhus abdominalis*).

Возбудителемъ является тифозный бациллъ, короткая подвижная палочка, снабженная вѣнчикомъ изъ жгутиковъ, по виду почти совершенно похожая на палочку паратифа, но существенно отличающаяся отъ нея по разводкамъ. Точно также путемъ разводокъ легко удается отличить похожую на тифозный бациллъ кишечную палочку, находящуюся всегда въ испражненіяхъ и часто отличающуюся неподвижностью и отсутствиемъ жгутиковъ. Зараженіе происходитъ путемъ проглатыванія бациллъ. Въ кишечникѣ бациллы вызываютъ измѣненія въ фолликулахъ и проникаютъ въ токъ лимфы и крови. Поэтому уже въ теченіе первой недѣли заболѣванія почти всегда удается констатировать ихъ въ крови. Для того, чтобы доказать наличность тифозныхъ бациллъ въ крови, лучше всего взять 2—3 куб. стм. крови изъ вены локтевого сгиба, смѣшать съ 5 куб. стм. стерилизованной бычьей желчи съ цѣлю вызвать размноженіе бациллъ, поставить на 24 часа въ термостатъ и затѣмъ сдѣлать посѣвы на приведенныя ниже питательныя среды. Въ кровь можно также взять также оставшіяся послѣ пробы на агглютинацію сгустокъ крови. Въ крови розеолъ также можно найти бациллы. Въ испражненіяхъ бациллы появляются лишь на второй недѣлѣ заболѣванія. Нахожденіе бациллъ въ калѣ затрудняется сильно разрастающимися колоніями кишечной палочки. Поэтому для дифференціального діагноза слѣдуетъ прибѣгнуть къ методу пластинчатыхъ разводокъ, позволяющему отличить тифозные бациллы отъ кишечныхъ палочекъ, благодаря цвѣтовой реакціи. Наиболѣе употребительными питательными средами являются фуксинъ-агаръ по Endo и лакмусно-нутрозовый агаръ съ прибавленіемъ молочнаго сахара по Drigalsky-Connadi. Методъ этотъ можно комбинировать съ предварительной разводкой на агарѣ съ малахитовой зеленью, сильно задерживающемъ ростъ кишечныхъ палочекъ. На разводкахъ легко удается отличить прозрачныя свѣтлыя колоніи тифознаго и паратифознаго бацилла отъ красныхъ непрозрачныхъ колоній кишечной палочки. Нахожденіе бациллъ въ калѣ имѣетъ очень важное значеніе для рѣшенія вопроса о заразительности выдѣленій больного и для опредѣленія срока бактериологическаго выздоровленія. Полное выздоровленіе въ указанномъ выше смыслѣ слѣдуетъ допустить лишь послѣ того, какъ двукратное изслѣдованіе испражнений съ промежуткомъ въ 14 дней дало отрицательный результатъ.

Проба на агглютинацію (серодиагностическая реакція Widal'a). По истеченіи первой недѣли кровь тифознаго больного обладаетъ способностью агглютинировать тифозные бациллы, т. е. соответственная сыворотка даже въ очень сильныхъ разведеніяхъ (1:200) дѣйствуетъ такимъ образомъ, что взвѣшенные въ 0,8% растворѣ поваренной соли бациллы тифа становятся неподвижными и склеиваются въ кучки. Для производства реакціи берутъ изъ мочки уха больного 6—10 капель крови, центрифугируютъ, отдѣляютъ осторожно сыворотку отъ кровяного сгустка, разбавляютъ сыворотку съ указаннымъ выше растворомъ поваренной соли въ отношеніи 1:10 и затѣмъ при посредствѣ полученнаго разведенія приготавливаютъ разведенія 1:50, 1:100 и 1:200. Къ полученнымъ такимъ путемъ разведеніямъ прибавляютъ взвѣсь однодневной культуры тифозныхъ бациллъ на агарѣ. Послѣ того какъ смѣсь постояла 2 часа въ термостатѣ, положительная реакція выражается въ томъ, что въ первоначально равномерно мутной смѣси появляются большіе или меньшіе комочки. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ висячей каплѣ находятъ кучки слипшихся бактерій; на периферіи кучекъ еще находятся отдѣльныя слабо двигающіяся бактеріи. При долгомъ стояніи кучки бактерій осѣдаютъ на дно пробирки. При наличности бациллъ паратифа также получается ихъ агглютинація, но въ гораздо меньшей степени. Нерѣдко удается найти тифозные бациллы въ мочѣ.

По окончаніи тифа тифозные бациллы остаются иногда въ тѣлѣ, главнымъ образомъ въ желчномъ пузырьѣ, и выводятся наружу съ испражненіями. Такія лица (такъ назыв. *Bacillenträger*) могутъ служить источникомъ для дальнѣйшихъ инфекцій.

Восприимчивы къ тифу преимущественно крѣпкіе субъекты обоого пола, равно какъ лица, вновь прибывшія въ зараженную тифомъ мѣстность. Дѣти младшаго возраста и старики менѣе предрасположены къ тифу. Послѣ перенесенной болѣзни остается невосприимчивость большею частью на всю жизнь. Продолжительность инкубаціоннаго періода равняется 7—21 днямъ.

Въ теченіе 1-й недѣли болѣзни поражаются солитарные фолликулы и Пейеровы бляшки тонкихъ кишекъ, равно какъ брыжеечныя железы. Въ теченіе 2-й недѣли происходитъ поверхностный некрозъ фолликуловъ и образованіе струпа. Затѣмъ рѣзко отграниченные струпы отторгаются и образуются тифозныя язвы, которыя, благодаря сліянію другъ съ другомъ, часто располагаются по длинѣ кишечника (язвы локализируются преимущественно въ подвздошной кишкѣ выше Баугиніевой заслонки). Нерѣдко въ теченіе третьей недѣли заболѣванія при отдѣленіи струповъ (напр., благодаря приему твердой пищи) происходятъ кишечныя кровотеченія. Въ другихъ случаяхъ язвы прободаютъ мышечную и серозную оболочку и ведутъ къ перитониту. Заживленіе кишечныхъ язвъ происходитъ въ теченіе 5-й и 6-й недѣли послѣ начала заболѣванія.

Главные симптомы. Продромальный періодъ продолжается отъ нѣсколькихъ дней до одной недѣли и выражается разстройствомъ общаго состоянія, слабостью, головными болями, потерей аппетита, безпокойнымъ сномъ, запоромъ. Затѣмъ въ теченіе 1-й недѣли заболѣванія наблюдается постепенное повышеніе температуры. На 6—7 день болѣзни температура достигаетъ своего наивысшаго уровня (*fastigium*), доходя до 40°, а иногда и выше. Чувство общей слабости усиливается, такъ что больной не можетъ уже вставать съ кровати, наблюдается головокруженіе, отсутствіе аппетита, сухой, обложенный языкъ (позже налетъ исчезаетъ, начиная съ краевъ, и языкъ представляется равномерно краснымъ—тифозный языкъ), бронхитъ. Въ концѣ первой недѣли перкуторно опредѣляется увеличеніе селезенки. Въ теченіе 2-й недѣли постоянная ремиттирующая лихорадка. Животъ слегка вздутъ газами, селезенка ясно прощупывается. Помраченіе сознанія усиливается, появляется бредъ. Между 6-мъ и 10-мъ днемъ болѣзни на верхней части живота и на нижней части груди появляются большею частью единичныя, рѣже многочисленныя блѣдно-красныя розеолезныя пятна, блѣднѣющія при надавливаніи и достигающія величины булавочной головки или чечевичнаго зерна. Въ то же время появляются характерныя для тифа довольно жидкія испражненія, похожія на «гороховый супъ» (2—6 разъ въ день). Въ правой подвздошной области опредѣляется часто чувствительность при надавливаніи и урчаніе. Пульсъ мягкій, часто дикротичный, по сравненію съ повышеніемъ температуры мало учащенъ, около 100 ударовъ въ минуту (относительное замедленіе пульса). Въ крови замѣчается паденіе числа лейкоцитовъ ниже 6000 въ 1 куб. мм.; часто число ихъ падаетъ до 2000—3000; особенно рѣзко уменьшается число многоядерныхъ лейкоцитовъ (лейкопенія). Моча даетъ діазо-реакцію (см. ниже общія діагностическія замѣчанія о болѣзняхъ мочевыхъ путей); часто наблюдается лихорадочная альбуминурія. Бронхитъ усиливается; у больныхъ съ помраченіемъ сознанія легко развиваются гипостазы и бронхопневмонія. Третья недѣля заболѣванія характеризуется своеобразными свойствами кривой температуры: пониженія по утрамъ (до

38°) и рѣзкія повышенія по вечерамъ (стадія крутыхъ кривыхъ). Въ тяжелыхъ случаяхъ однако постоянный типъ лихорадки продолжается и въ теченіе 3-й и даже 4-й недѣли болѣзни, и «амфиболическая» стадія съ рѣзкими пониженіями температуры по утрамъ начинается лишь съ 4-й или 5-й недѣли. Начиная съ 3-й недѣли слѣдуетъ опасаться кишечныхъ кровотеченій (см. ниже). Въ легкихъ случаяхъ тифа въ теченіе 3-й недѣли происходитъ литическое паденіе температуры послѣ того, какъ сознание стало болѣе яснымъ и всѣ другія болѣзненные явленія ослабли. Розеола блѣднѣютъ, бронхитъ уменьшается, селезенка становится меньше, метеоризмъ исчезаетъ, пульсъ дѣлается полнѣе и менѣе дикротичнымъ, испражненія становятся болѣе плотными, число ихъ приближается къ нормѣ, сознание вполнѣ проясняется. Въ теченіе 5-й недѣли наступаетъ періодъ выздоровленія; больной чувствуетъ себя хорошо и жалуется лишь на слабость и на рѣзко выраженное чувство голода. Отъ этого типичнаго теченія тифа встрѣчается много отклоненій: наблюдаются, съ одной стороны, случаи съ очень легкимъ теченіемъ, abortивныя формы, особенно у дѣтей (часто остаются нераспознанными и способствуютъ распространенію болѣзни путемъ контакта), амбулаторный тифъ (больные продолжаютъ заниматься своимъ обычнымъ дѣломъ; возможны тяжелыя осложненія), съ другой стороны, чрезвычайно тяжелые скоротечные случаи тифа, при которыхъ на первый планъ выступаютъ явленія общей инфекціи, а кишечныя явленія могутъ быть выражены слабо, затяжные случаи, пневмотифъ, при которомъ къ явленіямъ брюшнаго тифа присоединяются симптомы фибринознаго воспаленія легкихъ. Часто наблюдаются рецидивы, которые иногда обусловлены погрѣшностями въ діетѣ, но возникаютъ и самостоятельно; иногда причина рецидива кроется въ незажившихъ кишечныхъ язвахъ (затяжныя язвы). Кишечное кровотеченіе (большею частью на 3-й недѣлѣ) обнаруживается ослабленіемъ пульса, паденіемъ температуры, блѣдностью кожи, коллапсомъ. При медленномъ кровотеченіи испражненія имѣютъ дегтеобразный видъ; при обильномъ и быстромъ кровотеченіи выдѣляется темно-красная кровь. Кишечныя кровотеченія наблюдаются приблизительно въ 5⁰/о всѣхъ случаевъ тифа; изъ этого числа одна треть оканчивается летально. О симптомахъ перфоративнаго перитонита см. ниже главу объ остромъ разлитомъ перитонитѣ. Изъ другихъ осложненій и послѣдовательныхъ заболѣваній слѣдуетъ упомянуть миокардитъ и сердечную слабость, марантическій тромбозъ венъ (преимущественно *venaesapherae*), холангитъ, пролежень, менингитъ. Прогнозъ всегда серьезный. Смертность 5—20⁰/о. Діагнозъ рѣзко выраженаго тифа (увеличеніе селезенки, розеола, кривая лихорадки, метеоризмъ, относительное замедленіе пульса, помраченіе сознания, лейкопенія, характерныя испражненія) не представляетъ никакихъ затрудненій; напротивъ, въ началѣ заболѣванія діагнозъ часто затруднителенъ. За тифъ говоритъ постепенное нарастаніе температуры, быстро усиливающееся увеличеніе селезенки,

положительный результат пробы на агглютинацію (наблюдается иногда также при туберкулезѣ, пневмоніи и желтухѣ); противъ тифа говорятъ herpes, насморкъ, поты. По своему началу и по теченію на тифъ могутъ походить милярный туберкулезъ (бугорки въ сосудистой оболочкѣ глаза, учащенный пульсъ), менингитъ (сведеніе затылка, симптомы раздраженія и паралича), язвенный эндокардитъ (измѣненія въ сердцѣ), остеоміалитъ (изслѣдованіе костей на чувствительность къ давленію), острый желудочно-кишечный катарръ (болѣе низкая лихорадка, менѣе продолжительное теченіе, отрицательная реакція Widal'a).

Леченіе. Тщательный уходъ за больнымъ; слѣдить, чтобы простыня лежала гладко, подкладывать подъ нее клеенку; въ тяжелыхъ случаяхъ больной долженъ лежать на водяной или воздушной подушкѣ. Спокойная, хорошо провѣтриваемая комната съ умѣренной температурой. Подкладное судно для стула и стеклянный мочеприемникъ для мочи. Если возможно, слѣдуетъ имѣть для больного рядомъ другую кровать для перекладыванія его. Ежедневно омывать все тѣло прохладной водой. Тщательная забота о чистотѣ ягодицъ, области задняго прохода, половыхъ частей. Слѣдить за опорожненіемъ мочи, въ случаѣ надобности прибѣгнуть къ асептической катетеризаціи. Слѣдить за чистотой рта и зубовъ. Жидкая пища во время лихорадки и въ теченіе первой недѣли послѣ паденія температуры: 1—1½ литра молока небольшими порціями, иногда съ прибавленіемъ кофе или коньяка, слизистые супы (см. ниже главу объ остромъ катарральномъ воспаленіи кишекъ), какао, бульонъ, мясной сокъ, бѣлковая вода; изъ питательныхъ препаратовъ: плазмонъ, нутроза, тропонъ, мясной пептонъ Кеммеріхъ'a, мясной сокъ Valentine'a. Спустя 9 или 10 дней послѣ паденія температуры—1—2 сахара, нѣсколько столовыхъ ложекъ картофельнаго пюре, рисовый отваръ, манная каша, яйцо въ смятку, 75 грм. скобленнаго мяса. Черезъ 2—3 недѣли послѣ прекращенія лихорадки—скобленная ветчина, вареная телятина, телячьи мозги, сладкое мясо, шпинатъ. Къ обыкновенной пищѣ слѣдуетъ перейти лишь послѣ полного выздоровленія, а именно спустя около 6 недѣль послѣ прекращенія лихорадки. Для питья—прохладная вода, иногда съ прибавленіемъ лимоннаго сока, бѣлаго или краснаго вина. Больнымъ, привыкшимъ къ употребленію алкоголя или обнаруживающимъ явленія сердечной слабости, слѣдуетъ давать крѣпкія красныя вина, портвейнъ, шерри. Леченіе инфекціонныхъ болѣзней вообще и въ частности брюшного тифа ваннами изложено на стр. 4. Пузырь со льдомъ на голову. Необходимо слѣдить за больнымъ и днемъ, и ночью. Изъ лекарствъ можно прописать слѣдующія:

Rp. Acidi hydrochlor. 1,0, Aq. dest. 180,0, Sir. Rub. Id. ad 200,0.
M.D.S. По 1 столовой ложкѣ черезъ 2 часа.

Rp. Acidi phosphor. 2,0, Aq. destill. 170,0, Sir. Rub. Idaeī ad 200,0.
M.D.S. По 1 столовой ложкѣ черезъ 2 часа.

Къ жаропонижающимъ средствамъ въ общемъ не слѣдуетъ прибѣгать. Только при чрезмѣрно высокой температурѣ, если невозможно про-

вести леченія ваннами, можно давать антипиринъ, лактофенинъ, фенацетинъ по 0,5 по 3 раза въ день.

При очень сильномъ поносѣ: *Tincturae Opii simpl.* по 15 капель, обыкновенный и желудочный какао.

О леченіи кишечныхъ кровотеченій см. ниже главу объ общей терапіи болѣзней кишекъ, о леченіи перфоративнаго перитонита см. главу объ остромъ разлитомъ перитонитѣ. Прекратить гидropатическія процедуры.

При сильномъ безпокойствѣ препараты брома (см. главу объ общей терапіи болѣзней нервной системы).

При коллапсѣ чистый коньякъ, коньякъ съ желтками, глицеринъ, камфорное масло подъ кожу, эфиръ, иногда наперстянка, кофеинъ (см. главу объ общей терапіи болѣзней сердца). Тщательная дезинфекція испражнений, мочи, мокроты, воды изъ ванны, посуды для ѣды и питья, постельнаго и носильнаго бѣлья.

Медицинская полиція предписываетъ извѣщать о случаяхъ заболѣванія и смерти. Запрещеніе посѣщенія школы братьями и сестрами больного. Обязательная дезинфекція.

Добавленіе. Паратифъ (*paratyphus*). Возбудителемъ заболѣванія является бациллъ паратифа В. Бациллъ паратифа А не имѣетъ клиническаго значенія. Первый является также возбудителемъ нѣкоторыхъ отравленій, развивающихся послѣ употребленія въ пищу мяса больныхъ животныхъ. Бациллъ паратифа болѣе распространенъ, чѣмъ бациллъ брюшнаго тифа. Симптомы паратифа сходны съ явленіями брюшнаго тифа, но въ общемъ заболѣваніе это протекаетъ легче. Начинается внезапно рѣзкимъ повышеніемъ температуры. Испражненія жидки, болѣе слизистаго характера. Кривая температуры не характерна. Увеличеніе селезенки и розеола большею частью очень слабо выражены. Паратифъ можетъ сопровождаться герпесомъ и обильными потами. Общее состояніе менѣе нарушено, теченіе болѣе быстрое. Для діагноза очень важное значеніе имѣетъ положительный результатъ пробы на агглютинацію (разведенной сывороткой паратифознаго больного) бациллоу паратифа В. Леченіе въ общемъ такое же, какъ при брюшномъ тифѣ.

2. Дизентерія (*Dysenteria*).

Этіологія неоднородная. Бациллярная дизентерія вызывается дизентерійнымъ бациллоу, который и по разводкамъ похожъ на бациллъ брюшнаго тифа, но отличается отъ него своей неподвижностью и отсутствіемъ жгутиковъ. Различаютъ нѣсколько видовъ бациллоу, которые отличаются другъ отъ друга по своему отношенію (расщепленіе, ферментация) къ извѣстнымъ питательнымъ средамъ съ примѣсью сахара: типъ *Shiga-Kruse*, типъ *Flexner's*, типъ Y и еще два другихъ типа. Амебная дизентерія, чаще встречающаяся эндемически въ тропическихъ и подтропическихъ странахъ, отличающаяся нерѣдко хроническимъ теченіемъ и сопровождающаяся образованіемъ абсцессовъ въ печени, обязана своимъ происхожденіемъ *amoeba histolytica*, круглой и очень подвижной амебѣ, величиной въ три раза больше, нежели бѣлый кровяной шарикъ. Возбудители обѣихъ формъ находятся въ слизистыхъ комочкахъ, выдѣляемыхъ съ испражненіями; зараженіе происходитъ путемъ поступленія заразнаго начала въ пищеварительный трактъ. Бактеріо-

логическое и серодиагностическое изслѣдованіе бациллярной дизентеріи производится такъ же, какъ при брюшномъ тифѣ; амёбная дизентерія распознается путемъ нахожденія чрезвычайно подвижныхъ амёбъ въ свѣжихъ испражненіяхъ.

Анатомическія измѣненія локализируются преимущественно въ ободочной и прямой кишкѣ, особенно въ области flexura sigmoidea: катарральное воспаленіе слизистой оболочки, набуханіе лимфоидныхъ фолликуловъ, некротическіе струпы, пленчатые (дифтеритическіе) эксудаты, язвы (особенно на поперечныхъ складкахъ слизистой оболочки), кровотеченія, суживающіе просвѣтъ кишки рубцы.

Предрасположеніе къ дизентеріи свойственно всѣмъ возрастамъ. Предрасполагающими моментами являются погрѣшности въ пищѣ, простуда, желудочно-кишечный катарръ. Бациллярная дизентерія въ нашихъ широтахъ наблюдается чаще всего въ концѣ лѣта и осенью. Продолжительность невосприимчивости послѣ перенесенной болѣзни подвержена колебаніямъ. Инкубационный періодъ—8—10 дней.

Главные симптомы. Начало жидкими испражненіями, которыя вначалѣ еще сохраняютъ каловый характеръ, но вскорѣ пріобрѣтаютъ характерныя свойства: при каждомъ испражненіи выдѣляется 50—200 куб. см. кровянисто-слизистыхъ, а иногда даже студенистыхъ массъ, часто похожихъ на малиновое желе; въ испражненіяхъ часто попадаются комочки, похожіе на разбухшія зерна саго или на лягушечью икру. Въ легкихъ случаяхъ такія испражненія наблюдаются въ теченіе 4—8 дней, въ тяжелыхъ случаяхъ—въ теченіе 2—4 недѣль. При хронической дизентеріи выдѣляются часто чисто гнойныя, при гангренозной дизентеріи—сѣробурыя, гнилостно-вонючія испражненія, содержащія грязныя клочки тканей. Число испражненій въ сутки 12—20, въ тяжелыхъ случаяхъ—36—48; ночью испражненія чаще. Температура очень различна. Въ первые дни болѣзни большею частью наблюдается повышеніе температуры; кривая лихорадки неправильная отличается наклонностью къ интермисіямъ и отнюдь не соотвѣтствуетъ тяжести заболѣванія. Довольно часто наблюдается упорная рвота и мучительная икота. Животъ обыкновенно слегка втянутъ и чувствителенъ при надавливаніи, особенно въ области S-образной кривизны, а иногда по всему ходу ободочной кишки. Часто больные жалуются на сильныя сверлящія боли въ животѣ. Мучительные тенезмы: задній проходъ нерѣдко широко зіяетъ, темнокраснаго цвѣта. Селезенка не увеличена, печень при амёбной дизентеріи часто чувствительна при давленіи; при наличности абсцесса печени находятъ соотвѣтственныя измѣненія (см. болѣзни печени). Количество мочи большею частью уменьшено, иногда анурія. Сознаніе остается яснымъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ быстрое исхуданіе, ціанозъ, facies cholericus, нитевидный пульсъ, полная протрація. Въ легкихъ случаяхъ болѣзнь тянется слишкомъ 1½—2 или 3 недѣли, въ тяжелыхъ случаяхъ большею частью наблюдаются обостренія съ усиленіемъ лихорадки и кишечныхъ явленій; выздоровленіе въ такихъ случаяхъ тянется очень долго. Нерѣдко наблюдаются рецидивы. Смертность колеблется въ очень широкихъ предѣлахъ, отъ 2 до 20%. Осложненія: воспаленіе суставовъ, конъюнктивитъ, кератитъ, суженіе кишекъ, при амёбной дизентеріи—абсцессъ печени.

Діагнозъ ставится на основаніи приведенныхъ выше характерныхъ симптомовъ. Вопросъ о томъ, имѣется ли дѣло съ эпидемической бациллярной формой или со сходной простой спорадической катарральной дизентеріей, рѣшается на основаніи бактериологическаго или серодіагностическаго изслѣдованія. Діагнозъ амебной дизентеріи ставится на основаніи изслѣдованія испражнений (см. выше).

Лечение. Въ первые два дня больнымъ даютъ 3 раза въ день по столовой ложкѣ кастороваго масла, въ случаѣ надобности въ капсулахъ или въ видѣ эмульсіи, либо каломель (по 0,2 ежедневно) или ревень. Послѣ двухдневнаго примѣненія слабительныхъ дѣлаютъ паузу на 12—24 часа и затѣмъ переходятъ къ вяжущимъ средствамъ: таннигенъ, три раза въ день по 1,0, или таннинъ въ таблеткахъ или въ порошокѣ по 0,06 на приемъ, черезъ 3 часа въ теченіе нѣсколькихъ дней; при очень сильныхъ поносахъ и боляхъ даютъ иногда *tinctura opii*, по 15—20 капель нѣсколько разъ въ день. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни—*bismuthum subnit.* по 1,0, 3—4 раза въ день, *mucilago salep.* Въ тяжелыхъ случаяхъ при плохомъ пульсѣ и ціанозѣ часто превосходное дѣйствіе оказываютъ подкожныя вливанія раствора поваренной соли (0,8%), по 400 куб. см. въ обѣ подключичныя ямки. При тяжелыхъ явленіяхъ со стороны желудка, при рвотѣ даютъ жидкую пищу въ охлажденномъ видѣ, затѣмъ противъ упорной рвоты—растворъ іода въ іодистомъ калии:

Rp. Tinct. jodi 0,3, Kalii jodati 5,0, Aq. dest. 120,0. S. 3 раза въ день по столовой ложкѣ.

Противъ тенезмовъ—свѣчки съ кокаиномъ. Взгляды насчетъ дѣйствія *radic. Ipecac.* разнорѣчивы:

Rp. Infus. rad. Ipecacuanhae deementhinisatae 3,0:180,0, Tinct. Op. simplic. 1,0. M.D.S. Черезъ часъ по столовой ложкѣ.

Клизмы изъ раствора борной кислоты (1—2%), таннина (0,25—0,5), иногда съ прибавленіемъ 50 грм. *gummi arab.* или 25 капель *tinct. Opii simpl.* врядъ ли приносятъ существенную пользу. О леченіи кишечныхъ кровотеченій см. главу объ общей терапіи болѣзней кишекъ. Чрезвычайно важное значеніе имѣетъ содержаніе живота въ теплѣ посредствомъ набрюшника, горячихъ компрессовъ, грѣлокъ. При явленіяхъ общей слабости и при похолодѣніи конечностей горячія бутылки и теплыя ванны. Діета. Молоко не всегда хорошо переносится. Лучше всего давать супы: ячменный отваръ, супы съ овсяной мукой, съ овсяной крупой, съ рисомъ или съ обыкновенной крахмальной мукой. Въ качествѣ прибавокъ немного соли, яичный желтокъ или молоко. Если молоко переносится, то его даютъ по 50—100 грм., прокипяченнымъ и подогрѣтымъ, черезъ каждыя полчаса или черезъ каждый часъ. Иногда можно прибавить кофе, чай, какао. Далѣе говяжій бульонъ и *beeftea*, но въ маломъ количествѣ, мясной растворъ *Leube-Rosenthal's*, чайными ложками или въ видѣ примѣси къ говяжьему бульону. Кромѣ того разрѣшается жидкій чай и

кофе. При общей слабости коньякъ, красное вино, портвейнъ, иногда въ смѣси съ желтками. Послѣ ослабленія кишечныхъ явленій молочный супъ изъ саго, иногда съ бѣлкомъ или тапіока, въ супѣ или бульонѣ, жидкій молочный рисовый супъ, яйцо въ смятку, какао безъ сахара или ракаутъ; къ супамъ и къ бульону, къ молоку и къ какао можно прибавлять соматозу, санатогенъ, препараты пептона (Kernmerich'a, Depaueg'a), но всегда лишь въ небольшомъ количествѣ (по чайной ложкѣ) и въ теченіе непродолжительнаго времени, такъ какъ въ противномъ случаѣ снова могутъ появиться поносы. Во всякомъ случаѣ можно прекрасно обойтись и безъ прибавленія указанныхъ выше питательныхъ препаратовъ. Въ качествѣ питья больному даютъ бѣлковую воду (бѣлокъ одного куриного яйца разбалтываютъ въ 200 грм. свѣжей отварной воды и прибавляютъ немного сахара). Такой жидкой діеты слѣдуетъ придерживаться до тѣхъ поръ, пока испраженія не станутъ нормальными и по крайней мѣрѣ въ теченіе недѣли сохранили нормальный характеръ. Тогда можно перейти осторожно къ болѣе плотной пищѣ такъ, какъ это указано ниже (см. главу объ общей терапіи заболѣваній желудка). Въ послѣднее время хорошіе результаты получены при леченіи бациллярной дизентеріи сывороткой (Shiga-Kruse). Дѣйствіе сыворотки, впрыскиваемой подъ кожу въ количествѣ 20—30 куб. см., а въ тяжелыхъ случаяхъ—до 100 куб. см., сказывается въ ослабленіи кишечныхъ явленій, лихорадки и протраціи.

Санитарно-полицейскія предписанія такія же, какъ при брюшномъ тифѣ.

3. Азіатская холера (Cholera asiatica).

Возбудителемъ является холерный вибрионъ, имѣющій видъ искривленной и очень подвижной палочки (холерная запятая), снабженной на одномъ концѣ жгутикомъ. Встрѣчается въ комочкахъ слизи въ рисовидныхъ испраженіяхъ больного до 14 дня заболѣванія, рѣже вплоть до окончательнаго выздоровленія; во внутреннихъ органахъ и въ крови холерный вибрионъ, напротивъ, почти никогда не встрѣчается; находится также въ испраженіяхъ здоровыхъ людей, приходившихъ въ соприкосновеніе съ больными или находящимися въ зараженной мѣстности во время эпидеміи («носители» холерныхъ вибрионовъ). Въ организмѣ холерный вибрионъ живетъ короткое время въ водѣ, загрязненной выдѣленіями холерныхъ больныхъ. Наличие холерного вибриона констатируется путемъ изслѣдованія комочковъ слизи изъ испраженій больного; для изслѣдованія размазанный препаратъ окрашивается разведеннымъ растворомъ карболоваго фуксина; присутствіе большого количества вибрионовъ и типичное расположеніе ихъ въ формѣ «стаи рыбъ» говоритъ съ большой вѣроятностью за холеру. Далѣе прибѣгаютъ къ разводкѣ въ пептонной водѣ (на 6—12 час. въ термостатѣ), затѣмъ дѣлаютъ посѣвы на пластинки агара и желатины. Характерный ростъ. Разводки испытываютъ на агглютинацію: при прибавленіи сильной иммунной сыворотки 1:500 агглютинація совершается почти до предѣловъ титра. Холерный вибрионъ образуетъ на средахъ, содержащихъ пептонъ, индолъ и переводитъ содержащіяся въ питательныхъ средахъ азотныя соединенія въ азотистыя: при прибавленіи нѣсколькихъ капель концентрированной сѣрной кислоты получается пурпурно-красное окрашивание (нитрозоиндоловая реакція, Cholera-orthreaction). Предрасположеніе къ холерѣ свойственно всѣмъ возрастамъ и, повидимому, повышается при наличности желудочно-кишечныхъ катарровъ. Послѣ перенесенной болѣзни остается невосприимчивость лишь на сравнительно короткое время. Зараженіе происходитъ, какъ при брюшномъ тифѣ, per os, большею частью при посредствѣ зараженной пищи или напитковъ. Продолжительность инкубаціоннаго періода колеблется отъ нѣсколькихъ часовъ до нѣсколькихъ дней.

Анатомическія измѣненія: припухлость слизистой оболочки и фолликуловъ, преимущественно въ нижнихъ отдѣлахъ тонкихъ кишокъ, иногда язвы. Въ почкахъ—воспалительные и дегенеративные процессы. Мышцы и вообще всѣ ткани тѣла отличаются поразительной сухостью, благодаря потерѣ воды вслѣдствіе обильныхъ поносовъ. Болѣзненные явленія обусловлены отравлениемъ токсинами.

Главные симптомы. Начало рвотой и поносомъ; испражненія вначалѣ имѣютъ каловый характеръ, но вскорѣ (вслѣдствіе прекращенія отдѣленія желчи) становятся похожими на рисовый отваръ. Иногда уже въ инкубаціонномъ періодѣ бываетъ поносъ (продромальный поносъ), который иногда можетъ пройти безъ тяжелыхъ общихъ явленій (холерный поносъ). Вслѣдствіе частыхъ испражненій и связанной съ ними потери воды происходитъ сгущеніе крови и сухость всѣхъ тканей; въ зависимости отъ этого сильная жажда, судороги въ икрахъ, сухость кожи, осунувшійся видъ (ввалившіеся глаза, впалыя щеки, заостренный носъ, *facies cholericæ*), ослабленіе сердечной дѣятельности, малый пульсъ, анурія, беззвучный голосъ (*vox cholericæ*). Животъ впалый; при пальпаціи слышенъ шумъ плеска; температура ниже нормы: дыханіе поверхностное.

Въ теченіе нѣсколькихъ дней (а иногда и часовъ) силы больного рѣзко падаютъ, конечности холодѣютъ, появляется ціанозъ, апатичное состояніе (*stadium algidum*). Сознаніе большею частью не теряется. При явленіяхъ прогрессирующаго истощенія наступаетъ летальный исходъ. Иногда не наблюдается поноса (*cholera sicca*). Въ благоприятныхъ случаяхъ число испражненій уменьшается, мочеотдѣленіе восстанавливается (въ мочѣ большею частью имѣется бѣлокъ), пульсъ становится полнѣе, кожа болѣе теплой на-ощупъ и приобретаетъ прежнюю упругость. Затѣмъ постепенно стулъ становится оформленнымъ; выздоровленіе наступаетъ спустя 1—2 недѣли послѣ начала заболѣванія. Эта реактивная стадія можетъ представлять и иное теченіе: можетъ наблюдаться лихорадка, помраченіе сознанія, холерная сыпь, довольно часто холерный нефритъ съ явленіями уреміи. Осложненія: язвенные процессы въ кишечникѣ, пневмонія, пораженіе кожи. Осложненія нерѣдко ведутъ къ летальному исходу. Встрѣчаются кромѣ того случаи, протекающіе безъ тяжелыхъ общихъ явленій (холерина), и молніеносныя формы, въ нѣсколько часовъ оканчивающіяся смертью (*cholera siderans*). Прогнозъ: смертность доходитъ до 60%. Диагнозъ. Клиническая картина можетъ вполне походить на *cholera nostras*; рѣшающее значеніе имѣетъ бактериологическое изслѣдованіе. Ср. также острое отравленіе мышьякомъ.

Леченіе. Постельное содержаніе (даже въ легкихъ случаяхъ), жидкая пища, какъ-то: слизистые супы, какао, чай, бульонъ, красное вино, глинтвейнъ, при рвотѣ—кусочки льда. На животъ горячіе компрессы, грѣлки; рекомендуются также горячія ванны въ 42—45°, продолжительностью въ 10 минутъ, съ прибавленіемъ 100 грм. горчичной муки. При угрожающемъ коллапсѣ камфорное масло подъ кожу, крѣпкія вина, коньякъ, шампанское, вливаніе раствора поваренной соли въ подключичныя ямки (ср. главу о дизентеріи). Въ асфиктическомъ періодѣ (*cholera*

asphyctica) — горячія бутылки, при судорогахъ въ икрахъ — растираніе шерстяными платками, втиранія французской водки, муравьиного, камфорнаго или горчичнаго спирта. Высокія клизмы по Santani (*Acidi tannici* 1:1000 съ прибавленіемъ 40,0 *gummi arabici* и 30 капель *tinct. opii*) обладаютъ сомнительнымъ дѣйствіемъ. При сильномъ безпокойствѣ, при неукротимой рвотѣ и при сильныхъ судорогахъ въ икрахъ — морфій подъ кожу (0,015 — 0,02). Вначалѣ слѣдуетъ воздерживаться отъ противопоносныхъ средствъ, при непрекращающихся поносахъ можно давать слѣдующія средства, чтобы предотвратить слишкомъ обильную потерю воды:

Rp. *Tinct. valerian. aeth.* 10,0, *Tinct. nuc. vomic.* 3,0, *Spirit. aether. acet.* 2,0.

M.D.S. Черезъ 2 часа по 10—20 капель (холерныя капли).

Rp. *Tinct. opii simpl.* 50,0, *Tinct. nuc. vomic.* 1,0, *Tinct. valerian. aeth.* 10,0, *Ol. menth. pip. gtt.* III.

D.S. Черезъ часъ по 15 капель (русскія холерн. капли).

Далѣе можно давать таннигенъ, нѣсколько разъ въ день на кончикѣ ножа, таннальбинъ, *bismuth. subnitr.* (см. главу объ остромъ катарральномъ воспаленіи кишекъ).

Въ періодѣ реакціи — теплыя ванны въ 35°, продолжительностью въ 1/2 часа.

При явленіяхъ уреміи леченіе согласно указаніямъ въ главѣ объ общемъ леченіи болѣзни почекъ. Въ періодѣ выздоровленія — осторожное питаніе.

Санитарно-полицейскія предписанія, какъ при оспѣ.

4. Cholera nostras.

Острый гастроэнтеритъ, наблюдающійся особенно часто въ жаркіе лѣтніе мѣсяцы въ видѣ эпидеміи и совершенно сходный по картинѣ съ холериной. Этиологія не однородная. Неоднократно находили *bac. enteritidis Gaertneri*. Продолжительность большею частью 1—2 дня. Теченіе почти всегда благоприятное, только у стариковъ и у дѣтей нерѣдко смертельный исходъ при явленіяхъ алгиднаго состоянія. При діагнозѣ слѣдуетъ исключить азиатскую холеру, отравленіе мышьякомъ, мяснымъ и колбаснымъ ядомъ. Леченіе, какъ при азиатской холерѣ. См. также острый катарръ кишекъ и заболѣваніе кишечника у грудныхъ дѣтей.

5. Желтая лихорадка (*Febris flava*).

Встрѣчается эндемически въ тропическихъ странахъ Америки, иногда заносится и въ Европу. Возбудитель не извѣстенъ, передается черезъ укусы комара *stegomyia fasciata*. Продолжительность инкубационнаго періода колеблется, большею частью равняется 2—3 днямъ. Въ теченіе болѣзни наблюдаются 2 періода. Начинается рѣзкимъ повышеніемъ температуры и запоромъ. На 4-й или на 5-й день снова повышеніе температуры, желтуха, кровавая рвота, альбуминурия, помраченіе сознания, бредъ; въ тяжелыхъ случаяхъ большею частью смертельный исходъ; въ благополучныхъ случаяхъ лихорадка прекращается на 8—10-й день болѣзни. Селезенка большею частью не увеличена. Особенно воспримчивы къ желтой лихорадкѣ представители бѣлой расы, значительно менѣе цвѣтныя

расы. Лечение: легкія слабительныя средства, высокія клизмы, возбуждающія средства, теплыя ванны.

Санитарно-полицейскія предписанія, какъ при оспѣ.

Болѣзнь Weil'я см. главу о болѣзняхъ печени.

3 группа. Инфекціонныя болѣзни съ преимущественнымъ пораженіемъ органовъ дыханія.

Туберкулезъ гортани и сифилисъ гортани см. главу о болѣзни гортани. Дифтерія гортани см. дифтерія. Туберкулезъ легкихъ, сифилисъ легкихъ, пневмонія см. главу о болѣзняхъ легкихъ.

1. Инфлуэнца (Influenza, гриппъ).

Возбудителемъ является бацилла инфлуэнцы—мелкая неподвижная палочка, находящаяся въ большомъ количествѣ въ мокротѣ. Для констатированія бацилла недостаточно окрашеннаго микроскопическаго препарата мокроты, а необходимо сдѣлать разводки (выращиваніе на агарѣ съ примѣсью голубиной крови при 37°). Диагностическое значеніе бацилла въ практическомъ отношеніи ничтожно. Предрасположеніе къ заболѣванію свойственно всѣмъ возрастамъ; послѣ перенесенной болѣзни не остается невосприимчивости или она бываетъ непродолжительна. Инкубаціонный періодъ продолжается нѣсколько дней.

Главные симптомы. Чаще всего и сильнѣе всего поражаются органы дыханія (катарральная форма), затѣмъ нервная система (нервная форма) и нѣсколько рѣже органы пищеваренія (кишечная форма). Разграничить эти три формы, однако, невозможно, такъ какъ онѣ часто переходятъ другъ въ друга или комбинируются одна съ другой. Болѣзнь начинается внезапно лихорадкой, большой слабостью, болями во всѣхъ членахъ и въ крестцѣ, потерей аппетита. Вскорѣ появляется бронхитъ, ларингитъ, насморкъ, часто съ болью въ области лба, иногда конъюнктивитъ, равно какъ ангина. Большей частью сильныя поты, нерѣдко гиперес. Нервные явленія выражаются въ головокруженіи, безсонницѣ, невралгіяхъ, подавленномъ состояніи. Часто на первый планъ выступаютъ диспептическія явленія: сильно обложенный языкъ, отсутствіе аппетита, тошнота, рвота, коликообразныя боли, поносъ, иногда запоръ. Въ тяжелыхъ случаяхъ дѣло доходитъ до развитія капиллярнаго бронхита и бронхопневмоническихъ гнѣздъ. Эти гриппозныя пневмоніи, протекающія атипически и съ неправильной лихорадкой, являются очень опасными въ виду высокой смертности (см. главу о крупозномъ и катарральномъ воспаленіи легкихъ). Бронхитъ часто бываетъ очень упорнымъ. Въ легкихъ случаяхъ болѣзнь продолжается 1—2 недѣли (обыкновенно острые явленія продолжаются гораздо меньше, 3—5 дней; прим. ред.), выздоровленіе нерѣдко тянется очень долго. Въ тяжелыхъ случаяхъ нерѣдко наблюдаются осложненія: бронхопневмонія, бронхіолитъ, плевритъ, эмпіема, міокардитъ, перикардитъ, нефритъ, менингитъ, невритъ, невралгіи, неврастенія, психозы, воспаленіе среднего уха, воспаленіе лобныхъ пазухъ. Изъ послѣдовательныхъ заболѣваній чаще всего встрѣчается туберкулезъ легкихъ *). Диагнозъ. Отъ простого простуднаго бронхита инфлуэнца

*) Въ большинствѣ случаевъ имѣется дѣло съ ухудшеніемъ уже раньше существовавшаго туберкулеза легкихъ, который протекалъ скрыто или съ незначительными явленіями.

отличается своимъ внезапнымъ началомъ, тяжелыми нервными и общими явленіями, желудочно-кишечными симптомами. При преобладаніи желудочно-кишечныхъ явленій картина можетъ быть сходна съ начинающимся брюшнымъ тифомъ. Противъ тифа говорятъ насморкъ, герпесъ, поты, внезапное начало. Сильный конъюнктивитъ въ началѣ заболѣванія можетъ подать поводъ къ смѣшенію съ корью. Прогнозъ въ общемъ благопріятный, рѣзко ухудшается при наличности осложнений, въ особенности бронхопневмоніи *).

Леченіе. Покой, постельное содержаніе, діета, какъ указано на стр. 5. Вначалѣ часто хорошо дѣйствуетъ потогонное леченіе: закутываніе всего тѣла или $\frac{3}{4}$ его, на 1—1 $\frac{1}{2}$ часа, послѣ питья горячаго отвара бузины, горячаго молока, горячей воды съ лимоннымъ сокомъ; затѣмъ обмываніе и вытираніе досуха всего тѣла. Показаны также влажные компрессы на шею и на грудь. Противъ лихорадки, головной боли и ломоты въ членахъ — фенацетинъ, антипиринъ, салипиринъ (также аспиринъ; прим. ред.) по 0,5 три раза въ день. Кромѣ того леченіе бронхита, ринита, ларингита, гастроэнтерита, бывающихъ иногда невралгій и нервныхъ симптомовъ, какъ подробно указано въ соотвѣств. главахъ. При сильной лихорадкѣ пузырь со льдомъ на голову, прохладныя обмыванія, жаропонижающія. При сердечной слабости вино, кофе, эфиръ, наперстянка. Больной долженъ оставаться въ постели, пока не исчезнутъ всѣ болѣзненные явленія; въ противномъ случаѣ выздоровленіе тянется часто очень долго. Въ дальнѣйшемъ полуванны, обтиранія, укрѣпляющее питаніе, хининъ, желѣзо. Полезно пребываніе въ горахъ, въ возвышенныхъ лѣсистыхъ мѣстностяхъ, въ холодное время года—на югѣ.

2. Коклюшъ (*Tussis convulsiva*).

Возбудителемъ считается находящаяся въ мокротѣ тонкая палочка (Bordet и Gengou). Болѣзнетворное начало чрезвычайно заразительно, но мало стойко. Восприимчивость въ дѣтскомъ возрастѣ всеобщая. Рѣдко коклюшъ наблюдается и у взрослыхъ. Послѣ перенесенной болѣзни остается невосприимчивость на всю жизнь. Инкубаціонный періодъ въ среднемъ продолжается 10—12 дней, иногда только 2—3 дня. Коклюшъ часто развивается послѣ кори.

Главные симптомы. Въ общемъ можно различать три періода: катаральный періодъ, судорожный періодъ и *stadium decrementi*. Въ первомъ періодѣ наблюдаются вначалѣ явленія обыкновеннаго катаррального бронхита, часто насморкъ, охриплость, конъюнктивитъ. Затѣмъ появляется сухой кашель, черезъ 2 недѣли переходящій въ типичный коклюшный кашель. Продолжительность 2-го періода равняется въ среднемъ 4 недѣлямъ. Онъ характеризуется приступами судорожнаго кашля, число которыхъ можетъ достигать 50 въ сутки. Приступъ состоитъ изъ частыхъ, быстро слѣдующихъ другъ за другомъ порывистыхъ выдыханій, за которыми

*) У лицъ съ пороками сердца, у чахоточныхъ и вообще у ослабленныхъ лицъ, а также у стариковъ инфлуэнца представляетъ опасную болѣзнь, кончающуюся нерѣдко смертью и при отсутствіи осложнений. Прим. ред.

слѣдуютъ глубокіе свистящіе вдохи (затяжки). Во время приступовъ — покраснѣніе лица, набуханіе шейныхъ венъ, потъ, часто рвота. Послѣ приступа отхаркиваніе тягучей слизи (при другихъ заболѣваніяхъ органовъ дыханія дѣти, напротивъ, почти всегда проглатываютъ мокроту). Въ тяжелыхъ случаяхъ — непроизвольное мочеиспусканіе и испражненіе, кровоизліянія въ конъюнктивы, кровотеченія изъ носа, иногда выпаденіе прямой кишки. Въ промежуткахъ между приступами дѣти большею частью чувствуютъ себя хорошо; иногда, особенно при частой рвотѣ, бываетъ сильная слабость. Въ легкихъ не бываетъ никакихъ измѣненій, или опредѣляются явленія незначительнаго бронхита. У взрослыхъ приступы протекаютъ менѣе типично и поэтому часто толкуются неправильно. Во время третьяго періода (*stad. decrementi*) число приступовъ уменьшается, интенсивность ихъ ослабѣваетъ, мокрота становится слизистой и желтоватой; затѣмъ уже слѣдуетъ полное выздоровленіе. Продолжительность третьяго періода — 2—4 недѣли. Общая продолжительность всей болѣзни въ среднемъ около 10 недѣль. Осложненія: капиллярный бронхитъ, эмфизема, кровоизліяніе въ мозговья оболочки (въ рѣдкихъ случаяхъ гемиплегія вслѣдствіе кровоизліянія въ мозгъ; прим. ред.), туберкулезъ легкихъ, расширеніе сердца, судороги. Прогнозъ большею частью благоприятный, но значительно ухудшается при осложненіяхъ. Діагнозъ ставится на основаніи наличности типичныхъ приступовъ кашля, которые часто могутъ быть вызваны искусственно путемъ надавливанія на гортань или корень языка. Въ первомъ періодѣ діагнозъ не можетъ быть поставленъ съ увѣренностью.

Леченіе. Просторная, хорошо провѣтриваемая комната; температура въ комнатѣ даже ночью должна быть не ниже 19° , такъ какъ охлажденіе воздуха усиливаетъ частоту приступовъ кашля. Въ холодную погоду держать дѣтей въ комнатѣ, въ хорошую погоду, напротивъ, они должны какъ можно больше времени проводить на свѣжемъ воздухѣ, даже зимою въ нехолодные солнечные дни. Перемѣна мѣстности дѣйствуетъ часто очень благотворно; питательная, преимущественно жидкая пища; при частой рвотѣ небольшіе, но частые приемы пищи. Избѣгать твердой, сухой пищи. Тщательно оберегать отъ зараженія слабыхъ, рахитичныхъ и золотушныхъ дѣтей грудного возраста. Во время приступа усадить ребенка, поддерживать голову. Лекарственное леченіе является мало дѣйствительнымъ. Рекомендуются хининъ (*Chinin. sulfur.* 0,5—1,0, *Acid. sulf. dil.* 2,0, *Aq. cinnaom.* 50,0, *Aq. destill. ad* 150,0. *M. D. S.* По 1 чайной ложкѣ черезъ 2 часа), эйхининъ, антипиринъ (по 0,05—0,25, 2—3 раза въ день въ зависимости отъ возраста ребенка). Пертуссинъ (*Extr. thymi saccharat.*) является безвреднымъ и успокаивающимъ средствомъ. Если нельзя обойтись безъ наркотическихъ средствъ, то:

Rp. Codein phosphor. 0,06, *Aq. amygd. am.* 15,0. *M. D. S.* 3 раза въ день по 10 капель.

Rp. Bromoform. 20,0. *D. S.* 3 раза въ день по 2—6 капель (въ зависимости отъ возраста. Осторожно!).

При судорогахъ хлоралгидратъ въ клизмѣ по 0,5 (см. главу о функціональныхъ неврозахъ).

Немаловажное значеніе имѣетъ также психическое леченіе (изоляция, удаленіе изъ обычной обстановки, отдѣленіе отъ другихъ дѣтей, страдающихъ коклюшемъ). О леченіи осложнений см. при соответственныхъ заболѣваніяхъ.

4 группа. Инфекціонныя болѣзни съ преимущественнымъ пораженіемъ органовъ зѣва (и слюнныхъ железъ).

1. Дифтерія.

Возбудителемъ является дифтерійный бациллъ, встрѣчающійся въ налетахъ при дифтеріи зѣва и пленкахъ при крупѣ гортани. Короткія, толстыя неподвижныя палочки, часто неправильной формы (клиновидныя, булабовидныя). Для бактериологическаго изслѣдованія проводятъ по пленкѣ стерильнымъ тампономъ (не тереть), а затѣмъ дѣлаютъ на пластинкѣ застывшей Löffler'овской кровяной сывороткѣ 6—7 штриховъ и ставятъ пластинку въ термостатъ при 37°. Черезъ 12 часовъ на послѣднихъ штрихахъ появляются отдѣльныя, полушаровидныя, желтоватыя, влажныя колоніи. Для микроскопическаго изслѣдованія размазываютъ на покровномъ стеклышкѣ частичку колоніи, развивавшейся при 36—37° не болѣе 24 часовъ, окрашиваютъ препаратъ въ теченіе 3 минутъ растворомъ метиленовой синьки. а затѣмъ растворомъ везуина (1:5) въ теченіе 30 секундъ. Тѣла бациллъ окрашиваются при этомъ въ бурый цвѣтъ, а свѣтлыя зернышки ихъ—въ синій (Babes-Ernst). Такая окраска необходима для отличія отъ сходныхъ бактерій, особенно отъ ложнодифтерійныхъ бациллъ. Кромѣ того прививки животнымъ (морскимъ свинкамъ). Проба на агглютинацію непримѣнима. Бактеріологическій діагнозъ въ общемъ можетъ быть поставленъ черезъ 24 часа послѣ снятія пленки для изслѣдованія.

Дифтерійный бациллъ вызываетъ на слизистыхъ оболочкахъ воспаленіе съ поверхностнымъ некрозомъ и образованіемъ свертывающагося фибрознаго эксудата (пленка), послѣ отдѣленія котораго остается кровоточащее изъязвленіе на слизистой оболочкѣ. Кромѣ мѣстныхъ измѣненій бациллы вызываютъ также тяжелыя общія явленія (упадокъ дѣятельности сердца, параличи), благодаря образуемымъ ими токсинамъ, поступающимъ въ кровь. Бациллы сами по себѣ обыкновенно не переходятъ въ кровь. Чаще всего поражаются небныя миндалины и небныя дужки, затѣмъ гортань, трахея, бронхи, слизистая оболочка носа; рѣже соединительная оболочка глазъ, влагалище и другія слизистыя оболочки или раны. Нерѣдко наблюдается смѣшанная инфекция, особенно стрептококками; въ такихъ случаяхъ развиваются септические, гангренозныя, гнойныя формы. При пораженіи дыхательныхъ путей пленки иногда отдѣляются, выводятся съ кашлемъ или обуславливаютъ стенозъ (крупозныя пленки). Наиболѣе предрасположены къ дифтеріи дѣти въ возрастѣ 1—9 лѣтъ, въ позднѣйшіе возрасты предрасположеніе все болѣе и болѣе уменьшается. Заразительность въ отдѣльныхъ случаяхъ весьма различна.

Дифтерійныя бациллы встрѣчаются иногда и въ полости рта у здоровыхъ. Невосприимчивость послѣ перенесенной дифтеріи продолжается большею частью лишь короткое время, послѣ предохранительной прививки сыворотки—около 3 недѣль. Продолжительность инкубаціоннаго періода 2—7 дней.

Главные симптомы. Начало сопровождается лихорадкой, головной болью, болями въ горлѣ, рѣзкимъ разстройствомъ общаго состоянія. Вскорѣ на покрасѣвшихъ миндалинахъ и на небныхъ дужкахъ появляются бѣлые или сѣробѣлые налеты. У маленькихъ дѣтей, не умѣющихъ ясно выразить свои субъективныя разстройства, слѣдуетъ при всякомъ разстройствѣ общаго состоянія и отказѣ отъ пищи осмотрѣть зѣвъ. Налеты могутъ имѣть различный видъ: въ однихъ случаяхъ имѣется дѣло съ ясными пленками, распространяющимися на зѣвъ, язычокъ и мягкое небо, въ другихъ слу-

чаяхъ налеты ограничиваются одніми миндалинами и напоминаютъ фолликулярную ангину, наконецъ иногда вообще не бываетъ налетовъ и замѣчаются лишь явленія катарральной ангины. Въ такихъ случаяхъ діагнозъ можетъ быть поставленъ исключительно путемъ бактериологическаго изслѣдованія. Лихорадка весьма неодинакова; не всегда можно руководствоваться высотой температуры, такъ какъ именно тяжелыя формы протекаютъ часто при невысокой температурѣ. Обыкновенно имѣется опуханіе подчелюстныхъ лимфатическихъ железъ. Довольно часто наблюдается альбуминурия. Пульсъ мягкій, учащенный. Въ благополучно протекающихъ случаяхъ мѣстные измѣненія исчезаютъ въ теченіе приблизительно недѣли и наступаетъ выздоровленіе. Но и въ такихъ случаяхъ можетъ наступить параличъ сердца. Въ тяжелыхъ случаяхъ могутъ образоваться большіе дефекты на слизистой оболочкѣ, лихорадка тянется нѣсколько недѣль. При септической или злокачественной формѣ налеты быстро распространяются, переходятъ часто на носъ и гортань, становятся сѣрыми, грязными, маркими и вонючими; образуются также обширныя изъязвленія. Вмѣстѣ съ тѣмъ наблюдаются тяжелыя общія явленія и большею частью сильная лихорадка. Исходъ обыкновенно неблагоприятный.

Дифтерія гортани обнаруживается быстро наступающей охриплостью и сиплымъ, лающимъ кашлемъ (крупъ); въ легкихъ случаяхъ эти явленія проходятъ, въ тяжелыхъ происходитъ вслѣдствіе образованія пленокъ стенозъ (см. стенозъ гортани), обнаруживающійся затрудненными свистящими вдыханіями, инспираторнымъ втягиваніемъ надчревной области и яремной ямки, одышкой и ціанозомъ. При наступленіи этихъ явленій ребенка можно спасти только трахеотоміей или интубаціей.

Дифтерія носа обнаруживается болѣе или менѣе обильнымъ жидкимъ гнойнымъ или слегка кровянистымъ выдѣленіемъ изъ носа; вмѣстѣ съ тѣмъ часто наблюдается припуханіе и изъязвленіе кожи вокругъ ноздрей. Иногда видны пленки.

Довольно частое осложненіе, обусловленное дѣйствіемъ токсиновъ, представляетъ острый заразный міокардитъ, который большей частью обнаруживается лишь въ періодѣ выздоровленія. Вначалѣ замѣчается общая слабость, чувство стѣсненія въ груди, плохой ненормальный пульсъ. Затѣмъ часто признаки расширенія сердца, ціанозъ, одышка, exitus letalis. Иногда незамѣтное начало, хорошее самочувствіе, внезапная смерть. При благопріятномъ исходѣ (въ $\frac{2}{3}$ всѣхъ случаевъ) постепенное улучшеніе, выздоровленіе черезъ 1—2 мѣсяца.

Дифтерійные параличи наступаютъ большею частью уже по окончаніи болѣзни, обыкновенно на 2—3-й недѣль болѣзни. Чаще всего наблюдается параличъ небной занавѣски (гносливая рѣчь, попаданіе жидкой пищи въ носъ, затрудненіе глотанія); иногда бываетъ параличъ аккомодациі (невозможность читать); рѣже наблюдается параличъ мышцъ

туловища или конечностей, иногда потеря кожныхъ рефлексовъ; параличъ діафрагмы и дыхательныхъ мышцъ можетъ повести къ смерти. Въ общемъ прогнозъ дифтерійныхъ параличей благоприятный. Дальнѣйшія осложненія: нефритъ, бронхопневмонія, otitis media. Прогнозъ серьезный, раньше смертность доходила до 50%, за послѣднія 15 лѣтъ она значительно понизилась.

Діагнозъ въ сомнительныхъ случаяхъ можетъ быть поставленъ только на основаніи бактеріологическаго изслѣдованія (см. стр. 30).

Леченіе. Въ установленныхъ и также въ сомнительныхъ случаяхъ дифтеріи раннее примѣненіе дифтерійной сыворотки, и притомъ въ достаточномъ количествѣ, чтобы совершенно нейтрализовать токсины анти-токсинамъ. Дифтерійная сыворотка получается отъ лошадей, иммунизированныхъ противъ дифтеріи. Она поступаетъ въ продажу послѣ провѣрки ея лечебной силы. Продолжительность дѣйствія сыворотки также контролируется. Чаще всего примѣняются сыворотки № I=600 иммунизирующихъ единицъ (I.-E), № II=1000 I.-E. и № III=1500 I.-E. Для впрыскиванія служитъ асептической шприцъ вмѣстимостью въ 10 куб. см. Обыкновенно впрыскиваютъ заразъ 3—4 куб. см. сыворотки. Впрыскиваніе производится въ области подключичныхъ ямокъ, на груди, на внутренней поверхности бедра. Примѣняютъ: въ легкихъ случаяхъ и у маленькихъ дѣтей сыворотку № I, у дѣтей старше 2 лѣтъ сыворотку № II, у взрослыхъ—№ III. Въ тяжелыхъ или прогрессировавшихъ случаяхъ впрыскиваютъ вдвое большее число иммунизирующихъ единицъ, именно маленькимъ дѣтямъ 1000, дѣтямъ старшаго возраста 2000, а взрослымъ 3000 I.-E. Послѣдняя доза примѣняется всегда въ тѣхъ случаяхъ, когда угрожаетъ или уже появился крупъ. Мѣсто впрыскиванія закрывается лейкопластомъ. Иногда послѣ впрыскиванія появляются эритемы, опуханіе суставовъ, альбуминурія, повышеніе температуры. Для предохранительныхъ прививокъ достаточно въ общемъ 250—500 иммун. единицъ. Если при крупѣ затрудненіе дыханія не улучшается и послѣ впрыскиванія сыворотки, то можно сначала попытаться добиться улучшенія посредствомъ отвлеченія на кожу (горчичники, смазываніе іодной настойкой, втираніе зеленого мыла *). Если это не помогаетъ, то нужно прибѣгнуть къ интубаціи или трахеотоміи.

Наряду со специфическимъ леченіемъ примѣняютъ пузырь со льдомъ вокругъ шеи въ видѣ галстука, холодные компрессы, глотаніе кусочковъ льда. При пораженіи гортани, напротивъ, обыкновенно лучше переносится тепло въ видѣ горячихъ компрессовъ, затѣмъ вдыханіе паровъ $1\frac{1}{2}$ —2% раствора поваренной соли. Мѣстное леченіе ограничивается полосканіями горла, какъ при ангины (см. главу объ ангины). При мѣстномъ лече-

*) Едва ли слѣдуетъ терять время на примѣненіе этихъ мѣръ. Лучше повторить впрыскиваніе сыворотки и при недостаточномъ дѣйствіи ея немедленно сдѣлать трахеотомию или интубацію.

ніи піціаназой (убитыя тѣла b. ruosuaeи). Нагрѣтый до температуры тѣла растворъ распыляется на пораженную слизистую оболочку зѣва (3—4 раза въ день).

Чрезвычайно важно постоянно слѣдить за дѣятельностью сердца. Необходимо позаботиться о возможно болѣе полномъ покоѣ больного. Поэтому слѣдуетъ воздерживаться отъ гидропатическихъ процедуръ (ванны, потѣніе). Изслѣдованіе зѣва и сердца также должно производиться какъ можно болѣе осторожно и неслишкомъ часто. Запретить ребенку подниматься въ постели, соблюдать осторожность при дефекаціи и мочеиспусканіи (подкладное судно). Жидкая укрѣпляющая пища: молоко, какао, бульонъ, мясной сокъ, яйца, супъ съ овсяной мукой, мондаминонь, мяснымъ растворомъ, тапіокой, саго, съ яйцами; мусъ изъ яблокъ, вино. При первыхъ признакахъ міокардита абсолютный покой въ постели, запретить малѣйшія излишнія движенія, иногда холодные компрессы на область сердца (но не пузырь со льдомъ!), дигаленъ 2,0:10,0, три раза въ день по 10 капель (маленькимъ дѣтямъ), у дѣтей старшаго возраста и у взрослыхъ дозировка, какъ указано въ главѣ объ общей терапіи болѣзней сердца, затѣмъ наперстянка, кофеинъ (тамъ же). Больного слѣдуетъ выдержать въ постели 4—6 недѣль, пока пульсъ не станетъ полнымъ и правильнымъ и не исчезнутъ объективныя измѣненія (увеличеніе сердечной тупости, шумы).

Дифтерійные параличи большею частью проходятъ безъ всякаго леченія. При появленіи ихъ необходимы однако тщательный уходъ и наблюденіе за больнымъ. Если глотаніе затруднено, то питаніе больного должно производиться посредствомъ желудочнаго зонда, или слѣдуетъ давать больному исключительно кашцеобразную, а не жидкую пищу, такъ какъ послѣдняя легко попадаетъ въ воздухоносные пути и можетъ вызвать аспираціонную пневмонію. При болѣе обширныхъ параличахъ вприскиванія стрихнина:

Rp. Strychnini nitr. 0,05, Aq. dest. ad 0,10. M.D.S. Для подкожныхъ инъекцій. Ежедневно или черезъ день вприскивать по $\frac{1}{2}$ шприца (1 млгрм.).

Далѣе массажъ, фарадизація, гальванизація (при параличахъ глоточныхъ мышцъ электроды по обѣ стороны гортани). Если питаніе посредствомъ зонда невозможно, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ питательнымъ клистирамъ (см. главу о круглой язвѣ желудка), всякій разъ послѣ предварительной очистительной клизмы.

Выздоровленіе происходитъ медленно, и еще въ теченіе долгаго времени слѣдуетъ оберегать дѣтей отъ чрезмѣрнаго напряженія силъ. При анеміи—желѣзо. Благопріятное вліяніе оказываетъ пребываніе въ высокой гористой мѣстности, въ лѣсистой мѣстности.

Извѣщеніе о заболѣваніи и о смерти обязательно; запрещается посѣщать школу братьямъ и сестрамъ больного; предписывается произвести дезинфекцію; ограниченіе въ отправленіи опредѣленныхъ профессиональныхъ обязанностей; соблюденіе предосторожности при погребеніи труповъ.

2. Свинка, заушница (*Parotitis epidemica*).

Возбудитель не извѣстенъ. Предрасположены преимущественно дѣти. Часто распространяется въ видѣ эпидеміи. Продолжительность инкубаціоннаго періода приблизительно 14 дней.

Главные симптомы. Начало легкимъ разстройствомъ общаго состоянія, лихорадкой, болями въ области уха. Вскорѣ появляется характерная опухоль подъ ухомъ и впереди ушной раковины, въ области сосцевиднаго отростка и вѣтви нижней челюсти. Часто процессъ бываетъ съ обѣихъ сторонъ. Опухоль большей частью тѣстоватой консистенціи, кожа на мѣстѣ ея лоснится, горяча на-ощупъ, красновата. Иногда поражаются отчасти и другія слюнные железы. Раскрываніе рта, рѣчь и глотаніе затруднены. Улучшеніе и выздоровленіе происходитъ спустя 1 — 2 недѣли. Въ рѣдкихъ случаяхъ дѣло кончается абсцессомъ. У мужчинъ (но не у дѣтей) заболѣваніе часто осложняется воспаленіемъ яичка и придатка, сопровождающимся сильными болями и высокой лихорадкой и большей частью одностороннимъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдается поврежденіе суставовъ, воспаленіе средняго уха, воспаленіе яичниковъ, грудной железы. Теченіе почти всегда благопріятное.

Леченіе Покой, постельное содержаніе, запрещеніе посѣщенія школы, жидкая пища (молоко, супъ). Содержаніе въ чистотѣ рта, промыванія борнымъ растворомъ, смазываніе опухоли масломъ или борнымъ вазелиномъ, наложеніе ватной повязки. При сильномъ повышеніи температуры тепловатая ванна, фенацетинъ по 0,1 — 0,3, три раза въ день по одному порошку. Слѣдить за стуломъ. При рѣдко наблюдающемся нагноеніи ускорить созрѣваніе гнояника припарками, затѣмъ вскрыть небольшимъ разрѣзомъ. При появленіи орхита возвышенное положеніе мошонки, свинцовыя примочки или холодные компрессы (также втиранія ихтиоловой мази, прим. ред.).

5 группа. Инфекціонныя болѣзни съ преимущественнымъ участіемъ крови.

1. Маларія, перемежающаяся лихорадка (*Malaria. Febris intermittens*).

Маларійные паразиты, плазмодіи, представляющіе одноклѣточные организмы заключающіе въ себѣ образованіе, похожее на ядро, принадлежатъ къ protozoa (sprotozoa, haemosporidii) Они проникаютъ въ красныя кровяныя тѣльца и, постепенно увеличиваясь, разрушаютъ ихъ и превращаютъ вещество ихъ въ пигментъ (маларійный меланинъ, попадающій при дѣленіи плазмодій въ общій токъ крови и отлагающійся въ селезенкѣ и въ печени). Плазмодіи могутъ быть открыты въ свѣжемъ неокрашенномъ препаратѣ крови въ видѣ маленькихъ свѣтлыхъ образований, лежащихъ внутри красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и обнаруживающихъ иногда амебоидныя движенія. Достигнувъ извѣстной величины, плазмодіи распадаются на споры, которыя спустя нѣкоторое время переходятъ въ кровь и проникаютъ въ другія красныя кровяныя тѣльца (приступъ лихорадки). Въ нихъ снова повторяется процессъ безполагаго размноженія. Въ зависимости отъ продолжительности развитія паразитовъ и срока, необходимаго для образованія споръ, соотвѣтственно обусловленнымъ этимъ промежуткамъ между приступами лихорадки въ 48 и 72 часа, различаются паразиты *f. tertiana* и *f. quartana*. *F. quotidiana* вызывается различными поколѣніями одного и того же вида плазмодія или различными видами. Паразитъ *f. tertiana* ведетъ

къ быстрому увеличенію объема краснаго кровяного тѣльца, достигаетъ зрѣлости въ теченіе 48 часовъ и дѣлится на 18—24 молодыхъ паразита; въ концѣ концовъ красное кровяное тѣльце кажется какъ бы усѣяннымъ точками. Паразитъ *f. quartanae* не ведетъ къ увеличенію краснаго кровяного тѣльца, достигаетъ зрѣлости лишь въ теченіе 72 часовъ, дѣлится на 8—12 молодыхъ паразитовъ, расположенныхъ радіально (въ видѣ маргаритки). Существованіе паразитовъ представляютъ паразиты тропической маларіи. Пласмодии лежатъ внутри красныхъ кровяныхъ тѣлецъ въ видѣ маленькихъ подвижныхъ колецъ съ мелкими зернышками меланина. Спорообразование совершается лишь во внутреннихъ органахъ тѣла (въ крови оно не наблюдается); циклъ развитія—трехдневный. Спустя приблизительно недѣлю въ крови образуются стойкія формы (полулунія), нахождение которыхъ подтверждаетъ діагнозъ тропической маларіи. Дальнѣйшее (половое, экзогенное) развитіе полулуній происходитъ въ тѣлѣ промежуточнаго хозяина, каковымъ является особый видъ комара, *anopheles*, который насасывается кровью человѣка и вмѣстѣ съ нею воспринимаетъ полулунія. Въ желудкѣ комара изъ полулуній развиваются мужскіе гаметы и женскіе макрогаметы. Послѣ оплодотворенія появляются образования, похожія на червячки, затѣмъ изъ червячковъ образуются кисты, а въ кистахъ—серповидные зародыши. Послѣдніе проникаютъ въ ядоносныя железы комара, а отсюда попадаютъ въ кровь человѣка. Развитіе паразитовъ въ тѣлѣ *anopheles* продолжается 10 дней, черезъ 10—14 дней послѣ укуса комара у человѣка развивается маларія. И при остальныхъ формахъ маларіи передача самыхъ юныхъ формъ развитія паразитовъ, спорозитовъ, происходитъ черезъ укусъ комара. Инкубаціонный періодъ въ легкихъ формахъ маларіи продолжается отъ 7 до 21 дня. Въ нашихъ широтахъ наблюдаются довольно часто *f. tertiana*, рѣже *f. quartana*; тяжелая тропическая лихорадка встрѣчается исключительно въ тропическихъ странахъ и въ южной Европѣ. Послѣ долго длившейся маларіи остается будто бы невосприимчивость. Нахождение паразитовъ помимо неокрашенныхъ препаратовъ (см. выше) проще всего совершается путемъ окраски щелочнымъ растворомъ метиленовой синьки или путемъ двойной окраски по Giemsa (посредствомъ стараго раствора Giemsa для полученія окраски по Романовскому). Для полученія препарата крови прикасаются къ каплѣ крови, выступившей изъ укола, кѣмъ покровнаго стеклышка, а затѣмъ проводятъ имъ по нѣсколькимъ тщательно очищеннымъ покровнымъ стекламъ. Затѣмъ даютъ препаратамъ высохнуть на воздухѣ (не нагрѣвать надъ пламенемъ лампы) и закрѣпляютъ ихъ въ смѣси изъ равныхъ частей алкоголя и эфира въ теченіе отъ $\frac{1}{4}$ до нѣсколькихъ часовъ.

Главные симптомы. Внезапное начало потрясающимъ ознобомъ и сильнымъ повышеніемъ температуры (до 40—41°). При этомъ значительное растройство общаго состоянія, головная боль и боль въ затылкѣ. Первая стадія, стадія озноба, продолжается 2—3 часа; затѣмъ кожа дѣлается горячей на-ощупь и краснѣетъ, пульсъ становится полнымъ и дикротичнымъ, и начинается вторая стадія—стадія жара. Температура держится на высокихъ цифрахъ, появляется увеличеніе селезенки, которая прощупывается подъ реберной дугой. Въ сердцѣ иногда выслушиваются шумы. Часто наблюдается *herpes labialis*.

Черезъ 2—4 часа температура быстро падаетъ до нормы, появляется обильный потъ, селезенка уменьшается. Продолжительность всего приступа—8—10 часовъ. Приступъ наступаетъ чаще днемъ, рѣже ночью и, при отсутствіи леченія, повторяется, смотря по типу маларіи, черезъ 48—72 часа или ежедневно. Въ промежуткѣ между приступами общее самочувствіе хорошее, но существуетъ общая слабость, иногда поліурія. Нерѣдко приступъ повторяется регулярно то нѣсколько раньше, то нѣсколько позже (*f. antepennis* и *postpennis*). При тяжелыхъ тропическихъ формахъ ходъ температуры бываетъ часто совершенно неправильнымъ, ремиттирующимъ; полного паденія температуры не бываетъ;

вмѣстѣ съ тѣмъ наблюдаются тифозное состояніе, коллапсъ, кома. Геморрагическая форма, протекающая съ кровоизліяніями въ кожѣ и въ слизистыхъ оболочкахъ, гемоцитоллизомъ, гематуріей, гемоглобинурией, желтухой и неудержимой рвотой, извѣстна подъ названіемъ гемоглобинуриѣйной лихорадки. Тяжелая картина эта развивается послѣ приѣма хинина. Хроническая малярія развивается особенно при тяжелыхъ тропическихъ формахъ. Приступы лихорадки повторяются очень часто; лихорадка сама по себѣ значительно ниже; опухоль селезенки достигаетъ значительныхъ размѣровъ; довольно часто наблюдается опуханіе печени и желтуха. Маларіѣйная кахексія также является слѣдствіемъ повторныхъ приступовъ лихорадки и характеризуется худосочиємъ, малокровіемъ, увеличеніемъ печени и селезенки, асцитомъ, отеками. Подъ *malaria latvata* подразумѣваютъ главнымъ образомъ невралгіи, преимущественно въ области тройничнаго нерва, которыя появляются періодически вмѣсто приступовъ лихорадки у людей, болѣвшихъ раньше маляріей, и прекращаются подъ вліяніемъ хинина. Теченіе тропической маляріи часто неблагоприятное, теченіе другихъ формъ большею частью благоприятное. Діагнозъ ставится на основаніи указанныхъ выше характерныхъ симптомовъ и подтверждается нахожденіемъ плазмодіи въ крови. Тяжелыя атипическія формы тропической лихорадки очень часто могутъ быть распознаны съ увѣренностью только путемъ изслѣдованія крови.

Леченіе. Послѣ того, какъ установленъ діагнозъ маляріи и типъ лихорадки, даютъ за пять часовъ до ожидаемаго приступа 1,0 *chinini muratiaci* въ облаткѣ и для того, чтобы ускорить раствореніе хинина, заставляютъ запить облатку 10 каплями *acidi hydrochlor. dilut.* въ рюмкѣ воды. Ту же дозу продолжаютъ давать въ тѣ же часы въ ближайшіе два дня и затѣмъ повторяютъ ее передъ 5 ближайшими приступами. Въ промежуточные дни даютъ по 0,5 хинина въ теченіе около 4 недѣль, *resp.* до тѣхъ поръ, пока не исчезнетъ опухоль селезенки. Хининъ лучше всего принимать утромъ натощакъ или вечеромъ на пустой желудокъ. При тяжелой тропической маляріи необходимо давать большія суточные дозы, именно по 1,5—2,0, раздѣляя ихъ однако на нѣсколько дробныхъ дозъ. При этомъ слѣдуетъ однако соблюдать большую осторожность, во избѣжаніе возможнаго появленія гемоглобинуриѣйной лихорадки. Всегда надо изслѣдовать мочу на присутствіе въ ней бѣлка и крови. Дѣти до 10 лѣтъ должны получать на каждый годъ жизни на $\frac{1}{10}$ грм. меньше, нежели взрослые. Если хининъ извергается рвотой, то его вводятъ подъ кожу съ уретаномъ, увеличивающимъ растворимость хинина, или въ клизмѣ.

Rp. *Chinin. hydrochlor.* 0,5. D. tal. dos. № 10. S. По 2 порошка передъ приступомъ лихорадки.

Rp. *Chinin. hydrochlor.* 0,5, *Urethani* 0,25, *Aq. dest.* 5,0. M.D.S. Для подкожныхъ инъекцій.

Rp. *Chinin. hydrochlor.* 2,0. *Aq. dest.*, *Muc. amyl. trit.* aa 30,0. Tct. op. simpl. gtt. VI. M.D.S. Для клизмы.

Вмѣсто хинина можно дать не имѣющій горькаго вкуса эйхининъ въ тѣхъ же дозахъ, какъ хининъ, или въ $1\frac{1}{2}$ раза больше. При гемоглобинуриіи лихорадкѣ вмѣсто хинина можно давать метиленовую синьку (*methylenum coeruleum purum*) по 0,1, пять разъ въ день въ облаткахъ.

Во время лихорадочнаго приступа больной долженъ оставаться въ постели, во время озноба слѣдуетъ укрыть его шерстянымъ одѣяломъ. При рвотѣ—глотаіе кусочковъ льда, при сильной жадѣ—вода съ лимоннымъ сокомъ, кисловатые лимонады. При сильномъ жарѣ и головныхъ боляхъ—пузырь со льдомъ на голову. При анеміи—железо, мышьякъ. Пребываніе въ мѣстности, свободной отъ маляріи, особенно въ горахъ, на берегу моря. При хроническомъ увеличеніи селезенки или печени—леченіе водами въ Карлсбадѣ, Мариенбадѣ, Киссингенѣ. Профилактика заключается въ длительномъ приѣмѣ хинина, по 0,5—1,0 черезъ день, и въ защитѣ отъ комаровъ, въ систематическомъ уничтоженіи ихъ и въ леченіи малярійныхъ больныхъ.

2. Возвратный тифъ (*Typhus recurrens*).

Возбудителемъ являются спириллы (*spirochaete Obermeieri*), находящіяся во время лихорадочнаго періода въ крови и совершающія оживленныя движенія. Ихъ легко удастся отыскать какъ въ неокрашенномъ, такъ и въ окрашенномъ препаратѣ крови (окраска фуксиномъ, красящимъ растворомъ Giemsa). Болѣзнь передается черезъ укусы клещей и клоповъ. Плохія гигиеническія условія способствуютъ распространенію ея. Встрѣчается эндемически въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ Африки, Азіи, Россіи и Польши, откуда иногда заносится и въ Германію. Предрасположеніе свойственно всѣмъ возрастамъ. Послѣ перенесенной болѣзни не остается невосприимчивости. Продолжительность инкубационнаго періода—5—7 дней.

Главные симптомы. Продромальный періодъ. Внезапное начало сильнымъ повышеніемъ температуры и потрясающимъ ознобомъ. *Febris continua* въ теченіе 5—7 дней, затѣмъ критическое паденіе температуры. Во время лихорадочнаго приступа увеличеніе селезенки, поносы, иногда увеличеніе печени, бронхитъ, мышечныя боли, альбуминурія, головныя боли. Часто *herpes*.

При паденіи температуры обильный потъ, затѣмъ нормальная температура и хорошее самочувствіе въ теченіе 5—8 дней; послѣ этого снова приступъ лихорадки, но менѣе продолжительный, потомъ опять апирексія и третій кратковременный приступъ лихорадки, продолжающійся 2—3 дня и протекающій при сравнительно низкой температурѣ *). Въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдается 4 и 5 приступовъ. Исходъ большей частью благоприятный. Смерть можетъ послѣдовать вслѣдствіе осложнений со стороны легкихъ, сердца и селезенки (абсцессъ, инфарктъ селезенки). Особенно тяжелой формой является желчный тифоидъ, характеризующійся желтухой, склонностью къ кровотечениямъ, поносами и множественными абсцессами. Исходъ желчнаго тифоида большей частью неблагоприятный.

*) Часто дѣло ограничивается двумя приступами.

Діагнозъ, который можетъ быть поставленъ уже на основаніи характера кривой температуры, подтверждается нахожденіемъ спириллъ въ крови.

Леченіе. Пузырь со льдомъ на голову, лихорадочная діета (стр. 5), при очень высокой температурѣ — леченіе ваннами или другими гидроратическими процедурами (стр. 4). При упадкѣ сердечной дѣятельности возбуждающія средства, иногда — наперстянка.

Санитарно-полицейскія предписанія, какъ при брюшномъ тифѣ.

3. Чума (Pestis).

Возбудителемъ является чумный бациллъ, имѣющій видъ короткихъ, съ закругленными концами, неподвижныхъ, лишенныхъ жгутиковъ палочекъ, различной величины и большой стойкости. Окрашивается всѣми анилиновыми красками. Находится въ тканевомъ сокѣ бубоновъ, въ мокротѣ при легочной чумѣ, въ секретѣ зѣва и въ крови, также въ лимфатическихъ железахъ и во внутреннихъ органахъ крысъ, пораженныхъ чумой. Крысы играютъ огромную роль въ распространеніи чумы, передача же происходитъ чрезъ укусы блохъ. У человѣка зараженіе происходитъ или чрезъ кожу (бубонная чума), или вслѣдствіе вдыханія чумныхъ бациллъ (легочная чума). Часто встрѣчаются смѣшанныя инфекции стрептококками и пневмококками. При легочной чумѣ передача болѣзни происходитъ при посредствѣ мокроты, при чумной септицеміи — при посредствѣ выдѣленій; бубонная чума значительно менѣе заразительна. Предохранительныя прививки посредствомъ убитыхъ чумныхъ бациллъ въ широкихъ размѣрахъ примѣнялись Хавкинымъ, отчасти съ успѣхомъ. Напротивъ, серотерапія чумы до сихъ поръ оказалась безуспѣшной. Бактеріологическій діагнозъ ставится на основаніи непосредственного нахожденія бациллъ въ подлежащемъ изслѣдованію матеріалѣ, на основаніи разводокъ и пробы на агглютинацію (лучше всего съ сухой сывороткой изъ института Пастера). Предрасположеніе къ чумѣ свойственно всѣмъ возрастамъ, невосприимчивость послѣ перенесенной болѣзни продолжается короткое время. Продолжительность инкубаціоннаго періода около 3 дней, иногда до 10 дней.

Главные симптомы. Большею частью внезапное начало лихорадкой, тяжелыми общими явленіями и болями на мѣстѣ очага заболѣванія. Часто больной находится какъ бы въ состояніи оглушенія. Въ другихъ случаяхъ наблюдаются продромальныя явленія. При наиболѣе часто встрѣчающейся железистой (бубонной) чумѣ наблюдается болѣзненное опуханіе лимфатическихъ железъ (на шеѣ, подъ мышками, въ пахахъ), переходящее въ нагноеніе. Часто кровотеченіе изъ слизистыхъ оболочекъ, коллапсъ, смерть. Въ болѣе легкихъ случаяхъ — улучшеніе явленій, прекращеніе нагноенія, медленное выздоровленіе. При легочной чумѣ наблюдаются симптомы тяжелого крупознаго воспаленія легкихъ или бронхоневмоніи. Кромѣ того часто увеличеніе селезенки, тяжелыя геморрагіи (черная смерть). Кожная чума характеризуется появленіемъ сыпей, пустул (чумные пузыри), изъязвленій. Негресъ никогда не наблюдается. Часто краснота соединительной оболочки глазъ, также кератитъ. Молніеносная чума (*pestis siderans*) протекаетъ подъ видомъ тяжелого сепсиса и очень быстро кончается смертію. Относительно наиболѣе благопріятно протекаетъ бубонная чума (75% смертности). Діагнозъ бубонной и кожной чумы не представляетъ особыхъ затрудненій; напротивъ, діагнозъ легочной чумы является часто очень затруднительнымъ, особенно при единичныхъ случаяхъ. Въ такихъ случаяхъ рѣшающее значеніе имѣетъ бактеріологическое изслѣдованіе.

Леченіе — симптоматическое. Относительно чумной сыворотки см. выше.

Санитарно-полицейскія предписанія, какъ при холерѣ.

4. Септикопіэмія (зараженіе крови).

Возбудителемъ септикопіэміи чаще всего являются стрептококки, рѣже пневмококки и стафилококки. Всегда имѣется дѣло съ весьма вирулентными микроорганизмами. Зараженіе происходитъ черезъ рану или очень мелкія поврежденія кожи, слизистыхъ оболочекъ, миндалинъ; часто инфекция исходитъ изъ женскихъ половыхъ органовъ (послѣродовая матка). Нерѣдко не удается найти мѣсто инфекции (криптогенетическая септикопіэмія). Въ другихъ случаяхъ общее зараженіе присоединяется къ имѣющимся очагамъ нагноенія. По венамъ или по лимфатическимъ сосудамъ микроорганизмы поступаютъ въ общій токъ крови. Болѣзненные симптомы вызываются какъ размноженіемъ микробовъ, такъ и дѣйствіемъ образуемыхъ ими токсиновъ. Если на первый планъ выступаютъ явленія общаго зараженія или общей интоксикаціи, то болѣзнь клинически обозначается, какъ сепсисъ, если же, напротивъ, преобладаютъ мѣстные процессы, нагноенія въ различныхъ частяхъ тѣла, приступы лихорадки и потрясающіе ознобы, то говорятъ о піэміи. Продолжительность инкубаціоннаго періода очень различна, обыкновенно 1—3 дня.

Главные симптомы. Начало большею частью постепенное, рѣже внезапное лихорадкой и чувствомъ тяжелаго недомоганія. Теченіе лихорадки весьма различное, обыкновенно высокая температура, при піэміи большею частью рѣзкія повышенія температуры съ потрясающими ознобами, ремиссіями и потами. Пульсъ очень учащенный, позже мягкій, иногда также правильный. Почти всегда наблюдаются желудочно-кишечныя явленія, отсутствіе аппетита, сухость языка, запоры, иногда поносы или легкая желтуха. Часто сыпи, розеола и эмболіи кожныхъ сосудовъ (петехіи, пустулы), также кровоизліянія въ сѣтчаткѣ, гнойное воспаленіе суставовъ, мышечные гнойники. Селезенка увеличена, но, благодаря своей дряблости, рѣдко прощупывается. Часто альбуминурія. Наиболѣе важнымъ осложненіемъ является язвенный эндокардитъ (см. соотв. главу). Вслѣдствіе разноса септического матеріала по всему тѣлу образуются многочисленныя эмболіи, эмболическіе абсцессы и геморрагическіе инфаркты напр. въ селезенкѣ, въ печени, въ почкахъ, въ легкихъ, въ сердцѣ, въ кожѣ. Далѣе—гнойный плевритъ, перитонитъ, перикардитъ, менингитъ. Часто наблюдающіяся явленія сердечной слабости являются слѣдствіемъ септического міокардита (см. главу объ остромъ міокардитѣ). Сознаніе часто остается совершенно яснымъ, иногда (при осложненіяхъ, при менингитѣ, при абсцессѣ мозга) наблюдаются помраченіе сознанія, бредъ, судороги, параличи. Теченіе большею частью неблагоприятное, продолжительность заболѣванія равняется 1—2 мѣсяцамъ. При осложненіяхъ со стороны сердца нерѣдко послѣ выздоровленія остается порокъ клапановъ или хроническій міокардитъ (см. ниже). Діагнозъ не представляетъ затрудненій, если извѣстна исходная точка зараженія; напротивъ, при криптогенетической септикопіэміи въ началѣ заболѣванія очень трудно поставить правильное распознаваніе. Противъ брюшного тифа говоритъ иное теченіе температуры, незначительное увеличеніе селезенки, рѣзкое учащеніе пульса, затѣмъ наличность иногда язвеннаго эндокардита, эмболіи.

При пораженні нѣсколькихъ суставовъ картина заболѣванія можетъ походить на суставной ревматизмъ, особенно если имѣются осложненія со стороны сердца. При суставномъ ревматизмѣ однако обыкновенно не наблюдается столь тяжелыхъ общихъ явленій, кромѣ того пораженіе суставовъ при немъ болѣе колеблется, и потъ имѣетъ кислый запахъ. Миларія характеризуется типичной кривой температуры, прощупываемой селезенкой, присутствіемъ плазмодій въ крови.

Леченіе. Покойное положеніе, запрещеніе всякихъ излишнихъ движеній; при безпокойствѣ, головной боли и сильной лихорадкѣ пузырь со льдомъ на голову. Питательная пища небольшими, частыми порціями (см. стр. 4). Вино въ большомъ количествѣ; кислые лимонады, вода съ лимоннымъ сокомъ. Бороться съ отсутствіемъ аппетита посредствомъ разнообразной пищи.

О леченіи осложненій со стороны сердца см. главу объ общей терапіи болѣзней сердца. При длительной сильной лихорадкѣ частичныя обмыванія тѣла, два раза въ день, также жаропонижающія средства, напр., пирамидонъ, по 0,3 три раза въ день, антипиринъ, фенацетинъ, хининъ (по 0,5 три раза въ день). Средства эти не слѣдуетъ давать при признакахъ миокардита (слабый, мягкій и частый пульсъ, слабая неправильная дѣятельность сердца). Нѣкоторые рекомендуютъ втиранія *unguentum Crédé* (*argentum colloidalе*, колларголь), у взрослыхъ по 3,0, у дѣтей по 1,0. Благоприятное вліяніе специфическаго леченія (стрептококковая сыворотка *Marmorek's*, *Agonson's* и др. въ количествѣ 20 куб. см. черезъ день) многими оспаривается. Примѣненіе сыворотки въ тяжелыхъ случаяхъ, повидимому, даже опасно. Если извѣстно мѣсто инфекціи, то можно ожидать успѣха отъ энергичнаго мѣстнаго леченія. Кромѣ того, необходимо ежедневно изслѣдовать осторожно все тѣло больного, чтобы какъ можно раньше вскрыть метастатическіе гнойники, прощупываемые часто подъ кожей въ видѣ веретенообразныхъ участковъ съ усиленной резистентностью. Часто при вскрытіи гнойниковъ выводится очень большое количество гноя.

5. Острый милиарный туберкулезъ.

Милиарный туберкулезъ развивается вслѣдствіе проникновенія туберкулезныхъ бациллъ въ общій токъ крови и заноса ихъ въ самые различные органы тѣла, въ легкія, мозговія оболочки, почки, печень, селезенку, сосудистую оболочку глаза; во всѣхъ этихъ органахъ часто образуется громадное количество узелковъ — милиарныхъ бугорковъ. Причиной заболѣванія является вскрытіе творожистой железы преимущественно въ просвѣтъ вены, туберкулезное пораженіе интимы сосудовъ, разрывъ сосудовъ. Обыкновенно вмѣстѣ съ тѣлами мертвыхъ бациллъ въ общій токъ крови попадаютъ ихъ токсины. Если преобладаетъ дѣйствіе токсиновъ, то на первый планъ выступаютъ симптомы, напоминающіе тифъ. Исходнымъ пунктомъ общей инфекціи служатъ творожистыя лимфатическія железы, латентныя туберкулезныя гнѣзда легкихъ (въ такихъ случаяхъ болѣзнь можетъ развиваться у повидимому совершенно здоровыхъ людей) или явныя туберкулезныя пораженія костей, суставовъ, легкихъ, плевры, мочеполового аппарата.

Главные симптомы чрезвычайно варіируютъ въ зависимости отъ того, поражены ли болѣе или менѣе сильно опредѣленные органы или на

первый планъ выступаетъ дѣйствіе токсиновъ. Отдѣльныя формы милиарнаго туберкулеза (см. ниже) не всегда ясно выражены, такъ какъ онѣ переходятъ другъ въ друга или слѣдуютъ одна за другой. Продолжительность инкубаціоннаго періода различна, иногда равняется всего нѣсколькимъ часамъ. Иногда наблюдаются неясныя продромальныя явленія. Заболѣваніе большею частью протекаетъ остро и продолжается 1—2 мѣсяца, въ рѣдкихъ случаяхъ оно кончается въ нѣсколько дней смертью при тяжелыхъ мозговыхъ явленіяхъ (кома, бредъ). Часто наблюдается кажущееся улучшение. Обыкновенно исходъ смертельный.

Легочная форма встрѣчается чаще всего и характеризуется ускореннымъ дыханіемъ, одышкой, ціанозомъ, сухимъ, мучительнымъ и часто судорожнымъ кашлемъ, въ то время какъ объективныя измѣненія въ легкихъ могутъ быть сравнительно ничтожными. Большею частью имѣются признаки разлитого бронхита, иногда при милиарномъ туберкулезѣ плевры выслушивается нѣжный шумъ тренія плевры. Кривая лихорадки неправильная, пульсъ учащенный.

Менингеальная форма протекаетъ часто подъ видомъ типическаго туберкулезнаго менингита (см. соотвѣт. главу). Все-таки обыкновенно общія явленія съ самаго начала бываютъ тяжелѣе, сознание помрачено; поражение мозговыхъ оболочекъ обыкновенно комбинируется съ симптомами со стороны легкихъ (одышка, ціанозъ). Наблюдается часто въ дѣтскомъ возрастѣ.

Тифозная форма характеризуется быстро нарастающей температурой, высокой, но большею частью неправильной лихорадкой, помраченіемъ сознания, бредомъ. Иногда наблюдаются розеола, поносы. Тифозная форма точно также часто протекаетъ съ одышкой и ціанозомъ.

Интермиттирующая форма характеризуется рѣзко выраженнымъ интермиттирующимъ типомъ лихорадки съ потрясающими ознобами; сознание большею частью остается яснымъ.

Для діагноза имѣютъ большое значеніе присутствіе бугорковъ въ сосудистой оболочкѣ глаза (маленькія округлыя желтоватыя пятнышки съ неясными границами или узелки въ сосудистой оболочкѣ), сильные и продолжительные поты (также herpes), рѣзкое учащеніе пульса (до 120—140), часто встрѣчающееся пораженіе легкихъ (учащеніе дыханія, одышка, ціанозъ), нахожденіе туберкулезныхъ палочекъ или туберкулезныхъ гнѣздъ, равно какъ относительно часто встрѣчающихся изъязвленій въ гортани, зѣвъѣ и носѣ (ларинго-фарингеальная форма). Перечисленные только что симптомы позволяютъ отличить милиарный туберкулезъ отъ брюшного тифа, съ которымъ онъ можетъ представлять очень большое сходство по цѣлому ряду другихъ явленій, какъ розеола, увеличеніе селезенки, поносы (кишечныя язвы, кишечныя кровотеченія), небольшой метеоризмъ, сухой, потрескавшійся языкъ. Интермиттирующая форма можетъ напоминать малярію; но при милиарномъ туберкулезѣ лихорадочныя приступы бываютъ менѣе правильны, увеличеніе селезенки сравнительно слабо выражено,

хининъ не оказываетъ никакого дѣйствія. При сепсисѣ бываютъ пораженія суставовъ, эндокардитъ, кровоизліянія въ сѣтчаткѣ, метастатическіе абсцессы, измѣненія на кожѣ.

Леченіе при тифозной формѣ такое же, какъ при брюшномъ тифѣ. При менингеальной формѣ поступаютъ, какъ при туберкулезномъ менингитѣ. Кашель слѣдуетъ успокоить наркотическими средствами, о гидрпатическихъ процедурахъ при пораженіяхъ легкихъ см. главу о туберкулезѣ легкихъ. Легко усваиваемая питательная пища (тамъ же), вино.

6 группа. Инфекціонныя болѣзни съ преобладающимъ пораженіемъ нервной системы.

1. Эпидемическій цереброспинальный менингитъ (*Meningitis cerebrospinalis epidemica*).

Возбудителемъ является *micrococcus (diplococcus) intracellularis meningitidis. meningococcus (Weichselbaumii)*, имѣющие форму булочки или кофейнаго боба, иногда неполнѣ одинаковой величины кокки, расположенные попарно, нерѣдко по четыре вмѣстѣ, но никогда не образующіе цѣпочекъ. Находятся большею частью внутри гнойныхъ тѣлецъ, но встрѣчаются нерѣдко и внѣ ихъ. Менингококкъ встрѣчается въ большинствѣ случаевъ эпидемическаго менингита въ цереброспинальной жидкости, часто также въ секретѣ носоглотки у больныхъ и у здоровыхъ, иногда и въ крови. Менингококки лучше всего растутъ при 37° на питательныхъ средахъ, которыя содержатъ человѣческій бѣлокъ, напр., на агарѣ съ прибавленіемъ асцитической жидкости. Они очень чувствительны къ высыханію и къ солнечному свѣту, окрашиваются всѣми анилиновыми красками, не окрашиваются по Грам'у. Кромѣ больныхъ эпидемическимъ менингитомъ, менингококки встрѣчаются обыкновенно только у здоровыхъ лицъ, приходившихъ въ близкое соприкосновеніе съ больными; число такихъ „носителей кокковъ“ въ разгаръ эпидеміи доходитъ до 50%, къ концу эпидеміи падаетъ до 10% и ниже. Нѣкоторые изъ такихъ лицъ страдаютъ катарральнымъ воспаленіемъ верхнихъ частей воздухоносныхъ путей (носа, носоглотки), другія совершенно здоровы. Эпидемія развивается тогда, когда особо благоприятныя условія (быть можетъ, метеорологическія условія) способствуютъ появленію большого количества носителей кокковъ. Менингококкъ является облигатнымъ паразитомъ человѣка; поэтому передача его происходитъ только отъ человѣка человѣку, либо прямо, либо черезъ предметы домашняго обихода или черезъ мокроту. Для предварительнаго діагноза прибѣгаютъ къ микроскопическому изслѣдованію мазка: наличность большого числа характерныхъ по своей формѣ, окраскѣ и расположенію кокковъ въ матеріалѣ, взятомъ для изслѣдованія (особенно въ жидкости, добытой путемъ поясничнаго прокола), съ вѣроятностью говоритъ за эпидемическій менингитъ. Для окончательнаго діагноза необходимо обождать результата посѣвовъ. Спинномозговая жидкость центрифугируется, осадокъ размазывается на три свѣжеприготовленные пластинки съ асцитическимъ агаромъ, затѣмъ пластинки помѣщаются на 24 часа въ термостатъ при 37°; если получается характерный ростъ, то изслѣдуютъ отношеніе полученныхъ кокковъ къ окраскѣ по Грам'у; затѣмъ новые посѣвы съ асцитическаго агара и, спустя 24 часа изслѣдуютъ на агглютинацію съ помощью очень сильной иммунной сыворотки (отъ лошади) при 37°. Точно также поступаютъ и съ мазками, приготовленными изъ секретовъ слизистой оболочки зѣва. Такъ какъ микробы очень быстро погибаютъ внѣ организма, то посѣвы на питательныя среды должны производиться какъ можно скорѣе.

Для серодіагностики можно пользоваться также кровяной сывороткой больныхъ; начиная со 2 недѣли болѣзни въ крови появляются агглютинины, которые удастся обнаружить приблизительно въ 60% всѣхъ случаевъ; титръ агглютинаціи большею частью не превосходитъ 1:100.

Анатомическія измѣненія заключаются въ фиброзно-гнойномъ воспаленіи паутинной и мягкой мозговой оболочки, которое начинается на основаніи мозга и переходитъ на выпуклую поверхность его. Скопленія гноя происходятъ главнымъ образомъ въ бороздахъ мозговыхъ полушарій. Оболочки спинного мозга также подвергаются воспаленію.

Предрасположены къ заболѣванію особенно дѣти и лица молодого возраста. Относительно невосприимчивости неизвѣстно ничего достовѣрнаго. Продолжительность инкубаціоннаго періода 1—4 дня.

Главные симптомы. Большею частью внезапное начало съ повышениемъ температуры, потрясающимъ ознобомъ, головной болью, рвотой, гиперэстезіей кожныхъ нервовъ и органовъ чувствъ. Затѣмъ появляются боли и чувствительность позвоночника при надавливаніи, сведеніе затылка. Особенно рѣзко выражено сведеніе затылка у дѣтей; голова сильно запрокинута назадъ, попытка согнуть голову наталкивается на сопротивление и причиняетъ больному сильныя боли. Часто имѣется herpes. Почти всегда бываютъ контрактуры мышцъ, особенно конечностей и живота. Бедра притянуты къ животу, въ коленныхъ суставахъ существуетъ сгибательная контрактура, особенно замѣтная, если посадить больного въ постели со спущенными конечностями (симптомъ Кернига). Мышцы живота ладьеобразно втянуты. Иногда наблюдается болѣзненность въ нѣсколькихъ суставахъ, затѣмъ neuritis optica и застойный сосокъ, альбуминурия; увеличеніе селезенки констатируется не всегда. Почти всегда существуетъ полное отсутствіе аппетита и разстройство дѣятельности кишечника (запоры, поносы). Явленія пареза отступаютъ на задній планъ (въ противоположность туберкулезному менингиту). Рефлексы повышены. Температура высокая, лихорадка неопредѣленнаго типа. Пульсъ большею частью учащенный, но никогда не обнаруживаетъ такихъ рѣзкихъ колебаній въ частотѣ, какъ при туберкулезномъ менингитѣ. Сознаніе можетъ оставаться яснымъ, иногда же наблюдаются помраченіе сознанія и бредъ, суженіе и неравномѣрность зрачковъ, нистагмъ, глухота. Въ благопріятныхъ случаяхъ лихорадка прекращается спустя 2—3 недѣли послѣ начала заболѣванія. Смертность колеблется въ широкихъ предѣлахъ (20—70%). Иногда эпидемическій менингитъ оканчивается смертью уже черезъ 1—2 дня въ коматозномъ состояніи, при явленіяхъ сведенія затылка и бреда (*m. siderans*). Съ другой стороны встрѣчаются abortивныя формы съ слабо выраженными общими явленіями. Выздоровленіе часто тянется очень долго; нерѣдко наблюдаются рецидивы. У дѣтей нерѣдко остается глухонѣмота. — Діагнозъ ставится на основаніи указанныхъ выше характерныхъ симптомовъ и подтверждается бактериологическимъ изслѣдованіемъ. За эпидемическій цереброспинальный менингитъ говорятъ внезапное начало, герпесъ, множественное поражение суставовъ, за гнойный менингитъ — наличность первичнаго гнойнаго очага, предшествовавшая травма головы, инфекціонныя болѣзни, за туберкулезный менингитъ — медленное начало, наличность первичнаго очага бугорчатки, отсутствіе герпеса, часто встрѣчающіеся параличи, рѣзкія измѣненія частоты пульса, присутствіе одноядерныхъ лейкоцитовъ (лимфоцитовъ) въ цереброспинальной жидкости (при другихъ формахъ менингита въ спинномозговой жидкости встрѣчаются только полиморфноядерныя лейкоциты).

Лечение. Спокойная, слегка затемненная комната. Абсолютный покой въ постели, лучше всего на водяную подушку. Пузырь со льдомъ или холодильникъ Leiter'a на голову и на затылокъ. Охлаждение позвоночнаго столба мѣшками Charman'a. Втиранія сѣрой ртутной мази. Иногда приносятъ облегченіе пиявки, приставленныя къ сосцевиднымъ отросткамъ. Жидкая питательная пища: молоко, говяжій бульонъ, яйца, немного вина; слѣдить за правильнымъ опорожненіемъ кишечника, въ случаѣ надобности дать слабительное (см. главу объ общей терапіи заболѣваній кишечника); почаще слѣдить за опорожненіемъ мочевого пузыря.—Иногда удается въ значительной степени облегчить страданія больного посредствомъ поясничнаго прокола (см. главу о заболѣваніяхъ мозга).—У дѣтей, рѣже у взрослыхъ, можно рекомендовать ежедневныя горячія ванны, съ начальной температурой въ 37° и съ конечной температурой до 41°, съ послѣдующимъ завертываніемъ больного въ теплое одѣяло. Продолжительность ванны 5 минутъ. Ванну слѣдуетъ поставить возлѣ постели больного; съ больными слѣдуетъ обращаться очень бережно. При сильномъ безпокойствѣ—наркотическія средства: бромъ, хлораль-гидратъ, морфій (см. главу объ общей терапіи болѣзней нервной системы). Во время выздоровленія—укрѣпляющая пища, тепловатыя ванны, при сильной атрофіи мышцъ—легкій массажъ, электротерапія.

Серотерапія въ послѣднее время давала хорошіе результаты, если къ ней прибѣгали въ самомъ началѣ заболѣванія. Сыворотка получается путемъ иммунизации лошадей. Наиболѣе цѣлесообразнымъ способомъ примѣненія сыворотки является введеніе большихъ количествъ въ дуральный мѣшокъ (20 куб. см. дѣтямъ и 30 куб. см. взрослымъ) послѣ удаленія нѣсколько большаго количества спинномозговой жидкости. Теченіе болѣзни становится болѣе легкимъ и менѣе продолжительнымъ, лихорадка прекращается, осложнений не бываетъ; непріятныхъ побочных явленій не наблюдалось. Впрыскиваніе производится 1—2 раза или болѣе, смотря по тяжести случая. Сыворотку можно получить изъ Берлинскаго Института для борьбы съ инфекціонными заболѣваніями.

Санитарно-полицейскія мѣры: обязательное извѣщеніе о случаяхъ заболѣванія и смерти, изоляція больныхъ, дезинфекція.

2. Столбнякъ (Tetanus).

Возбудителемъ является столбнячный бациллъ—подвижная палочка, снабженная жгутиками, съ концевой спорой въ формѣ похожега на пуговку вздутія, встрѣчается только въ окрестности зараженной раны, но не въ другихъ мѣстахъ тѣла. *Bacillus tetani*—строгий анаэробъ; споры очень стойки, встрѣчаются въ садовой землѣ, въ пыли, въ испражненіяхъ лошадей и рогатаго скота. Болѣзненныя явленія, наблюдаемыя при столбнякѣ, обусловлены дѣйствіемъ токсиновъ. Токсины попадаютъ въ общій токъ крови и вызываютъ повышенную чувствительность двигательныхъ гангліозныхъ клѣтокъ центральной нервной системы, вслѣдствіе чего мышцы приходятъ въ состояніе судорожнаго сокращенія и рефлекторная возбудимость чрезвычайно рѣзко повышается. Болѣзнетворное дѣйствіе споръ и бациллъ столбняка проявляется однако лишь при смѣшанной инфекціи или при попаданіи въ рану ядовитыхъ или раздражающихъ и вредно дѣйствующихъ на клѣтки веществъ (заноза, химическія ве-

щества). Поэтому естественное зараженіе происходитъ большею частью черезъ рану (t. traumaticus), рѣже черезъ послѣродовую матку (t. puerperalis) или черезъ рану пупка у новорожденныхъ (t. neonatorum); иногда мѣсто поступленія заразнаго начала остается неизвѣстнымъ, или приходится допустить проникновение столбнячнаго яда черезъ слизистыя оболочки (t. idiopathicus). Въ такихъ случаяхъ часто приходилось наблюдать предварительно ангину, такъ что исходной точкой инфекции можно признать миндалины. Предрасполагающимъ моментомъ является, иногда простуда (t. rheumaticus). Бактеріологическое распознаваніе: тщательное изслѣдованіе мазковъ, приготовленныхъ изъ отдѣленія раны, зараженной столбнякомъ. При окраскѣ обыкновенными анилиновыми красками и по Gram'у легко удастся открыть столбнячныя бациллы, представляющія вздутіе на одномъ концѣ. Введеніе разводки подъ кожу мышей, приготовленіе анаэробныхъ пластинчатыхъ разводовъ.—Огнотельно серотерапіи см. ниже.—Продолжительность инкубаціоннаго періода—отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ недѣль.

Главные симптомы. Начало напряженіемъ и болѣзненнымъ тоническимъ сведеніемъ жевательныхъ мышцъ (trismus), при поврежденіяхъ также тонической судорогой въ мышцахъ, расположенныхъ вблизи мѣста поврежденія. Затѣмъ наступаютъ судороги въ мышцахъ глотки, лица, затылка, туловища (opisthotonus) и конечностей. Кисти рукъ и ступни почти никогда не поражаются судорогами. Тоническія судороги часто прерываются расслабленіемъ мышцъ, но при малѣйшемъ поводѣ (прикосновеніе, душевное волненіе) возобновляются съ прежней силой. На лицѣ выраженіе болѣзненной улыбки (risus sardonicus). Мышцы живота сильно напряжены; конечности вытянуты; часто ціанозъ вслѣдствіе затрудненія дыханія, невозможность принятія пищи вслѣдствіе судороги глоточныхъ мышцъ. Сознаніе всегда остается вполне яснымъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ судороги время отъ времени усиливаются, но и во время паузъ тетаническое сокращеніе не прекращается вполне (въ отличіе отъ отравленія стрихниномъ). Иногда температура слегка повышена; незадолго до смерти наблюдается сильное повышеніе температуры. Болѣзнь продолжается отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ недѣль; смертность до 80%. Травматическій столбнякъ даетъ болѣе неблагоприятное предсказаніе, нежели «идіопатическій». Діагнозъ легко поставить на основаніи характерныхъ судорогъ. Ср. отравленіе стрихниномъ.

Леченіе. Абсолютный покой; спокойная затемненная комната. Жидкая пища, при судорогѣ глоточныхъ и жевательныхъ мышцъ кормленіе черезъ зондъ (или вливаніе пищи въ ротъ черезъ дефектъ между зубами) или питательные клистиры (см. главу объ язвѣ желудка). Очень хорошо дѣйствуетъ въ общемъ клизма съ хлораль-гидратомъ (послѣ предварительной очистительной клизмы).

Rp. Chlorali hydrati 2,0, Aq. dest., Mucilag. amyli trit. aa 25,0.
M. D. S. Для клизмы ежедневно по 1—2 клизмы.

При сильныхъ боляхъ — морфіи подъ кожу. Слѣдитъ за правильнымъ опорожненіемъ мочевого пузыря.

Лечебная сыворотка Behring'a, столбнячный антитоксинъ, получаемый отъ лошадей, подвергшихся активной иммунизации столбнячнымъ токсиномъ, можетъ оказать спасительное дѣйствіе только въ томъ случаѣ, если онъ примѣненъ своевременно. Антитоксинъ имѣется въ видѣ

раствора и въ видѣ сухого вещества; приготовленіе его находится подъ контролемъ правительства. Обыкновенно антитоксинъ отпускается въ флаконахъ, содержащихъ по 100 единицъ антитоксина (А.-Е.) Впрыскиваютъ первые два дня, а иногда и позже, ежедневно по 100 А.-Е. подъ кожу вблизи зараженного мѣста.—Важно профилактическое леченіе при поврежденіяхъ, при которыхъ можно предполагать зараженіе столбнякомъ, напр. у попавшихъ подъ колеса экипажа, у которыхъ раны загрязнены уличной пылью. Профилактическая доза антитоксина равняется 20 А.-Е. и отпускается въ такомъ количествѣ въ особыхъ флаконахъ.

3. Бѣшенство, водобоязнь (*Lyssa, Hydrophobia*).

Возбудитель не извѣстенъ. Токсины бѣшенства локализируются преимущественно въ центральной нервной системѣ, куда они поступаютъ по нервнымъ стволамъ изъ укушенной раны. Зараженіе происходитъ при укушеніи бѣшенными животными, въ особенности собаками; повидимому, ядовитое начало бѣшенства находится въ слюнкѣ.—Очень большое діагностическое значеніе имѣютъ открытыя Neggi такъ называемыя тѣльца Neggi. Это маленькія круглыя внутриклеточныя включенія величиной въ среднемъ отъ 5 до 6 μ , легко отличимыя на окрашенныхъ препаратахъ. Тѣльца эти встрѣчаются въ большемъ или меньшемъ количествѣ особенно въ Аммоновомъ рогѣ, но также въ мозжечкѣ и въ мозговой корѣ. Природа этихъ тѣлецъ, встрѣчающихся только при бѣшенствѣ (у людей и у животныхъ), пока еще не выяснена. Мнѣніе Neggi что имѣется дѣло съ protozoa. представляется мало обоснованнымъ.—Продолжительность инкубаціоннаго періода отъ трехъ недѣль до трехъ мѣсяцевъ, а иногда даже до девяти мѣсяцевъ.

Главные симптомы. Продромальныя явленія: безпокойство, познабливаніе, чувство недомоганія, боли въ горлѣ, боль и краснота въ области рубца, развившагося на мѣстѣ укуса. Черезъ 2—3 дня послѣ начала заболѣванія начинается стадія возбужденія: рефлекторныя судороги глоточныхъ мышцъ при попыткѣ глотать и даже при одномъ видѣ воды, судороги дыхательныхъ мышцъ съ прерывистыми вдохами, опущеніемъ діафрагмы, одышкой и ціанозомъ. Въ дальнѣйшемъ теченія болѣзни усиленіе судорогъ подъ вліяніемъ малѣйшихъ раздраженій (сквозной вѣтеръ), слюнотеченіе, двигательное безпокойство, тозкливое настроеніе, бредъ, припадки бѣшенства. Иногда лихорадка. Иногда уже во время этой стадіи наступаетъ смерть отъ асфиксіи, иногда же развивается спустя два дня паралитическая стадія (тихое бѣшенство), которая черезъ нѣсколько часовъ или спустя сутки оканчивается смертью.—Изъ укушенныхъ бѣшеными животными заболѣваетъ приблизительно 20%; прогнозъ при отсутствіи леченія абсолютно плохой. При леченіи Pasteur'овскими прививками число заболѣваній понижается въ значительной степени и развившаяся болѣзнь протекаетъ значительно легче, такъ что можетъ наступить выздоровленіе.

Леченіе. Если можно подозревать, что имѣется дѣло съ укусомъ бѣшеннаго животного, то слѣдуетъ тотчасъ отправить больного въ институтъ для прививокъ. Цѣль Pasteur'овскихъ предохранительныхъ прививокъ заключается исключительно въ иммунизациі больного, укушеннаго бѣшенымъ животнымъ. При бѣшенствѣ такая иммунизациа

оказывается еще возможной потому, что инкубационный періодъ продолжается очень долго, рѣдко менѣе 6 недѣль (въ отличіе отъ другихъ инфекціонныхъ заболѣваній). Прививочный матеріалъ получается изъ высушеннаго надъ ѣдкимъ кали спинного мозга кроликовъ, зараженныхъ бѣшенствомъ. Въ зависимости отъ продолжительности высушиванія вирулентность яда бѣшенства ослабѣваетъ въ меньшей или въ большей степени. Прививки производятся путемъ впрыскиванія подъ кожу живота матеріала постепенно возрастающей вирулентности по строго опредѣленной схемѣ.

Большое значеніе имѣетъ также немедленное и энергичное леченіе укушенной раны: промываніе растворомъ сулемы 1:1000, если возможно — изсѣченіе укушенной раны въ предѣлахъ здоровыхъ тканей, выжиганіе каленымъ желѣзомъ, глубокія прижиганія дымящейся азотной кислотой.

Если развилось уже бѣшенство, то слѣдуетъ примѣнять клизмы изъ хлораль-гидрата (по 2,0 нѣсколько разъ въ день, см. стр. 45) или морфій подъ кожу (по 0,02). Необходимо тщательно слѣдить за больнымъ.

Санитарно-полицейскія предписанія: обязательное наблюденіе надъ подозрительными въ смыслѣ бѣшенства, обязательное извѣщеніе о случаяхъ заболѣванія и смерти, изоляція больныхъ, дезинфекція.

7 группа. Инфекціонныя болѣзни съ преобладающимъ поражениемъ кожи.

1. Рожа (Erysipelas).

Возбудителемъ является *streptococcus longus seu erysipelatos*, принадлежащій къ числу стрептококковъ, дѣйствующихъ гемолитически на кровяной агаръ, и растущій на жидкихъ средахъ (бульонъ съ прибавленіемъ кровяной сыворотки или винограднаго сахара) въ видѣ длинныхъ цѣпочекъ, а въ организмѣ — часто въ видѣ диплококковъ. Окрашивается всѣми анилиновыми красками и по Грам'у. Обладаетъ наклонностью распространяться въ тѣлѣ — зараженіе происходитъ черезъ небольшія поврежденія кожи или слизистыхъ оболочекъ (слизистая носа) и затѣмъ распространяется по лимфатическимъ путямъ кожи и подкожной клітчатки. Далѣе, зараженіе возможно чрезъ операціонныя раны, укусы пиявокъ, рану пупка у новорожденныхъ. половыя части у родильницъ. — Продолжительность инкубационнаго періода 1—3 дня. Послѣ перенесенной рожи остается лишь очень непродолжительная невосприимчивость или она вовсе не наблюдается. Напротивъ, часто рожа оставляетъ послѣ себя повышенное предрасположеніе къ новому заболѣванію.

Главные симптомы. Начало сильнымъ повышеніемъ температуры, потрясающимъ ознобомъ и сильнымъ разстройствомъ общаго состоянія. Вскорѣ появляется легкая свѣтлокрасная, рѣзко отграниченная припухлость кожи. Края припухлости неправильны, ясно выдаются надъ уровнемъ здоровой кожи и даютъ продолженія въ формѣ какъ бы языковъ. Участокъ кожи, пораженный рожей, быстро увеличивается; кожа напряжена, лоснится и чувствительна при давленіи. Нерѣдко образуются пузыри (*e. bullosum*). Чаще всего поражается лицо; исходной точкой являются маленькія трещины, особенно у ноздрей; процессъ распространяется на щеки, на лобъ и на вѣки, которыя сильно опухаютъ; иногда рожа переходитъ черезъ границу волосистой части головы и на подбородокъ. Послѣ рожи волосистой части головы наблюдается сильное вы-

паденіе волосъ. Могутъ быть поражены также другія части тѣла; иногда рожа распространяется на большую часть тѣла (*e. migrans*).—Спустя нѣсколько дней послѣ начала заболѣванія наступаетъ уменьшеніе припухлости, поблѣднѣніе красноты и шелушеніе.—Часто наблюдается помраченіе сознанія и бредъ, даже во время выздоровленія. Далѣе слѣдуетъ отмѣтить учащеніе пульса, головныя боли, отсутствіе аппетита, гастрическія явленія, альбуминурію.—Опасны различныя осложненія: гнойный менингитъ, отитъ, флегмоны, абсцессы, гнойное воспаленіе суставовъ, рожа глотки или гортани (отекъ голосовой щели), заболѣванія легкихъ и сердца.—Продолжительность рожи—1—2 недѣли; нерѣдко наблюдаются рецидивы. Смертность около 5⁰/о. Діагнозъ. Отъ другихъ заболѣваній кожи (флегмона, экзема, эритема) рожа отличается рѣзкими границами, инфильтрованными краями, выдающимися на подобіе валика надъ уровнемъ прилежащей здоровой кожи.

Леченіе. Постельное содержаніе, пузырь со льдомъ или холодныя компрессы на голову, тщательное наблюденіе за больнымъ въ виду появляющагося нерѣдко совершенно внезапно бреда. Мѣстно можно примѣнять спиртовые компрессы, причемъ слѣдуетъ защитить глаза слоеной ваты и непроницаемой тканью. Передъ наложеніемъ спиртового компресса можно слегка смазать кожу борной мазью. Хорошо дѣйствуетъ также 10⁰/о ихтіоловая мазь (компрессы съ простой водой менѣе полезны, такъ какъ они размягчаютъ и мацерируютъ кожу). Съ цѣлью помѣшать дальнѣйшему распространенію рожи примѣняются смазыванія ляписомъ или наложеніе полосокъ липкаго пластыря на границѣ здоровыхъ частей кожи; успѣхъ однако сомнителенъ.—Въ виду возможности коллапса слѣдуетъ воздерживаться отъ примѣненія ваннъ. Противъ лихорадки и безпокойства примѣняютъ частичныя обмыванія или влажныя обертыванія туловища, повторяемые 2 раза въ день или чаще.—Жидкая пища, вино, особенно если больной привыкъ къ употребленію алкоголя.—Жаропонижающихъ или наркотическихъ средствъ не слѣдуетъ примѣнять во избѣжаніе упадка сердечной дѣятельности. При сильномъ безпокойствѣ—препараты брома (см. главу объ общей терапіи заболѣваній нервной системы). При ослабленіи дѣятельности сердца—возбуждающія средства (вино, кофе, эфиръ), камфора подъ кожу, дигиталисъ, дигаленъ, коффеинъ (см. ниже главу общей терапіи болѣзней сердца).—Леченіе осложненій рожи.

2. Проказа (Lepra).

Возбудителемъ является проказный бациллъ, который похожъ на туберкулезный бациллъ, но меньше его, тоньше и заостренъ на концахъ. Окрашивается такъ же, какъ туберкулезные бациллы, равно какъ обыкновенными анилиновыми красками, а также по Грам'у. Лишенъ подвижности. Получить разводки на искусственныхъ питательныхъ средахъ пока не удалось.

Проказа—хроническое заболѣваніе, характеризующееся сильнымъ развитіемъ узловъ, особенно на лицѣ (*facies leontina*) и конечностяхъ (*lepra tuberosa*) и разстройствомъ чувствительности (*lepra anaesthetica*) или язвеннымъ разрушеніемъ периферическихъ частей тѣла, напр. пальцевъ рукъ и ногъ (*lepra tu-*

tilans). Могутъ быть поражены также слизистыя оболочки и лимфатическія железы. Бугристые пигментированные инфильтраты и проказные узлы развиваются изъ темнокрасной сыпи.

Лечение. Втиранія ихтіоловой или ртутной мази, внутрь—салициловая кислота, креозотъ *). Серотерапія не даетъ надежныхъ результатовъ. Иногда наблюдается улучшение, если больные покидаютъ мѣстность, пораженную проказой. Изоляція больныхъ въ лепрозоріяхъ необходима въ цѣляхъ профилактики. — Санитарно-полицейскія предписанія, какъ при холерѣ.

3. Сифилисъ.

О сифилисѣ кожи см. учебники кожныхъ болѣзней. О сифилисѣ внутреннихъ органовъ будетъ сказано при изложеніи заболѣваній отдѣльныхъ органовъ.

Здѣсь мы скажемъ вкратцѣ лишь о возбудителѣ сифилиса—*spirochaete pallida*. *Spirochaete pallida* встрѣчается исключительно при сифилисѣ и до сихъ поръ не найдена ни при какомъ другомъ заболѣваніи, равно какъ у здоровыхъ; у сифилитиковъ она встрѣчается главнымъ образомъ въ первичномъ склерозѣ, во вторичныхъ сифилитическихъ сыпяхъ на кожѣ, въ особенно большомъ количествѣ въ папулахъ, не всегда и въ небольшомъ количествѣ въ сокѣ лимфатическихъ железъ, въ очень скудномъ количествѣ въ крови. При третичномъ сифилисѣ также удается найти лишь единичные экземпляры спирохеты. При наследственномъ сифилисѣ она встрѣчается въ пораженныхъ сифилисомъ органахъ грудныхъ дѣтей и мацерированныхъ плодовъ, въ меконіи и въ сифилитическомъ послѣдѣ. Наконецъ ее можно найти и при экспериментально полученномъ сифилисѣ у обезьянъ, правда, въ очень скудномъ количествѣ. *Spirochaete pallida* въ неокрашенномъ препаратѣ въ висячей каплѣ (тканевая жидкость) или подъ покровнымъ стекломъ имѣетъ видъ подвижной, нѣжной, слабо преломляющей свѣтъ и изогнутой на-подобіе пробочника спираллы. Передвиженіе ея въ пространствѣ незначительно; большею частью имѣется дѣло съ вращеніемъ вокругъ собственной продольной оси, съ движеніями впередъ и назадъ и со сгибаніемъ всего тѣла спирохеты. Длина спирохеты колеблется отъ 4—10—20 μ , толщина никогда не превышаетъ 0,25 μ . Концы спирохеты слегка заострены и снабжены жгутиками. Число спиральныхъ оборотовъ равняется 6—20 въ зависимости отъ длины отдѣльныхъ спираллъ; отдѣльные обороты круты, рѣзки, правильны, похожи на зубцы пилы; длина отдѣльныхъ спиральныхъ оборотовъ 1—1,2 μ , промежутки между спиралами равны 1—1,5 μ . Поперечный разрѣзъ спирохеты не круглый, а уплощенный. Изслѣдованіе неокрашенныхъ препаратовъ лучше производить при затемненномъ полѣ зрѣнія. Для изслѣдованія берутъ тканевой сокъ, полученный путемъ соскабливанія, или сокъ, выжатый изъ лимфатической железы послѣ предварительнаго прокола. — Въ организмѣ спирохеты находятся въ просвѣтѣ сосудовъ, въ стѣнкахъ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ, въ видоизмѣненной соединительной ткани, особенно въ периваскулярной ткани, и наконецъ очень часто внутри клѣточныхъ элементовъ (въ эпителиальныхъ клѣткахъ, въ одноядерныхъ и въ многоядерныхъ лейкоцитахъ). При наследственномъ сифилисѣ вся печень часто бываетъ набита спирохетами, расположенными внутри клѣтокъ и внѣ ихъ. — Спирохеты въ общемъ плохо окрашиваются; при обыкновенныхъ способахъ окраски, равно какъ при окраскѣ по Gram'у, спирохеты не воспринимаютъ краски. Спирохеты лучше всего окрасить, по совѣту Schaudinn'a, впервые открывшаго *spirochaete pallida*, готовымъ стойкимъ растворомъ Giemsa отъ Grüber'a (Leipzig). На тщательно очищенныя покровныя стеклышки размазывается тонкимъ слоемъ тканевой сокъ, полученный путемъ соскабливанія съ краевъ нелеченнаго шанкра или папулы. Затѣмъ препаратъ высушивается на воздухѣ и фиксируется въ теченіе 15—20 минутъ въ абсолютномъ спиртѣ. — Краску Giemsa разбавляютъ дистиллированной водой въ градуированной мензуркѣ при постоянномъ взбалтываніи (1 капля краски на 1 куб. см. воды). Передъ прибавленіемъ краски рекомендуется прибавить къ водѣ 1—10 капель 1% раствора углекислаго калия. — За-

*) Особенно рекомендуется Oleum Chaulmoograe, по 4—5 капель на приемъ и до 100, даже 200—300 капель въ сутки, per se и въ эмульсіи (также снаружи въ формѣ мази 1:10—20). Въ послѣднее время предложены также настины, въ формѣ подкожныхъ впрыскиваній раствора 1 ч. настина въ 100 чч. горячаго обезпложенного оливковаго масла. Впрыскиваютъ ежедневно по 0,5 к. с., затѣмъ по 1 к. с. (растворъ передъ употребленіемъ слѣдуетъ слегка нагрѣть).

Прим. ред.

тѣмъ наливаютъ на препаратъ свѣже-приготовленный растворъ и красятъ въ теченіе часа, промываютъ подъ сильной струей воды и высушиваютъ.—При фиксированіи препарата можно замѣнить спиртъ парами осміевої кислоты, такъ какъ при этомъ форма спирохетъ очень мало измѣняется.—Быстрое окрашиваніе спирохетъ достигается при употребленіи нагрѣтаго красящаго раствора. Послѣ фиксаціи парами осміевої кислоты препаратъ обливаютъ указаннымъ выше разбавленнымъ красящимъ растворомъ Giemsa, нагрѣтымъ до точки кипѣнія, оставляютъ растворъ на покровномъ стеклышкѣ въ теченіе 2 минутъ и, смотря по степени окрашиванія, повторяютъ всю эту процедуру 2—3 раза.—Были сдѣланы попытки получить разводки въ пробиркахъ съ полужаставшей свернувшейся кровяной сывороткой лошадей, въ которую погружался вглубь содержащій спирохеты матеріалъ; на 6-й день появились колоніи спирохетъ, очень похожей на *spirochaete pallida*.—Основанная на реакціи отклоненія комплемента серодіагностика сифилиса (причемъ берется антигенъ, содержащій спирохеты), а именно такъ-называемая реакція Wassermann'a, приобрѣла въ настоящее время огромное значеніе для діагноза сифилиса.—Отъ другихъ спирохетъ, встрѣчающихся на поверхности кожи и слизистыхъ оболочекъ, а также въ распадающихся тканяхъ, въ особенности отъ часто встрѣчающейся *sp. refringens*, *spirochaete pallida* отличается своими характерными крутыми и правильными завитками, своей тонкостью и трудной окрашиваемостью (*spirochaete pallida* окрашивается краской Giemsa въ слабо-красный цвѣтъ, въ то время какъ *spirochaete refringens* окрашивается въ сине-фіолетовый цвѣтъ).

Прибавленіе.

1. Сибирская язва (Anthrax).

Возбудителемъ является сибиреязвенный бациллъ,—неподвижная, длинная палочка,—встрѣчающійся въ организмѣ животныхъ часто въ видѣ короткихъ цѣпочекъ, а на искусственныхъ средахъ растущій въ видѣ длинныхъ нитей. Бациллы встрѣчаются въ крови капилляровъ и мелкихъ сосудовъ, во внутреннихъ органахъ (селезенка, печень, почки). Споры находятся на сырыхъ кожахъ, въ шерсти и въ волосахъ животныхъ и кромѣ того въ почвѣ (зараженные сибирской язвой пастбища). Чаше всего поражаются сибирской язвой двукопытныя животныя, рогатый скотъ и овцы. У людей сибирская язва встрѣчается сравнительно рѣдко; зараженіе происходитъ при манипулированіи съ больными или съ павшими животными (мясники, кожевники, живодеры), или при вдыханіи бациллъ или пыли, содержащей споры (сортировщики тряпья, шерстобой), или при употребленіи въ пищу зараженного мяса.—Соотвѣтственно этому у человѣка наблюдаются главнымъ образомъ три формы сибирской язвы: кожная форма сибирской язвы (*pustula maligna*)—инфильтратъ, похожій на карбункулъ и развивающійся на мѣстѣ внѣдренія заразнаго начала, большею частью на рукахъ или на лицѣ. Теченіе сравнительно благопріятное. Бациллы находятся на границѣ больныхъ и здоровыхъ частей кожи; въ гноѣ бациллъ нѣтъ. Легочная форма сибирской язвы (тряпичная болѣзнь) протекаетъ подъ видомъ тяжелой атипической пневмоніи; прогнозъ плохой. Бациллы находятся въ мокротѣ. Кишечная форма сибирской язвы наблюдается рѣдко; тяжелыя общія явленія, энтеритъ, теченіе большею частью неблагопріятное, бациллы можно найти въ испражненіяхъ. Діагнозъ кожной формы сибирской язвы большею частью не представляетъ затрудненій; распознаваніе сибирской язвы внутреннихъ органовъ, напротивъ, часто трудно. Въ такихъ слу-

чаяхъ діагнозъ становится яснымъ лишь послѣ бактериологическаго изслѣдованія. Необходимо произвести изслѣдованіе мокроты, испражнений, крови, тканевого сока изъ окружности пустулы. Препараты, размазанные на покровныхъ стеклышкахъ, окрашиваютъ по Gram'у и по способу окраски капсулъ. Кромѣ того для окончательнаго діагноза слѣдуетъ всегда сдѣлать разводки и прививки животнымъ.—Очень важно установить, что дѣйствительно возможно было зараженіе. Лечение при кожной формѣ сибирской язвы—хирургическое, при другихъ формахъ—симптоматическое.

Обязательное извѣщеніе о случаяхъ заболѣванія и смерти, обязательная дезинфекція.

2. Сапъ (Malleus).

Возбудителемъ является сапный бациллъ—неподвижная палочка, нѣсколько болѣе толстая, чѣмъ туберкулезный бациллъ, лучше всего окрашивается Löffler'овской метиленовой синькой, не окрашивается по Gram'у. Находится въ крови и въ свѣжихъ сапныхъ узелкахъ, но никогда не встрѣчается въ гноѣ и въ секретахъ. При бактериологическомъ изслѣдованіи большей частью трудно доказать присутствіе бациллъ; поэтому лучше всего впрыснуть въ брюшную полость морской свинкѣ—самцу подозрительный матеріалъ, причемъ въ случаѣ сапа черезъ 2—3 дня появляется характерная опухоль яичекъ. Сапный бациллъ ведетъ къ образованію гранулемъ, сапныхъ узелковъ, подвергающихся нагноенію и язвенному распаду; подобные узлы развиваются во всемъ тѣлѣ. Болѣзнь передается человѣку главнымъ образомъ лошадьми и другими однокопытными животными. Въ виду этого сапъ чаще всего встрѣчается у кучеровъ, кавалеристовъ и живодеровъ. Продолжительность инкубаціоннаго періода отъ 3 до 5 дней и больше. Болѣзнь начинается тяжелыми общими явленіями и лихорадкой; затѣмъ появляются гастрическія разстройства, краснота и инфильтрація на мѣстѣ зараженія. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни наблюдаются сыпи, пустулы и язвы, сапные узлы, множественные абсцессы въ мышцахъ, въ суставахъ, въ легкихъ и чаще всего въ слизистой оболочкѣ носа. Кромѣ того носъ болѣею частью сильно опухаетъ, и изъ него выдѣляется окрашенная кровью жидкость. Болѣзнь протекаетъ или остро (исходъ всегда смертельный спустя нѣсколько дней или нѣсколько недѣль послѣ начала заболѣванія), или хронически; въ послѣднемъ случаѣ наблюдаются ухудшенія и улучшенія, смѣняющія другъ друга въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, а иногда даже нѣсколькихъ лѣтъ. Хроническія формы сапа также рѣдко оканчиваются выздоровленіемъ.—Діагнозъ. Въ началѣ заболѣванія картина болѣзни напоминаетъ септикемію *). За сапъ говоритъ анамнезъ (возможность зараженія сапомъ) и наличность сапныхъ язвъ; діагнозъ становится достовернымъ послѣ опыта на животномъ. У животныхъ примѣняется съ

*) Вначалѣ острый сапъ нерѣдко принимается также за инфлуэнцу.

Прим. ред.

діагностической цѣлью впрыскиваніе малейна (производится такъ же, какъ впрыскиваніе туберкулина). Лечение. Сальные элементы кожи и доступныхъ слизистыхъ оболочекъ слѣдуетъ прижечь термокаутеромъ или ѣдкими веществами; абсцессы слѣдуетъ вскрыть и выжечь. При поражении слизистой оболочки носа примѣняются прижиганія хлористымъ цинкомъ, а затѣмъ промыванія растворомъ сулемы 1 : 5000, вдуванія дезинфицирующихъ средствъ. При хроническомъ сапѣ—обильное питаніе; иногда благоприятное дѣйствіе оказываютъ втиранія ртути и іодистый калий.

Санитарно-полицейскія предписанія: наблюденіе за больными, обязательное извѣщеніе о случаяхъ заболѣванія и смерти, дезинфекція.

3. Актиномикозъ.

Возбудителемъ является *actinomyces bovis*, лучистый грибокъ, встрѣчающійся въ гноѣ въ формѣ зеренъ, величиною съ горчичное сѣмя, которыя подъ микроскопомъ состоятъ изъ тонкихъ лучисто расположенныхъ и оканчивающихся булавовиднымъ вздутіемъ нитей. Лучистый грибокъ встрѣчается у рогатаго скота, у лошадей и у свиней. Зараженіе происходитъ черезъ кости злаковъ, содержащія лучистый грибокъ, или при употребленіи въ пищу зараженнаго актиномикозомъ мяса или свинины. У больного наблюдается инфильтрація, нагноеніе, образованіе свищей. Чаще всего поражается полость рта, нижняя челюсть и шея. Кромѣ того, актиномикозъ наблюдается также въ легкихъ и въ кишечникѣ (см. ниже). При актиномикозѣ нижней челюсти образуется обыкновенно по сосѣдству съ каріознымъ зубомъ твердый инфильтратъ, покрытый синебагровою кожей; кожа подрывается гнойниками и въ ней образуются свищевые ходы, изъ которыхъ выдѣляется жидкій гной, содержащій золотисто-желтыя или зеленоватыя актиномикотическія зерна. Къ актиномикозу нижней челюсти могутъ присоединяться флегмоны (*angina Ludovici*), актиномикозъ гортани и легкихъ. Лечение въ незапущенныхъ случаяхъ наружнаго актиномикоза хирургическое. При актиномикозѣ внутреннихъ органовъ обильное питаніе, покой, хорошій уходъ, іодистый калий внутрь (Rp. Sol. Kalii jodati 10,0 : 150,0. D. S. По столовой ложкѣ 4 раза въ день) въ теченіе продолжительнаго времени **).

4. Ящуръ.

Ящуръ—инфекціонное заболѣваніе, наблюдающееся у рогатаго скота, овецъ и козъ. Возбудитель его не извѣстенъ. Болѣзнь характеризуется появленіемъ пузырей во рту, въ полости носа, между копытами, на вымени. Человѣкъ заражается большею частью при употребленіи сырого молока или при соприкосновеніи съ больнымъ животнымъ, главнымъ обра-

*) Іодистый калий даетъ часто хорошіе результаты и при наружномъ актиномикозѣ.

зомъ при доеніи. Продолжительность инкубаціоннаго періода 4—10 дней. У человѣка болѣзнь начинается часто лихорадкой, чувствомъ жженія во рту, появленіемъ желтыхъ пузырьковъ на губахъ, на языкѣ, на деснахъ, рѣже на твердомъ небѣ и затрудненіемъ глотанія. Затѣмъ появляются пузырьки между пальцами рукъ и около ногтей. Пузырьки превращаются въ маленькія язвочки. Наблюдаются также гастрическія явленія.—Течение болѣею частью благопріятное. Діагнозъ. Отъ сходнаго съ нимъ афтознаго стоматита ящуръ отличается образованіемъ пузырьковъ, которыхъ не бываетъ при афтахъ, затѣмъ по анамнезу. Лечение такое же, какъ при стоматитѣ.

5. Бери-бери.

Бери-бери—инфекціонное заболѣваніе, встрѣчающееся преимущественно въ тропическихъ и субтропическихъ мѣстностяхъ Восточной Азіи. Болѣзнь протекаетъ остро или хронически. Возбудитель ея не извѣстенъ. Болѣзнь начинается чувствомъ общей слабости, анеміей, разстройствомъ дѣятельности сердца. Затѣмъ появляются отеки, водянка, разстройства въ чувствительной и двигательной сферѣ, парезы и параличи конечностей, особенно ногъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ—параличъ грудобрюшной преграды и параличъ сердца. Смерть наступаетъ часто спустя нѣсколько дней послѣ начала заболѣванія. Въ хроническихъ случаяхъ заболѣваніе можетъ окончиться выздоровленіемъ; въ такихъ случаяхъ наблюдается иногда картина полиневрита (см. ниже). Лечение. Помѣстить больного въ хорошія гігіеническія и климатическія условія. Сократить измѣненіе діеты (болѣзнь часто разсматривается, какъ отравленіе птомаинами вслѣдствіе употребленія въ пищу рыбы). Кромѣ того применяются потогонныя средства, мочегонныя, хининъ, желѣзо, средства, укрѣпляющія сердце.

6. Сонная болѣзнь (Tripanosomiasis).

Наблюдается эндемически въ тропическихъ мѣстностяхъ Африки, преимущественно среди негровъ, но встрѣчается и у европейцевъ. Возбудителемъ является *Tripanosoma gambiense*, изъ класса protozoa (flagellata); зараженіе происходитъ черезъ укусы особаго вида мухи—*Glossina palpalis*. Главные симптомы: Въ теченіе 1-й стадіи лихорадка, сыпи, учащеніе дѣятельности сердца, общая слабость, увеличеніе селезенки и опуханіе лимфатическихъ железъ. Во 2-й стадіи—исхуданіе, нарастающая слабость, нервные симптомы, сонливость; въ заключительной стадіи—изнурительная лихорадка, летаргическій сонъ, спячка, смерть. Діагнозъ можетъ быть поставленъ на основаніи присутствія трипанозомъ въ жидкости, добытой посредствомъ прокола изъ припухшихъ лимфатическихъ железъ, далѣе въ крови, въ цереброспинальной жидкости (особенно во время 2-й стадіи), а также на основаніи прививокъ животнымъ (морскимъ свинкамъ, обезьянамъ, собакамъ). Лечение: впрыскиваніе 0,5 атоксила (анилида метамышьяковой кислоты) *) подъ кожу, которое слѣдуетъ повторить спустя 10 дней (саве: потеря зрѣнія!).

7. Трихинозъ.

Trichina spiralis, принадлежащая къ классу круглыхъ червей, представляетъ 2 стадіи развитія, въ видѣ кишечной и мышечной трихины. Настоящимъ хозяиномъ паразита является свинья. Если свинина, зараженная трихинами, попадаетъ въ желудокъ человѣка, то личинки мышечныхъ трихинъ послѣ растворенія ихъ сумки подъ вліяніемъ желу-

*) По новѣйшимъ изслѣдованіямъ Р. Ehrlich'a и А. Bertheim'a атоксилъ представляетъ не анилидъ метамышьяковой кислоты, а натронную соль параамидофениларсиновой кислоты.

дочного сока превращаются въ тонкихъ кишкахъ въ зрѣлыя въ половомъ отношеніи кишечныя трихины (самцы длиной въ 1,5 мм., самки до 4 мм.). Спустя приблизительно 5 дней самки производятъ большое количество личинокъ, которыя проходятъ черезъ кишечную стѣнку, проникаютъ по лимфатическимъ путямъ въ общій токъ крови и вскорѣ поселяются въ мышцахъ, гдѣ онѣ часто инкапсулируются. Главные симптомы: 1-я стадія, стадія прониканія молодыхъ трихинъ въ кишечную стѣнку, часто выражается симптомами гастроэнтерита, но она можетъ протекать и скрыто, особенно при слабой инфекціи. Нерѣдко наблюдается рѣзкая мышечная слабость. На 2-й недѣль заболѣванія начинается 2-я стадія—стадія переселенія трихинъ въ мышцы, выражающаяся лихорадкой, болями, припухлостью и параличемъ мышцъ; при пораженіи глазныхъ мышцъ наблюдается разстройство движеній глаза, разстройство зрѣнія; при пораженіи мышцъ гортани--охриплость; при пораженіи дыхательныхъ мышцъ—одышка; далѣе наблюдаются часто разстройства жевательнаго акта, разстройства рѣчи, потеря колѣннаго рефлекса, проливные поты, отекъ вѣкъ и лица, боли въ окружности суставовъ. Особенно часто поражаются сгибательныя мышцы; больные принимаютъ своеобразное неестественное положеніе и стараются избѣгать малѣйшаго движенія. Продолжительность 2-й стадіи отъ 3 недѣль до 2—3 мѣсяцевъ.—Смерть можетъ наступить при тяжелыхъ тифозныхъ явленіяхъ, отъ асфиксіи, пневмоніи (маразма). Смертность отъ 10 до 25⁰/о.—Въ благопріятно протекающихъ случаяхъ выздоровленіе часто происходитъ очень медленно, съ временными ухудшеніями. Нерѣдко наблюдаются разнообразныя пораженія кожи, крапивница, кожный зудъ, моча даетъ діазореакцію, въ крови опредѣляется увеличеніе числа эозинофильныхъ лейкоцитовъ (эозинофілія). Во время 3-й стадіи заболѣванія (стадія выздоровленія) начинается инкапсуляція личинокъ; болѣзненные симптомы постепенно исчезаютъ, но остаются еще на долгое время мышечная слабость и разстройства движенія. Діагнозъ въ спорадическихъ случаяхъ большею частью затруднителенъ, особенно въ 1-й стадіи. Трихинозъ въ это время можетъ напоминать тифъ или острый кишечный катарръ. Во второй стадіи болѣзнь часто очень походитъ на *polymyositis acuta*, острое воспаленіе всей произвольной мускулатуры; послѣднее заболѣваніе отличается, однако, всегда прогрессирующимъ теченіемъ и смертельнымъ исходомъ. Острый суставной ревматизмъ отличается опуханіемъ и болѣзненностью суставовъ, въ то время какъ при трихинозѣ болѣзненность локализуется въ окружности суставовъ; при остромъ мышечномъ ревматизмѣ чаще поражаются опредѣленныя группы мышцъ. Важнымъ діагностическимъ признакомъ являются отеки. Въ сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ взять кусочекъ изъ двуглавой или дельтовидной мышцы для микроскопическаго изслѣдованія.

Леченіе. Если болѣзнь распознана своевременно, или если имѣется подозрѣніе, что съѣденное мясо содержало трихины, то слѣдуетъ назна-

читъ слабительное: Infus. Sennae composit., черезъ часъ по столовой ложкѣ, касторовое масло, нѣсколько разъ по 1—2 столовыхъ ложки, каломель по 0,5 черезъ большіе промежутки времени, глицеринъ по чайной или столовой ложкѣ. Кромѣ того, рекомендуются клизмы съ глицериномъ (въ отношеніи 1 : 3) и введеніе большихъ количествъ алкоголя. Въ дальнѣйшемъ леченіе чисто симптоматическое: при тифозныхъ явленіяхъ—леченіе и діета, какъ при брюшномъ тифѣ, при сильныхъ боляхъ—впрыскиванія морфія, при безсонницѣ—снотворныя, при упорныхъ поносахъ—слизистые супы, опіаты. Въ періодѣ выздоровленія тепловатая ванны (33—35°) продолжительностью въ 30 минутъ (1—2 раза въ день), обильное питаніе, желѣзо, при слабости мышцъ—легкій массажъ. При сильныхъ потахъ—обливанія всего тѣла по вечерамъ прохладной водой, къ которой можно прибавить немного уксуса или спирта.

Санитарно-полицейскія предписанія: обязательное извѣщеніе о случаяхъ заболѣванія и смерти.

Болѣзни сердца и кровеносныхъ сосудовъ.

Общія діагностическія замѣчанія.

Субъективныя ощущенія при заболѣваніяхъ сердца состоятъ, помимо одышки, часто въ чувствѣ давленія въ груди, боли въ области сердца, чувствѣ предсердечной тоски и сердцебіенія. Но явленія могутъ и совершенно отсутствовать, особенно при состояніяхъ сердечной слабости *). Съ другой стороны больные часто жалуются на боль въ области сердца и на сердцебіеніе при отсутствіи всякихъ болѣзненныхъ измѣненій въ сердцѣ. Указанные выше симптомы только тогда приобрѣтаютъ важное діагностическое значеніе, если въ то же время опредѣляется объективно учащеніе или усиленіе дѣятельности сердца, особенно въ формѣ приступовъ, измѣненія свойствъ пульса и затрудненіе дыханія. Боль ощущается обыкновенно въ области сердца и отдаетъ въ сосѣднія части, преимущественно въ лѣвую руку; боль иногда незначительна, но часто она очень сильна и связана съ чувствомъ сильнѣйшей тоски и предстоящей смерти. См. стенокардію (angina pectoris). Чаше всего такія ощущенія встрѣчаются при склерозѣ вѣнечныхъ артерій, при заболѣваніяхъ основанія аорты, далѣе при ожирѣніи сердца, при неврозахъ сердца, иногда также при заболѣваніяхъ мышцы сердца. Сердцебіеніе появляется то безъ всякаго особеннаго повода, то послѣ тѣлеснаго напряженія или душевнаго волненія. Тѣлесныя напряженія играютъ большую роль при порокахъ клапановъ сердца, душевныя волненія—при неврозахъ сердца. Наконецъ часто причиной сердцебіенія является отравленіе алкоголемъ, табакомъ, кофе, иногда также какое-нибудь другое заболѣваніе, напр. нефритъ, подагра, диабетъ. Только въ томъ случаѣ, когда общее изслѣдованіе, въ особенности органовъ кровообращенія, указываетъ на отсутствіе органическаго заболѣванія, можно допустить неврозъ сердца, особенно при наличности другихъ этиологическихъ моментовъ, какъ истерія, неврастенія, анемія, хлорозъ, отравленія, перенесенныя недавно инфекціонныя болѣзни.

Разстройства дѣятельности сердца обыкновенно наступаютъ въ болѣе ясной формѣ только тогда, когда существуетъ разстройство компенсаціи, т. е.

*) Тутъ у автора, повидимому, какой-то lapsus, ибо при сердечной слабости субъективныя разстройства выражены всегда сильнѣе. Напротивъ, при хорошей компенсаціи сердца субъективныхъ разстройствъ можетъ совсѣмъ не быть, такъ что наличность болѣзни сердца открывается часто случайно.

когда сердечная мышца не въ состояніи болѣе справляться съ ненормальными препятствіями для кровообращенія (пороки клапановъ, увеличеніе сопротивленія на периферіи, напр. при артеріосклерозѣ, при нефритѣ). Сердечная мышца, справлявшаяся раньше съ разстройствами кровообращенія благодаря гипертрофіи соответственныхъ отдѣловъ сердца, становится несостоятельной. Появляются признаки сердечной слабости и разстройства кровообращенія и ненормальное распредѣленіе крови. Высота артеріальнаго кровяного давленія (измѣряемая посредствомъ сфигмоманометра Riva-Rocci, Basch'a или посредствомъ тонометра Gärtner'a) представляетъ весьма различныя отношенія. Повышеніе кровяного давленія (гипертонія) съ 90—120 мм. ртутнаго столба (нормальное кровяное давленіе) до 160—200 мм. и болѣе наблюдается при артеріосклерозѣ, нефритѣ и некомпенсированныхъ порокахъ сердца, далѣе при неврозахъ сердца и при отравленіяхъ (свинцомъ), наоборотъ, пониженіе его наблюдается при сердечной слабости, особенно въ теченіе инфекціонныхъ болѣзней, равно какъ при параличѣ вазомоторовъ, напр., при параличѣ сосудовъ брюшной полости, иннервируемыхъ *nervus splanchnicus*. Далѣе, въ качествѣ признаковъ разстройства компенсаціи появляются измѣненія свойства пульса, одышка (сердечная астма, см. ниже), ціанозъ и застойныя явленія (водянка, застойная печень, застойная почка). Пульсъ становится малымъ, мягкимъ, неправильнымъ, ускореннымъ; появляются перебои. Только при гипертрофіи лѣваго желудочка и особенно при недостаточности заслонокъ аорты пульсъ бываетъ подскакивающимъ и высокимъ, при стенозѣ аорты онъ, наоборотъ, бываетъ малымъ, твердымъ, вялымъ и замедленнымъ. Дальнѣйшія подробности относительно свойствъ пульса см. въ специальной части. Венный пульсъ, синхронный съ систолой желудочковъ сердца и съ пульсомъ сонной артеріи и наблюдаемый на мѣстѣ *bulbi venae jugularis* и вообще на шейныхъ венахъ, преимущественно справа, указываетъ на недостаточность трехстворчатого клапана; далѣе венный пульсъ наблюдается на венахъ печени, причемъ онъ обуславливаетъ систолическое увеличеніе объема печени и явственную пульсацію въ области правой ея доли. Спаденіе шейныхъ венъ во время діастолы сердца указываетъ на сращеніе сердечной сумки; набуханіе венъ во время вдоха указываетъ на наличность мозолистаго медиастино-перикардита; при послѣднемъ наблюдается также *pulsus paradoxus*, т. е. ослабленіе или даже полное исчезновеніе пульса при глубокомъ вдохѣ. Пресистолическій или діастолическій венный пульсъ наблюдается при застоѣ въ венозной системѣ, но онъ встрѣчается иногда и у совершенно здоровыхъ людей. Относительно капиллярнаго пульса см. главу о недостаточности заслонокъ аорты. Чрезмѣрное наполненіе венъ кровью, ціанозъ, наблюдается при ослабленіи дѣятельности сердца, равно какъ при разстройствахъ въ маломъ кругу кровообращенія. Ціанозъ достигаетъ наибольшей интенсивности при порокахъ заслонокъ легочной артеріи и трехстворчатого клапана, при міокардитѣ и перикардитѣ, при расширеніи и ожирѣніи сердца. Блѣдность и въ то же время ціанотичная окраска кожи наблюдается часто у больныхъ съ пороками двустворки, рѣзкая блѣдность кожи—у лицъ съ пороками клапановъ аорты. Повышеніе кровяного давленія нерѣдко ведетъ къ появленію головокруженія, шума въ ушахъ, мельканія предъ глазами и кровотеченій изъ носа, особенно при недостаточности аорты и при гипертрофіи лѣваго желудочка. Сердечной астмой называютъ припадки удушья, наступающіе вслѣдствіе заболѣваній сердца и артеріосклероза. Припадки эти напоминаютъ припадки бронхіальной астмы, но существенно отличаются отъ нихъ по даннымъ физическаго изслѣдованія легкихъ (отсутствіе свистовъ и жужжащихъ хриповъ, отсутствіе измѣненія перкуторнаго звука; впрочемъ при начинающемся отека легкихъ наблюдаются распространенные громкіе влажные хрипы), по свойствамъ мокроты (при сердечной астмѣ въ мокротѣ часто встрѣчаются т. назыв. «Herzfehlerzellen», при бронхіальной астмѣ—астматическіе кристаллы и спирали), равно какъ по свойствамъ пульса, который при сердечной астмѣ бываетъ малымъ, мягкимъ, неправильнымъ и съ перебоими. Для отличія важно принимать также въ соображеніе этиологическіе моменты. (См. также дальше главу объ одышкѣ). Уремическая астма при хроническомъ нефритѣ также должна быть разсматриваема, какъ сердечная астма. По мѣрѣ усиливающагося разстройства компенсаціи развивается застойный бронхитъ и отекъ легкихъ. При хроническихъ застойныхъ явленіяхъ въ легкихъ, особенно при порокахъ двустворки (стенозѣ) и при геморрагическомъ инфарктѣ, часто находятъ въ мокротѣ большія овальныя, большею частью ядросодержащія клѣтки, окрашенныя въ желтый или темно-бурый цвѣтъ измѣненнымъ гемоглобиномъ крови. Эти клѣтки альвеолярнаго эпителия (т. назыв. «Herzfehlerzellen») нерѣдко собираются въ кучки,

различимыя невооруженнымъ глазомъ. При расширеніи и при гипертрофіи сердца наблюдается также бронхитъ и кровохарканье. Водянка при заболѣваніяхъ сердца является признакомъ ослабленія сердечной дѣятельности; отеки появляются ранше всего на самыхъ низкихъ частяхъ тѣла, въ которыхъ циркуляція крови наталкивается на самыя большія затрудненія, а именно на ступняхъ ногъ, на голеностопныхъ суставахъ и на лодыжкахъ, позже на голеньяхъ, на половыхъ частяхъ и только затѣмъ въ полостяхъ тѣла и, наконецъ, на лицѣ, равно какъ на кистяхъ рукъ и на верхнихъ конечностяхъ. Напротивъ, при заболѣваніяхъ почекъ отеки появляются прежде всего большею частью на лицѣ, преимущественно на вѣкахъ. Подробности см. въ главѣ объ асцитѣ. Порядокъ появленія отека на различныхъ частяхъ тѣла подверженъ индивидуальнымъ колебаніямъ; иногда отеки могутъ совершенно отсутствовать, несмотря на разстройство компенсаціи. Количество мочи при сердечной водянкѣ бываетъ уменьшено, удѣльный вѣсъ ея повышенъ; она содержитъ бѣлокъ и гіалиновые цилиндры, рѣже эпителиальные и зернистые цилиндры.

Объективное изслѣдованіе. Сердечный толчокъ находится у здоровыхъ людей въ 5 межреберномъ промежуткѣ между парастернальной и сосковой линіей, у женщинъ и у дѣтей—часто болѣе кнаружи и на одинъ межреберный промежутокъ выше, у стариковъ—иногда на одинъ межреберный промежутокъ ниже. При глубокомъ вдохѣ толчокъ смѣщается внизъ, при положеніи на лѣвомъ боку—влѣво. Изъ патологическихъ смѣщеній верхушечнаго толчка наиболѣе частымъ является смѣщеніе влѣво и внизъ. Последнее наблюдается при увеличеніи лѣваго сердца (гипертрофія, расширение), при выпотахъ въ сердечной сумкѣ, при правостороннихъ плевритическихъ экссудатахъ и правостороннемъ пневмотораксѣ, при опущеніи грудобрюшной преграды и при сморщиваніи лѣваго легкаго. Смѣщеніе толчка вверхъ наблюдается при высокомъ стоянціи діафрагмы вслѣдствіе асцита, опухолей въ брюшной полости, метеоризма и беременности; смѣщеніе вправо—при лѣвостороннихъ плевритическихъ выпотахъ и при лѣвостороннемъ пневмотораксѣ, при сморщиваніи праваго легкаго. Сила верхушечнаго толчка бываетъ очень различна и у вполне здоровыхъ людей и зависитъ отъ величины изгиба грудной клѣтки, равно какъ отъ толщины мягкихъ частей грудной стѣнки. Ослабленіе верхушечнаго толчка наблюдается при общемъ ожирѣніи, при легочной эмфиземѣ, при выпотахъ въ сердечной сумкѣ, при ослабленіи дѣятельности сердца; усиленіе и часто распространеніе верхушечнаго толчка наблюдается при гипертрофіи лѣваго желудочка, при Базедовой болѣзни и при возбужденной дѣятельности сердца. При одной гипертрофіи лѣваго желудочка верхушечный толчокъ рѣзко приподнимаетъ грудную стѣнку и является довольно рѣзко отграниченнымъ, при расширеніи лѣваго желудочка толчокъ, напротивъ, бываетъ распространеннымъ и смѣщенъ влѣво, при гипертрофіи праваго сердца пульсація распространяется до лѣваго края грудины и часто внизъ до подложечной ямки. Расширеніе и усиленіе верхушечнаго толчка часто является признакомъ ослабленія работоспособности сердца и наблюдается при разстройствѣ компенсаціи. Если сердце на большемъ протяженіи прилежитъ непосредственно къ грудной стѣнкѣ (при сморщиваніи лѣваго легкаго), то движенія сердца ясно замѣтны на большемъ протяженіи. Иногда при сильномъ увеличеніи сердца наблюдается выпячиваніе всей сердечной области—сердечный горбъ. Пульсація во 2-мъ правомъ межреберномъ промежуткѣ (aorta ascendens) указываетъ на наличность аневризмы; пульсація впереди трахеи и опущеніе гортани во время систолы сердца является признакомъ аневризмы дуги аорты (признакъ Oliver'a).

Абсолютная сердечная тупость соответствуетъ той части сердца, которая прилежитъ непосредственно къ грудной стѣнкѣ и не покрыта легкими. Верхней границей ея является нижній край 4-го ребра, медіальной—лѣвый край грудины, наружной—слегка выпуклая кнаружи линія, идущая отъ нижняго края 4-го ребра къ мѣсту верхушечнаго толчка, внизу сердечная тупость сливается приблизительно на высотѣ 6-го ребра съ печеночной тупостью. Что касается относительной сердечной тупости, т. е. того отдѣла сердца, который прикрываетъ легкими, то возможно установить болѣе или менѣе точно лишь верхнюю границу тупости на уровнѣ нижняго края 3-го ребра. Правая граница проходить возлѣ праваго края грудины, лѣвая граница имѣетъ видъ сильно изогнутой наружу линіи, идущей отъ 3-го ребернаго хряща къ наружной границѣ верхушечнаго толчка. Измѣненія сердечной тупости при различныхъ заболѣваніяхъ сердца будутъ подробно разсмотрѣны въ отдѣлѣ частной діагностики и терапіи. Кажущееся увеличеніе сердечной тупости можетъ быть обусловлено уплотнѣніемъ прилегающихъ къ сердцу краевъ легкихъ, плевритическими выпотами, опухолями средостѣнія, обнаженіемъ передней поверхности

сердца вследствие сморщивания или ателектаза лѣваго легкаго; кажущееся уменьшеніе тупости (иногда при существующемъ въ дѣйствительности увеличеніи сердца въ объемѣ) наблюдается при легочной эмфиземѣ. Смѣщеніе и нерѣдко увеличеніе сердечной тупости констатируется при плевритическихъ выпотахъ, при пневмотораксѣ, при сморщиваніи легкихъ и при высокомъ стояніи грудобрюшной преграды (асцитъ, опухоли).

При аускультациі сердца слышны по 2 тона на каждомъ отверстіи сердца: первый—систолическій, совпадающій съ пульсомъ сонной артеріи, второй тонъ—діастолическій. На мѣстѣ двустворчататаго и трехстворчататаго клапана первый тонъ бываетъ большею частью громче, нежели второй, на мѣстѣ аорты и легочной артеріи второй тонъ, наоборотъ, сильнѣе, нежели первый; 2-й тонъ аорты и 2-й тонъ легочной артеріи у здороваго человѣка звучатъ одинаково громко. Тоны двустворки выслушиваются на мѣстѣ верхушки сердца, тоны трехстворки—на мѣстѣ прикрѣпленія шестого ребернаго хряща къ груди́нѣ, тоны аорты—во второмъ межреберномъ промежуткѣ справа возлѣ грудины, тоны легочной артерій—во второмъ межреберномъ промежуткѣ слѣва возлѣ грудины. Патологическія усиленія сердечныхъ тоновъ и сердечные шумы разобраны ниже въ отдѣлѣ частной діагностики и терапіи.—Систолическіе шумы, не обусловленные органическими страданіями сердца, носятъ названіе случайныхъ (неорганическихъ, анемическихъ, функциональных) шумовъ; подобные шумы имѣютъ мягкій, дуговой характеръ, интенсивность ихъ не является постоянной; случайные шумы то существуютъ, то исчезаютъ. Причину такихъ шумовъ слѣдуетъ искать въ недостаточномъ сокращеніи сердечной мышцы, какъ это часто наблюдается при анеміи, хлорозѣ, гидреміи, лейкеміи, маразмѣ, лихорадочныхъ и инфекціонныхъ заболѣваніяхъ *). Для надлежащаго объясненія случайныхъ шумовъ очень важно поэтому констатировать одну изъ указанныхъ выше основныхъ болѣзней; послѣ излеченія первичнаго заболѣванія исчезаютъ и связанные съ нимъ случайные шумы. Довольно часто, особенно при анеміи и при хлорозѣ, находятъ такъ называемый «шумъ волчка», жужжащій шумъ на мѣстѣ яремной вены у края грудино-ключично-сосковой мышцы, обусловленный недостаточнымъ наполненіемъ вены кровью **). При указанныхъ выше болѣзненныхъ состояніяхъ не отсутствуютъ и другія характерныя для органическихъ заболѣваній сердца явленія, а именно увеличеніе сердечной тупости, постоянный акцентъ на 2-мъ тонѣ легочной артеріи. Если однако, какъ это нерѣдко бываетъ, имѣется одновременно расширеніе сердца, то систолическій шумъ долженъ быть разсматриваемъ, не какъ случайный шумъ, а какъ обусловленный относительной недостаточностью двустворчататаго клапана ***). См. главу о недостаточности двустворчататаго клапана.—Ритмъ галопа характеризуется появленіемъ трехъ тоновъ (большею частью короткій добавочный тонъ передъ первымъ тономъ) и является признакомъ угрожающей или уже наступившей слабости сильно расширеннаго гипертрофированнаго сердца, особенно при наличности сморщенной почки. При эмбриокардіи, наблюдающейся какъ при сердечной слабости, такъ и при неврозѣ сердца, выслушиваются два одинаковыхъ по характеру тона, отдѣленныхъ другъ отъ друга одинаковой продолжительности паузой, какъ у плода.—Подъ экстрасистолой подразумѣваютъ преждевременное наступленіе систолы, вызванное какимъ-нибудь ненормальнымъ раздраженіемъ: большею частью за экстрасистолой слѣдуетъ болѣе продолжительная (компенсаторная) пауза, что обуславливаетъ ощущение остановки дѣятельности сердца. Экстрасистола наблюдается при заболѣваніяхъ сердечной мышцы, но иногда и при совершенно здоровомъ сердцѣ. Расщепленіе сердечныхъ тоновъ наблюдается у совершенно здоровыхъ людей вслѣдствіе неодновременнаго замыканія заслоночнаго аппарата праваго и лѣваго сердца, далѣе на мѣстѣ легочной артерій при митральномъ стенозѣ, а также на мѣстѣ верхушки сердца при гипертрофіи сердца на почвѣ сморщенной почки. Металлическій оттъ́нокъ сердечныхъ тоновъ наблюдается иногда при наличности обширныхъ кавернъ по соѣдству съ сердцемъ, при пневмотораксѣ и при сильномъ вздутіи желудка (расширеніе желудка).

*) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, напр. при анеміи и хлорозѣ, систолическіе шумы зависятъ, можетъ быть, и отъ относительной недостаточности митральнаго клапана. Прим. ред.

**) «Шумъ волчка» часто выслушивается на мѣстѣ *bulbus venae jugularis* и у здоровыхъ при сильномъ поворотѣ головы въ сторону или при давленіи стетоскопомъ. Прим. ред.

***) Все-таки такой систолическій шумъ нельзя считать органическимъ, такъ какъ митральный клапанъ самъ по себѣ не измѣненъ. Прим. ред.

Изслѣдованіе сердца посредствомъ рентгеновскихъ лучей дастъ важныя указанія относительно расширеній сосудовъ, напр., при аневризмѣ аорты относительно опухолей средостѣнія, смѣщенія и увеличенія сердца. Лѣвая часть сердечной тѣни представляетъ обыкновенно три выпячиванія (дуги сердечной артеріи и лѣвому предсердію и нижнее—лѣвому желудочку. Правая часть сердечной тѣни состоитъ изъ 2 дугъ: верхняя дуга соотвѣтствуетъ полой венѣ, нижняя—правому предсердію. Истинная величина силуэта сердца можетъ быть опредѣлена рентгеноскопически лишь посредствомъ ортодіаграммъ. Послѣдняя заключается въ томъ, что границы сердца нѣкоторымъ образомъ нащупываются посредствомъ помѣщенной сзади больного подвижной рентгеновской трубки, снабженной визиромъ и тотчасъ наносятся на бумагу, прикрѣпленную къ груди больного. Болѣе подробныя данныя о рентгеноскопическихъ измѣненіяхъ приведены въ отдѣлѣ частной діагностики.

Общая терапия болѣзней сердца.

Лечение сердечныхъ больныхъ прежде всего зависитъ отъ того, въ состояніи ли еще сердце, несмотря на болѣзненные измѣненія, приспособиться въ достаточной мѣрѣ къ предъявляемымъ къ нему требованіямъ, т. е. находится ли оно въ состояніи полной компенсаціи, или, напротивъ, работоспособность сердца не отвѣчаетъ болѣе предъявляемымъ къ нему требованіямъ, другими словами—компенсація сердца нарушена.

При полной компенсаціи сердца необходимо стремиться къ тому, чтобы какъ можно дольше сохранить установившееся состояніе равновѣсія. Больной долженъ поэтому избѣгать чрезмѣрныхъ тѣлесныхъ напряженій, занятій спортомъ; напротивъ, легкія неустойчивыя движенія и легкая тренировка мышцъ очень полезны. Далѣе онъ долженъ избѣгать сильныхъ душевныхъ волненій; употребленія спиртныхъ напитковъ, кофе и куреніе слѣдуетъ запретить; должна быть соблюдаема умѣренность въ ѣдѣ и питьѣ; во избѣжаніе обремененія желудка пища должна быть вводимая почаще и маленькими порціями; количество вводимыхъ жидкостей должно составлять не болѣе 1½ литра въ день. Важно заботиться о правильномъ опорожненіи кишечника. Лекарственное лечение болѣею частью является излишнимъ; при небольшихъ боляхъ пузырь или мѣшокъ со льдомъ на область сердца. Въ случаѣ надобности лечение въ курортѣ углекислыми ваннами, напр., въ Nauheim'ѣ, Kissingen'ѣ, Oeynhausen'ѣ, Homburg'ѣ, Cudowa или Baden-Baden'ѣ, Wiesbaden'ѣ.

Если работоспособность сердца во время покоя еще сохранена, а при не слишкомъ сильномъ тѣлесномъ напряженіи уже является недостаточной, то осторожныя мышечныя упражненія съ одновременнымъ примѣненіемъ углекислыхъ ваннъ часто оказываются весьма полезными.

Если у больного имѣются явные признаки расстройства компенсаціи въ видѣ одышки, расстройства кровообращенія, отековъ, если пульсъ становится малымъ, мягкимъ, неправильнымъ и учащеннымъ, то слѣдуетъ назначить наперстянку, кромѣ того полный покой въ постели, легковаримую, но питательную пищу, которая должна быть вводимая небольшими порціями, но почаще (молоко, пища, содержащая мало соли), пузырь со льдомъ или холодильникъ на область сердца.

Наперстянка усиливает сокращения сердца, повышает кровяное давление и замедляет пульс. Вследствие этого усиливается отделение мочи и уменьшаются отеки. В виду кумулятивнаго дѣйствія примѣненіе наперстянки требуетъ осторожности. Наперстянка противопоказана при сильномъ стенозѣ отверстій сердца съ замедленнымъ пульсомъ и при рѣзкомъ артеріосклерозѣ. — Наперстянка обыкновенно прописывается въ видѣ настоя:

Rp. Infus. fol. digitalis 1,0 : 150,0, Sir. simpl. 30,0. M. D. S. По столовой ложкѣ черезъ 2 часа.

или въ видѣ порошковъ:

Rp. Fol. digitalis pulv. 0,1, Sacch. albi 0,3, M. f. pulv. Tal. dos. 10. S. По 1 порошку 3 раза въ день.

Если скоро наступило ясное замедленіе дѣятельности сердца, слѣдуетъ отмѣнить наперстянку; такое замедленіе наблюдается обыкновенно послѣ пріема 2—3 грм. Если наперстянка не оказала дѣйствія, то слѣдуетъ снова назначить ее приблизительно черезъ 2 недѣли. Кумулятивное дѣйствіе наперстянки можетъ выразиться въ томъ, что послѣ продолжительнаго пріема малыхъ дозъ наступаетъ сразу такое же дѣйствіе, какъ отъ большой дозы: рвота, головокруженіе, помраченіе сознанія, неправильный пульсъ. — Иногда наперстянка не переносится при введеніи ея *per os*; въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ прописать ее въ клизмѣ:

Rp. Infus. fol. digitalis 2,0 : 150,0, Mucilag. gummi arab. 50,0. [M. D. S. На 4 клизмы, по 2 клизмы въ день.

или въ видѣ T-ra digitalis:

Rp. Tinct. digitalis 5,0, Aq. amygd. amar. 10,0. M. D. S. По 15 капель 3 раза въ день.

Изъ другихъ препаратовъ наперстянки слѣдуетъ упомянуть дигаленъ, «Digitoxinum solubile Cloetta»:

Rp. Digalen Cloetta въ оригинальномъ флаконѣ. D. S. По 10—15 капель 3 раза въ день послѣ ѣды, съ виномъ или молокомъ, или впрыскивать медленно по 1 куб. см. 3 раза въ день подъ кожу или въ вену

и Digipuratum, «Extractum digitalis depuratum Knoll», разовыя дозы котораго соотвѣтствуютъ 0,1 folia digitalis.

Rp. Digipurati in tabulettis. 12. S. По 1 таблеткѣ 3 раза въ день *).

Для того чтобы ускорить исчезаніе отековъ, если они не проходятъ подъ вліяніемъ одной наперстянки, прописываютъ мочегонныя, *per se* или вмѣстѣ съ наперстянкой:

Rp. Diuretin. 5,0, Aq. menth. pip. ad. 100,0. M. D. S. Принять въ теченіе сутокъ.

Rp. Infus. fruct. Juniperi 10,0 : 150,0, Liq. kal. acet., Oxymel. scillae aa 15,0. M. D. S. По столовой ложкѣ черезъ 2 часа.

Rp. Species diuret. 50,0. D. S. По чашкѣ отвара 3 раза въ день.

*) Хорошій препаратъ представляетъ также Dialysatum fol. digitalis Golaz, который даютъ по 8—10—25 капель, 3—4 раза въ день, постепенно уменьшая дозу.

- Rp. Coffein. natrio-benzoic., Sacch. albi aa 0,3. M. f. pulv. D. tal. dos. 10. S. По 1 порошку 3 раза въ день.
 Rp. Theophyllin 0,3, Sacch. albi 0,5. M. f. pulv. D. tal. dos. Nr. 6. S. По 1 порошку 4 раза въ день.

или:

- Rp. Infus. fol. digital. 1,0:150,0, Liq. Kalii acet., Sirup. simpl. aa 20,0. M. D. S. По столовой ложкѣ черезъ 2 часа.
 Rp. Fol. digital. pulv. 0,1, Diuretini 1,0. M. f. pulv. D. tal. dos. 10. S. По 1 порошку 3 раза въ день.
 Rp. Fol. digital. pulv. 1,5, Coffein. natrio-benzoic. 3,0, Pulv. rad. rhei, Extr. gentianae aa q. s. M. f. pil. 30. D. S. По 1—2 пилюли 3 раза въ день *).

Замѣной наперстянки могутъ служить *Strophantus*, *Sparteum sulf.*, *Bulbus Scillae*, *Flor. convallariae maj.* и *Herba adonis vernalis*, хотя всѣ они обладаютъ менѣе вѣрнымъ дѣйствіемъ:

- Rp. Tinct. strophanti 15,0. D. S. По 5—10 капель 3 раза въ день.
 Rp. Sparteum sulf. 0,2, Aq. dest. 10,0. D. S. По 20 капель въ рюмкѣ воды, подслащенной сахаромъ, 3 раза въ день.
 Rp. Infus. bulb. scillae 6,0:170,0, Sir. simpl. 20,0. M. D. S. По стол. ложкѣ черезъ 2 часа.
 Rp. Extract. fluid. adon. vernal. 15,0. D. S. По 10 капель 3 раза въ день.
 Rp. Infus. flor. convall. maj. 8,0:150,0. D. S. По столовой ложкѣ 3 раза въ день.

Если отеки чисто сердечнаго происхожденія и если у больного нѣтъ никакихъ признаковъ нефрита, то можно испытать каломель, который иногда оказываетъ прекрасное дѣйствіе:

- Rp. Calomelan. 0,2, Sacch. lact. 0,3. M. f. pulv. D. tal. dos. 12. S. По 1 порошку 3 раза въ день.

Если отеки не исчезаютъ подъ вліяніемъ внутреннихъ средствъ, то показано примѣненіе кожного дренажа путемъ введенія въ подкожную клѣтку небольшихъ трубочекъ (троакары Southey'a, канюли Curschmann'a). Во избѣжаніе рожи необходимо соблюдать самую строгую асептику. Иногда можетъ явиться необходимость въ выпусканіи водяночной жидкости изъ плевральныхъ полостей и изъ полости живота помощью прокола, что въ значительной степени облегчаетъ работу сердца. Противъ мучительной одышки, безсонницы и болей прибѣгаютъ къ морфію (по 0,01—0,015 подъ кожу или per os) или къ кодеину:

- Rp. Codein. phosphor. 0,5, Aq. amygd. amar. 20,0. M. D. S. По 20 капель 3 раза въ день.

Кромѣ того при приступахъ удушья значительное облегченіе приносятъ горячія ручныя, ножныя или локтевыя ванны (40—42°), примѣняемыя до прекращенія припадковъ.

При опасномъ упадкѣ дѣятельности сердца и при начинающемся отекѣ легкихъ — *oleum camphoratum*, по 1—2 шприца подъ кожу черезъ 1—2 часа и чаще, или камфора внутрь:

- Rp. Camph. trit. 0,1, Sacch. albi 0,3. M. f. pulv. D. t. dos. 10. S. По 1 порошку черезъ 2 часа.

*) Часто хорошо дѣйствуетъ также наперстянка въ порошкахъ въ сочетаніи съ маленькими дозами каломеля. Прим. ред.

Кромѣ того кофейныя, крѣпкій кофе, вино. При гипереміи легкихъ—кровопусканіе (до 200 куб. см.).

Гидротерапія при заболѣваніяхъ сердца. Мѣстное примѣненіе охлаждающихъ процедуръ, въ формѣ мѣшка со льдомъ, холодильника для сердца, холодныхъ компрессовъ, показано при всѣхъ острыхъ и хроническихъ заболѣваніяхъ сердца за исключеніемъ неврозовъ сердца, при которыхъ онѣ часто не переносятся. Теплые компрессы и т. п. въ общемъ предпочитаютъ при артеріосклерозѣ, при *angina pectoris*, при остромъ и хроническомъ миокардитѣ и вообще у малокровныхъ больныхъ.

Что касается примѣненія индифферентныхъ ваннъ (полныхъ ваннъ и полуваннъ), то слѣдуетъ замѣтить, что у больныхъ съ разстройствомъ компенсаціи онѣ должны быть примѣняемы лишь съ соблюденіемъ очень большой осторожности и что отъ нихъ слѣдуетъ отказаться, если онѣ связаны для больного съ какимъ-либо напряженіемъ или волненіемъ. Большею частью впрочемъ тепловатыя индифферентныя ванны (34°) дѣйствуютъ благотворно, точно также и частыя частичныя обмыванія, особенно обмыванія нижнихъ конечностей.

Углекислыя ванны примѣняются или въ указанныхъ выше курортахъ или дома въ формѣ искусственныхъ углекислыхъ ваннъ. Подобными ваннами достигается у всѣхъ не слишкомъ тяжелыхъ больныхъ усиленіе сердечной дѣятельности; онѣ хорошо переносятся даже при легкомъ разстройствѣ компенсаціи и при небольшихъ отекахъ. Напротивъ, при сильномъ разстройствѣ компенсаціи и при далеко зашедшемъ артеріосклерозѣ углекислыя ванны противопоказаны; точно также часто противопоказаніемъ служатъ неврозы сердца, при которыхъ умѣстны гидротерапевтическія процедуры, примѣняемыя при различныхъ формахъ неврастенія. —Леченіе углекислыми ваннами начинаютъ съ тепловатыхъ индифферентныхъ ваннъ, къ которымъ въ послѣдующіе дни прибавляютъ незначительное количество разсола. Приблизительно черезъ недѣлю переходятъ къ углекислымъ ваннамъ, прибавляя сперва на каждую ванну по 0,2 клгрм. *natrii bicarbon.* и *acid. hydrochlor. crudi* и постепенно доходя до 1 клгрм.; температура ванны 35—28°, продолжительность 10—20 минутъ. —Во время ванны слѣдуетъ позаботиться объ охлажденіи головы больного (колпакъ, влажный компрессъ) для предупрежденія чрезмѣрнаго прилива крови къ мозгу.

Частная діагностика и терапія болѣзней сердца.

На основаніи анамнеза и объективныхъ данныхъ слѣдуетъ прежде всего рѣшить, имѣется ли дѣло съ острымъ или съ хроническимъ заболѣваніемъ сердца. Дальнѣйшія опорныя точки даютъ сопоставленіе данныхъ перкуссіи и аускультации, свойства пульса и часто рѣзко выраженные субъективныя разстройства. Послѣднія нерѣдко преобладаютъ подъ объективными измѣненіями; особенно это бываетъ при неврозахъ

сердца, которые поэтому и выдѣлены ниже въ особую группу вмѣстѣ съ нѣкоторыми близко стоящими къ нимъ органическими заболѣваніями сердца. Въ виду сказаннаго выше болѣзни сердца и сердечной сумки распределены въ слѣдующія группы:

1. Острыя болѣзни сердца, съ патологическими шумами и съ незначительнымъ измѣненіемъ сердечной тупости.

2. Острыя болѣзни сердца съ патологическими шумами и съ рѣзко выраженнымъ измѣненіемъ сердечной тупости.

3. Хроническія заболѣванія сердца съ увеличеніемъ сердечной тупости и съ чистыми тонами или съ случайными систолическими шумами.

4. Хроническія заболѣванія сердца съ увеличеніемъ сердечной тупости и съ патологическими шумами.

5. Болѣзни сердца съ преобладаніемъ субъективныхъ разстройствъ и ускоренія сердечной дѣятельности надъ данными физическаго изслѣдованія сердца. Къ этой группѣ слѣдуетъ присоединить и Базедову болѣзнь.

6. Болѣзни сердца, характеризующіяся большею частью притупленіемъ и пульсаціей выше области сердца, равно какъ измѣненіями на рентгенограммѣ, а часто также ненормальными шумами и отклоненіями въ свойствахъ пульса: аневризма аорты.

1 группа. Острыя болѣзни сердца съ патологическими шумами и съ незначительнымъ измѣненіемъ сердечной тупости.

1. Острый эндокардитъ.

Съ анатомической, этиологической и клинической точки зрѣнія слѣдуетъ различать двѣ формы эндокардита, а именно сосочковый или бородавчатый эндокардитъ (*endocarditis verrucosa*), развивающійся чаще всего въ теченіе остраго суставнаго ревматизма (*endocarditis rheumatica*), затѣмъ при хорѣѣ, *purpura rheumatica*, кори, скарлатинѣ, брюшномъ тифѣ и гонорреѣ, и язвенный эндокардитъ (*endocarditis ulcerosa*), который въ качествѣ частнаго явленія септикопіеміи наблюдается при родильной горячкѣ, язвенныхъ процессахъ, хроническихъ нагноеніяхъ, инфекціонныхъ болѣзняхъ (остеомиелитъ, брюшной тифъ, скарлатина, дифтерія, дизентерія), травмахъ, а иногда и безъ явнаго источника инфекціи (криптогенетическій эндокардитъ). Обѣ формы могутъ переходить одна въ другую.

Endocarditis verrucosa.

Главные симптомы. Часто рѣзкій систолическій шумъ у верхушки сердца, постоянный акцентъ на 2-мъ тонѣ легочной артеріи, иногда также признаки расширенія сердца (увеличеніе сердечной тупости вправо, а также и влѣво), указывающіе на распространеніе болѣзненнаго процесса на двустворчатую заслонку. Рѣже процессъ переходитъ на аорту; въ послѣднемъ случаѣ появляются признаки начинающейся недостаточности клапановъ аорты: диастолическій шумъ на мѣстѣ выслушанія аорты, увеличеніе сердечной тупости влѣво и т. д. Пульсъ учащенный, вначалѣ полный, подсакивающий, правильный, въ послѣдствіи

малый, часто неправильный. Подъ вліяніемъ наперстянки пульсъ значительно улучшается.

Обыкновенно бываетъ лихорадка, жалобы на сердцебіеніе, ощущение тяжести въ области сердца, одышку. Осложненія: эмболія въ легкихъ (геморрагическій инфарктъ), въ мозгу, въ селезенкѣ, печени, почкахъ, кровоизліянія въ кожѣ, въ слизистыхъ оболочкахъ, въ сѣтчаткѣ. Наклонность къ рецидивамъ.

Бородавчатый эндокардитъ является наиболее частой причиною прибрѣтенныхъ пороковъ клапановъ сердца. Бородавчатые отложенія на эндокардѣ подвергаются организаціи и ведутъ къ сращеніямъ и къ сморщиванію клапановъ (сѣуженіе и недостаточность). Но измѣненія могутъ и совершенно пройти и не оставить никакихъ стойкихъ послѣдствій.

Леченіе. Постельное содержаніе, пузырь со льдомъ на область сердца, легкая, но вмѣстѣ съ тѣмъ питательная пища (молоко, питательные препараты); при слабомъ и неправильномъ пульсѣ — наперстянка, при упадкѣ дѣятельности сердца — возбуждающія средства (камфора, коффеинъ, эфиръ, вино). Кромѣ того обратить вниманіе на леченіе основного заболѣванія; при лихорадкѣ прохладныя ванны, обвертыванія. См. также отдѣлъ «Общая терапія болѣзней сердца».

Endocarditis ulcerosa.

Симптомы со стороны сердца выражены гораздо слабѣе, чѣмъ при бородавчатомъ эндокардитѣ; и часто отступаютъ на задній планъ по сравненію съ тяжелыми общими явленіями. Въ общемъ физическія явленія сходны съ таковыми при бородавчатомъ эндокардитѣ; иногда сердечные шумы имѣютъ музыкальный, пѣвучій оттѣнокъ. Пульсъ мягкій, очень учащенный, часто дикротичный и неправильный. Температура все время повышена, часто потрясающіе ознобы, бредъ. Кромѣ того рвота, сухой языкъ, розеолезная сыпь, эмболія во внутреннихъ органахъ, геморрагическіе инфаркты въ мозгу, легкихъ, почкахъ и т. п., кровоизліянія въ сѣтчаткѣ, кожѣ. Исходъ обыкновенно неблагоприятный.

Діагнозъ бородавчатого эндокардита ставится на основаніи данныхъ объективнаго изслѣдованія и наличности основной болѣзни, (большею частью острый суставной ревматизмъ). Язвенный эндокардитъ часто трудно распознать съ достовѣрностью. Сердечныя явленія не всегда ясно выражены, и клиническая картина напоминаетъ септикопіэмію, которая нерѣдко осложняется язвеннымъ эндокардитомъ. Отъ брюшного тифа язвенный эндокардитъ отличается инымъ теченіемъ температуры. Иногда при дифференціальномъ діагнозѣ приходится принимать также въ соображеніе сыпной тифъ и милиарный туберкулезъ (см. эти болѣзни).

Леченіе такое же, какъ при бородавчатомъ эндокардитѣ, и въ общемъ зависитъ отъ основного страданія (сепсисъ, инфекціонныя болѣзни). Полный покой, пузырь со льдомъ на область сердца, прохлад-

ныя ванны; при плохомъ пульсѣ—наперстянка, при угрожающемъ коллапсѣ—камфора, эфиръ, кофеинъ, видно.

2. Острый миокардитъ.

Острый миокардитъ чаще всего присоединяется къ какой-либо инфекціонной болѣзни, особенно къ дифтеріи, скарлатинѣ, брюшномъ тифу, сепсису, ангинѣ, рождѣ, гонорреѣ, а также къ острому суставному ревматизму. Рѣже острый миокардитъ развивается самостоятельно вслѣдствіе неизвѣстной инфекціи. Нерѣдко онъ осложняется эндокардитомъ, перикардитомъ. Измѣненія въ сердечной мышцѣ сводятся или къ паренхиматозному перерожденію (жировое перерожденіе) или къ разрощенію интерстиціальной соединительной ткани съ послѣдующимъ образованіемъ мозолистыхъ утолщеній, абсцессовъ и аневризмы сердца.

Главные симптомы. Преобладаютъ то мѣстные, то общіе симптомы. У основанія и у верхушки сердца часто выслушиваются систолическіе шумы, но сердечные тоны могутъ быть и чисты. Обыкновенно въ дальнѣйшемъ теченіи опредѣляется расширеніе одного или обоихъ желудочковъ сердца. Дѣятельность сердца большею частью неправильна, учащена, или иногда замедлена, пульсъ большею частью мягкій и малый, въ отличіе отъ эндокардита наперстянка обыкновенно не ведетъ къ улучшенію пульса.—Появленіе постоянныхъ и особенно діастолическихъ шумовъ говоритъ за одновременное пораженіе эндокардія; иногда это можетъ зависѣть отъ прорыва сердечнаго абсцесса съ отрывомъ частей клапановъ. При этомъ большею частью наблюдаются ознобы и метастазы. Дальнѣйшіе симптомы: лихорадка неправильнаго типа, чувство стѣсненія въ груди, одышка, общее безпокойство.—Теченіе часто весьма тяжелое и неблагоприятное; возможно выздоровленіе.

Діагнозъ. Клиническія наблюденія показываютъ, что при остромъ миокардитѣ даже тяжелыя измѣненія въ сердечной мышцѣ могутъ иногда появиться лишь крайне незначительными симптомами со стороны органовъ кровообращенія. Часто сердечныя явленія отступаютъ на задній планъ по сравненію съ общими явленіями. Распознаваніе поэтому, особенно при первичномъ миокардитѣ, большею частью трудно. Острый миокардитъ можно смѣшать съ брюшнымъ тифомъ, милліарнымъ туберкулезомъ, септикопѣміей, менингитомъ; трудно также, особенно вначалѣ, отличить миокардитъ отъ эндокардита. Если въ теченіе указанныхъ выше инфекціонныхъ заболѣваній появляются признаки слабости сердца, то это даетъ право предполагать вторичный миокардитъ *).

Леченіе въ общемъ такое же, какъ при остромъ эндокардитѣ: полный покой, пузырь со льдомъ на область сердца, тепловатыя ванны съ холодными обливаніями, леченіе основной болѣзни (напр. при ревматическомъ миокардитѣ—*sol. natr. salicyl.* 8:200, черезъ 2 часа по столовой ложкѣ), обильная, но легкая пища (молоко), при угрожающемъ упадкѣ дѣятельности сердца—камфора, эфиръ, кофеинъ, вино (также дигаленъ; прим. ред.).

*) Съ этимъ едва ли можно вполне согласиться, такъ какъ при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ сердечная слабость можетъ зависѣть просто отъ тяжелой инфекции и интоксикаціи.

Прим. ред.

2 группа. Острые заболѣванія сердца съ патологическими шумами и рѣзко выраженнымъ измѣненіемъ сердечной тупости.

3. Острый перикардитъ

чаще всего является вторичнымъ заболѣваніемъ, развиваясь на почвѣ остраго ревматизма, инфекціонныхъ болѣзней, при хроническомъ нефритѣ, при болѣзняхъ крови или вслѣдствіе перехода воспалительнаго процесса съ со- сѣднихъ частей (плевры, средостѣніе, грудобрюшная преграда); рѣже въ видѣ первичнаго заболѣванія вслѣдствіе неизвѣстной инфекціи. Иногда причиной перикардита можетъ служить простуда или травма.

Главные симптомы. При большихъ и умѣренныхъ выпотахъ опредѣляется увеличеніе сердечной тупости преимущественно вверхъ и вправо въ формѣ равнобедреннаго треугольника, обращеннаго основаніемъ внизъ и закругленной вершиной вверхъ. Въ стоячемъ положеніи и при наклоненіи туловища впередъ тупость значительно больше, чѣмъ въ лежащемъ положеніи (на спинѣ). Верхушечный толчокъ ослабленъ и въ концѣ-концовъ можетъ даже совершенно исчезнуть, но при наклоненіи больного впередъ появляется снова. Обыкновенно верхушечный толчокъ находится въ предѣлахъ увеличенной тупости. Перикардіальные шумы тренія, вызываемые отложеніями фибрина, выступаютъ особенно ясно въ теченіе перваго періода заболѣванія (сухой перикардитъ), но большею частью опредѣляются и при наличности экссудата, особенно у основанія сердца. Хрустящій, трескучій, поверхностный, часто трехфазный, не всегда синхроничный съ тонами сердца шумъ тренія является почти патогномичнымъ для перикардита *). Кромѣ того сердечные тоны или шумы выслушиваются слабо или совершенно заглушаются. Пульсъ большею частью учащенный, часто неправильный и неравномѣрный, а въ дальнѣйшемъ теченіи—малый и мягкій. Часто наблюдается лихорадка, но она можетъ и отсутствовать. Большею частью больные жалуются на чувство тяжести въ области сердца, одышку и стѣсненіе въ груди; при большихъ выпотахъ, иногда ведущихъ къ выпячиванію всей области сердца, часто наблюдается orthopное. Вслѣдствіе давленія экссудата могутъ появиться затрудненіе глотанія и параличи голосовыхъ связокъ (давленіе на n. recurrens). При рентгеноскопії: увеличеніе лѣвой нижней дуги сердечной тѣни.

Начало то постепенное, то внезапное. Теченіе зависитъ отъ основнаго страданія; наиболѣе благопріятное теченіе наблюдается при «ревматическомъ» перикардитѣ, при которомъ экссудатъ большею частью всасывается въ теченіе нѣсколькихъ недѣль. Большею частью остаются сращения; очень сильныя сращения сердечной сумки и мозолистыя утолщенія ведутъ къ значительнымъ разстройствамъ и къ ослабленію дѣятельности сердечной мышцы.

Послѣдовательныя измѣненія: хроническій перикардитъ, сращения сердечной сумки (synechiae pericardii), мозолистый медиастино-пе-

*) Нерѣдко шумъ тренія усиливается также при надавливаніи стетоскопомъ.

Прим. ред.

рикардитъ (mediastino-pericarditis fibrosa) — см. соотвѣт. главы. Кромѣ того см. hydropericardium, haemopericardium и pneumopericardium.

Діагнозъ. На перикардiальные шумы могутъ походить бывающіе иногда при плевритѣ и при пневмоніи плевро-перикардiальные и внѣперикардiальные шумы; послѣдніе выслушиваются, однако, и при дыханіи и исчезаютъ при задерживаніи дыханія въ то время, какъ перикардiальные шумы становятся при этомъ яснѣе; кромѣ того большею частью выслушиваются плевритическіе шумы также въ другихъ мѣстахъ легкихъ. Впрочемъ нерѣдко перикардитъ комбинируется съ плевритомъ. Отъ расширенія сердца перикардiальный эксудатъ отличается по характерной формѣ тупости. Впрочемъ иногда при срощеніи переднихъ листковъ сердечной сумки эксудатъ скопляется преимущественно на задней поверхности сердца; точно также увеличеніе абсолютной тупости сердца можетъ отсутствовать при срощеніи переднихъ краевъ легкихъ и при эмфиземѣ легкихъ. Отъ остальныхъ острыхъ заболѣваній сердца, съ которыми можетъ комбинироваться перикардитъ, послѣдній отличается характерной формой тупости и своеобразнымъ шумомъ тренія.

Леченіе. Съ самаго начала заболѣванія абсолютный покой въ постели, мѣшокъ со льдомъ на область сердца. Если, несмотря на увеличеніе эксудата, дѣятельность сердца остается хорошей, то можно нѣкоторое время подождать съ наперстянкой. При ревматическомъ перикардитѣ, напротивъ, съ самаго начала слѣдуетъ назначить салициловый натръ:

Rp. Sol. Natr. salicyl. 8,0:200,0. D. S. По столовой ложкѣ черезъ 2 часа.

или аспирина:

Rp. Aspirin. (Acid. acetylsalicyl.) 0,5 in tabletis. Nr. 20. D. S. По 1 таблеткѣ 4—6 разъ въ день.

При увеличеніи эксудата слѣдуетъ позаботиться объ усиленіи діуреза:

Rp. Diuretin. (Theobromin. natrio-salicyl.) 5,0, Aq. Menth. pip. ad 100,0. D. S. Принять въ теченіе дня.

Если эксудатъ вызываетъ опасныя явленія, то слѣдуетъ приступить къ медленному и осторожному удаленію эксудата черезъ канюлю (направленную къ верхушкѣ сердца) послѣ предварительнаго пробнаго прскола въ 5-мъ межреберномъ промежуткѣ снаружи отъ сосковой линіи; при гнойномъ выпотѣ — широкій разрѣзъ. Если появляются признаки сердечной слабости, если пульсъ становится малымъ, мягкимъ и неправильнымъ, то слѣдуетъ примѣнить препараты наперстянки (см. главу о общей терапіи болѣзней сердца), далѣе камфору, вино, горчичники. Наперстянку можно назначить вмѣстѣ съ мочегоннымъ и возбуждающимъ средствомъ, напр. въ слѣдующей комбинаціи:

Rp. Diuretin. 1,0, Fol. Digit. pulv., Camph. trit. aa 0,1, D. tal. dos. 24. M. D. S. По 1 порошку 3 раза въ день.

Противъ болей и одышки морфій, по 0,01 — 0,015 подъ кожу или внутрь. Послѣ удаленія выпота не позволять больному вставать съ постели и соблюдать осторожность въ виду угрожающей слабости сердца.

3 группа. Хроническія заболѣванія сердца съ увеличеніемъ сердечной тупости и съ чистыми тонами или случайными систолическими шумами.

4. Гипертрофія сердца.

Гипертрофія сердца развивается или въ видѣ первичной, т. назыв. идиопатической гипертрофіи послѣ длительныхъ и сильныхъ тѣлесныхъ напряженій, при обильномъ употребленіи пива („пивное“ сердце) и у обжоръ, или въ видѣ вторичной гипертрофіи при артеріосклерозѣ, хроническихъ болѣзняхъ почекъ (сморщенная почка), свинцовомъ отравленіи, порокахъ сердца, послѣ медиастино-перикардита или перикардита, закончившагося облитераціей сердечной сумки. При этомъ происходитъ гипертрофія сначала лѣваго, а затѣмъ и праваго желудочка, между тѣмъ какъ при застоѣ въ маломъ кругѣ кровообращенія вслѣдствіе хроническихъ заболѣваній органовъ дыханія (эмфизема, сморщиваніе легкихъ, хроническій бронхитъ) обыкновенно развивается гипертрофія одного праваго желудочка. Послѣдняя наблюдается также при искривленіяхъ позвоночника и при деформацияхъ грудной клѣтки.

Главные симптомы. Простая гипертрофія одного желудочка большею частью не вызываетъ увеличенія сердечной тупости; но при гипертрофіи лѣваго желудочка наблюдается болѣе сильный верхушечный толчокъ, полный, твердый и напряженный пульсъ, акцентъ на 2-мъ тонѣ аорты и часто также усиленіе перваго тона у верхушки сердца, при гипертрофіи праваго желудочка—акцентъ на 2-мъ тонѣ легочной артеріи. Большею частью гипертрофія сопровождается дилатаціей, и въ такихъ случаяхъ находятъ признаки увеличенія сердца, именно смѣщеніе верхушечнаго толчка влѣво и внизъ, большею частью также болѣе распространенный и сильный толчокъ, а равно и увеличеніе сердечной тупости въ ту или другую сторону; пульсъ, бывающій при чистой гипертрофіи полнымъ, твердымъ и правильнымъ, становится лишь при разстройствѣ компенсаціи малымъ, мягкимъ, частымъ и неправильнымъ. Иногда, особенно въ молодомъ возрастѣ, образуется выпячиваніе всей области сердца (сердечный горбъ). Часто наблюдается рѣзкая пульсація сонныхъ артерій.—Субъективныя разстройства: иногда чувство стѣсненія въ груди, головокруженіе, мельканіе передъ глазами, шумъ въ ушахъ. При гипертрофіи праваго желудочка нерѣдко одышка, ціанозъ, застойный бронхитъ, кровохарканье. Въ видѣ осложненія—кровоотеченія (кровоизліяніе въ мозгъ, носовое кровотеченіе). Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни могутъ появиться признаки разстройства компенсаціи; больному угрожаетъ также внезапное наступленіе несостоятельности сердца (параличъ сердца).

5. Расширеніе сердца.

Расширеніе сердца часто сопровождается гипертрофію сердца, кромѣ того оно является послѣдствіемъ хроническаго міокардита, склероза вѣнечныхъ артерій. ожирѣнія сердца и наконецъ наблюдается при разстройствѣ питанія сердечной мышцы (при инфекціонныхъ болѣзняхъ и болѣзняхъ крови), при острыхъ заболѣваніяхъ легкихъ и плевры, равно какъ въ видѣ остраго расширенія послѣ чрезмѣрныхъ тѣлесныхъ напряженій. Расширеніе праваго сердца, обусловленное сопротивленіемъ въ маломъ кругѣ кровообращенія, наблюдается при эмфиземѣ легкихъ, при плевритическихъ экссудатахъ, при бронхіектазіяхъ, деформацияхъ грудной клѣтки и при искривленіяхъ позвоночника.

Главные симптомы. Увеличеніе сердечной тупости, при расширеніи лѣваго сердца — болѣе распространенный верхушечный толчокъ и

смѣщеніе его влѣво; сердечные тоны большею частью глухіе; иногда выслушивается случайный систолическій шумъ и ритмъ галопа надъ трехстворчатой заслонкой (см. стр. 58). Малый, мягкій, довольно часто учащенный и неправильный пульсъ. При разстройствѣ компенсаціи—застойныя явленія.

Діагнозъ. Слѣдуетъ рѣшить, имѣется ли дѣло съ дѣйствительнымъ увеличеніемъ размѣровъ сердца или только съ кажущимся увеличеніемъ вслѣдствіе сморщиванія или ателектаза прилежающихъ къ сердцу частей легкихъ, плевритическаго выпота, аневризмы аорты или опухоли средостѣнія. При эмфиземѣ легкихъ расширеніе праваго сердца часто маскируется лежащими впереди него вздутыми отдѣлами легкихъ. Возможно установить основное заболѣваніе, расширеніе сердца.

Относительно сердечной слабости вслѣдствіе дилатаціи см. ниже.

Леченіе гипертрофіи и расширенія сердца. Леченіе прежде всего должно быть направлено къ устраненію всѣхъ вредныхъ моментовъ и противъ основного заболѣванія (артеріосклерозъ, сморщенная почка, болѣзни легкихъ и т. п., см. выше). Во всемъ остальномъ леченіе въ главныхъ чертахъ своихъ сходно съ тѣмъ, какое приведено выше въ главѣ объ общій терапіи болѣзней сердца. Особенное вниманіе слѣдуетъ обратить на раціональный образъ жизни и на діету. При остромъ расширеніи сердца на почвѣ переутомленія—покой, пузырь со льдомъ, наперстянка; при угрожающей сердечной слабости—камфора, эфиръ, кофе, вино.

6. Хроническій міокардитъ.

Хроническій міокардитъ или *myodegeneratio cordis*, при которомъ имѣется дѣло съ жировымъ перерожденіемъ сердца или чаще съ другими паренхиматозными и интерстиціальными процессами съ образованіемъ міокардитическихъ мозолей, является иногда послѣдствіемъ остраго, преимущественно ревматическаго міокардита, чаще же развивается постепенно при артеріосклерозѣ или послѣ инфекціонныхъ болѣзней (сифилисъ, брюшной тифъ, дифтерія, скарлатина, маларія, инфлуэнца, сепсисъ) и отравленій (алкоголемъ, свинцомъ). Нерѣдко онъ комбинируется съ пороками клапановъ сердца. Во многихъ случаяхъ этиологія остается невыясненной.

Главные симптомы. Большею частью наблюдается увеличеніе сердечной тупости вправо и влѣво, но можетъ и не быть никакого увеличенія тупости. Глухіе, чистые тоны; иногда у верхушки сердца систолическій шумъ, случайный или обусловленный недостаточностью мышцы сердца. Слабый верхушечный толчокъ. Мягкій, неравномѣрный, неправильный, вначалѣ большею частью учащенный пульсъ; при нарастающей слабости сердца пульсъ становится замедленнымъ, иногда значительно (брадикардія). Дальнѣйшіе признаки несостоятельности сердца: ціанозъ, отеки, одышка, альбуминурія, часто разстройства пищеваренія, давленіе чувство давленія въ области сердца, сердцебиеніе, головокруженіе и приступы грудной жабы (см. *angina pectoris*), также геморрагическіе инфаркты и кровохарканье. —Исходъ большею частью неблагоприятный;

болѣзнь можетъ, однако, длиться въ теченіе многихъ лѣтъ. Иногда смертельный исходъ наступаетъ во время припадка стенокардіи.

Діагнозъ. Очень сходные симптомы несостоятельности сердца могутъ дать склерозъ вѣнечныхъ артерій (см. соотв. главу). За склерозъ вѣнечныхъ артерій, хотя и не всегда съ достовѣрностью, говоритъ склерозъ периферическихъ артерій и частое появленіе приступовъ стенокардіи; далѣе при склерозѣ болѣе рѣзко выражены другія чувствительныя разстройства, какъ чувство стѣсненія и боли въ груди. Если функціональныя разстройства преобладаютъ надъ данными физическаго изслѣдованія, то отличіе отъ неврозовъ сердца можетъ быть весьма затруднительнымъ; за неврозы сердца говоритъ наличность другихъ признаковъ нервозности. Далѣе приходится принимать въ соображеніе гипертрофію, ожирѣніе сердца и пороки клапановъ. При послѣднихъ шумы имѣютъ постоянный характеръ, усиленіе 2-го тона легочной артеріей выражено болѣе рѣзко. Митральный стенозъ съ замедленнымъ пульсомъ и безъ шума (при слабой дѣятельности сердца) даетъ такіе же симптомы, какъ при міокардитѣ, но при немъ увеличеніе сердечной тупости вправо выражено болѣе рѣзко.

Леченіе. Леченіе такое же, какъ при порокахъ сердца съ разстройствомъ компенсаціи; при частомъ и неправильномъ пульсѣ—наперстянка. При медленномъ пульсѣ—кофеинъ, камфора, вино. См. главу объ общей терапіи болѣзней сердца. См. кромѣ того леченіе припадковъ стенокардіи и артеріосклероза (см. ниже).

Относительно *hydropericardium*, *haemopericardium* и *pneumopericardium* см. главу о хроническомъ перикардитѣ (добавленіе).

4 группа. Хроническія заболѣванія сердца съ увеличеніемъ сердечной тупости и съ патологическими шумами (гипертрофія сердца при порокахъ клапановъ).

Наиболѣе частой причиной пороковъ клапановъ является острый или хроническій эндокардитъ, особенно развившійся послѣ суставнаго ревматизма; далѣе причинами могутъ быть артеріосклеротическія измѣненія клапановъ, инфекціонныя болѣзни и отравленія, насильственный разрывъ клапановъ при чрезмѣрномъ тѣлесномъ напряженіи и наконецъ пороки развитія (большею частью въ правой половинѣ сердца). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ пороковъ клапановъ причина не можетъ быть выяснена. Измѣненія эндокардіи ведутъ или къ недостаточности клапановъ, или къ суженію (стенозу) отверстій сердца. Нерѣдко недостаточность клапановъ и стенозъ наблюдаются одновременно на одномъ и томъ же отверстіи сердца. Встрѣчается также комбинація пороковъ различныхъ клапановъ; въ такихъ случаяхъ одни симптомы могутъ быть компенсированы другими противоположными симптомами (см. ниже). Во многихъ случаяхъ лежацій по ту сторону патологически измѣненнаго клапана отдѣлъ сердца въ состояніи путемъ усиленной работы и гипертрофіи мускулатуры (приспособленіе) преодолѣть разстройство кровообращенія, обусловленное порокомъ, и удовлетворить предъявляемымъ повышеннымъ требованіямъ, т. е. сердце находится въ состояніи компенсаціи. Если этого нѣтъ, или если гипертрофированное сердце почему-либо оказывается несостоятельнымъ, то появляются признаки разстройства компенсаціи (одышка, отеки, ціанозъ). Состояніе это можетъ быть еще устранено соотвѣтствующими мѣрами (покой, наперстянка, надлежащая діета), но при воздѣйствіи какихъ-нибудь вредныхъ моментовъ, а иногда даже самопроизвольно, оно возобновляется, и работоспособность сердечной мышцы все болѣе и болѣе уменьшается.

7. Недостаточность двустворчатой заслонки.

Главные симптомы. Систолическій шумъ у верхушки сердца, часто также въ области лѣваго сердечнаго ушка возлѣ легочной артеріи, постоянный акцентъ на 2-мъ тонѣ легочной артеріи, увеличеніе сердечной тупости вправо, иногда за правый край грудины, вслѣдствіе гипертрофіи праваго желудочка. Въ дальнѣйшемъ теченіи часто также увеличеніе сердечной тупости влѣво вслѣдствіе расширения или гипертрофіи лѣваго желудочка. Верхушечный толчокъ смѣщенъ влѣво и расширенъ вправо; у верхушки сердца часто ощущается систолическій *frémissement cataire*. Пульсъ при полной компенсаціи безъ особыхъ измѣненій, при разстройствѣ компенсаціи малый и неправильный. — Недостаточность двустворчатой заслонки наиболѣе часто встрѣчающійся порокъ клапановъ, нерѣдко комбинируется съ суженіемъ лѣваго венознаго отверстія. Въ послѣднемъ случаѣ, помимо систолическаго шума, выслушивается также діастолическій шумъ *) у верхушки сердца.

Діагнозъ ставится на основаніи постоянства перечисленныхъ выше первыхъ трехъ симптомовъ. Систолическій шумъ у верхушки сердца и умѣренное увеличеніе сердечной тупости вправо наблюдается также при лихорадкѣ и при анеміи; въ такихъ случаяхъ однако не бываетъ акцента на 2-мъ тонѣ легочной артеріи. Относительная, равно какъ и мышечная недостаточность двустворчатой заслонки вслѣдствіе расширения лѣваго желудочка отличается тѣмъ, что сердечная тупость при ней увеличена болѣе влѣво, а пульсъ бываетъ мягкимъ и малымъ. Данные рентгеноскопій такія же, какъ при суженіи лѣваго венознаго отверстія.

Лечение см. стр. 74.

8. Суженіе лѣваго венознаго отверстія.

Главные симптомы. Діастолическій или пресистолическій шумъ у верхушки сердца **), кромѣ того рѣзкій акцентъ на 1-мъ тонѣ, увеличеніе сердечной тупости вправо, акцентъ на 2-мъ тонѣ легочной артеріи. Верхушечный толчокъ смѣщенъ влѣво и расширенъ вправо, часто ощущается діастолическое (пресистолическое; прим. ред.) дрожаніе у верхушки сердца. Ясная пульсація гипертрофированнаго праваго желудочка въ подложечной области и слѣва возлѣ мечевиднаго отростка. Малый, мягкій пульсъ ***); при разстройствѣ компенсаціи пульсъ становится неправильнымъ. При рентгеноскопіи: болѣе рѣзкое (пульсирующее) выпячиваніе средней лѣвой дуги сердечной тѣни.

*) При стенозѣ лѣваго венознаго отверстія выслушивается на самомъ дѣлѣ на діастолическій, а пресистолическій шумъ. Прим. ред.

**) Иногда можетъ не быть никакого шума. Прим. ред.

***) Какъ указалъ покойный проф. Л. В. Поповъ, при стенозѣ лѣваго венознаго отверстія пульсъ въ лѣвой лучевой артеріи бываетъ очень часто значительно слабѣе, чѣмъ въ правой, что до нѣкоторой степени характерно для этого порока. Прим. ред.

Большую частью комбинируется съ недостаточностью двустворчатого клапана, рѣже встрѣчается въ видѣ самостоятельнаго порока сердца. Въ тяжелыхъ случаяхъ—ціанозъ и застойный бронхитъ, блѣдная и вмѣстѣ съ тѣмъ ціанотическая окраска кожи. Въ мокротѣ часто встрѣчаются «Herzfehlerzellen».

Діагнозъ ставится на основаніи діастолическаго (пресистолическаго, прим. ред.) шума у верхушки сердца и рѣзкаго акцента на 1-мъ тонѣ. При слабой дѣятельности сердца шумъ можетъ отсутствовать. Въ такомъ случаѣ за суженіе лѣваго венознаго отверстія говорить большею частью имѣющійся на-лицо ціанозъ.

Лечение см. стр. 74.

9. Недостаточность клапановъ аорты.

Главные симптомы. Рѣзкій діастолическій шумъ на аортѣ и въ верхней части грудины; 1-й тонъ у верхушки сердца большею частью глухой и нечистый; довольно часто здѣсь же выслушивается систолическій шумъ влѣдствіе мышечной недостаточности двустворчатой заслонки. Увеличеніе сердечной тупости влѣво и вверхъ на рукоятку грудины (расширеніе и гипертрофія лѣваго желудочка и расширение восходящей части аорты). Усиленіе верхушечнаго толчка, смѣщеніе его влѣво и внизъ вплоть до 6-го межребернаго промежутка. Полный и подскакивающий пульсъ, пульсація сонныхъ артерій. Часто наблюдается капиллярный пульсъ (покраснѣніе, изохроничное съ пульсомъ) на ногтяхъ, на губахъ, на небной занавѣскѣ, на отдѣльных участкахъ кожи, равно какъ артеріальная пульсація печени и присутствіе тоновъ въ артеріяхъ, напр. въ *arcus palmaris*. Въ сонныхъ и подключичныхъ артеріяхъ систолическій, часто также діастолическій шумъ. Въ бедренной артеріи иногда два тона, а при надавливаніи стетоскопомъ два шума (Dugozier). При рентгеноскопіи—часто расширеніе дуги аорты, равно какъ увеличеніе правой и лѣвой нижней дуги сердечной тѣни («шаровидное сердце»).—Окраска кожи большею частью блѣдная; часто головокруженіе и мельканіе передъ глазами. Часто комбинація съ суженіемъ устья аорты (см. ниже).—При недостаточности клапановъ аорты, развившейся на почвѣ артеріосклероза, явленія со стороны сосудовъ бываютъ большею частью не такъ рѣзко выражены, какъ при недостаточности, развившейся на почвѣ суставнаго ревматизма.

Діагнозъ ставится преимущественно на основаніи присутствія діастолическаго шума на аортѣ, наблюдающагося даже при незначительной недостаточности. Болѣе высокія степени недостаточности, не сопровождающіяся разстройствомъ компенсаціи, характеризуются увеличеніемъ сердечной тупости влѣво, смѣщеніемъ верхушечнаго толчка и явленіями со стороны сосудовъ.

Лечение см. стр. 74.

10. Сѣуженіе устья аорты.

Главныя симптомы. Рѣзкій систолическій шумъ на аортѣ, болѣе и менѣе сильное увеличеніе сердечной тупости влѣво. Верхушечный толчокъ смѣщенъ слегка влѣво и внизъ, то мало усиленъ, то, напротивъ, сильный и распространенный. Пульсъ малый, замедленный и вялый (*tardus*), часто систолическое дрожаніе на аортѣ, 2-й тонъ на аортѣ слабый или отсутствуетъ. Въ сонныхъ артеріяхъ систолическій шумъ. Сѣуженіе устья аорты рѣдко встрѣчается самостоятельно, а почти всегда вмѣстѣ съ недостаточностью клапановъ аорты.

Діагнозъ ставится на основаніи систематическаго шума, выслушиваемаго во 2-мъ межреберномъ промежуткѣ справа и распространяющагося въ сонныя артеріи, или отсутствія 2-го тона аорты и отсутствія измѣненій въ правомъ сердцѣ. Послѣдній признакъ въ особенности помогаетъ отличить чистый стенозъ устья аорты отъ недостаточности двустворчатой заслонки.

Леченіе см. стр. 74.

11. Недостаточность трехстворчатой заслонки

въ рѣдкихъ случаяхъ возникаетъ на почвѣ эндокардита, гораздо чаще на почвѣ измѣненій мышцы праваго сердца и ненормальнаго расширенія праваго венознаго отверстія, преимущественно въ видѣ относительной недостаточности при недостаточности двустворчатой заслонки и сѣуженіи лѣваго венознаго отверстія.

Главныя симптомы. Систолическій шумъ на мѣстѣ выслушиванія трехстворчатой заслонки въ нижней части грудины. Значительное увеличеніе сердечной тупости вправо. Венный пульсъ: систолическая пульсація яремныхъ венъ, равно какъ печеночныхъ венъ. Ослабленіе 2-го тона на легочной артеріи.—Часто застойныя явленія. Цианозъ. При рентгеноскопіи: выпячиваніе и пульсація обѣихъ правыхъ дугъ сердечной тѣни. Малый пульсъ.

Діагнозъ. Отличіе систолическаго шума вслѣдствіе недостаточности трехстворчатой заслонки отъ такого же шума вслѣдствіе недостаточности двустворчататаго клапана часто является затруднительнымъ, тѣмъ болѣе, что можетъ одновременно существовать недостаточность обѣихъ клапановъ; за комбинацію недостаточности трехстворчатой заслонки съ недостаточностью двустворчатой заслонки или сѣуженіемъ лѣваго венознаго отверстія говорятъ, помимо симптомовъ, характерныхъ для послѣднихъ пороковъ, систолическій шумъ на нижнемъ концѣ грудины, систолическій венный пульсъ и ослабленіе 2-го тона легочной артеріи.

Леченіе см. стр. 74.

12. Сѣуженіе праваго венознаго отверстія

встрѣчается очень рѣдко и почти всегда вмѣстѣ съ недостаточностью заслонки. Симптомы: діастолическій шумъ въ нижней части грудины, увеличеніе сердечной тупости вправо, цианозъ.

13. Недостаточность клапановъ легочной артеріи

встрѣчается очень рѣдко и большею частью въ видѣ врожденнаго порока вмѣстѣ съ сѣуженіемъ устья легочной артеріи. Симптомы: діастолическій шумъ на легочной артеріи, увеличеніе сердечной тупости вправо, цианозъ.

14. Суженіе устья легочной артеріи

—обыкновенно врожденный порокъ сердца, иногда сопровождающійся другими аномаліями сердца (дефекты въ перегородкѣ между желудочками или незакрытіе овальнаго отверстія). Часто имѣются и другіе пороки развитія.

Главные симптомы. Систолическій шумъ на легочной артеріи, увеличеніе сердечной тупости вправо. Часто выпячиваніе всей области сердца и систолическое дрожаніе во второмъ межреберномъ промежуткѣ слѣва. Верхушечный толчокъ большею частью слабый. Обыкновенно рѣзко выраженный ціанозъ (*morbus coeruleus*, врожденная синюха), холодныя конечности, утолщеніе концевыхъ фалангъ пальцевъ (пальцы въ видѣ барабанныхъ палочекъ), крючкообразно изогнутые ногти, малый пульсъ.—Дѣти, страдающія суженіемъ устья легочной артеріи, большею частью не достигаютъ совершеннолѣтія; часто осложненіе чахоткой.

Діагнозъ ставится на основаніи рѣзкаго ціаноза и физическихъ явленій.

При леченіи слѣдуетъ стремиться къ укрѣпленію отставшихъ въ своемъ развитіи дѣтей посредствомъ тщательно приспособленнаго къ каждому отдѣльному случаю питанія, назначенія рыбьяго жира и желѣза и самаго заботливаго предохраненія дѣтей отъ всякихъ вредныхъ воздѣйствій. Въ случаѣ усиливающагося разстройства компенсаціи слѣдуетъ испытать наперстянку. См. также главу объ общей терапіи болѣзней сердца.

15. Комбинированные (сложные) пороки клапановъ.

Наиболѣе частыя сочетанія пороковъ отдѣльныхъ клапановъ, напр. комбинація пороковъ двустворчатой заслонки съ недостаточностью трехстворчатой заслонки, были упомянуты уже выше. При сочетаніи различныхъ пороковъ противоположныя симптомы могутъ взаимно уничтожаться; такъ, при сочетаніи только что упомянутыхъ пороковъ сердца отсутствуетъ усиленіе 2-го тона на легочной артеріи. Діастолическимъ шумамъ всегда слѣдуетъ придавать большее діагностическое значеніе.

Леченіе пороковъ клапановъ. Больные съ компенсированными пороками сердечныхъ клапановъ должны избѣгать физическаго и умственнаго переутомленія; занятія спортомъ, утомительную гимнастику, холодныя купанья на открытомъ воздухѣ слѣдуетъ запретить. Напротивъ, съ цѣлью дальнѣйшаго укрѣпленія мышцы сердца часто показаны методическія «*Terrainkuren*» по Оертелю (*Baden-Baden, Reichenhall, Bozen, Meran*), осторожная гимнастика мышцъ и массажъ. Тепловатыя ванны также оказываютъ благопріятное вліяніе. Пища должна быть легковаримой, но вмѣстѣ съ тѣмъ питательной; обыкновенно слѣдуетъ запретить спиртные напитки, табакъ, кофе; впрочемъ лицамъ, привыкшимъ къ употребленію спиртныхъ напитковъ и къ куренію, можно позволить и то, и другое въ умѣренной степени. Точно также и ограниченіе количества вводимыхъ жидкостей не должно быть проводимо слишкомъ сурово, можно разрѣшить $\frac{1}{2}$ —2 литра воды въ день. Важно слѣдить за правильнымъ опорожненіемъ кишечника. Полезно время отъ времени леченіе углекислыми ваннами на водахъ (*Nauheim, Kissingen,*

Номбург). Если при покоѣ не замѣчается никакихъ разстройствъ, но таковыя появляются уже при малѣйшемъ тѣлесномъ напряженіи, то умѣстны осторожная гимнастика, углекислыя ванны и время отъ времени прикладываніе пузыря со льдомъ на область сердца.

При порокахъ сердца съ разстройствомъ компенсаціи: полный покой въ постели, легкая пища (молоко, молочныя блюда, яйца, зелень). Особенное вниманіе слѣдуетъ обратить на симптоматическое леченіе разстройствъ со стороны легкихъ или пищеварительнаго тракта. Относительно дальнѣйшаго леченія, особенно примѣненія наперстянки и замѣняющихъ ее средствъ см. главу объ общей терапіи болѣзней сердца (см. выше).

16. Хроническій перикардитъ

развивается изъ острой, преимущественно ревматической формы перикардита или присоединяется къ бугорчаткѣ или воспаленію сосѣднихъ органовъ; кромѣ того встрѣчается при болѣзняхъ крови и при общихъ заболѣваніяхъ.

Главные симптомы. Увеличеніе сердечной тупости, какъ при остромъ перикардитѣ. Верхушечный толчокъ лежитъ большею частью внутри области притупленія. Сердечные тоны обыкновенно чистые, глухіе, слышны какъ будто въ отдаленіи; обыкновенно выслушивается перикардіальный шумъ тренія. Довольно часто наблюдается сердечный горбъ. Пульсъ полный, при разстройствѣ компенсаціи и при пораженіи мышцы сердца—малый, мягкій, неправильный, иногда учащенный. Чувство тяжести въ области сердца, иногда застойныя явленія и симптомы давленія на сосѣдніе органы, какъ при остромъ перикардитѣ; иногда повышение температуры. При рентгеноскопіи тѣ же явленія, какъ при остромъ перикардитѣ.

Діагнозъ. Объ отличіи перикардіальныхъ шумовъ тренія отъ внѣперикардіальныхъ, а также объ отсутствіи увеличенія абсолютной сердечной тупости см. главу объ остромъ перикардитѣ. Характерная большею частью форма тупости, наличность чистыхъ, глухихъ тоновъ сердца и перикардіального шума тренія позволяютъ отличить хроническій перикардитъ отъ пороковъ клапановъ. При водянкѣ сердечной сумки (см. ниже *hydropericardium*) наперстянка большею частью ведетъ къ уменьшенію количества жидкости между тѣмъ какъ при хроническомъ перикардитѣ этого обыкновенно не наблюдается; при первой, кромѣ того, жидкость, добытая путемъ прокола, обыкновенно бываетъ прозрачной и имѣетъ низкій удѣльный вѣсъ, при хроническомъ же перикардитѣ она мутна, содержитъ фибринъ, имѣетъ высокій удѣльный вѣсъ, а при бугорчаткѣ сердечной сумки часто бываетъ кровянистой.

Леченіе. Постельное содержаніе, пузырь со льдомъ на область сердца, при ревматическомъ перикардитѣ—*natr. salicyl.*, при разстройствѣ компенсаціи—наперстянка, также мочегонныя, возбуждающія средства. Подробности о леченіи см. въ главѣ объ остромъ перикардитѣ (стр. 66) и въ главѣ объ общей терапіи болѣзней сердца (стр. 59 и сл.).

Добавление.

При срощениях сердечной сумки (*syneschiaе pericardii*) часто наблюдается систолическое втягивание грудной стѣнки на мѣстѣ верхушечнаго толчка; впрочемъ самъ по себѣ этотъ признакъ не можетъ считаться доказательнымъ. При срощенияхъ между сердечной сумкой и клѣтчаткой, расположенной позади грудины или въ средостѣнии (*mediastino-pericarditis fibrosa*) можетъ наблюдаться систолическое втягиваніе реберъ и межреберныхъ промежутковъ, равно какъ ослабленіе пульса при глубокомъ вдохѣ. Но и эти симптомы не являются патогномоничными.

17. Hydropericardium

большую частью служитъ частнымъ явленіемъ общей водянки и довольно часто сопровождается грудной водянкой. Физическія явленія такія же, какъ при хроническомъ перикардитѣ, за исключеніемъ перикардiальнаго шума тренія. Въмѣстѣ съ тѣмъ имѣются и другіе признаки водянки. О дальнѣйшихъ различіяхъ см. главу о хроническомъ перикардитѣ. При рентгеноскопіи наблюдаются тѣ же явленія, какъ при хроническомъ перикардитѣ.

Леченіе. Обратитъ вниманіе на основное страданіе. Проколъ и высасываніе водяночной жидкости.

18. Haemopericardium.

Скопленіе крови въ сердечной сумкѣ можетъ произойти вслѣдствіе раненія и разрыва сердца, вслѣдствіе разрыва аневризмы аорты или вѣнечныхъ артерій. Имѣются признаки внутренняго кровотеченія.

19. Pneumopericardium.

Воздухъ можетъ попасть въ сердечную сумку при раненіяхъ, при вскрытіи легочной каверны, рака желудка или пищевода. Обыкновенно кромѣ воздуха въ сердечной сумкѣ имѣется также гной. Въмѣсто сердечной тупости получается тимпаническій звукъ, исчезающій при увеличеніи выпота. Измѣненія перкуторнаго звука при перемѣнѣ положенія больного. Металлическій оттѣнокъ сердечныхъ токовъ, иногда также шумъ плеска или совпадающій съ токами сердца «шумъ мельничнаго колеса», часто одышка и коллапсъ. Леченіе — симптоматическое.

5 группа. Заболѣванія сердца съ преобладаніемъ субъективныхъ разстройствъ и ускоренія сердечной дѣятельности надъ данными физическаго изслѣдованія.

20. Нервное сердцебіеніе (*Palpitatio cordis*)

нерѣдко какъ частное явленіе неврастеніи и истеріи, затѣмъ при анеміи и хлорозѣ, рефлекторно при заболѣваніяхъ органовъ брюшной полости, далѣе вслѣдствіе физическаго или умственнаго переутомленія, онанизма, отравленій (табакъ, кофе), душевныхъ волненій.

Главные симптомы. Ненормальныя ощущенія въ области сердца, большую частью связанныя съ сердцебіеніемъ. Обыкновенно замѣчается усиленіе и ускореніе сердечной дѣятельности; рѣже дѣятельность сердца остается безъ измѣненій. Въмѣстѣ съ тѣмъ часто чувство тоски и удушья. Иногда такое состояніе продолжается долго, но чаще оно наступаетъ въ видѣ приступовъ, преимущественно послѣ душевныхъ волненій. Объективно большую частью отсутствіе увеличенія сердечной тупости, тоны сердца чистые. Иногда случайный систолическій шумъ и акцентъ на 2-мъ тонѣ аорты или легочной артеріи. Пульсъ то все время учащенный, то рѣзко мѣняется въ своей частотѣ, особенно послѣ душевныхъ волненій частый, рѣже сильно замедленный (нервная брадикардія). Ритмъ пульса можетъ также представлять различныя измѣненія. Иногда однако свойства пульса остаются совершенно нормальными. Часто наблюдаются

сосудодвигательныя разстройства, ограниченная краснота или блѣдность различныхъ участковъ кожи въ связи съ различными ненормальными ощущеніями въ этихъ частяхъ, сильное покраснѣніе или поблѣднѣніе лица. Наконецъ въ качествѣ важнаго діагностическаго признака—симптомы неврастеніи или истеріи, напр. повышеніе кожныхъ и сухожильныхъ рефлексовъ.

Діагнозъ. Отсутствіе объективныхъ явленій со стороны сердца, измѣнчивость свойствъ пульса, зависимость ея отъ психическихъ вліяній, признаки общаго заболѣванія нервной системы,—все это помогаетъ отличить нервное сердцебіеніе отъ органическихъ заболѣваній сердца, особенно отъ склероза вѣнечныхъ артерій съ припадками стенокардіи, отъ міокардита и эндокардита.

Лечение. Главную роль играетъ лечение общаго состоянія больного, преимущественно воздѣйствіе на его психику. Далѣе слѣдуетъ устранить всѣ вредные моменты (умственное переутомленіе, половыя излишества, злоупотребленіе табакомъ, кофе и алкоголемъ). При анеміи и хлорозѣ—желѣзо, хорошее питаніе. Кромѣ того слѣдуетъ обратить вниманіе на устраненіе сидячаго образа жизни и на правильное опорожненіе кишечника. Гидропатическое лечение неврозовъ сердца имѣетъ большое значеніе и отчасти совпадаетъ съ леченіемъ общей неврастеніи. Вначалѣ примѣняются осторожно слабо дѣйствующія процедуры: сухія обертыванія трехъ четвертей тѣла въ продолженіе $\frac{1}{2}$ —1 часа, теплыя (но не горячія) ванны въ 34 — 36° , продолжительностью въ $\frac{1}{2}$ —1 часъ. Затѣмъ переходятъ къ ежедневнымъ прохладнымъ частичнымъ обтираніямъ или къ прохладнымъ полуваннамъ (34 — 25°), иногда съ прибавленіемъ разсола или сосноваго экстракта. Во многихъ случаяхъ благоприятное дѣйствіе оказываютъ сухія обертыванія съ примѣненіемъ охлаждающаго аппарата для затылка. Углекислыя ванны не всегда переносятся хорошо; поэтому слѣдуетъ соблюдать осторожность при примѣненіи ихъ.

21. Пароксизмальная тахикардія.

Припадки наступаютъ либо послѣ чрезмѣрныхъ тѣлесныхъ напряженій или душевныхъ волненій, либо безъ всякаго замѣтнаго повода и наблюдаются то у нервныхъ лицъ безъ ясныхъ измѣненій въ сердцѣ, то у сердечныхъ больныхъ (міокардитъ, пороки клапановъ, склерозъ вѣнечныхъ артерій).

Главные симптомы. Приступы ускоренной или усиленной дѣятельности сердца, продолжающіеся отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ часовъ, рѣже цѣлыми днями. Во время приступа частота пульса достигаетъ 160 — 200 ударовъ въ минуту, пульсъ большею частью полный, въ началѣ и въ концѣ припадка довольно часто неправильный. Сердечная тупость не увеличена, но иногда наблюдается временное расширеніе сердца; тоны сердца большею частью чистые, иногда выслушиваются случайные систолическіе шумы; на высотѣ приступа тоны сердца часто пріобрѣтаютъ одинаковый характеръ и отдѣляются другъ отъ друга одинаковой паузой (эмбриокардія). Довольно часто наблюдается одышка

(вздутие легких), чувство стѣсненія въ груди, застойныя явленія, покраснѣніе или поблѣднѣніе лица.

Діагнозъ. Несмотря на различную этиологію, приступы тахикардіи настолько идентичны, что картина болѣзни можетъ быть признана однородной. Діагнозъ ставится на основаніи указанныхъ выше характерныхъ признаковъ.

Лечение. Во время припадка—покой, пузырь со льдомъ на область сердца, при сильныхъ боляхъ—морфій. Если у больного имѣется органическое заболѣваніе сердца, то при угрожающей несостоятельности сердца слѣдуетъ прибѣгнуть къ наперстянкѣ, равно какъ къ камфорѣ или эфиру. Съ цѣлью предотвратить приступы тахикардіи слѣдуетъ запретить чрезмѣрные тѣлесныя напряженія и душевныя волненія и назначить препараты брома:

Rp. Sol. Natrii bromati 20,0 : 200,0. D. S. По столовой ложкѣ на ночь.
Rp. Natrii jodat. 3,0, Natrii bromat. 5,0, Aq. destillat. 10,0. M. D. S.
3 раза въ день по 20 капель въ водѣ или молокѣ.

Гидротерапевтическія процедуры, какъ при *palpitatio cordis* (см. выше).—Приступы тахикардіи протекаютъ обыкновенно благопріятно; при наличности органическаго страданія сердца можетъ однако наступить смерть вслѣдствіе упадка дѣятельности сердца.

22. (Неврастеническая) ложная грудная жаба (*pseudo-angina pectoris*)

встрѣчается въ видѣ чистаго невроза безъ явныхъ измѣненій въ сердцѣ и въ сосудахъ, особенно при неврастении и истеріи; чаще всего поводомъ къ ложной грудной жабѣ служатъ душевныя волненія, а также отравленія (табакъ, кофе, алкоголь).

Главные симптомы. Внезапно появляющійся приступъ боли въ области сердца, которая, какъ при истинной грудной жабѣ, часто отдаетъ въ сосѣднія части и въ лѣвую руку. Въ сердцѣ большею частью не находятъ измѣненій, иногда наблюдаются однако увеличеніе сердечной тупости (расширеніе сердца) и случайныя шумы. Пульсъ то безъ измѣненій, то учащенный и неправильный. Блѣдность кожи, холодныя конечности. Послѣ приступа часто выдѣляется обильное количество свѣтлой мочи (*urina spastica*). Иногда наблюдаются нѣкоторые признаки психическаго возбужденія, безпокойство, галлюцинаціи. Продолжительность припадка—иногда нѣсколько часовъ, въ общемъ больше, чѣмъ при истинной грудной жабѣ.

Діагнозъ ложной грудной жабы слѣдуетъ ставить только въ томъ случаѣ, если можно исключить болѣзненные измѣненія въ сердцѣ, равно какъ артеріосклерозъ, и если, съ другой стороны, имѣются другіе признаки неврастении и истеріи. При ожирѣніи сердца также могутъ наблюдаться очень сходные припадки.—Обыкновенно однако при органическомъ заболѣваніи сердца приступы грудной жабы отличаются меньшей продолжительностью.

Лечение. Во время приступа—покой, пузырь со льдомъ на область сердца, морфій, вдыханіе амилнитрита (см. ниже главу о бронхі-

альной астмѣ и главу объ истинной грудной жабѣ). Психическое, физическое и діететическое леченіе въ специальныхъ санаторіяхъ. Благопріятное вліяніе оказываютъ гидротерапевтическія процедуры (см. выше главу о нервномъ сердцебіеніи).

23. Истинная грудная жаба (*angina pectoris vera, stenocardia*)

наблюдается чаще всего при заболѣваніяхъ клапановъ аорты, склерозѣ и суженіи вѣнечныхъ артерій, затѣмъ при міокардитѣ, ожирѣніи сердца и порокахъ сердечныхъ клапановъ.

Главные симптомы. Приступы сильнѣйшей боли въ области сердца, сопровождающіеся чувствомъ невыразимой тоски. Боль иррадируетъ отъ лѣваго края грудины въ сосѣднія части тѣла, въ лѣвое плечо и въ лѣвую руку, а иногда въ обѣ руки и ноги. Выраженіе сильнѣйшей тоски на лицѣ, блѣдный цвѣтъ кожи, холодный потъ, удушье. Пульсъ учащенный, неправильный. Припадки наступаютъ чаще послѣ тѣлесныхъ напряженій или послѣ ѣды, рѣже вслѣдствіе душевныхъ волненій, но иногда они появляются безъ всякаго повода, напр. во время сна. Продолжительность припадковъ нѣсколько минутъ, рѣже нѣсколько часовъ, но все же въ общемъ меньше, чѣмъ при чисто нервной формѣ грудной жабы. Часто наблюдаются рецидивы; иногда во время припадковъ стенокардіи наступаетъ *exitus letalis*.

Діагнозъ типичнаго приступа не представляетъ затрудненій. Измѣненія въ сердцѣ и въ сосудахъ отличаютъ истинную грудную жабу отъ неврастенической формы. Послѣдняя возникаетъ преимущественно на почвѣ душевныхъ волненій, и приступы при ней большею частью отличаются большею продолжительностью.

Леченіе Во время припадковъ позаботиться о притоцѣ свѣжаго воздуха, дать вдыхать амилнитритъ.

Rp. Amylii nitrosi 5,0. D. S. Во время припадковъ накапать 5 капель на платокъ и дать вдыхать.

Rp. Spirit. aether. nitrosi, Amylii nitrosi aa 5,0. M. D. S. Во время припадковъ накапать 5 капель на платокъ и вдыхать.

Кромѣ того во время припадковъ стенокардіи прибѣгаютъ къ азотистокислому натрію и нитроглицерину, которые впрочемъ должны прописываться съ большою осторожностью въ виду непріятнаго побочнаго дѣйствія.

Rp. Sol. Natrii nitrosi 1,0:100,0. D. S. По чайной ложкѣ 4 раза въ день.

Rp. Trochisci nitroglycerini (0,0005). 12. D. S. По 1 — 2 таблетки въ день.

Часто хорошо дѣйствуетъ іодистый калий:

Rp. Sol. Kalii jodati 8,0:200,0. D. S. По столовой ложкѣ 3 раза въ день.

Иногда облегченіе приноситъ только морфій (0,01—0,02 подъ кожу). Въ случаѣ болѣ легкаго приступа — теплые компрессы на область сердца, горчичники на конечности, при упадкѣ силъ — возбуждающія средства: камфора, эфиръ, вино. Съ цѣлью предупрежденія припадковъ грудной

жабы слѣдуетъ избѣгать душевныхъ волненій, тѣлесныхъ напряженій, простуды, чрезмѣрной тѣды. Въ качествѣ профилактической мѣры — препараты брома, электризація постояннымъ токомъ (анодъ на грудь, катодъ на 7-й шейный позвонокъ). — Кромѣ того леченіе основного страданія.

24. Ожирѣніе сердца. (Сердечныя разстройства вслѣдствіе общаго ожирѣнія).

Ожирѣніе сердца въ тѣсномъ смыслѣ слова, т. е. обростаніе сердца жиромъ и проростаніе сердечной мышцы жировой тканью, представляетъ частное явленіе общаго ожирѣнія, тучности (см. соотв. главу). Къ такому ожирѣнію можетъ затѣмъ присоединиться жировое перерожденіе міокардія, обуславливающее появленіе такихъ же симптомовъ, какіе описаны при хроническомъ міокардитѣ (см. выше). Слѣдуетъ различать болѣе легкую степень ожирѣнія — простое обростаніе сердца жиромъ безъ органическихъ измѣненій самого сердца и болѣе тяжелую форму, сопровождающуюся заболѣваніемъ сердечной мышцы или сосудовъ сердца (дряблость, расширеніе сердца, атероматозъ аорты, склерозъ вѣнечныхъ артерій). — Кромѣ того бываетъ еще первичное жировое перерожденіе сердца, наблюдаемое при отравленіяхъ (фосфоромъ, хлороформомъ, мышьякомъ), худосочіи (чахотка, ракъ) и болѣзняхъ крови.

Главные симптомы. Одышка и сердцебиеніе даже при малѣйшемъ тѣлесномъ напряженіи, явленія общаго ожирѣнія. Физическое изслѣдованіе сердца затруднено вслѣдствіе сильнаго отложенія жира: увеличеніе сердечной тупости, преимущественно вправо (расширеніе сердца), слабые тоны сердца, часто съ перебоями; верхушечный толчокъ плохо или вовсе не прощупывается. Пульсъ малый, мягкій, часто неправильный, иногда замедленный, обыкновенно учащенный. — Въ дальнѣйшемъ теченіи — приступы сердечной астмы, стенокардіи, также Cheyne-Stokes'овское дыханіе, приступы головокруженія, водянка.

Діагнозъ большею частью трудно, а часто даже невозможно поставить. На основаніи одного только объективнаго изслѣдованія точно также нерѣдко трудно рѣшить, зависятъ ли наблюдаемыя явленія отъ ожирѣнія сердца, хроническаго міокардита или склероза вѣнечныхъ артерій. Преобладаніе указанныхъ выше разстройствъ, свойства пульса и общее ожирѣніе позволяютъ высказаться за ожирѣніе сердца.

Леченіе въ общемъ совпадаетъ съ леченіемъ общаго ожирѣнія (см. соотв. главу). Слѣдуетъ стремиться къ укрѣпленію сердца путемъ методическихъ мышечныхъ упражненій (гимнастика, восхожденіе на горы). Далѣе слѣдуетъ избѣгать слишкомъ рѣзкаго измѣненія діеты. Гидротерапевтическія процедуры, играющія большую роль при леченіи общаго ожирѣнія, находятъ себѣ примѣненіе также и при ожирѣніи сердца, но при условіи соблюденія особаго мѣръ предосторожности и при постоянномъ контролѣ за дѣятельностью сердца; вначалѣ ограничиваются сухими обертываніями или тепловатыми ваннами, затѣмъ переходятъ къ разсолнымъ и углекислымъ ваннамъ, равно какъ къ непродолжительному потѣнію при закутываніи всего тѣла. При сердечной слабости и одышкѣ рекомендуется энергичное примѣненіе тепла (мѣшокъ съ водой въ 48 — 50° на область сердца). Леченіе водами глауберовой соли въ Карлебадѣ, Мариенбадѣ, Франценсбадѣ, Tarasp-Schuls и источни-

ками поваренной соли въ Наугеймѣ, Киссингенѣ, Гомбургѣ.—Дальнѣйшія подробности см. въ главѣ объ общей терапіи болѣзней сердца.

25. Сердечная слабость вслѣдствіе дилатаціи (функціональная слабость сердечной мышцы)

встрѣчается преимущественно въ молодомъ возрастѣ послѣ чрезмѣрныхъ тѣлесныхъ напряженій, при золотухѣ, хлорозѣ, анеміи, послѣ инфекціонныхъ болѣзней.

Главные симптомы. Одышка, чувство стѣсненія въ груди, малый, часто неправильный пульсъ, еще болѣе слабѣющій послѣ тѣлесныхъ напряженій; въ то же время наблюдается усиленіе и распространеніе верхушечнаго толчка (т. назыв. симптомъ Martius'a). Большею частью не замѣчается увеличенія сердечной тупости, тоны сердца чистые и глухіе, иногда выслушиваются случайные шумы и ритмъ галопа. Заболѣваніе нерѣдко сопровождается конституціональной альбуминурией.

Діагнозъ. Контрастъ между слабымъ пульсомъ и усиленнымъ верхушечнымъ толчкомъ при тѣлесныхъ напряженіяхъ. Молодой возрастъ больныхъ. Обратитъ вниманіе на этиологію.

Леченіе. Соблюденіе покоя, запрещеніе чрезмѣрныхъ тѣлесныхъ напряженій, леченіе основного страданія, рыбій жиръ, желѣзо. См. главы о золотухѣ и анеміи.

Зобное сердце, Базедова болѣзнь см. въ главѣ о болѣзняхъ щитовидной железы.

6 группа. Заболѣванія сердца, характеризующіяся большею частью притупленіемъ и пульсацией выше области сердца, равно какъ измѣненіями на рентгенограммѣ, а часто также ненормальными шумами и отклоненіями въ свойствахъ пульса.

26. Аневризма аорты.

Практическое значеніе имѣютъ лишь аневризмы восходящей части и дуги аорты. Этиологія: чаще всего сифилисъ, затѣмъ артеріосклерозъ, травмы, тѣлесныя напряженія.

Главные симптомы болѣе или менѣе крупной аневризмы аорты, расположенной вблизи грудины: часто притупленіе на мѣстѣ аневризмы, преимущественно выше сердечной тупости, на верхней части грудины и вправо отъ нея. Позже появляется выпячиваніе соотвѣтственной части грудной клѣтки и ясно ощущаемая и видимая пульсация; довольно часто ощущается также *frémissement cataire*. Грудина узурпируется, мягкія части атрофируются; появляются изъязвленія, которыя въ концѣ-концовъ приводятъ къ вскрытію аневризмы наружу. Данные аускультации различны: то выслушиваются чистые тоны сердца, то систолическій шумъ и довольно часто, при одновременной недостаточности клапановъ аорты, проведенный діастолическій шумъ. Вслѣдствіе сдавленія или смѣщенія артерій могутъ произойти существенныя измѣненія въ свойствахъ пульса: чаще всего наблюдается разница пульса въ одной лучевой артеріи по сравненію съ другой (запаздываніе и ослабленіе пульса); признакъ этотъ указываетъ на аневризму дуги аорты; запаздываніе пульса въ обѣихъ сонныхъ и въ обѣихъ лучевыхъ артеріяхъ по сравненію съ верхушечнымъ толчкомъ указываетъ на аневризму восходящей части аорты.—Еще болѣе важное діагностическое значеніе, чѣмъ всѣ перечисленныя

выше данныя физическаго изслѣдованія, имѣетъ рентгеноскопія, которая должна быть предпринята при малѣйшемъ подозрѣніи объ аневризмѣ аорты. На верхней границѣ сердечной тѣни посрединѣ грудной клѣтки видна расположенная сбоку, рѣзко отграниченная, пульсирующая тѣнь, величина которой различна въ зависимости отъ величины аневризмы.—При передачѣ пульсаціи трахеѣ и гортани ощущается при отклоненіи головы назадъ кратковременное смѣщеніе щитовиднаго хряща внизъ при каждой систолѣ сердца (признакъ Oliver'a). При давленіи аневризмы на возвратный нервъ можетъ появиться охриплость, при давленіи на бронхи—одышка, при давленіи на пищеводъ—затрудненіе глотанія, при давленіи на нервные стволы—различнаго рода невралгій (напр., межреберная невралгія), при давленіи на вены—расширеніе венъ, отеки и т. п.—Иногда аневризма вызываетъ лишь такія же субъективныя разстройства и разстройства кровообращенія, какъ заболѣваніе сердца, и только рентгеноскопія открываетъ намъ истинную природу заболѣванія.—Вообще субъективныя разстройства, особенно вначалѣ, бываютъ весьма неопредѣленными.

Аневризма восходящей части аорты при значительной величинѣ ея обуславливаетъ большею частью появленіе выпячиванія слѣва возлѣ позвоночника на уровнѣ 8-го грудного позвонка и, вслѣдствіе оказываемаго ею давленія, причиняетъ сильныя боли. Аневризма брюшной аорты причиняетъ боли въ спинѣ и въ животѣ и ведетъ къ запорамъ и рвотѣ; кромѣ того въ подложечной области появляется сильно пульсирующая опухоль.

Ростъ аневризмы происходитъ неодинаково быстро; заболѣваніе можетъ тянуться многіе годы. Смертельный исходъ обуславливается вскрытіемъ аневризмы наружу, въ бронхи, въ пищеводъ или въ сердечную сумку. Но смерть можетъ наступить и помимо разрыва аневризматическаго мѣшка отъ сдавленія трахеи и бронховъ, отъ асфиксіи и худосочія.

Діагнозъ. Такіе же признаки опухоли и сдавленія органовъ могутъ быть обусловлены новообразованиями средостѣнія (см. соотв. главу). Но послѣднія не даютъ такой общей пульсаціи, какъ аневризма, а обнаруживаютъ въ крайнемъ случаѣ проведенную, болѣе слабую пульсацію въ вертикальномъ направленіи. Въ такихъ случаяхъ очень большое діагностическое значеніе имѣетъ рентгеноскопія; послѣдняя важна и для отличія аневризмы отъ недостаточности клапановъ аорты, такъ какъ и при аневризмѣ нерѣдко выслушивается (проведенный) діастолическій шумъ на верхней части грудины. Далѣе притупленіе на верхней части грудины и пульсація во 2-мъ межреберномъ промежуткѣ справа можетъ наблюдаться при простомъ расширеніи восходящей части аорты; въ такихъ случаяхъ рѣшительное слово также принадлежитъ рентгеноскопіи. Иногда аневризма аорты скрывается за упорнѣйшей межреберной невралгіей.—Если аневризматическій мѣшокъ выполненъ сгустками крови, то шумы могутъ отсутствовать.

Леченіе. Если причиной аневризмы, какъ это бываетъ въ большинствѣ случаевъ, является сифилисъ, то слѣдуетъ тотчасъ провести энергичное противосифилитическое леченіе, иногда ведущее къ замѣтному улучшенію. Подкожныя впрыскиванія желатины (10% *gelatina sterilisata*

pro injectione Merck въ стеклянныхъ трубочкахъ по 40 грм.) обладаютъ сомнительнымъ дѣйствіемъ. Другіе методы, стремящіеся къ образованію свертковъ крови, вродѣ гальванопунктуры аневризматическаго мѣшка, въ настоящее время совершенно оставлены вслѣдствіе вызываемыхъ ими опасныхъ осложнений. Въ большинствѣ случаевъ приходится ограничиваться симптоматическимъ и палліативнымъ леченіемъ *). Больной долженъ избѣгать чрезмѣрныхъ тѣлесныхъ напряженій и душевныхъ волненій, обильной ѣды и запоровъ. Противъ болей и невралгій подкожныя впрыскиванія морфія. Если у больного наблюдается уже выпячивающаяся наружу опухоль, то можно специально приспособленнымъ и хорошо выстланнымъ бандажомъ, оказывающимъ легкое давленіе на аневризму, достигнуть нѣкотораго облегченія мучительнаго чувства тяжести и ослабленія субъективныхъ разстройствъ. Пузырь со льдомъ въ такихъ случаяхъ не слѣдуетъ примѣнять, такъ какъ холодъ способствуетъ некрозу кожи и вскрытію аневризмы наружу.

Добавленіе.

Заболѣванія кровеносныхъ сосудовъ.

27. Артеріосклерозъ (Endarteriitis chron. deformans) и атероматозъ аорты (Endaortitis chronica).

Артеріосклерозъ представляетъ болѣзнь, свойственную преимущественно лицамъ пожилого возраста и мужского пола и обусловленную цѣлымъ рядомъ вредныхъ вліяній. Въ этиологіи его играютъ важную роль умственное и физическое переутомленіе, психическія вліянія, плохое или неправильное питаніе, чрезмѣрное потребленіе мяса, злоупотребленіе алкоголемъ, табакомъ, болѣзни обмена веществъ (подагра, діабетъ), инфекціонныя болѣзни (сифилисъ), отравленія (свинцомъ), хроническій нефритъ. Тѣмъ не менѣе непосредственная причина заболѣванія остается невыясненной. Измѣненія особенно рѣзко выражены въ интимѣ сосудовъ, въ которой наблюдаются болѣе или менѣе обширныя разращенія и исчезновеніе эластическихъ волоконъ. Въ дальнѣйшемъ пораженныя мѣста подвергаются жировому перерожденію или обызвѣствленію. Особенно часто поражаются восходящая часть и дуга аорты.

Главные симптомы. Периферическія артеріи при склерозѣ становятся извилистыми, твердыми, иногда бугристыми на-ощупь. Пульсъ бываетъ различный, большею частью твердый и вялый (tardus). Кровяное давленіе повышено. Однако на основаніи артеріосклеротическихъ измѣненій периферическихъ артерій ни въ коемъ случаѣ нельзя вывести съ положительностью заключеніе о склерозѣ артерій внутреннихъ органовъ, въ частности аорты и вѣнечныхъ артерій; съ другой стороны, можетъ существовать склерозъ послѣднихъ и при отсутствіи измѣненія периферическихъ артерій. Артеріосклеротическія измѣненія могутъ быть обнаружены путемъ рентгеноскопій на поверхностно расположенныхъ артеріяхъ (въ видѣ точечныхъ или полосчатыхъ тѣней въ стѣнкахъ сосудовъ), особенно на arteria tibialis postica при боковомъ просвѣчиваніи голеностопнаго сустава.—При изслѣдованіи сердца часто опредѣляется увеличеніе сердечной тупости вслѣдствіе расширенія желудочковъ или гипертрофіи лѣ-

*) И при аневризмѣ несифилитическаго происхожденія хорошіе результаты даетъ часто продолжительное примѣненіе іодистыхъ препаратовъ. Прим. ред.

ваго желудочка. Последняя наблюдается особенно при поражении преимущественно восходящей части и дуги аорты, т. е. при атероматозѣ аорты. При поражении полулунныхъ клапановъ аорты возникаетъ недостаточность ихъ или суженіе устья аорты съ обычными для нихъ симптомами; въ другихъ случаяхъ образуется расширение начальной части аорты, сопровождающееся притупленіемъ на верхней части грудины и пульсаціей во 2-мъ межреберномъ промежуткѣ справа. Физическими признаками атероматоза аорты являются нечистый первый тонъ и усиленіе, а иногда металлическій оттѣнокъ 2-го тона аорты. При склерозѣ вѣнечныхъ артерій или при суженіи ихъ устья въ стѣнкѣ аорты, у больного развиваются тяжелые приступы грудной жабы и сердечной астмы. Нерѣдко наблюдается также расстройство сердечнаго ритма: неправильный, неравномерный, иногда учащенный, но большею частью замедленный пульсъ. Рѣзкое замедленіе пульса (брадикардія) до 20—30 ударовъ въ минуту сопровождается иногда приступами, напоминающими обморокъ и апоплексію, одышкой или остановкой дыханія. (Этотъ такъ назыв. симптомокомплексъ Adams Stokes'a, при которомъ наблюдается раздѣльное сокращеніе предсердій и желудочковъ, обусловленъ, вѣроятно, расстройствомъ проводимости раздраженія съ предсердій на желудочки вслѣдствіе пораженія атриовентрикулярнаго пучка His'a). — Далѣе въ качествѣ симптомовъ артеріосклероза внутреннихъ органовъ слѣдуетъ указать на кровоизліяніе въ мозгъ и эмболию мозга, головную боль, головокруженіе, явленія, напоминающія невралгенію; сморщенную и застойную почку; эмболию почки, съ гематуріей; расстройства со стороны желудочно-кишечнаго канала; невралгіи, перемежающуюся хромоту вслѣдствіе затрудненнаго притока крови къ мышцамъ нижней конечности (*claudicatio intermittens* или *dysbasia angiosclerotica*).

Діагнозъ. Указанные выше симптомы позволяютъ отличить артеріосклерозъ отъ чистыхъ неврозовъ сердца; тяжелые приступы грудной жабы, измѣненія со стороны сердца, склерозъ периферическихъ артерій и альбуминурия — все это говоритъ за склерозъ вѣнечныхъ артерій. Отличіе послѣдняго заболѣванія отъ хроническаго міокардита и ожирѣнія сердца не всегда возможно.

Леченіе. Избѣгать тѣлесныхъ напряженій побольше движеній на свѣжемъ воздухѣ, соблюдать умѣренность въ пищѣ (поменьше мяса, побольше молока, фруктовъ, зелени), воздерживаться отъ спиртныхъ напитковъ, куренія и кофе, заботиться объ опорожненіи кишечника безъ натуги. Весьма благоприятное вліяніе оказываютъ препараты іода, которые слѣдуетъ принимать въ продолженіе долгаго времени.

Rp. Sol. Natrii jodati 3,0:200,0. D. S. По столовой ложкѣ 3 раза въ день.—Точно также прописывается іодистый калий.

Rp. Sajodin. 0,5, D. tal. dos. Nr. 20. D. S. По 1 порошку (или по 1 таблеткѣ) 3 раза въ день послѣ ѣды.

Rp. Jodipini (10%) 100,0. D. S. По чайной ложкѣ 3 раза въ день.

Леченіе припадковъ стенокардіи см. стр. 79, леченіе недостаточности сердца см. стр. 59. Во многихъ случаяхъ умѣстно осторожное примѣненіе гидротерапіи. Сначала ограничиваются сухими обертываніями трехъ четвертей тѣла и частичными теплыми обтираніями съ переменн- ной температурой воды; позже переходятъ къ прохладнымъ частичнымъ обмываніямъ, полуваннамъ и наконецъ къ разсолнымъ и углекислымъ ваннамъ. При этомъ всегда слѣдуетъ заботиться объ охлажденіи головы (см. главу объ общей терапіи болѣзней сердца).

Изъ другихъ заболѣваній артерій слѣдуетъ упомянуть сифилитическое заболѣваніе восходящей части аорты и вѣнечныхъ артерій, вызывающее такія же явленія, какъ склерозъ, и сифилитическое пораженіе артерій мозга. При энергичномъ противосифилитическомъ леченіи болѣзненные явленія отчасти исчезаютъ; часто необходимо кромѣ того давать наперстянку.—Далѣе воспалительныя заболѣванія артерій наблюдаются при нѣкоторыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ; особую форму представляетъ *periarteriitis nodosa*, проявляющаяся въ видѣ узловатыхъ утолщеній стѣнокъ сосудовъ и большею частью оканчивающаяся смертью. Далѣе слѣдуетъ упомянуть о воспаленіи артерій, обусловленномъ болѣзненными процессами въ окружающихъ тканяхъ, о суженіи и закупоркѣ артерій вслѣдствіе тромбоза (артеріосклерозъ, сифилисъ и другія инфекціонныя болѣзни, напр. брюшной тифъ) и эмболии (подробности см. при болѣзняхъ отдѣльныхъ органовъ). Леченіе зависитъ отъ основного страданія; при остромъ артериитѣ во время инфекціонныхъ болѣзней—возвышенное положеніе члена, полный покой, согрѣвающие компрессы или примочки съ свинцовой водой:

Rp. Aq. plumbi 200,0. D. S. Для примочекъ.

Заболѣванія вень. Флебитъ и тромбозъ присоединяются большею частью къ воспаленію стѣнокъ вень во время инфекціонныхъ болѣзней (тифъ), послѣродовыхъ заболѣваній, при худосочіи (марантической тромбозъ) и послѣ поврежденій. Немаловажное значеніе имѣетъ при тромбозѣ измѣненіе свойствъ состава крови и замедленіе тока крови. Чаше всего наблюдается тромбозъ бедренной вены. Признаками тромбоза являются боли и отеки (при недостаточномъ развитіи коллатеральнаго кровообращенія); часто также удается прощупать тромбъ въ видѣ продолговатаго резистентнаго тяжа *). При наличности зараженныхъ тромбовъ грозитъ опасность гнойнаго распада ихъ и общаго сепсиса; можетъ наступить также легочная эмболия (внезапная смерть въ послѣ- родовомъ періодѣ). Большею частью происходитъ организація и рассасываніе тромба. — Леченіе. Покой, возвышенное положеніе конечности, согрѣвающие компрессы, спиртовые компрессы, пузырь со льдомъ, компрессы съ свинцовой водой; избѣгать массажа. При сильныхъ боляхъ — морфій. — Расширеніе вень (*varices*) наблюдается главнымъ образомъ на нижнихъ конечностяхъ въ области *vena saphena* при беременности, хроническихъ запорахъ, опухоляхъ брюшной полости, при продолжительномъ стояніи на ногахъ; у нѣкоторыхъ лицъ, однако, существуетъ особое предрасположеніе къ варикознымъ расширеніямъ вень (слабость стѣнки вень, клапаннаго аппарата). Кромѣ того наблюдается расширеніе вень прямой кишки (геморрой), яичка, влагалища, пищевода **), вень брюшныхъ стѣнокъ при сдавленіи воротной вены (*caput medusae*). Останавли- ваться на леченіи варикозныхъ расширеній вень здѣсь нѣтъ возможности.

*) Лучше не прибѣгать къ ощупыванію, такъ какъ тромбъ, особенно свѣ- жій, можетъ при этомъ легко оторваться и повести къ опаснымъ явленіямъ, а иногда и къ смертельной эмболии. Прим. ред.

**) Варикозное расширеніе вень пищевода можетъ быть иногда причиной смертельнаго кровотеченія при атрофическомъ циррозѣ печени. Прим. ред.

Болезни носа.

1. Насморкъ (Rhinitis acuta).

Катарральное воспаленіе слизистой оболочки носа наблюдается или въ видѣ самостоятельнаго заболѣванія (простуда, инфекція), или въ качествѣ симптома, особенно при инфекціонныхъ болѣзняхъ (корь, инфлюэнца, скарлатина, дифтерія, саль). Не безъ вліянія остаются также механическія раздраженія (вдыханіе пыли) и отравленія (іодистый насморкъ). Симптомы. Чувство разбитости, иногда головная боль, заложенный носъ, вначалѣ слизистое, а затѣмъ слизисто-гнойное и чисто гнойное отдѣленіе. Осложненія: переходъ катарральнаго воспаленія на придаточныя полости, Евстахіеву трубу, среднее ухо, гортань, бронхи. Иногда наблюдается лихорадочное повышеніе температуры и легкой конъюнктивитъ. Теченіе—благопріятное, болѣзнь проходитъ въ нѣсколько дней, рѣже въ нѣсколько недѣль, довольно часто переходитъ въ хроническую форму. Діагнозъ. Нерѣдко острый насморкъ является начальнымъ симптомомъ кори, инфлюэнцы, скарлатины. У дѣтей дифтерія носа проявляется иногда въ формѣ сильного насморка. У новорожденныхъ насморкъ можетъ служить первымъ проявленіемъ наследственнаго сифиллеса.

Леченіе. Въ тяжелыхъ случаяхъ потогонное леченіе, баня, согревающие компрессы на шею, пребываніе въ чистомъ воздухѣ, запрещеніе куренія. Иногда доставляютъ облегченіе нюхательныя средства и порошки отъ насморка.

Rp. Acid. carbol. 2,5, Spirit. vini 8,0, Liq. ammon. caust. 3,0, Aq. dest. 5,0. M. D. S. Нюхательное средство.

Rp. Menthol. 0,5, Chloroform. puriss. 5,0. M. D. S. Налить 5 капель на руку и поднести ко рту и къ носу.

Rp. Menthol. 0,2, Acid. boric. 0,5, Natr. biborac. 1,5, Sacch. lact. 7,5. M. f. pulv. subtiliss. S. Нюхательный порошокъ.

Rp. Menthol. 0,5, Cocain. hydrochlor. 0,1, Natr. sozojodol. 5,0, Acid. boric. 10,0. M. D. S. Нюхательный порошокъ.

Rp. Menthol. 0,5, Natr. sozojodol. 1,0, Sacch. lact. pulv. ad. 20,0. D. S. Нюхательный порошокъ.

Для предотвращенія осложненій (otitis media) слѣдуетъ избѣгать промываній носа.

2. Сѣнная лихорадка (сѣнная астма).

Цвѣточная пыль нѣкоторыхъ травъ (напр., anthoxantum odoratum) вызываетъ у лицъ, обладающихъ особымъ предрасположеніемъ, сильное вазомоторное и секреторное раздраженіе слизистой оболочки носа. Такимъ образомъ преимущественно во время цвѣтенія травъ и сѣнокоса у лицъ, обладающихъ особымъ предрасположеніемъ, развивается почти каждый разъ сильный насморкъ, часто сопровождающійся конъюнктивитомъ, катарральнымъ воспаленіемъ глотки, ларингитомъ и иногда также приступами астмы и одышки. Часто у такихъ больныхъ находятъ также гипертрофію слизистой оболочки носа или аденоидныя разращенія. Болѣзнь появляется большею частью внезапно и также быстро исчезаетъ. Продолжительность ея 4—8 недѣль.—Леченіе. Въ упорныхъ случаяхъ—морской климатъ (Гельголандъ). Мѣстное леченіе 2—5% рас-

творомъ кокаина: впускать нѣсколько капель въ оба глаза и вводить въ носъ смоченные кокаиномъ тампоны лучше всего съ прибавленіемъ адреналина:

Rp Cocain. hydrochlor. 2,5, Adrenalin. 0,025, Aq. dest. ad. 50,0.
S. Для смазыванія носа и вкапыванія въ глаза.

Далѣе примѣняется растворъ супраренина (1:5000).—Dunbar приготовилъ изъ сыворотки лошадей, иммунизированныхъ путемъ инъекцій поллентоксина, лечебную сыворотку противъ сѣнной лихорадки, поллантинъ, поступающую въ продажу въ видѣ порошка и жидкости. Первый въ небольшомъ количествѣ (съ чечевичное зерно) втягивается въ носъ или водится въ конъюнктивальный мѣшокъ, послѣдняя посредствомъ пипетки наносится въ количествѣ 1 капли на конъюнктиву или вводится по 1—2 капли въ каждый носовой ходъ. Результаты такого леченія не всегда благопріятны.

3. Хроническій катарръ носа (Rhinitis chronica).

Хроническое воспаленіе слизистой оболочки носа развивается или изъ остраго катарра, или на почвѣ длительныхъ вредныхъ вліяній (вдыханіе пыли); кромѣ того наблюдается при золотухѣ и сифилисѣ. Симптомы: гнойное отдѣленіе, гнусавый голосъ, ослабленіе чувства обонянія и вкуса, дыханіе съ открытымъ ртомъ. Осложненія: катарральное воспаленіе дыхательныхъ путей, приступы, напоминающіе астму (рефлекторный неврозъ), гнойное воспаленіе придаточныхъ полостей, воспаленіе среднего уха, мигрень, невралгія. — При пораженіи Гайморовой или лобной полости жидкое гнойное отдѣленіе наблюдается лишь на одной сторонѣ. Слизистая оболочка носа гипертрофирована, темнокраснаго цвѣта, на-ощупь разрыхлена, особенно въ области передней части среднихъ носовыхъ раковинъ.

Леченіе. Вдыханіе водяныхъ паровъ, ежедневныя промыванія носа посредствомъ носовой лейки подъ небольшимъ давленіемъ 1⁰/₀ растворомъ поваренной соли, уксуснокислаго глинозема или борной кислоты; вдуванія эстораля (ментоловый эфиръ борной кислоты) посредствомъ распылителя. О нюхательныхъ порошкахъ см. острый насморкъ. Стойкая гиперплазія слизистой оболочки требуетъ леченія у спеціалиста.

4. Зловонный насморкъ (Ozaena)

— атрофическій катарръ слизистой оболочки носа, слѣдующій за гипертрофическимъ ринитомъ, особенно при врожденной широтѣ носовыхъ ходовъ (наслѣдственное предрасположеніе), при анеміи, золотухѣ и сифилисѣ. Первоначально наблюдается набуханіе слизистой оболочки, позже атрофія ея, а также костей носа. Жидкое гнойное отдѣленіе, засыхающее въ видѣ сѣровато-зеленыхъ корокъ, послѣ удаленія которыхъ иногда замѣчаются изъязвленія слизистой оболочки. Атрофія слизистыхъ железъ, отвратительный запахъ изъ носа. Часто головныя боли, исхуданіе, затрудненіе дыханія, сухой фарингитъ, сухой катарръ среднего уха, тугодъ слуха. — Теченіе неблагопріятное. — Леченіе. Удалить корки посредствомъ промыванія 1⁰/₀ растворомъ поваренной соли или 2⁰/₀ растворомъ борной кислоты, затѣмъ ввести въ носъ длинные толстые тампоны, пропитанные цинковой мазью или мазью изъ бѣлой оса-

дочной ртути и оставить ихъ на $\frac{1}{2}$ часа. Послѣ удаленія тампоновъ смазываніе слизистой оболочки носа $\frac{1}{2}^0/0$ растворомъ ляписа или растворомъ іода въ іодистомъ калии (Tct. jodi 0,2, Kalii jodati 2,0, Glycerini ad 50,0) или вдунаніе въ носъ порошка борной кислоты или дерматола.

5. Носовое кровотеченіе (Epistaxis).

Причины: травма, мѣстные заболѣванія (изъязвленія, варикозныя расширенія венъ, полипы, новообразованія, катарръ), геморрагическій діатезъ, болѣзни крови, инфекціонныя болѣзни, болѣзни сердца, артеріосклерозъ, хроническій нефритъ.—Кровоточащее мѣсто большею частью находится на передне-нижнемъ концѣ хрящевой перегородки (эрозія, расширенная вена) или на днѣ полости носа (кровоточащее мѣсто продолжаетъ кровоточить послѣ вытиранія ватнымъ шарикомъ, накрученнымъ на зондъ).—Леченіе. Покойное положеніе съ приподнятой головой и грудью и съ высоко приподнятыми руками; велѣть больному дышать спокойно, не сморкаться, прикладывать холодныя компрессы ко лбу. Тампонировать носъ ватой изъ penghawar-djambi или ватой, пропитанной растворомъ адреналина (1:1000). Внутрь—extract. sec. cornuti fluid., extract. hydrast. canad. fluid., plumbum acet.; желатина (см. ниже главу объ общей терапіи болѣзней легкихъ). Въ хроническихъ случаяхъ прижечь кровоточащее мѣсто и вложить тампонъ.

6. Инородныя тѣла.

Діагнозъ можетъ быть поставленъ только путемъ риноскопiи. Предварительно полезно смазать слизистую оболочку носа растворомъ кокаина съ адреналиномъ для устраненія припухлости ея (см. стр. 87). Соблюдать осторожность при зондированіи для точнаго опредѣленія формы и консистенціи инороднаго тѣла.—Леченіе. Сначала сдѣлать попытку удалить инородное тѣло путемъ сильнаго выдыханія или продуванія по Politzer'y (зажавъ предварительно ноздрю на здоровой сторонѣ носа). Пропусканіе стерилизованнаго раствора поваренной соли со стороны свободной половины носа не безопасно, такъ какъ это можетъ повести къ катарральному воспаленію средняго уха. Если инородное тѣло засѣло прочно, то пытаются обойти его и удалить вводимымъ подъ руководствомъ зеркала тонкимъ изогнутымъ зондомъ или тонкимъ длиннымъ зубчатымъ пинцетомъ, который проводится осторожно раскрытымъ за инородное тѣло (одна ножка пинцета надъ, другая подъ инороднымъ тѣломъ) и затѣмъ замыкается. У взрослыхъ можно попытаться протолкнуть инородное тѣло кзади, въ носоглоточное пространство (уложить больного на бокъ для того, чтобы предотвратить попаданіе инороднаго тѣла въ гортань). Во всѣхъ случаяхъ рекомендуется прибѣгнуть къ обезболиванію кокаиномъ и адреналиномъ (см. стр. 87).

Болѣзни гортани.

Предварительныя общія діагностическія замѣчанія.

Изъ субъективныхъ симптомовъ часто наблюдается ощущение ссаденія, щекотанія и присутствія какъ бы посторонняго тѣла; при отрицательномъ результатѣ ларингоскопическаго изслѣдованія симптомы эти говорятъ за гиперэстезію слизистой оболочки гортани на почвѣ истеріи. Боли бываютъ обыкновенно сильнѣе всего при рактъ гортани; онѣ усиливаются обыкновенно при надавливаніи на гортань, появляются вначалѣ въ видѣ приступовъ, затѣмъ становятся непрерывными и отдають въ сосѣднія части. Туберкулезныя язвы также причиняють обыкновенно боль, напротивъ, сифилитическія язвы протекають часто безъ болей. Изъ функциональныхъ разстройствъ наичаще наблюдается охриплость, обусловленная отложеніемъ слизи на голосовыхъ связкахъ, набуханіемъ и шероховатостью слизистой оболочки гортани (ларингитъ, начальная стадія бугорчатки, новообразованія, трихинозъ). При усиленіи болѣзненныхъ явленій наступаетъ полная потеря голоса, афонія. Последняя наблюдается также при полномъ параличѣ обоихъ возвратныхъ нервовъ и при параличѣ мышцъ, замыкающихъ голосовую щель (ларингитъ, истерія). Спастическая афонія развивается на почвѣ истеріи и зависитъ отъ судорожнаго замыканія голосовой щели. Дифтонгія (двойной голосъ) наблюдается при опухоляхъ голосовыхъ связокъ, полипахъ, параличѣ одной голосовой связки.—Большинство заболѣваній гортани сопровождается кашлемъ; особенно характерный кашель бываетъ при истинномъ и ложномъ крупѣ (грубый, лающий кашель); иногда наблюдается нервный кашель при истеріи и при спинной сухоткѣ (гортанные кризы).—При одновременномъ пораженіи надгортаника (изъязвленія, параличъ *m. thyreo-aryepiglotticus*) появляется разстройство глотанія (чаще всего при туберкулезѣ, рактъ и дифтеріи). Затрудненіе дыханія вслѣдствіе суженія просвѣта гортани (*laryngostenosis*) наблюдается при поврежденіяхъ, сифилитическихъ разрошеніяхъ и рубцахъ, воспалительныхъ процессахъ и новообразованіяхъ въ сосѣднихъ органахъ, нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ гортани (отекъ голосовой щели, наличность крупозныхъ пленокъ) и инородныхъ тѣлъ въ гортани. Обыкновенно наблюдается инспираторная, рѣже экспираторная одышка, смѣщеніе гортани внизъ при вдохѣ, рѣзкій стенотический шумъ (*stridor*), инспираторныя втягиванія подложечной области, яремной ямки, межреберныхъ промежутковъ, появленіе Harrison'овской борозды на мѣстѣ прикрѣпленія грудобрюшной преграды.

Частная діагностика и терапія болѣзней гортани.

1. Острый катарръ гортани (*Laryngitis acuta*) и ложный крупъ.

Этіологія: простуда, испорченный воздухъ, переутомленіе гортани, вдыханіе пыли. Въ видѣ вторичнаго заболѣванія наблюдается при инфекціонныхъ болѣзняхъ, катарръ бронховъ и зѣва.

Главные симптомы. Охриплость, кашель, щекотаніе въ горлѣ, иногда лихорадка и боли при глотаніи. При ларингоскопіи: истинныя голосовыя связки ярко-краснаго цвѣта, слизистая оболочка гортани сильно красна, особенно въ области ложныхъ голосовыхъ связокъ и задней стѣнки гортани. Иногда на истинныхъ голосовыхъ связкахъ видна слизь или небольшія кровоизліянія; то же самое наблюдается иногда на всей слизистой оболочкѣ гортани (*lar. haemorrhagica*). Теченіе большею частью благоприятное, продолжительность — отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ недѣль.

Леченіе. Щаженіе гортани, пребываніе въ чистомъ воздухѣ. Согрѣвающий компрессъ на шею. Заставить больного пропотѣть, уложивъ его въ

постель и подвергнувъ его полному обертыванію или обертыванію трехъ четвертей тѣла въ теченіе часа, по 1 — 2 раза въ день, послѣ приѣма горячаго молока, горячаго отвара бузины, горячей воды съ лимоннымъ сокомъ. Кромѣ того рекомендуется питье горячаго молока пополамъ съ сельтерской или Эмской водой, или ингаляціи Эмской воды или 1% раствора поваренной соли, по нѣсколько разъ въ день (продолжительность ингаляцій—5 минутъ). При сильномъ кашлѣ—кодеинъ:

Rp. Codeini phosphor. 0,5, Aq. dest. ad 20,0. M. D. S. По 10—20 капель 3 раза въ день.

Ложный крупъ есть особая форма остраго катарра гортани, встрѣчающаяся преимущественно у дѣтей и обусловленная узостью гортани въ дѣтскомъ возрастѣ. Характерно быстрое появленіе и быстрое исчезновеніе признаковъ стеноза. Совершенно здоровый или представлявшій лишь незначительныя катарральныя явленія (охриплость и кашель) ребенокъ просыпается ночью съ чувствомъ удушья, грубымъ, лающимъ кашлемъ и свистящимъ дыханіемъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ—испуганное выраженіе лица и инспираторныя втягиванія яремной ямки и подложечной области. Въ скоромъ времени стенозъ проходитъ, ребенокъ быстро оправляется и засыпаетъ. Иногда припадокъ удушья повторяется въ ту же ночь или въ слѣдующую. Теченіе почти всегда благопріятное. Діагнозъ. Отъ истиннаго крупа, наблюдаемаго при дифтеріи гортани, ложный отличается внезапнымъ началомъ, повторнымъ появленіемъ, отсутствіемъ всякихъ разстройствъ въ промежуточное время, а также отсутствіемъ крупозныхъ пленокъ въ мокротѣ. При ларингоскопіи: подъ свободнымъ краемъ истинныхъ голосовыхъ связокъ видно на обѣихъ сторонахъ красное утолщеніе, суживающее просвѣтъ гортани, особенно во время кашля (припухлость слизистой оболочки, расположенной ниже голосовыхъ связокъ); слизистая гортани красна.

Леченіе. Теплое питье (чай, вода съ сахаромъ); положить на область гортани губку, смоченную въ теплой водѣ. Въ остальномъ леченіе такое же, какъ при остромъ ларингитѣ.

2. Хроническій катарръ гортани (Laryngitis chronica)

въ качествѣ первичнаго заболѣванія наблюдается при длительномъ воздѣйствіи нѣкоторыхъ вредныхъ моментовъ, при вдыханіи пыли, при слишкомъ утомительномъ разговорѣ, командованіи, чрезмѣрномъ куреніи, злоупотребленіи спиртными напитками, въ видѣ застойнаго катарра—при болѣзняхъ сердца и наконецъ, какъ послѣдствіе остраго катарра; кромѣ того встрѣчается при сифилисѣ, бугорчаткѣ и при болѣзняхъ зѣва и носа.

Главные симптомы. Охриплость голоса, особенно послѣ продолжительнаго разговора; остальныя явленія такія же, какъ при остромъ катаррѣ, но менѣе рѣзко выраженныя. При ларингоскопіи измѣненія весьма различны. Голосовыя связки—тусклы, грязнаго сѣровато-краснаго цвѣта, часто утолщены. Слизистая оболочка гортани, особенно на задней стѣнкѣ и между черпаловидными хрящами, краснаго цвѣта, припухшая, зернистая (припуханіе фолликуловъ). Иногда видны эрозіи, рѣже язвочки на слизистой

оболочкѣ между черпаловидными хрящами; иногда утолщеніе и папиллярныя разрощенія на задней трети голосовыхъ связокъ и между черпаловидными хрящами (*rachydermia laryngis*). Теченіе весьма продолжительное. Діагнозъ. Сходная съ пахидерміей картина наблюдается при бугорчаткѣ и ракѣ. Въ такихъ случаяхъ необходимо прибѣгнуть къ микроскопическому изслѣдованію. Пораженіе только одной голосовой связки говоритъ противъ простаго катарра.

Леченіе. Устраненіе вредныхъ моментовъ, щаженіе голоса, воздержаніе отъ куренія и спиртныхъ напитковъ, пребываніе въ чистомъ воздухѣ, устраненіе катарровъ носа и зѣва. Леченіе въ морскихъ и горныхъ курортахъ, зимою на югѣ. Питье водъ въ Эмсѣ, Висбаденѣ, Соденѣ, Рейхенгаллѣ, при полнокровіи — въ Карлсбадѣ, Мариенбадѣ, Киссингенѣ. Изъ гидротерапевтическихъ процедуръ — обтиранія или обмыванія всего тѣла: (утромъ и вечеромъ ежедневно), согрѣвающие компрессы, методическое потогонное леченіе (какъ при остромъ катаррѣ), нѣсколько разъ въ недѣлю по часу. Мѣстное леченіе смазываніями или вдуваніями подъ руководствомъ гортаннаго зеркала.

Rp. Sol. Argenti nitric. 0,5--1,0: 25,0. S. Для смазываній.

Rp. Acidi tannici 2,0, Sacch. lact. 20,0. M. f. pulv. S. Для вдуванія.

Rp. Aluminis crudi subtiliss. pulverat., Sacch. lact. aa 10,0. M. f. pulv. S. Для вдуванія.

Rp. Jodi puri 0,5, Kalii jodati 1,0, Glycerini 2,0. D. S. Для смазываній.

Ингаляціи, какъ при остромъ катаррѣ. Удаленіе болѣе крупныхъ разрощеній ножомъ, кюреткой, гальванокаутеромъ.

3. Крупъ, дифтерія гортани, см. Дифтерія

4. Перихондритъ гортани.

Воспаленіе надхрящницы, встрѣчающееся на всѣхъ гортанныхъ хрящахъ, чаще всего на черпаловидныхъ хрящахъ, ведетъ къ нагноенію (абсцессъ гортани), къ некрозу и къ секвестраціи отдѣльныхъ частей хрящей. Причиной является большею частью бугорчатка, рѣже сифилисъ, ракъ, дифтерія, тифъ, оспа.

Главные симптомы. Боль, чувствительность при надавливаніи, затрудненіе глотанія, при стенозѣ — инспираторная одышка. При ларингоскопії: припухлость большею частью на мѣстѣ одного черпаловиднаго хряща, неподвижность соотвѣтственной голосовой связки, краснота и припухлость смежныхъ участковъ слизистой оболочки гортани. При надавливаніи зондомъ на пораженное мѣсто замѣчается болѣзненность и флюктуація. Теченіе: иногда гнойникъ вскрывается внутрь гортани, причемъ съ кашлемъ выдѣляются куски хрящей; нагноеніе впрочемъ не прекращается. Рѣже гнойникъ вскрывается наружу, причемъ образуется свищъ. Можетъ развиваться отекъ голосовой щели или бронхопневмонія. Въ виду тяжести основнаго заболѣванія теченіе часто неблагоприятное. Благодаря спаденію хрящей могутъ развиваться явленія рѣзкаго стеноза.

Леченіе. Пузырь со льдомъ вокругъ шеи въ видѣ галстуха, глотаніе кусочковъ льда, смазыванія іодной настойкой, втиранія сѣрой мази.

Вскрытіе абсцесса, удаленіе омертвѣвшихъ частей хряща. Расширеніе рубцового стеноза, геср. трахеотомія. При сифилисѣ—ртуть и іодистый калий. При боляхъ—смазыванія кокаиномъ, морфій.

Rp. Cocaini hydrochlor. 5,0, Adrenalin 0,025, Aq. dest. ad. 50,0. M. D. S.
Для смазываній.

5. Отекъ голосовой щели.

Причины: воспаленіе и язвы слизистой оболочки, поврежденія ея, инородная тѣла, сифилисъ, бугорчатка, флегмона, дифтерія, крапивница, застойный отекъ—при болѣзняхъ сердца и почекъ, при опухольяхъ средостѣнія.

Отечная припухлость надгортанника, черпало-надгортанныхъ складокъ, области черпаловидныхъ хрящей, ложныхъ голосовыхъ связокъ, т. е. отекъ всего входа въ гортань; истинныя голосовыя связки остаются непораженными.

Главные симптомы. Быстро развивающійся стенозъ съ явленіями тяжелаго удушья, съ инспираторной одышкой, втягиваніемъ яремной ямки и подложечной области. Ощущеніе какъ бы инороднаго тѣла въ горлѣ, затрудненіе глотанія. Ларингоскопическое изслѣдованіе обыкновенно весьма трудно выполнимо. Валикообразное припуханіе черпало-надгортанныхъ складокъ, надгортанника, области черпаловидныхъ хрящей. Такое припуханіе можно констатировать также путемъ изслѣдованія пальцемъ. Часто быстрый смертельный исходъ.

Леченіе. Мѣшокъ со льдомъ на шею въ видѣ галстуха, пиявки. Втираніе сѣрой мази, мази съ іодистымъ калиемъ. Скарификація отечной слизистой оболочки послѣ смазыванія кокаиномъ (стр. 87) и подъ руководствомъ гортаннаго зеркала. Хорошо дѣйствуютъ иногда горячія ручныя и ножныя ванны, геср. съ прибавленіемъ горчичной муки; также сильныя слабительныя (см. главу объ общей терапіи болѣзней кишечника). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ не остается ничего другого, какъ прибѣгнуть къ трахеотоміи или интубаціи.

6. Туберкулезъ гортани

почти всегда встрѣчается въ видѣ осложненія при бугорчаткѣ легкихъ, рѣдко въ видѣ самостоятельнаго заболѣванія. Туберкулезная инфильтрація, язвы, разрушеніе слизистой оболочки, хрящей и мышцъ.

Главные симптомы и діагнозъ. Язвы расположены преимущественно въ межчерпаловидномъ пространствѣ, на черпаловидныхъ хрящахъ, на ложныхъ и истинныхъ голосовыхъ связкахъ, края которыхъ часто кажутся изъѣденными. Язвы имѣютъ кратерообразную форму, края ихъ неправильные и слегка подрытые, дно сѣровато-бѣлаго цвѣта; иногда язвы сливаются другъ съ другомъ. На надгортанникѣ и черпало-надгортанныхъ складкахъ иногда наблюдаются инфильтраты въ видѣ толстыхъ валиковъ, обуславливающіе сильное затрудненіе глотанія. Если поражены черпаловидные хрящи, то наблюдается часто ограниченіе подвижности голосовой связки и перихондритъ, кромѣ того охриплость, грубый голосъ, лихорадочное повышеніе температуры, ночные поты, исхуданіе. Въ мокротѣ часто туберкулезныя бациллы (см. ниже главу о бугорчаткѣ легкихъ). Быстрая утомляемость при разговорѣ, иногда осложненіе отекомъ

голосовой щели. Течение большею частью неблагоприятное вследствие наличия бугорчатки легких; возможно значительное улучшение и даже исцеление.

Лечение. Общее лечение, какъ при бугорчаткѣ легкихъ (см. ниже): запретить больному разговаривать и курить; слѣдить за чистотой воздуха: пить Эмскую воду. При язвахъ — вдыхать пары перуанскаго бальзама (Balsam. peruvian. 10,0, Spiritus vini 5,0, налить въ горячую воду и вдыхать пары) или скипидара (налить чайную ложку ol. terebinth. въ горячую воду и вдыхать пары). Смазывание язвъ молочной кислотой, послѣ предварительной кокаинизаціи, помощью ватнаго шарика, наверху на зондъ:

Rp. Sol. acidı lactici 5,0 : 20,0. DS. Наружное (на руки врачу).

Кромѣ того рекомендуются вдуханія борной кислоты и ортоформа.

Rp. Acid. borici subtil. pulverat. 10,0. D. S. Для вдуханій.

Rp. Orthophorm Neu 5,0. D. S. Для вдуханій.

Ортоформъ дѣйствуетъ особенно хорошо при боляхъ и разстройствѣ глотанія. При сравнительно хорошемъ общемъ состояніи — мѣстное лечение: выскабливаніе язвъ, удаленіе инфильтратовъ ножомъ или прижиганіе ихъ гальванокаутеромъ. Иногда приходится прибѣгнуть къ трахеотоміи для того, чтобы добиться полнаго покоя гортани. Кромѣ того слѣдуетъ рекомендовать пребываніе въ лѣсистой мѣстности, на берегу моря, въ горахъ. Если имѣется разстройство глотанія, то больного не слѣдуетъ посылать на курортъ; въ такихъ случаяхъ лучше направить его въ санаторію (Görbersdorf, Falkenstein, Hohenhonnef).

Санитарно-полицейскія мѣропріятія: обязательное извѣщеніе о случаяхъ смерти, дезинфекція.

7. Сифилисъ гортани.

Чаще всего наблюдается третичный сифилисъ въ видѣ гуммъ и рѣзко отграниченныхъ язвъ съ салнымъ дномъ. Измѣненія эти локализируются обыкновенно на надгортанникѣ, на которомъ часто замѣчаются весьма обширныя разрушенія на передней стѣнкѣ гортани и на истинныхъ голосовыхъ связкахъ. При этомъ хрящи подвергаются разрушенію и образуются рубцовыя суженія и сращения. Рѣже наблюдаются вторичный сифилитическій катарръ гортани и слизистыя папулы (широкія кондиломы). Охрипшій, грубый голосъ. Частымъ послѣдствіемъ третичныхъ сифилитическихъ поражений является суженіе гортани. Для діагноза важное значеніе имѣетъ наличность другихъ явленій и вліяніе противосифилитическаго лечения. При ракъ гортани преобладаетъ образованіе узловъ и не наблюдается рубцеванія. Лечение: курсъ противосифилитическаго лечения, во всемъ остальномъ такое же лечение, какъ при бугорчаткѣ. При стенозахъ — расширеніе суженія бужами.

Добавленіе. Тифозныя язвы гортани наблюдаются иногда въ теченіи брюшнаго тифа (охриплость); онѣ расположены обыкновенно на черпало-надгортанныхъ складкахъ и между черпаловидными хрящами, имѣютъ рѣзкіе и слегка возвышенные края и большею частью заживаютъ безъ образованія рубцовъ.

8. Ракъ гортани.

Первичный ракъ гортани большею частью исходить отъ истинныхъ голосовыхъ связокъ и вначалѣ имѣетъ видъ плотнаго инфильтрата или разрошенія въ видѣ цвѣтной капусты. Часто пораженная голосовая связка съ самаго начала становится неподвижной вслѣдствіе перехода инфильтрата на черпаловидный хрящъ. Появляется охриплость, большею частью безъ кашля. Затѣмъ происходитъ язвенный распадъ; по краямъ язвы появляются бугристыя разрошенія: рубцеванія не наблюдается. Боли усиливаются, шейныя лимфатическія железы опухаютъ и становятся твердыми, появляется одышка, кровянистая, а также зловонная мокрота, кахексія. Смертельный исходъ вслѣдствіе аспираціонной пневмоніи или отъ сепсиса. Діагнозъ. За ракъ гортани говоритъ охриплость, появляющаяся въ пожиломъ возрастѣ безъ кашля, инфильтрація и раннее ограниченіе подвижности одной голосовой связки. Въ отличіе отъ сифилиса инфильтраты являются болѣе бугристыми, язвенный распадъ наступаетъ не такъ быстро, рубцеванія не наблюдается, имѣется кахексія. Микроскопическое изслѣдованіе удаленнаго кусочка опухоли. При раннемъ распознаваніи и своевременномъ оперативномъ вмѣшательствѣ возможно излеченіе. Лечение: расщепленіе гортани, удаленіе опухоли или всей пораженной части гортани, трахеотомія. При неоперативномъ ракѣ симптоматическое леченіе, какъ при туберкулезѣ.

9. Доброкачественныя новообразованія гортани.

Фибромы, величиной отъ булавочной головки до горошины, съ гладкой поверхностью и большею частью снабженныя ножкой, сидятъ обыкновенно на истинныхъ голосовыхъ связкахъ и часто обуславливаютъ охриплость, нечистоту голоса и дифтонгію (стр. 89). Мелкія фибромы развиваются иногда на краяхъ голосовыхъ связокъ («узелки пѣвцовъ»).

Леченіе. Полипы, снабженные ножкой, слѣдуетъ удалять петлей или гальванокаутеромъ послѣ смазыванія кокаиномъ-адреналиномъ (стр. 87) или эйкаиномъ (5% В-эйкаиномъ); опухоли, сидящія на широкомъ основаніи, удаляются скальпелемъ, кольцевиднымъ ножомъ или кюреткой подъ руководствомъ зеркала. Затѣмъ слѣдуетъ прижиганіе (*argent. nitric.*), вдунуваніе *acid. boris.* (стр. 93). Щадить голосъ.

Бородавчатая папиллома, напоминающая по формѣ ягоду малины, имѣютъ красный цвѣтъ, сидятъ на широкомъ основаніи большею частью на передней стѣнкѣ гортани и голосовыхъ связокъ и легко рецидивируютъ послѣ удаленія (въ отличіе отъ фибромъ).

Леченіе, какъ при фибромахъ.

Діагнозъ. Доброкачественныя опухоли обыкновенно не подвергаются изъязвленію, въ окружности ихъ не наблюдается инфильтраціи. Во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ необходимо произвести микроскопическое изслѣдованіе.

10. Инородныя тѣла.

Куски пищи, попадающіе въ гортань вслѣдствіе поперхиванія или при рвотѣ; гладкіе предметы, взятые въ ротъ. Симптомы. Приступы удушья, кашель, стенотическое дыханіе. Лечение. Слѣдуетъ сдѣлать попытку удалить инородное тѣло, вызвавъ у больного кашель или рвоту, постукивая слегка по спинѣ или высоко поднявъ больного за ноги. Кромѣ того сдѣлать попытку удаленія пальцемъ. Въ случаѣ неудачи — трахеотомія.

11. Спазмъ голосовой щели (*Spasmus glottidis*).

Тоническій спазмъ мышцъ гортани и грудобрюшной преграды съ внезапной остановкой дыханія часто является лишь симптомомъ эклампсіи (см. соотв. главу) и связанъ съ явленіями спазмофилии (см. ниже) или тетаніи (см. ниже). Большею частью наблюдается въ теченіе перваго года жизни преимущественно у рахитическихъ, нервныхъ и истощенныхъ вслѣдствіе неправильнаго питанія (см. главу о разстройствахъ пищеваренія у грудныхъ дѣтей) дѣтей. У взрослыхъ заболѣваніе это встрѣчается рѣже и менѣе рѣзко выражено.

Главные симптомы. Большею частью спазмъ голосовой щели появляется внезапно, часто послѣ душевнаго волненія. Остановка дыханія, блѣдность лица, смѣняющаяся позже ціанозомъ, неподвижный взглядъ или закатываніе глазъ, часто *opisthotonus*, судорожныя подергиванія въ конечностяхъ. Спустя нѣсколько секундъ (до $\frac{1}{2}$ минуты) припадокъ постепенно проходитъ и появляется свистящій вдохъ. Иногда припадки слѣдуютъ одинъ за другимъ. Прогнозъ всегда серьезный. Смерть можетъ наступить во время припадка вслѣдствіе паралича сердца.

Лечение. Если дыханіе долго не возстановливается, слѣдуетъ приступить къ искусственному дыханію. Тепловатая ванна ($33 - 35^{\circ}$) съ холодными обливаніями; влажныя обертыванія, горчичники къ икрамъ. Холодныя обливанія головы, распыкиваніе обнаженнаго тѣла холодной водой. Очень хорошо дѣйствуетъ хлораль-гидратъ въ клизмѣ:

Rp. Chloralhydrat. 1,0, Mucilag. Salep. 10,0, Aq. dest. ad 50,0. M. D. S.
На 2 клизмы.

Въ тяжелыхъ случаяхъ — также хлороформный наркозъ: налить чайную ложку хлороформа на носовой платокъ и дать больному вдыхать. Если нѣтъ подъ руками хлораль-гидрата или хлороформа, то можно поставить клизму съ уксусомъ (чайную ложку уксуса на 100 куб. см. воды).

Очень важно обратить вниманіе на причину: леченіе рахита (см. соотв. главу), рыбій жиръ съ фосфоромъ, перемѣна питанія, устраненіе слишкомъ строгой молочной діеты, смѣшанная пища (см. главу о разстройствахъ пищеваренія у грудныхъ дѣтей), поменьше жира и солей; при разстройствахъ пищеваренія на почвѣ молочной діеты — въ теченіе нѣсколькихъ недѣль мучнистая діета. Кромѣ того бромъ:

Rp. Natrii bromati, Ammonii bromat. aa 1,5, Aq. dest. ad 100,0. M. D. S.
По чайной ложкѣ 3 раза въ день.

12. Параличи гортани.

Верхній гортанный нервъ (вѣтвь п. *vago accessorii*) снабжаетъ двигательными волокнами m. *crico-thyroideus* (напрягаетъ голосовыя связки), m. *depressor epiglottidis* и чувствительными волокнами слизистую оболочку гортани (до истинныхъ голосовыхъ связокъ); нижній гортанный или возвратный нервъ (также вѣтвь п. *vago-accessorii*) иннервируетъ всѣ остальные мышцы гортани

и слизистую оболочку ниже голосовой щели. Голосовая щель расширяется благодаря сокращенію *mm. crico-arytaenoidei postici*, суживается всѣми остальными мышцами гортани. Органическіе параличи, обусловленные анатомическими процессами, поражаютъ почти исключительно мышцы, расширяющія голосовую щель (параличъ *mm. crico-arytaenoidei postici*); функциональные (истерическіе) параличи, напротивъ, поражаютъ чаще всего мышцы, суживающія голосовую щель.

1. Параличъ верхняго гортаннаго нерва (область иннерваціи см. выше). Симптомы: охриплость, афонія, анестезія гортани. Поверхиваніе (аспираціонная пневмонія). Ларингоскопическая картина мало характерна. Надгортанникъ неподвиженъ и приподнятъ. Причина паралича—большею частью дифтерія.

2. Параличъ мышцъ, суживающихъ голосовую щель, параличъ приводящихъ мышцъ (частичный параличъ возвратнаго нерва), поражаетъ *mm. thyreo-arytaenoidei interni*, или *mm. interarytaenoidei*, или тѣ и другія одновременно (комбинированный параличъ). Симптомы: охриплость, афонія, отсутствіе разстройства дыханія. Ларингоскопическая картина (при фонаціи): при параличѣ *mm. thyreo-arytaenoidei interni*—овальная щель между голосовыми связками; при параличѣ *mm. interarytaenoidei* задняя $\frac{1}{3}$ голосовой щели между черпаловидными хрящами (*glottis respiratoria*) остается раскрытой, въ то время какъ переднія $\frac{2}{3}$ смыкаются. При комбинированномъ параличѣ приводящихъ мышцъ оба отдѣла голосовой щели остаются раскрытыми, хотя и остаются раздѣленными другъ отъ друга выступающими въ просвѣтъ голосовой щели голосовыми отростками. При одностороннемъ параличѣ парализованная голосовая связка не можетъ быть приближена къ средней линіи. Причины—истерія (двусторонніе параличи), чрезмѣрное напряженіе голоса, ларингитъ (часто односторонній параличъ).

3. Параличъ мышцъ, раскрывающихъ голосовую щель, параличъ отводящихъ мышцъ или параличъ *postici* (частичный параличъ возвратнаго нерва). Симптомы: при одностороннемъ параличѣ—нерѣзко выраженные симптомы, при двустороннемъ параличѣ—сильная инспираторная одышка, голосъ мало измѣненъ. Ларингоскопическая картина: при одностороннемъ параличѣ парализованная голосовая связка остается при дыханіи вблизи средней линіи, при двустороннемъ параличѣ обѣ голосовыя связки тѣсно сближены, такъ что между ними остается только очень узкая щель (одышка). Такое срединное положеніе парализованной связки объясняется дѣйствіемъ антагонистовъ. Причины параличей—очаговые заболѣванія мозга въ области п. *vago-accessorii* (спинная сухотка, множественный склерозъ, бульбарный параличъ), травмы, поврежденіе возвратнаго нерва при раненіи или при сдавленіи (аневризма аорты, опухоль въ грудной полости). Параличи мышцъ гортани являются важнымъ діагностическимъ признакомъ для ранняго распознаванія только что указанныхъ заболѣваній.

4. Полный параличъ возвратнаго нерва можетъ быть одностороннимъ или двустороннимъ. Парализуются какъ суживающія, такъ

и расширяющія голосовую щель мышцы; поэтому парализованная голосовая связка или обѣ голосовыя связки находятся въ среднемъ положеніи между установкой ихъ при вдыханіи и при фонаціи (трупное положеніе). Симптомы при одностороннемъ параличѣ нерѣзко выражены, при двустороннемъ наблюдается афонія, невозможность кашлять, рѣзкій шумъ при вдыханіи. Ларингоскопическая картина: при двустороннемъ параличѣ трупное положеніе обѣихъ голосовыхъ связокъ, при одностороннемъ параличѣ здоровая голосовая связка приближается къ парализованной, заходя за среднюю линію, причемъ черпаловидные хрящи взаимно перекрещиваются. Односторонніе параличи встрѣчаются гораздо чаще. Въ то же самое время на больной сторонѣ наблюдается параличъ мышцъ глотки. Причины: поврежденіе ствола блуждающаго нерва вслѣдствіе причинъ, указанныхъ выше въ пунктѣ 3-мъ. Теченіе часто длительное и находится въ зависимости отъ основного страданія.

Леченіе. Леченіе основной болѣзни. При истерическихъ и катаральныхъ параличахъ—фарадизація (оба элемента приставляются снаружи къ гортани), гимнастика голоса. При переутомленіи — щадить гортань, обратить вниманіе на леченіе имѣющихся заболѣваній носа и зѣва. (При истерическихъ параличахъ часто наблюдаются рецидивы).—Внутригортанная электризація отдѣльныхъ гортанныхъ мышцъ требуетъ специальной техники.—Относительно леченія дифтерійныхъ параличей см. стр. 33. При параличахъ на почвѣ сифилиса — іодистый калий.—При двустороннемъ параличѣ *roſtici* можетъ потребоваться трахеотомія вслѣдствіе опасности задушенія. При параличѣ надгортанника иногда приходится кормить больного черезъ зондъ (вслѣдствіе нечувствительности слизистой оболочки слѣдуетъ при этомъ соблюдать особую осторожность, чтобы не попасть концомъ зонда въ гортань).

Болѣзни бронховъ, легкихъ и плевры.

Предварительныя общія діагностическія замѣчанія.

Главные симптомы болѣзней дыхательнаго аппарата суть одышка, кашель и отдѣленіе мокроты.

Одышка (*dyspnoe*), помимо заболѣваній легкихъ, сѣуженія просвѣта бронховъ и болѣзней гортани, наблюдается также при болѣзняхъ сердца, аномаліяхъ состава крови (анемія, уремія) и при параличѣ или судорогѣ грудобрюшной преграды. Различаютъ инспираторную, экспираторную и смѣшанную одышку. При первой вдыханіе затруднено, замедлено и совершается при участіи всѣхъ вспомогательныхъ мышцъ (*mm. sternocleidomastoidei, pectorales, cucullares, serratus anticus, erectores trunci*, мышцы, расширяющія отверстие носа и рта, мышцы гортани); при болѣе сильной одышкѣ наблюдается инспираторное втягиваніе подложечной области и межреберныхъ промежутковъ. Инспираторная одышка встрѣчается при болѣзняхъ легкихъ и сѣуженіи воздухоносныхъ путей. Экспираторная одышка съ удлинненнымъ выдохомъ обуславливается затрудненіемъ выдыханія вслѣдствіе недостаточнаго спаденія грудной клѣтки при эмфиземѣ (постоянно) и при бронхіальной астмѣ (временно), причемъ участвуютъ вспомогательныя выдыхательныя мышцы (мышцы живота, *m. quadratus lumborum*). Смѣшанная одышка, при которой наблюдается оди-

наковое затрудненіе и удлиненіе какъ выдоха, такъ и вдоха и при которой участвуютъ всѣ вспомогательныя дыхательныя мышцы, наблюдается при сердечной астмѣ. Объ астмѣ, подѣ которой разумѣютъ періодическое появленіе приступовъ удушья, а также объ отличіи различныхъ формъ ея: бронхіальной, сердечной и уреимической астмы см. главу о бронхіальной астмѣ; ср. кромѣ того главу о суженіи бронховъ и о ларингостенозѣ. Особое измѣненіе дыханія, не стоящее въ связи съ заболѣваніями легкихъ и наблюдаемое часто при болѣзняхъ мозга и сердца, равно какъ при уреміи, представляетъ Cheyne-Stokes'овское дыханіе, которое заключается въ періодическомъ усиленіи и ослабленіи дыханія, сопровождающемся полной остановкой дыханія (арпое); оно является неблагоприятнымъ прогностическимъ признакомъ.

Кашель, сопровождающійся отхаркиваніемъ мокроты, является признакомъ заболѣванія легкихъ. Сухой кашель наблюдается также при болѣзняхъ дыхательнаго тракта, напр. при плевритѣ, при сухомъ бронхитѣ, при астмѣ и эмфиземѣ, кромѣ того при болѣзняхъ гортани и при гипертрофіи языка; но сухой кашель встрѣчается нерѣдко и при другихъ болѣзняхъ, напр. нервной системы (истерія, болѣзни мозга), желудочно-кишечнаго канала, матки. Патогномоничными являются приступы судорожнаго кашля при коклюшѣ (см. выше).

Мокрота. Важное діагностическое значеніе мокроты будетъ указано въ спеціальной части. Здѣсь слѣдуетъ только указать на то, что простой осмотръ мокроты невооруженнымъ глазомъ, количество ея, характеръ, цвѣтъ, консистенція, запахъ, способъ отхаркиванія (напр. отхаркиваніе «полнымъ ртомъ» при бронхіэктазіяхъ, гангрень легкихъ, открытомъ пневмотораксѣ послѣ вскрытія эмпіемы) могутъ дать важныя діагностическія указанія. При микроскопическомъ изслѣдованіи патогномоничны туберкулезныя бациллы при чахоткѣ, эластическія волокна при разрушеніи ткани легкихъ (абсцессъ, гангрена, бугорчатка), клочья легочной ткани при абсцессѣ и гангрень легкихъ, кристаллы Charcot-Leyden'a и спирали Curschmann'a при бронхіальной астмѣ, кристаллы жирныхъ кислотъ и пробки Dittrich'a при гангрень легкихъ и гнилостномъ бронхитѣ, фибринозные слѣпки при фибринозномъ бронхитѣ и пневмоніи, содержащія пигментъ клѣтки альвеолярнаго эпителія (Herzfehlerzellen) (стр. 56) при длительной гипереміи легкихъ (на почвѣ суженія лѣваго венознаго отверстія), эозинофильныя лейкоциты при астмѣ и наконецъ рѣдко встрѣчающіеся кристаллы холестерина, лейцина и тирозина въ старой гнойной мокротѣ и при абсцессѣ легкихъ, эхинококковые пузыри и крючья при эхинококкѣ легкихъ, зерна лучистаго грибка при актиномикозѣ, затѣмъ диплококки пневмоніи, бациллы инфлуэнцы, стрептококки, стафилококки, бациллы сибирской язвы. Подробности см. въ спеціальной части.

Кровохарканье. Чисто кровянистая мокрота наблюдается: 1) чаще всего во всѣхъ стадіяхъ туберкулеза легкихъ, причемъ въ первой стадіи (начальное кровохарканье) оно имѣетъ особенно важное діагностическое значеніе. Количество отхаркиваемой крови колеблется отъ нѣсколькихъ граммъ до $\frac{1}{2}$ литра и больше. Кровотеченіе вызывается разѣданіемъ стѣнокъ кровеносныхъ сосудовъ вслѣдствіе язвенныхъ процессовъ. См. главу о бугорчаткѣ легкихъ. 2) При геморрагическомъ инфарктѣ легкихъ (см. соотв. главу). При этомъ для діагноза имѣетъ большое значеніе притупленіе на мѣстѣ соотвѣтственнаго участка легкаго и наличность этиологическаго момента (порокъ сердца, тромбозъ венъ). 3) При застоѣ въ маломъ кругѣ кровообращенія (стенозъ лѣваго венознаго отверстія, расширение сердца, хроническій миокардитъ). 4) При аневризмѣ аорты; обыкновенно при этомъ наблюдается обильное, смертельное кровотеченіе. 5) Рѣже кровохарканье наблюдается при абсцессѣ и гангрень легкихъ, при варикозныхъ расширеніяхъ венъ бронховъ или на невропатической почвѣ (истерія). Отъ настоящаго кровохарканья слѣдуетъ отличать кровянисто-серозную мокроту при отека легкихъ, ржавую мокроту при пневмоніи и мокроту, похожую на малиновое желе, при ракѣ легкихъ. При начальномъ кровохарканьи у туберкулезныхъ больныхъ кровь бываетъ обыкновенно алой и пѣнистой, при кровотеченіи изъ кавернъ и при геморрагическомъ инфарктѣ она, напротивъ, темнокраснаго и даже черноватаго цвѣта. Кромѣ того отхаркиваніе крови можетъ наблюдаться при носовомъ кровотеченіи и при кровотеченіи изъ гортани, трахеи и пищевода; въ такихъ случаяхъ однако не трудно установить источникъ кровотеченія. Напротивъ, иногда очень трудно рѣшить вопросъ, происходитъ ли отхаркиваемая кровь изъ легкихъ или изъ желудка, т. е. имѣется ли дѣло съ кровохарканьемъ или съ кровавой рвотой. При этомъ слѣдуетъ особенно имѣть въ виду, что откашливаемая кровь можетъ быть проглочена и затѣмъ извергнута рвотой, и что, съ другой стороны, кровь, извергаемая съ рвотой, можетъ просасы-

ваться въ легкія и затѣмъ уже выдѣляются съ кашлемъ. Такимъ образомъ отличительныя признаки оказываются иногда очень неясными. Очень большое діагностическое значеніе имѣетъ анамнезъ (указаніе на болѣзнь легкихъ или желудка) и данныя объективнаго изслѣдованія. Слѣдуетъ однако замѣтить, что именно при начальномъ кровохарканьи у туберкулезныхъ больныхъ могутъ совершенно отсутствовать какія бы то ни было измѣненія въ легкихъ и что при кровохарканьи и при кровавой рвотѣ слѣдуетъ по возможности ограничить объективное изслѣдованіе больного въ виду опасности усилить имѣющееся кровотеченіе. При кровохарканьи кровь бываетъ большею частью алой и пѣнистой (кровь изъ геморрагическаго инфаркта и изъ легочныхъ кавернъ темнаго и даже черноватаго цвѣта), имѣетъ щелочную реакцію и не содержитъ частицъ пищи, если только она не была проглочена и затѣмъ извергнута рвотой. При кровавой рвотѣ кровь, напротивъ, бываетъ темнокраснаго или шоколаднаго цвѣта (алой лишь при разѣданіи стѣнки артерій), имѣетъ обыкновенно кислую реакцію и содержитъ части пищи; кромѣ того при сильномъ желудочномъ кровотеченіи испражненія имѣютъ дегтеобразный видъ вслѣдствіе присутствія измѣненной крови.

Объективное изслѣдованіе. Относительно отклоненій, констатируемыхъ при патологическихъ условіяхъ путемъ осмотра, ощупыванія, перкуссии и выслушиванія см. отдѣлъ «Частная діагностика».

Верхняя граница легкихъ находится нормально съ обѣихъ сторонъ на 3—4 стм. выше ключицы, а сзади на уровнѣ остистаго отростка 7-го шейнаго позвонка. Если верхняя граница легкихъ оказывается ниже, то это говоритъ за бугорчатку или сморщиваніе одной верхушки легкихъ. Нижняя граница легкихъ лежитъ справа у края грудины на 6-мъ ребрѣ, по правой сосковой линіи у нижняго края 6-го или у верхняго края 7-го ребра, по передней подмышечной линіи—у нижняго края 7-го ребра, по лопаточной линіи—на 9-мъ ребрѣ, у позвоночника—на уровнѣ остистаго отростка 11-го грудного позвонка; слѣва возлѣ грудины нижняя граница легкихъ образуется сердечной тупостью, а кнаружи она переходитъ мало-по-малу безъ рѣзкой границы въ область тимпаническаго звука надъ желудкомъ; сзади нижняя граница лѣваго легкаго проходитъ на такой же высотѣ, какъ справа. При спокойномъ дыханіи верхняя граница легкихъ смѣщается приблизительно на $\frac{1}{2}$ стм., а нижняя граница—на 1 стм., при глубокомъ вдыханіи верхняя граница смѣщается на 1—1 $\frac{1}{2}$ стм., а нижняя—на 3—5 стм. При положеніи на спинѣ нижній край легкихъ опускается на 2 стм. ниже, нежели въ стоячемъ положеніи; при положеніяхъ на боку край свободнаго легкаго опускается на 4—8 стм. Дыхательныя смѣщенія краевъ легкихъ отсутствуютъ или значительно уменьшены при сращеніяхъ между обоими листками плевры и при эмфиземѣ. Обыкновенно нижнюю границу легкихъ опредѣляютъ по правой сосковой линіи; если ясный легочный звукъ распространяется ниже 7-го ребра, то имѣется *volumen pulmonum acutum* (постоянно при эмфиземѣ, временно—во время приступа бронхіальной астмы). Высокое положеніе нижнихъ границъ обоихъ легкихъ наблюдается при метеоризмѣ, асцитѣ, опухольяхъ живота и беремености, одного легкаго—при процессахъ сморщиванія въ легкомъ или въ плеврѣ. Топографія долей легкихъ: спереди и слѣва къ грудной стѣнкѣ прилежитъ лишь одна верхняя доля, спереди и справа—верхняя и средняя доли, причемъ граница между ними соотвѣтствуетъ приблизительно 4-му ребру. Сзади съ обѣихъ сторонъ прилежатъ лишь верхняя и нижняя доли легкихъ; граница между ними проходитъ приблизительно на уровнѣ 3-го грудного позвонка и 3-го ребра. Слева 4-е ребро отграничиваетъ верхнюю долю отъ нижней, а справа—верхнюю долю отъ средней.

Изслѣдованіе рентгеновскими лучами даетъ при цѣломъ рядѣ болѣзней легкихъ очень важныя діагностическія указанія. Подробности см. въ специальной части. Легкія на экранѣ имѣютъ видъ свѣтлыхъ участковъ; правое легкое рѣзко отграничено снизу густой тѣнью печени. Движенія діафрагмы видны отчетливо. При эмфиземѣ и при вздутіи легкихъ легочныя участки кажутся еще болѣе свѣтлыми, діафрагма стоитъ низко и обнаруживаетъ незначительныя экскурсіи. Пневмотораксъ и каверны также даютъ рѣзко отграниченныя свѣтлыя пятна на экранѣ. Напротивъ плевритическіе экссудаты, гидро- и гемотораксъ, равно какъ очаги оплотнѣнія даютъ болѣе или менѣе густыя тѣни. Точно также опухоли легкихъ и средостѣнія даютъ часто рѣзко отграниченныя тѣни. См. главу объ опухоляхъ средостѣнія. Далѣе, важное значеніе имѣетъ констатированіе пораженныхъ туберкулезомъ бронхіальныхъ железъ у корня легкаго (см. главу о туберкулезѣ легкихъ). Наконецъ рентгеноскопія и рентгенографія незамѣнимы при распознаваніи инородныхъ тѣлъ въ легкихъ.

Общая терапия болѣзней бронховъ, легкихъ и плевры.

Въ лекарственномъ леченіи болѣзней дыхательнаго тракта большую роль играютъ отхаркивающія средства, *expectorantia*, способствующія отхаркиванію мокроты. Удаленіе мокроты, выдѣляемой воспаленной слизистой оболочкой бронховъ то въ большемъ количествѣ и жидкой консистенціи, то въ скудномъ количествѣ и въ видѣ тягучей слизи, часто причиняетъ больному значительныя страданія и требуетъ большого напряженія. Большая часть отхаркивающихъ средствъ усиливаетъ секретію слизистыхъ оболочекъ и такимъ образомъ разжижаетъ мокроту. Въ общемъ однако дѣйствіе отхаркивающихъ средствъ является ненадежнымъ и непродолжительнымъ; въ этомъ отношеніи они значительно уступаютъ гидropатическимъ процедурамъ (см. ниже).

- Соли аммонія: Rp. Sol. Ammon. chlorat. 5,0:160,0, Sacc. Liquir. dep. 5,0 M. D. S. По столовой ложкѣ черезъ 2 часа (*mixtura solvens.*).
 Rp. Liq. Ammonii anisati 3,0, Sir. Althaeae, Aquae dest. aa 20,0. M. D. S. По чайной ложкѣ 3 раза въ день.
 Rp. Liq. Ammon. anis. 5,0, Sirup. Althaeae 30,0. Aq. dest. ad 200,0. M. D. S. По столовой ложкѣ 3 раза въ день (*Liquor pectoralis*).
 Nauseosa: Rp. Infus. rad. Senegae 10,0:180,0, Liq. Ammon. anis. 3,0, Sir. Althaeae ad 200,0. M. D. S. По столовой ложкѣ черезъ 2 часа.
 Rp. Infus. rad. Ipecac. 0,5:180,0, Codein. posphor. 0,1, Sir. simpl. ad 200,0. M. D. S. По столовой ложкѣ черезъ 2 часа.
 Mucilaginoso: Rp. Sirup. Althaeae 50,0, Oxymel Scillae 5,0, Aq. foeniculi 25,0. M. D. S. По чайной ложкѣ черезъ 2 часа (отхаркивающий сиропъ для дѣтей).
 Rp. Species pector. 30,0. D. S. По столовой ложкѣ на 2—3 чашки воды (грудной чай).

Въ хроническихъ случаяхъ умѣстны ингаляціи. Вдыханіе 1⁰/₀ раствора поваренной соли, Ems или Obersalzbrunn производится дома при помощи парового ингаляціоннаго аппарата. Изъ курортовъ, снабженныхъ ингаляторіями, слѣдуетъ указать особенно на Ems и Reichenhall, а равно какъ градирни разсолныхъ источниковъ въ Kösen, Salzungen, Sulza, Reichenhall. Кромѣ того для усиленія отхаркиванія даютъ сельтерскую воду съ теплымъ молокомъ или съ молочной сывороткой, иногда съ прибавленіемъ минеральной воды (напр. Obersalzbrunn).

При хроническомъ бронхитѣ съ обильнымъ выдѣленіемъ мокроты, гнилостномъ бронхитѣ, бронхіэктазіяхъ, гангренѣ и кавернахъ полезны дыханія скипидара или перуанскаго бальзама:

- Rp. Ol. Terebinth. 30,0. D. S. Налить полную чайную ложку на горячую воду и вдыхать образующіеся при этомъ пары 3—4 раза въ день въ продолженіе $\frac{1}{4}$ часа.
 Rp. Balsam. peruvian. 15,0, Spirit. dilut. 5,0. D. S. Налить на горячую воду 25 капель и вдыхать.

Скипидаръ можно также накапать на кусокъ фланели, привязанный къ шеѣ въ видѣ салфетки, или распылять въ комнатѣ посредствомъ пульверизатора или дать вдыхать черезъ маску. Далѣе для ограниченія слишкомъ обильнаго выдѣленія мокроты прибѣгаютъ къ терпинъ-гидрату:

- Rp. Terpin. hydrat. 0,5. D. tal. dos. Nr. 10. D. S. По 1 порошку 3 раза въ день.

Антисептическими и дезинфицирующими средствами для легкихъ является до известной степени креозотъ и его производныя. Примѣняются они преимущественно при туберкулезѣ легкихъ (см. соотв. главу):

Rp. Kreosot. 1,0, Tincturae Gentianae 2,5, Spirit. vini rectific. 25,0, Vin. Xerens. ad 100,0. D. S. 3 раза въ день по чайной ложкѣ въ рюмкѣ воды.

Rp. Kreosoti 2,0, Olei jecoris aselli ad 200,0. D. S. По столовой ложкѣ 2 раза въ день.

Rp. Guajacol. carbon. 20,0. D. S. 3 раза въ день на кончикѣ ножа.

Rp. Kreosotal. (Kreosot. carbon.) 100,0 D. S. 3 раза въ день по $\frac{1}{2}$ — 1 чайной ложкѣ съ краснымъ виномъ или молокомъ во время ѣды.

Rp. Geosot. (Guajacol. valerianic.) in capsulis (по 0,2). D. S. 3 раза въ день по 1 капсулѣ.

Rp. Thiocol (гваяколь сульфокислый калий) 1,0. D. tal. dos. Nr. 20. S. По 1 порошку 3—4 раза въ день (сиролинъ не что иное, какъ 10% растворъ тиокола въ Sirup. cort. Aurantii, дается по чайной ложкѣ 4 раза въ день).

При одышкѣ влѣдствіе заболѣванія дыхательнаго аппарата слѣдуетъ придать верхней половинѣ тѣла возвышенное положеніе (деревянная наклонная плоскость, клиновидная подушка, кресло). При особенно мучительной одышкѣ можно облегчить страданія больного впрыскиваніемъ подъ кожу морфія (0,01—0,02). Относительно леченія одышки при бронхіальной астмѣ и эмфиземѣ легкихъ см. соотв. главы. Далѣе, хорошее дѣйствіе оказываютъ горчичники. При сильномъ переполненіи легочнаго круга кровообращенія значительное облегченіе приноситъ большею частью кровопусканіе (200 куб. см.), иногда спасающее жизнь больного.

Кашель удастся успокоить посредствомъ влажныхъ компрессовъ на грудь, ингаляцій (0,8% растворъ поваренной соли, Ems, Obersalzbrunn), покойнаго положенія въ постели, питья горячаго молока съ сельтерской водой. Внутрь даютъ кодеинъ или морфій:

Rp. Codein. phosphor. 0,5, Elixir. pectoral., Aq. dest. aa 10,0. M. D. S. По 15 капель 3 раза въ день.

Rp. Morphin. hydrochlor. 0,1, Aq. amygd. amar. 10,0. M. D. S. По 15 капель 3 раза въ день ¹⁾.

При боляхъ въ груди и колотѣ въ боку—влажные согрѣвающие компрессы, горчичники, втираніе камфорнаго спирта или масла съ хлороформомъ:

Rp. Chloroformii 10,0, Olei Hyoscyami 40,0. M. f. linim. S. Наружное.

При кровохарканьи рекомендовать больному абсолютный покой въ постели, подложить подъ голову и плечи подушку, запретить разговаривать, положить небольшой пузырь со льдомъ на больную сторону, покрыть больного легкимъ теплымъ одѣяломъ, поддерживать въ комнатѣ умѣренную температуру. Пища въ умѣренномъ количествѣ, не слишкомъ холодная и не слишкомъ горячая. При безпокойствѣ 0,01 морфія подъ кожу. Кромѣ того слѣдуетъ дать Secale, Hydrastis, желатину:

Rp. Extract. Secalis cornuti fluid. 15,0. D. S. По 15 капель 3 раза въ день.

Rp. Extract. Hydrastis canadens. fluid. 15,0. D. S. По 15 капель 3 раза въ день.

¹⁾ Вмѣсто морфія можно прописывать также діонинъ (по 0,015 нѣсколько разъ въ день). Прим. ред.

- Rp. Gelatinae 10,0, Aq. destill. ad 100,0. D. S. По столовой ложкѣ черезъ каждый часъ. (То же въ клизмѣ въ 1—2 порціяхъ).
- Rp. Gelatinae sterilisat. pro injectione Merck 10% въ стеклянныхъ трубочкахъ по 40,0. S. Для подкожнаго впрыскиванія (трубочку въ закрытомъ видѣ слѣдуетъ передъ впрыскиваніемъ нагрѣть въ водяной банѣ до температуры тѣла).
- Rp. Plumb. acet. 0,03, Sacch. albi 0,5. M. f. pulv. D. tal. dos. Nr. 10. S. По 1 порошку черезъ 1—2 часа.

При очень сильномъ и обильномъ легочномъ кровотеченіи цѣлесообразно дать больному проглотить столовую ложку поваренной соли съ небольшимъ количествомъ воды—средство, всегда имѣющееся подъ рукой.

Относительно гидротерапіи и климатотерапіи при болѣзняхъ дыхательныхъ органовъ см. отдѣльныя заболѣванія въ спеціальной части.

Частная діагностика и терапія болѣзней бронховъ, легкихъ и плевры.

Болезни бронховъ, легкихъ и плевры по своему клиническому теченію и по своимъ физическимъ симптомамъ могутъ настолько походить другъ на друга, что врядъ ли было бы удобно раздѣлить ихъ по ихъ анатомической локализациі. Въ виду этого мы рассмотримъ ихъ какъ нѣчто цѣльное и раздѣлимъ ихъ на отдѣльныя группы, сообразуясь со способомъ проявленія и теченія болѣзни (острое или хроническое) и съ ихъ характерными физическими симптомами, главнымъ образомъ съ данными перкуссіи:

- 1) Острыя заболѣванія органовъ дыханія, не сопровождающіяся притупленіемъ легочнаго звука.
- 2) Острыя и подострыя заболѣванія органовъ дыханія съ притупленіемъ легочнаго звука.
- 3) Хроническія болѣзни органовъ дыханія безъ притупленія легочнаго звука:
 - а) съ увеличеніемъ границъ легочнаго звука,
 - б) безъ увеличенія границъ легочнаго звука.
- 4) Хроническія болѣзни дыхательныхъ органовъ, сопровождающіяся притупленіемъ легочнаго звука.

1 группа. Острыя заболѣванія органовъ дыханія, не сопровождающіяся притупленіемъ легочнаго звука.

1. Острый бронхитъ

встрѣчается въ видѣ самостоятельнаго заболѣванія вслѣдствіе простуды, вдыханія дыма и пыли, чрезмѣрнаго напряженія при пѣніи и т. п., или въ видѣ вторичнаго заболѣванія, являясь лишь отдѣльнымъ симптомомъ преимущественно инфекціонныхъ болѣзней (корь, скарлатина, инфлуэнца, коклюшъ, тифъ). Часто встрѣчается одновременно съ насморкомъ, катарромъ зѣва, ларингитомъ и трахеитомъ, причемъ катарральное воспаленіе переходитъ съ верхнихъ частей воздухоносныхъ путей на нижнія. Катарръ мелкихъ развѣтвленій бронховъ, бронхіолитъ, капиллярный бронхитъ, даетъ въ особенности у дѣтей, особую довольно характерную клиническую картину и вслѣдствіе этого будетъ рассмотрѣнъ отдѣльно.

Главные симптомы. При перкуссіи повсюду ясный легочный звукъ, нигдѣ не замѣчается притупленія, при выслушиваніи—везикулярное ды-

ханіе, иногда съ жесткимъ и удлиненнымъ выдохомъ. Сначала или вовсе не выслушиваются хрипы, или имѣются сухіе жужжащіе хрипы (*rhonchi sonori*); позже подъ вліяніемъ усилившейся припухлости слизистой оболочки появляются во время выдоха также свисты (*rhonchi sibilantes*). При наличности обильной и жидкой мокроты опредѣляются крупно-, средне- и мелкопузырчатые влажные хрипы въ зависимости отъ калибра пораженныхъ бронховъ. Мокрота, вначалѣ скудная, тягучая, стекловидная и слизистая, позже становится болѣе обильной, слизисто-гнойной или чисто гнойной. Кашель, сначала сухой, болѣзненный, позже при появленіи болѣе обильной мокроты становится болѣе легкимъ и влажнымъ. Дыханіе почти не испытываетъ затрудненія. Иногда наблюдается незначительная лихорадка. Въ началѣ заболѣванія бываетъ чувство ссаденія за грудиной и въ утренней ямкѣ, разбитость, головная боль.

Что касается діагноза, то слѣдуетъ прежде всего установить, имѣется ли дѣло съ простымъ бронхитомъ или только съ симптомомъ, за которымъ скрывается одна изъ перечисленныхъ выше инфекціонныхъ болѣзней. Если бронхитъ ограничивается преимущественно однимъ легкимъ, то всегда слѣдуетъ заподозрить туберкулезъ легкихъ, причемъ подозрѣніе превращается почти въ полную увѣренность, если явленія бронхита ограничиваются одной только верхушкой легкихъ. Постоянные влажные хрипы на опредѣленномъ мѣстѣ говорятъ за наличность бронхіэктазіи (см. ниже). При простомъ бронхитѣ хрипы всегда являются незвучными (такъ какъ при бронхитѣ не наблюдается хорошо проводящихъ звуковъ инфильтрацій или сдавленій легочной ткани). Звучные или крепитирующие хрипы говорятъ за наличность безвоздушной легочной ткани (вслѣдствіе инфильтраціи при туберкулезѣ, пневмоніи, бронхопневмоніи). Болѣе высокая и продолжительная лихорадка также указываетъ на наличность бронхопневмоническихъ гнѣздъ. Объ отличіи бронхіальныхъ хриповъ отъ шума тренія плевры см. главу о плевритѣ.

Леченіе. Послѣ горячей ванны и послѣ приема бузиннаго чая, горячей воды съ лимоннымъ сокомъ или горячаго молока слѣдуетъ заставить больного пропотѣть, примѣнивъ обертываніе всего тѣла или $\frac{3}{4}$ его въ теченіе 1—1½ часовъ, 1—2 раза въ день. При сухомъ катаррѣ и скудномъ отдѣленіи мокроты отхаркивающія (см. стр. 100) или ингаляціи (см. стр. 100). Теченіе почти всегда благоприятное; бронхитъ требуетъ примѣненія особыхъ мѣръ лишь у дѣтей и у стариковъ, а именно: возбужденія дыханія и поддержанія дѣятельности сердца (см. главу о бронхіолитѣ).

2. Бронхіолитъ (*Bronchitis capillaris*)

— катарръ мелкихъ и мельчайшихъ развѣтвленій бронховъ, просвѣтъ которыхъ закупоривается слизью или припухшей слизистой оболочкой. Если болѣзненный процессъ распространяется на болѣе значительные участки легкихъ, то появляется довольно сильная одышка. Чаще всего наблюдается у маленькихъ дѣтей, затѣмъ у стариковъ и у ослабленныхъ лицъ.

Главные симптомы. Границы легких перкуторно расширены; вздутие легких наблюдается чаще всего сбоку и спереди; при выстукивании получается громкий, слегка тимпанический звук (коробочный звук); в области пораженных участков легких (особенно сзади и возле позвоночника) дыхательный шум ослаблен или отсутствует, кроме того мелкопузырчатые хрипы. Мокрота содержит тонкие непрозрачные слизистые нити (свисающие вниз в воду). Большею частью лихорадка. Пульс и дыхание учащены. Часто одышка и цианоз; усиливающееся апатичное состояние, тоскливое выражение лица, бледногрязная окраска кожи, синюшная окраска видимых слизистых оболочек. Большею частью инспираторные втягивания грудной клетки, особенно боковых частей ее, подложечной области, равно как межреберных промежутков, в то время как верхние участки легких расширены. Часто смертельный исход, в благоприятных случаях выздоровление спустя несколько недель.

Диагноз. Нередко физические явления обнаруживаются сравнительно поздно, когда общее состояние ребенка уже начинает становиться угрожающим. Первыми признаками болезни служат затрудненное дыхание, лихорадка, плохой аппетит, беспокойное состояние, возрастающая апатия, бледность, цианоз. Такие же явления могут наблюдаться при коревом бронхите и при милиарном туберкулезе.

Лечение. В легких случаях—3 раза в день тепловатые ванны (34°) с последующими короткими холодными обливаниями и растиранием тела. Иногда достаточно применить влажные согревающие компрессы на грудь и спину в течение 2 часов, 3 раза в день. В тяжелых случаях в детской практике следует прибегнуть к горчичным обертываниям, вызывающим сильное отвращение на кожу. Техника их следующая: две полные горсти свежей горчичной муки (*semen sinapis*) растирают в 1 — 2 литрах теплой воды, пока не появится едкий запах горчицы. Затем процеживают воду через полотенце и намазывают кашицу толстым слоем на другое полотенце. После этого подвергают ребенка закутыванию трех четвертей тела, причем руки остаются свободными, или обертывают все туловище вместе с руками; продолжительность обертывания равна 10 минутам. При этом следует защитить рот ребенка от вдыхания эфирного горчичного масла, а на голову, как при всех других гидротических процедурах, положить влажный холодный компресс. После удаления горчичного компресса ребенка следует тотчас опустить в теплую ванну и смыть приставшую к телу горчичную муку. Если сердце работает больше или меньше правильно, то кожа становится ярко-красной; при ослаблении сердечной деятельности этого не наблюдается. Все эту процедуру следует, в зависимости от эффекта, повторять ежедневно или через день. Рекомендуются также и потогонные обертывания всего тела: завертывают ребенка в простыню, смоченную в теплой воде, а сверху в шерстяное одеяло; продолжительность такого обертывания—1—1½ часа. Перед обертыванием следует дать

теплое питье (бузиный чай, молоко). Хорошимъ возбуждающимъ средствомъ является также втираніе въ кожу слѣдующей смѣси:

Rp. Spirit. vini, Ol. Olivarum aa 100,0. M. D. S. Взбалтывать предъ употребленіемъ, втирать въ кожу до появленія красноты.

Кромѣ того даютъ внутрь:

Rp. Liq. Ammon. anisat. 4,0, Digalen. 1,0, Aq. destillat. ad 10,0. M. D. S. По 10 капель 3 раза въ день.

Rp. Camphor. trit. 0,03, Flor. Benzoës 0,01, Sacch. albi 0,5. M. f. pulv. D. tal. dos. Nr. 10. D. S. По 1 порошку черезъ 3 часа.

У стариковъ—возбуждающія средства: камфора, эфиръ, вино, кофе; для урегулированія дѣятельности сердца—наперстянка (см. главу объ общей терапіи болѣзней сердца).

Добавленіе. Фибринозный бронхитъ.

Рѣдкое заболѣваніе, встрѣчающееся въ острой и хронической формѣ. Развивается иногда первично, иногда при дифтеріи или туберкулезѣ.

Главные симптомы. Отхаркиваніе фибринозныхъ слѣпковъ съ бронховъ (ложныя перепонки). Кромѣ того рѣдкое затрудненіе дыханія, лихорадка. Позже слизисто-гнойная, иногда кровавистая мокрота.

Леченіе. Отхаркивающія средства, ингаляціи, иногда для облегченія отхаркиванія сдавленіе грудной клѣтки. См. главу объ общей терапіи болѣзней легкихъ.

3. Отекъ легкихъ.

Переходъ обильнаго количества серозной жидкости изъ кровеносныхъ сосудовъ въ ткань легкихъ, скопленіе ея въ альвеолахъ и въ бронхахъ и отхаркиваніе большого количества водянистой, пѣнистой, желтоватой или красноватой мокроты. Причины—застой крови въ легкихъ вслѣдствіе ослабленія лѣваго желудочка при сохраненіи работоспособности праваго желудочка, при порокахъ сердечныхъ клапановъ (недостаточность клапановъ аорты), миокардитъ, нефритъ, кахексія (агонія); кромѣ того какъ осложненіе при пневмоніи.

Главные симптомы. Очень сильная одышка, въ обоихъ легкихъ распространенные средне- и крупнопузырчатые влажные хрипы, слышныя на разстояніи. Выдѣленіе съ большимъ или меньшимъ усиленіемъ пѣнистой, водянистой мокроты, содержащей бѣлокъ, а при пневмоніи напоминающей отваръ изъ сливъ. Данныя физическаго изслѣдованія: отсутствіе притупленія *), но слегка тимпаническій звукъ при перкуссіи, дыхательный шумъ совершенно заглушается громкими хрипами. Блѣдное синюшное лицо, холодный потъ, тоскливый взглядъ, малый неправильный пульсъ. Предсказаніе неблагоприятное, часто предсмертное явленіе. Если удастся поднять дѣятельность сердца, то больной можетъ оправиться отъ отека легкихъ.

Леченіе. Камфорное масло подъ кожу, внутрь камфора съ бензойной кислотой, крѣпкій кофе, вино, эфиръ:

Rp. Acid. benzoic 0,2, Camphor. trit. 0,05, Sacch. albi 0,3, M. f. pulv. D. tal. dos. Nr. 10 (ad chart. cerat.) S. По 1 порошку черезъ 2 часа.

Кромѣ того кофеинъ и наперстянка, кровопусканіе (см. ниже стр. 108).
Pleuritis sicca, см. «Плевритъ» (стр. 112).

*) Если отекъ легкихъ присоединился къ крупозной пневмоніи, то, разумѣется, опредѣляется зависящая отъ послѣдней тупость. Прим. ред.

2 группа. Острые заболевания органов дыхания, сопровождающиеся притуплением легочного звука.

4. Крупозное (фибринозное) воспаление легких.

Крупозная пневмония поражает первично самую ткань легких и большею частью распространяется на большой участок легких, обыкновенно на целую долю (лобарная пневмония); накапливающийся в альвеолах экссудат очень богат фибрином. Бронхопневмония (см. ниже стр. 108), напротив, исходит всегда от бронхов или бронхиол, переходит с них на альвеолы и дает ряд мелких очагов, распространяясь таким образом лишь на отдельные доли (лобулярная пневмония). Причиной крупозной пневмонии является большею частью простуда *), связанная с одновременной инфекцией диплококком пневмонии (pneumococcus) Fränkel-Weichselbaum'a. Другия причины суть травмы, вдыхание вредно действующих газов, инфекционные болезни (инфлуэнца **), тиф, дифтерия и проч.).

Главные симптомы. Большею частью внезапное начало потрясающим ознобом, чувством тяжелого недомогания и колющим в боку. Перкуторный звук сначала нормальный, но вскоре определяется тимпанический и слегка притупленный звук. При выслушивании находят неопределенное дыхание и мелкопузырчатые или крепитирующие хрипы. Лихорадка постоянного типа, с незначительными ремиссиями. Пульс и дыхание учащены (1 стадия гиперемии). На второй день или позже (особенно при центральном расположении уплотнения) притупление усиливается, появляется бронхиальное дыхание, влажные, часто звучные хрипы и усиленное голосовое дрожание. Больной отхаркивает тягучую, плотно пристающую ко дну плевальницы желтокрасную (ржавую) мокроту в умеренном количестве. Часто наблюдается высыпание мелких пузырьков около рта и носа: herpes labialis (facialis). Аускультативные явления, а именно бронхиальное дыхание и бронхофония, могут временно отсутствовать при закупорке приводящего бронха (2 стадия опеченения). На 5—7-й день заболевания, часто и позже, происходит критическое падение температуры, больной сильно потеть, частота пульса и дыхания резко понижается. Иногда настоящему кризису предшествует ложный, при котором пульс и дыхание остаются учащенными. В типических случаях наступает прояснение тупости, перкуторный звук приобретает больше тимпанический оттенок, бронхиальное дыхание исчезает, выслушивается крепитация, а затем и обыкновенные хрипы. Больной отхаркивает слабо окрашенную, жидкую или гнойную мокроту в обильном количестве (3 стадия разрешения). В тяжелых случаях воспаления легких наблюдается цианоз, а также метеоризм. Иногда мокрота бывает зеленоватой (желтуха) или становится похожей на отвар слив (отек легких); последний признак всегда указывает на плохой прогноз. В целом ряд случаев болезни оканчивается не критически, а

*) По общепринятому взгляду простуда не есть причина, а лишь момент, способствующий инфекции или проявлению действия пневмококков, встречающихся очень часто в полости рта и зева у здоровых лиц. Прим. ред.

**) При инфлуэнце развивается часто не типичная крупозная пневмония, а так назыв. гриппозная пневмония, отличающаяся от первой по клиническим явлениям и по течению.

литически въ продолженіе 1—2 недѣль, причемъ температура падаетъ постепенно. Иногда такое теченіе зависитъ отъ осложненій (серозный плевритъ, эмпіема, туберкулезъ). Изъ другихъ осложненій слѣдуетъ упомянуть о менингитѣ (бредъ, сведеніе затылка), нефритѣ и миокардитѣ. Иногда болѣзненный процессъ переходитъ на другіе участки того же легкаго или на другое легкое—блуждающая пневмонія, *pneumonia migrans*. Теченіе пневмоніи представляетъ нерѣдко отклоненія. Такъ у дѣтей вмѣсто потрясающаго озноба часто наблюдаются вначалѣ гастрическія явленія и рвота (у маленькихъ дѣтей часто судороги; прим. ред.); у стариковъ болѣзнь часто начинается незамѣтно и проявляется нерѣзко выраженными физическими симптомами, въ то время какъ на первый планъ выступаетъ ослабленіе дѣятельности сердца и спячка: астеническая или адинамическая пневмонія. У пьяницъ наблюдается бредъ. Тифозная пневмонія отличается симптомами со стороны нервной системы, увеличеніемъ селезенки и постепеннымъ повышеніемъ температуры. Вмѣстѣ съ тѣмъ, однако при физическомъ изслѣдованіи находятъ признаки воспаленія легкихъ. Въ подобныхъ случаяхъ очень часто оказывается пораженной верхняя доля легкаго, и прогнозъ бываетъ въ общемъ менѣе благопріятный. То же относится къ атипической пневмоніи, развивающейся въ теченіе инфлуэнцы.

Діагнозъ ставится на основаніи типическаго теченія, характерной мокроты и данныхъ физическаго изслѣдованія; большое значеніе имѣетъ усиленіе голосоваго дрожанія (при плевритѣ оно бываетъ ослаблено); усиленіе его не наблюдается только тогда, когда приводящій бронхъ закупоренъ мокротой *). При тифозной пневмоніи данныя физическаго изслѣдованія, характерная мокрота и иногда появленіе герпеса говорятъ за пневмонію и противъ тифа. Пневмококки часто встрѣчаются также въ слюнѣ совершенно здоровыхъ людей; нахожденіе ихъ въ мокротѣ (послѣ впрыскиванія мокроты въ брюшную полость мышамъ черезъ 48 часовъ находятъ въ перитонеальной жидкости окруженные сумками пневмококки) не имѣетъ поэтому большого діагностическаго значенія.

Леченіе. Въ легкихъ случаяхъ влажные согревающіе компрессы на всю грудь и на верхнюю часть живота; при сильномъ колотѣ въ груди—горчичники или сухія банки въ области пневмоническаго процесса. Покойное положеніе съ слегка приподнятой верхней половиной тѣла, просторная, легко провѣтриваемая комната съ умѣренной температурой воздуха. Пища жидкая или кашцеобразная, легковаримая, но питательная: молоко, яйца, мясной сокъ, говяжій бульонъ, кофе, прохладительные напитки (вода съ лимоннымъ сокомъ). Давать пищу всегда маленькими порціями, не обременяя желудка, избѣгать вздутія кишечника. Заботиться

*) Отсутствіе или ослабленіе голосоваго дрожанія наблюдается, конечно, и въ томъ случаѣ, когда одновременно съ пневмоніей существуетъ выпотной плевритъ (плевропневмонія). Въ тѣхъ случаяхъ, когда голосовое дрожаніе отсутствуетъ вслѣдствіе закупорки приводящаго бронха, оно снова получается, если заставить больного энергично откашливаться. Прим. ред.

о правильномъ опорожненіи кишечника. Вино слѣдуетъ въ общемъ давать только въ видѣ возбуждающаго средства; у алкоголиковъ оно необходимо. При сильной лихорадкѣ и безпокойствѣ—пузырь со льдомъ на голову.—Польза ваннъ сомнительна. При сильной лихорадкѣ и хорошемъ общемъ состояніи можно принѣмать кратковременныя прохладныя или тепловатыя полныя ванны или полуванны ($35 - 32^{\circ} \text{C.}$); во избѣжаніе коллапса слѣдуетъ однако всегда давать до и послѣ ванны $\frac{1}{2}$ стакана вина; вообще лучше прямѣять холодныя или прохладныя обмыванія. Жаропонижающихъ средствъ лучше избѣгать.—При трудномъ отхаркиваніи мокроты—*expectorantia* (см. стр. 100), при сильномъ кашлѣ и боляхъ—кодеинъ или морфій (см. стр. 101). Чрезвычайно большое значеніе имѣетъ постоянное наблюденіе за дѣятельностью сердца. Если пульсъ становится слабымъ и частымъ, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ наперстянкѣ, кофеину и возбуждающимъ средствамъ (камфора, эфиръ, вино, кофе, коньякъ съ желтками):

- Rp. Infus. fol. digit. 1,0 : 150,0, Sir. simp. 30,0. M. D. S. По столовой ложкѣ черезъ 2 часа.
 Rp. Digalen Cloetta въ оригинальномъ флаконѣ. D. S. По 15 капель 3 раза въ день послѣ ѣды въ винѣ или молокѣ.
 Rp. Coffein. natrio-benzoic., Sacch. albi \overline{aa} 0,3. M. f. pulv. D. tal. dos. Nr. 10. S. По 1 порошокъ 3 раза въ день.
 Rp. Acidi benzoic., Camph. trit. \overline{aa} 0,05, Sacch. albi 0,5. M. f. pulv. D. tal. dos. Nr. 10 (in chart. cerat). S. По 1 порошокъ черезъ 1—2 часа.
 Rp. Spirit. vini Cognac., Aq. dest. \overline{aa} 60,0, Vitell. ovi unius, Sirup. simpl. 20,0. M. D. S. По столовой ложкѣ черезъ 1—2 часа.

При сильномъ ціанозѣ или угрожающемъ отека легкихъ очень хорошее дѣйствіе оказываетъ кровопусканіе, иногда прямо спасающее больного отъ смерти (выпустить 200—300 куб. см. крови). Кромѣ того *oleum camphoratum* подъ кожу.

5. Катарральное воспаленіе легкихъ (бронхопневмонія)

развивается изъ бронхита или бронхіолита, притомъ либо первичнаго, особенно у дѣтей и у стариковъ, либо вторичнаго послѣ кори, инфлуэнцы, коклюша, дифтеріи и тифа. Также въ формѣ аспираціонной пневмоніи. Поражаются не цѣлыя доли, а небольшіе участки. Инфильтратъ состоитъ главнымъ образомъ изъ альвеолярнаго эпителия, лейкоцитовъ, большого числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и небольшого количества фибрина или совсѣмъ не содержитъ фибрина; изъ микроорганизмовъ находятъ стрептококки, пневмококки, бациллы инфлуэнцы и др.

Главные симптомы. Внезапное или постепенное повышеніе температуры, большею частью безъ потрясающаго озноба. Данные физическаго изслѣдованія различны въ зависимости отъ того, имѣются ли многочисленные мелкіе или немногіе болѣе крупныя очаги. Въ первомъ случаѣ не бываетъ ясной тупости, а опредѣляется тимпанической звукъ, а при выслушиваніи неопредѣленное или везикулярное дыханіе (благодаря присутствію въ окружности очаговъ содержащей воздухъ легочной ткани); иногда выслушиваются звучные хрипы. При сліяніи болѣе крупныхъ гнѣздъ опредѣляются ограниченное притупленіе на отдѣльныхъ мѣстахъ, брон-

хвальное дыханіе, мелкопузырчатые, иногда звучные хрипы, бронхофонія и усиленіе голосового дрожанія. Чаще всего, особенно у дѣтей, бронхопневмоническія гнѣзда находятся въ участкахъ легкихъ, расположенныхъ возлѣ позвоночника. Такъ какъ гнѣзда большею частью появляются не сразу, а постепенно одно за другимъ, то лихорадка отличается неправильнымъ теченіемъ, кромѣ того большею частью не бываетъ критическаго паденія температуры, а наблюдаются ложные кризисы, новое повышение температуры и наконецъ литическое паденіе ея. Мокрота болѣе слизистая, тягучая, иногда кровянистая, но не ржавая. Большею частью сильныя боли въ области пораженныхъ частей легкихъ, значительное расстройство общаго состоянія. Герпесъ наблюдается гораздо рѣже, чѣмъ при крупозной пневмоніи. Теченіе часто неблагоприятное, особенно у дѣтей и у стариковъ, вслѣдствіе сердечной слабости.

Діагнозъ. Въ виду часто незначительныхъ явленій въ легкихъ не всегда легко поставить діагнозъ болѣзни. Если имѣется бронхитъ или бронхіолитъ, то повышение температуры до 40° и выше, ухудшеніе общаго состоянія, учащеніе пульса и дыханія, одышка, ціанозъ, а у дѣтей осунувшійся видъ и сильная блѣдность указываютъ на развитіе бронхопневмоническихъ гнѣздъ.

Леченіе. Въ началѣ болѣзни — влажный, согрѣвающий компрессъ на грудь (смѣнять каждые 2 часа), при усиливающейся инфильтраціи — тепловатныя или прохладныя ванны ($35-32^{\circ}$) съ холодными обливаніями груди и спины. У дѣтей также горчичныя обвертыванія (см. стр. 104). Слѣдитъ за тѣмъ, чтобы воздухъ въ комнатѣ больного былъ достаточно влажнымъ (паровой распылитель). При наличности бронхита или бронхіолита очень важна частая перемѣна положенія, особенно у дѣтей и стариковъ. Больные не должны долго лежать на спинѣ, а ихъ надо нѣсколько разъ въ день поворачивать на бокъ или на животъ, чтобы способствовать лучшему вентилированію задне-нижнихъ отдѣловъ легкихъ. Маленькихъ дѣтей слѣдуетъ почаще брать на руки и носить по комнатѣ. Отхаркиванію мокроты слѣдуетъ содѣйствовать посредствомъ expectorantia (см. стр. 100). У дѣтей (при хорошей дѣятельности сердца) можно прибѣгнуть къ рвотному. Рвота способствуетъ выдѣленію весьма значительнаго подчасъ количества слизи изъ бронховъ.

Rp. Vini stibiati 15,0. D. S. Принять на несовѣмъ пустой желудокъ $\frac{1}{2}$ чайной ложки, затѣмъ черезъ 10 минутъ еще $\frac{1}{2}$ чайной ложки, и спустя еще 10 минутъ въ третій разъ $\frac{1}{2}$ чайной ложки.

Далѣе (у дѣтей) для поддержанія дѣятельности сердца и для усиленія отхаркиванія мокроты:

Rp. Liq. ammon. anisat. 4,0, Digalen. 1,0, Aq. dest. ad 10,0. M. D. S. По 10 капель 3 раза въ день.

Rp. Camphor. trit. 0,03, Flor. benzoës 0,01, Sacch. albi 0,5. M. f. pulv. D. tal. dos. Nr. 10. D. S. По 1 порошку 3 раза въ день.

Rp. Kreosotal (Kreosotum carbon.) 30,0. D. S. 5-15 капель (въ зависимости отъ возраста ребенка) 3 раза въ день въ молоко.

Въ качествѣ жаропонижающаго примѣняется хининъ (взрослымъ 0,5 chinini sulfur., дѣтямъ въ зависимости отъ возраста 0,1—0,3, по 3 раза въ день въ облаткахъ).

При угрожающей слабости сердца—наперстянка, дигаленъ, камфора, эфиръ, вино, кофе.

6. Гипостатическая пневмонія (и гипостазъ легкихъ).

Причина—продолжительное лежаніе на спинѣ при тяжелыхъ заболѣваніяхъ (тифъ), поврежденіяхъ (переломъ шейки бедра у стариковъ) при недостаточной дѣятельности сердца. Возникающій подъ влияніемъ пассивной гипереміи гипостазъ нижнихъ отдѣловъ легкихъ часто переходитъ подъ влияніемъ инфекціонныхъ возбудителей въ гипостатическую пневмонію.

Главные симптомы. Въ области задне-нижнихъ отдѣловъ легкихъ (большою частью съ обѣихъ сторонъ)—заглушеніе перкуторнаго звука, постепенно усиливающееся притупленіе, неопредѣленное или бронхіальное дыханіе, мелкопузырчатые и отчасти звучные хрипы. Кашель незначительный, мокрота въ небольшомъ количествѣ, слизистая, слизисто-гнойная, а при наличности пневмоніи краснобураго цвѣта или кровянистая. Общія явленія мало выражены; на первый планъ выступаютъ признаки сердечной слабости.—Лихорадка наблюдается лишь при наличности пневмоніи.—Исходъ часто неблагоприятный.

Діагнозъ. Такъ какъ гипостатическая пневмонія часто маскируется основной болѣзью вслѣдствіе того, что общія явленія при ней часто слабо выражены, то ее легко можно просмотрѣть. Поэтому необходимо, особенно у стариковъ, почаще изслѣдовать задне-нижніе отдѣлы легкихъ.

Леченіе, какъ при крупозной пневмоніи. Не позволять тяжелымъ больнымъ и старымъ людямъ долго лежать на спинѣ, заставлять дѣлать глубокія вдыханія; если сердце работаетъ хорошо, можно примѣнять теплыя ванны съ холодными обливаніями. При низкой температурѣ тѣла теплыя или горячія ванны, иногда съ прибавленіемъ горчичной муки (200 грм. на ванну), продолжительностью въ 5 минутъ. Тщательно слѣдить за дѣятельностью сердца; при частомъ, слабомъ и неправильномъ пульсѣ—наперстянка, при угрожающей сердечной слабости—камфора съ бензойной кислотой (см. выше), эфиръ, вино.

7. Геморрагическій инфарктъ легкихъ (и эмболія легочной артеріи).

При эмболии или тромбозѣ мелкихъ и среднихъ вѣтвей легочной артеріи питаемые ими участки легкихъ лишаются притока крови, вслѣдствіе чего въ нихъ происходитъ застой крови и кровоизліяніе. Причиной эмболии являются тромбозъ венъ, преимущественно бедренныхъ и маточныхъ венъ, тромбы въ правой половинѣ сердца, главнымъ образомъ при митральныхъ порокахъ, эндокардитическія измѣненія на клапанахъ праваго желудочка. Если эмболія подвергается одна изъ крупныхъ вѣтвей легочной артеріи (чаще всего во время послѣродового періода), то большою частью происходитъ внезапная смерть (апоплексія легкихъ). Если эмболъ состоитъ изъ зараженнаго матеріала (септический эндокардитъ, послѣродовой сепсисъ, септикопѣмія), то образуется эмболический абсцессъ легкихъ (см. ниже) или множество мелкихъ абсцессовъ.

Главные симптомы. Большою частью внезапное начало одышкой и колющемъ на больной сторонѣ. Вначалѣ обыкновенно повышеніе температуры, позже (при несептической эмболии) обыкновенно безлихора-

дочное теченіе. Вскорѣ отхаркиваніе кровянистой, темной мокроты. При нѣсколько болѣе обширномъ инфарктѣ опредѣляется, особенно въ области одной нижней доли легкаго, ограниченная тупость, бронхіальное дыханіе и разнаго рода хрипы. Нерѣдко одновременно плевритъ. Позже въ мокротѣ часто клѣтки альвеолярнаго эпителія, содержащія пигментъ (Hergfehlerzellen).—При септической эмболии—потрясающіе ознобы и сильное повышеніе температуры (см. главу о септикопѣміи). Теченіе зависитъ отъ основной болѣзни, при асептической эмболии исходъ большею частью неблагоприятный.

Діагнозъ. При ясно выраженныхъ физическихъ симптомахъ и на основаніи этиологическихъ моментовъ діагнозъ легко поставить, особенно если отхаркиваемая мокрота имѣетъ характерный видъ. При отсутствіи ясныхъ явленій въ легкомъ, діагнозъ можно поставить лишь на основаніи сопутствующихъ явленій (внезапная одышка, колюще въ одномъ боку при наличности тромбовъ въ венахъ или порока сердца).

Леченіе. Полный покой, при тромбозѣ вены на конечности покойное удобное положеніе конечности. Запретить, особенно родильницамъ, быстро подниматься въ постели. Противъ колюща и одышки лучше всего морфіи подъ кожу (1,01—0,02) также горчичники на больную сторону. При учащенной и возбужденной дѣятельности сердца—холодные компрессы на область сердца; отъ назначенія наперстянки лучше воздержаться во избѣжаніе возможнаго отрыва новыхъ кусковъ тромба. Важно заботиться о легкомъ опорожненіи кишечника. При одышкѣ и ціанозѣ кровопусканье.

8. Ателектазъ легкихъ.

Подобно гипостазу ателектазъ образуется у больныхъ, долгое время лежащихъ на спинѣ или на боку, вслѣдствіе недостаточнаго провѣтриванія нижнихъ отдѣловъ легкихъ и обусловленной этимъ безвоздушности легочныхъ альвеолъ. Въ особенности это происходитъ при длительныхъ лихорадочныхъ заболѣваніяхъ, при маляріи, при переломахъ шейки бедренной кости у стариковъ; далѣе ателектазъ можетъ развиваться вслѣдствіе сдавленія легочныхъ пузырьковъ плевритическимъ выпотомъ, опухолями, бронхіэктазіями, наконецъ вслѣдствіе закупорки одного или нѣсколькихъ бронховъ слизью или инороднымъ тѣломъ, причемъ воздухъ, находящійся еще въ данномъ отдѣлѣ легкаго, постепенно всасывается. Закупорка мелкихъ бронховъ слизью съ послѣдующимъ ателектазомъ легочной ткани чаще всего наблюдается при бронхитѣ у очень маленькихъ дѣтей. Особый видъ ателектаза представляетъ ателектазъ новорожденныхъ, совершенно не дышавшихъ или дышавшихъ слабо и поверхностно.

Главные симптомы. При наличности большихъ гнѣздъ ателектаза — болѣе или менѣе рѣзкое притупленіе съ неправильными границами, иногда съ слегка тимпаническимъ отгѣнкомъ, неопредѣленное или бронхіальное дыханіе, также крепитация. Голосовое дрожаніе то ослаблено, то усилено. Большею частью ателектазъ наблюдается въ задне-нижнихъ отдѣлахъ легкихъ.—Данныя физическаго изслѣдованія рѣзко мѣняются при перемѣнѣ положенія больного и послѣ глубокаго вдоха. Въ тяжелыхъ случаяхъ наблюдается инспираторное втягиваніе межреберныхъ промежутковъ на больной сторонѣ и одышка.—Мелкія или отдѣльныя гнѣзда не поддаются изслѣдованію.

Діагнозъ ставится на основаніи данныхъ изслѣдованія, которые отличаются измѣнчивостью.

Леченіе. При ателектазѣ на почвѣ бронхита у дѣтей—тепловатыя ванны съ холодными обливаніями или горчичныя обвертыванія и отхаркивающія средства (подробности см. въ главѣ о бронхіолитѣ, стр. 104). Какъ можно чаще брать ребенка на руки и носить его по комнатѣ. Рекомендуются также рвотныя средства (*vinum stibiatum*, стр. 109). У тяжело-больныхъ и стариковъ почаще мѣнять положеніе, способствовать глубокимъ вдыханіямъ холодными обливаніями спины въ теплой ваннѣ; усилить дѣятельность сердца возбуждающими средствами: камфорой, камфорой съ бензойной кислотой, эфиромъ, виномъ, также наперстянкой (см. главу объ общей терапіи болѣзней сердца). Этими мѣрами можно также скорѣе всего предупредить возможное осложненіе пневмоніей.

9. Плевритъ (воспаленіе плевры).

Развивается то первично вслѣдствіе простуды или травмы, то чаще вторично при заболѣваніяхъ легкихъ, особенно при туберкулезѣ, пневмоніи, также при абсцессѣ, гангренѣ и геморрагическомъ инфарктѣ, при костоѣдѣ реберъ, опухоляхъ средостѣнія, туберкулезѣ лимфатическихъ железъ средостѣнія, рактъ пищевода, далѣе при заболѣваніяхъ органовъ брюшной полости или брюшины (*pleuritis diaphragmatica*), равно какъ при инфекціонныхъ и общихъ заболѣваніяхъ.—Развившійся, повидимому, самостоятельно плевритъ всегда долженъ внушать подозрѣніе о наличности скрытаго туберкулеза.

Въ зависимости отъ присутствія жидкаго или только фибринознаго выпота различаютъ двѣ формы плеврита: *pleuritis humida s. exsudativum* и *pleuritis sicca s. fibrinosa*. Такъ какъ при послѣдней формѣ плеврита большею частью не наблюдается притупленія, то ее, собственно говоря, слѣдовало бы отнести къ 1-й группѣ острыхъ заболѣваній легкихъ, не сопровождающихся притупленіемъ перкуторнаго звука; тѣмъ не менѣе она будетъ разсмотрѣна нами въ этой главѣ въ связи съ эксудативнымъ плевритомъ.

а) Сухой плевритъ. *Pleuritis sicca*.

Главные симптомы и діагнозъ. При перкуссіи обыкновенно не замѣчается заглушенія легочнаго звука, но большею частью опредѣляется ослабленная подвижность нижнихъ боковыхъ краевъ легкаго, особенно если на больной сторонѣ существуетъ сильное колотье и боль при дыханіи. При аускультациі, соотвѣтственно ослабленной подвижности легкихъ, выслушивается ослабленное, часто прерывистое (саккадированное) везикулярное дыханіе, а въ дальнѣйшемъ теченіи шумъ тренія плевры: большею частью прерывистый, совпадающій съ дыханіемъ, поверхностный шумъ тренія или хрустъ, часто ощущаемый при ощупываніи, усиливающийся при надавливаніи стетоскопомъ и не измѣняющійся при кашлѣ. (Отличіе отъ сухихъ хриповъ не всегда легко; послѣдніе имѣютъ болѣе непрерывный характеръ, слышны какъ будто издалика, мѣняются подъ вліяніемъ кашля, не ощущаются при ощупываніи и являются болѣе разлитыми). Сухой кашель; мокрота лишь при осложненіяхъ. Лихорадка неправильнаго типа. Сильныя боли и колотье въ боку, дыхательныя движенія на больной сторонѣ сильно ограничены. Больной лежитъ большею частью на больной сторонѣ. Незначительное расстройство общаго состоянія.

Процессъ локализируется чаще всего въ задне-нижнихъ отдѣлахъ плевры, но иногда также въ боковыхъ и переднихъ частяхъ ея. Часто остаются сращения между обоими листками плевры. Течение болѣею частью острое, болѣзнь продолжается отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ недѣль; фибринозный выпотъ постепенно всасывается. Если воспаление прогрессируетъ, часто образуется жидкій плевритическій выпотъ.

Діафрагмальный плевритъ (*pleuritis diaphragmatica*), при которомъ процессъ локализируется главнымъ образомъ въ плеврѣ, покрывающей діафрагму, характеризуется чрезвычайно сильными болями при дыханіи, иногда также при глотаніи. Если воспаленію подвергаются медиальные отдѣлы плевры, прилегающіе къ сердечной сумкѣ, то появляются плеврокардіальные или внѣперикардіальные шумы тренія, которые находятся въ зависимости какъ отъ дыхательныхъ движеній, такъ и отъ сокращеній сердца.

Лечение. Покой въ постели; на больную сторону — сухія банки, горчичники, смазываніе іодной настойкой, согрѣвающие компрессы, иногда пузырь со льдомъ. При сильномъ кашлѣ кодеинъ:

Rp. Codein. phosphor. 0,5, Aq. amygdal. amar. 20,0. M. D. S. По 15—20 капель 3 раза въ день.

Кромѣ того морфій, по 0,01—0,015, внутрь или подъ кожу.

Иногда при колотѣ въ боку приноситъ облегченіе тугая повязка на грудь изъ фланелеваго бинта.

Въ началѣ заболѣванія часто оказываютъ очень хорошее дѣйствіе потогонныя процедуры, напр. обвертыванія въ сухую простыню и 1—2 шерстяныя одѣяла на 1—1½ часа, послѣ того какъ больной выпилъ предварительно ½ литра горячаго бузиннаго чая, горячей воды съ лимоннымъ сокомъ или горячаго молока. Послѣ того какъ больной пропотѣетъ, слѣдуетъ обтереть все тѣло влажной губкой или полотенцемъ и хорошенько вытереть сухой простыней *).

Больной долженъ оставаться въ кровати, пока совершенно не исчезнетъ шумъ тренія плевры ***).

б) Эксудативный плевритъ (*Pleuritis humida*).

Главные симптомы. Эксудатъ констатируется при перкуссии только тогда, когда количество его превышаетъ 400 куб. см. Притупленіе появляется сначала въ задне-нижнихъ отдѣлахъ легкихъ. Съ увеличеніемъ выпота притупленіе становится болѣе интенсивнымъ, а перкутирующий палецъ ощущаетъ значительную резистентность. Въ отличіе отъ пневмоніи тупость бываетъ полная, безъ тимпаническаго оттѣнка и усиливается по направленію сверху внизъ. Верхняя граница тупости различна, въ за-

*) Часто хорошо дѣйствуютъ салициловые препараты (салициловый натръ, аспиринъ и т. п.). При примѣненіи ихъ въ связи съ смазываніями іодомъ нѣрѣдко никакого другого леченія не требуется.

Прим. ред.

**) Едва ли когда осуществимо и нужно, тѣмъ болѣе, что общее состояніе, если имѣть, какъ это обыкновенно бываетъ, сильнаго повышенія температуры, бываетъ хорошимъ.

Прим. ред.

висимости отъ того, сохранялъ ли больной во время образованія эксудата лежачее или стоячее положеніе. Если эксудатъ образовался въ лежачемъ положеніи, то граница тупости идетъ косо сзади и сверху впередъ и внизъ; напротивъ, если эксудатъ образовался у больного, находившагося на ногахъ, какъ это иногда бываетъ при незамѣтно развивающемся плевритѣ, то верхняя граница эксудата идетъ сзади впередъ и вверхъ почти горизонтально. При большихъ лѣвостороннихъ выпотахъ притупленіе иногда распространяется на большую часть или на все полулунное пространство Траубе (часть грудной стѣнки спереди и слѣва, ограниченная сверху діафрагмой, снизу реберной дугой, справа лѣвымъ краемъ печени и слѣва селезенкой). При большихъ эксудатахъ тупость можетъ доходить спереди до ключицы. Благодаря сращеніямъ границы тупости не мѣняются при перемѣнѣ положенія, въ то время какъ при грудной водянкѣ (см. ниже), при которой обыкновенно не бываетъ воспалительныхъ сращеній, она принимаетъ обыкновенно почти горизонтальное направленіе спустя нѣкоторое время послѣ того, какъ больной изъ лежачаго положенія перейдетъ въ сидячее; по той же причинѣ верхняя граница при плевритическомъ эксудатѣ бываетъ большею частью неправильной, а при грудной водянкѣ представляетъ прямую линію. При большомъ эксудатѣ надъ вышележащей частью легкаго получается большею частью тимпаническій звукъ вслѣдствіе разслабленія ткани легкихъ. Во многихъ случаяхъ опредѣляется также смѣщеніе сосѣднихъ органовъ (сердце, легкія). Особенно важное значеніе имѣетъ ослабленіе или полное исчезновеніе голосового дрожанія (въ отличіе отъ пневмоніи). Больная половина грудной клѣтки расширена и обнаруживаетъ болѣе слабыя дыхательныя экскурсіи, нежели здоровая сторона. — При незначительномъ выпотѣ выслушивается ослабленное везикулярное дыханіе, при болѣе обильномъ опредѣляется полное отсутствіе дыхательнаго шума, а вблизи позвоночника — довольно часто бронхиальное дыханіе. При выслушиваніи голоса на мѣстѣ верхнихъ отдѣловъ тупости опредѣляется эгофонія (блеющий, гнусавый оттѣнокъ). Шумъ тренія плевры выслушивается лишь въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ оба листка плевры еще не разъединены выпотомъ. Надъ другими отдѣлами легкихъ довольно часто выслушиваются свисты и хрипы. Въ такихъ случаяхъ у больного можетъ наблюдаться и выдѣленіе мокроты, которой обычно при плевритѣ не бываетъ. Иногда межреберные промежутки на мѣстѣ эксудата бываютъ выпячены; если имѣется эмпіема, то наблюдается также отечность кожи. — При рентгеноскопіи получается рѣзкая тѣнь на мѣстѣ эксудата. — Начало эксудативнаго плеврита болѣе или менѣе острое или иногда постепенное. Большею частью бываетъ лихорадка, часто съ повторяющимися время отъ времени ознобами. Температура колеблется между 38° и 39° , съ уменьшеніемъ эксудата большею частью становится ниже; нерѣдко однако наблюдаются новыя повышенія. Обыкновенно сильныя поты. Пульсъ часто малый и учащенный, иногда одышка. Языкъ большею частью обложенъ, отсутствіе аппетита, уменьшеніе количества мочи, разстройство общаго состоянія.

Помощью пробнаго прокола можно установить, есть ли выпотъ и какого онъ характера: серозный, серозно-фибринозный, кровянистый (особенно при туберкулезномъ плевритѣ), гнойный (эмпиема) или гнилостный (bronchitis putrida, гангрена легкихъ). Воспалительный экссудатъ при плевритѣ содержитъ большое количество бѣлка, даетъ осадокъ при прибавленіи уксусной кислоты, имѣетъ удѣльный вѣсъ 1018—1024 и выше; чистый трансудатъ при грудной водянкѣ (см. ниже) содержитъ мало бѣлка, не даетъ осадка съ уксусной кислотой и имѣетъ болѣе низкій удѣльный вѣсъ (не выше 1015). Если серозный выпотъ развился на туберкулезной почвѣ, то находящіеся въ осадкѣ лейкоциты имѣютъ характеръ лимфоцитовъ съ круглымъ ядромъ и незначительнымъ количествомъ протоплазмы въ видѣ узкаго колечка; напротивъ, при острыхъ серозно-фибринозныхъ экссудатахъ, напр. послѣ пневмоніи, преобладаютъ полиморфноядерные лейкоциты, т. е. нѣсколько болѣе крупные лейкоциты съ дольчатымъ ядромъ и зернистой протоплазмой.

Теченіе. Если жидкость не была удалена проколомъ, то она постепенно всасывается при одновременномъ усиленіи діуреза, въ теченіе нѣсколькихъ недѣль или мѣсяцевъ, въ зависимости отъ возраста и состоянія силъ больного, а также этиологическихъ моментовъ; медленно всего всасываются части экссудата, находящіеся въ самыхъ нижнихъ отдѣлахъ плевры; верхняя граница жидкости понижается (позже всего въ боковыхъ частяхъ грудной клѣтки—кривая Damoiseau), появляется шумъ тренія и тупость все болѣе и болѣе уменьшается. Часто остаются сращения между обоими листками плевры и толстыя наслоенія на плеврѣ, обуславливающія заглушеніе перкуторнаго звука и сильно ограничивающія или совершенно уничтожающія подвижность краевъ легкихъ. Дальнѣйшимъ послѣдствіемъ является втягиваніе грудной клѣтки и смѣщенія соѣднѣнныхъ органовъ (сердце, органы средостѣнія).

Гнойный экссудатъ, эмпиема, происходитъ изъ серозно-фибринознаго или образуется съ самаго начала какъ таковой. Особенно часто эмпиема присоединяется къ тяжелымъ воспаленіямъ легкихъ, какъ къ крупозной пневмоніи, такъ и бронхопневмоніи, затѣмъ къ казеознымъ и гангренознымъ пораженіямъ легкихъ, къ абсцессу легкихъ, скарлатинѣ и сепсису. При метапневмоническихъ пневмококковыхъ эмпиемахъ гной бываетъ густой, тягучій, желтовато-зеленаго цвѣта, въ то время какъ при стрептококковыхъ и туберкулезныхъ эмпиемахъ онъ бываетъ жидкимъ и содержитъ хлопья. Послѣдняго рода эмпиемы даютъ болѣе плохой прогнозъ.—Данныя физическаго изслѣдованія такія же, какъ при серозномъ плевритѣ, и діагнозъ можетъ быть поставленъ съ увѣренностью лишь на основаніи пробнаго прокола. Общія явленія при гнойномъ плевритѣ бываютъ однако болѣе тяжелыми, лихорадка—болѣе высокой и болѣе постоянной, пульсъ малымъ, кожа на больной сторонѣ слегка отечна. Самопроизвольное всасываніе выпота наблюдается лишь въ видѣ исключенія (у дѣтей). Если гной не удаляется оперативнымъ путемъ, то онъ вскрывается наружу (empyema necessitatis) или рѣже въ легкія (отхаркиваніе обильнаго количества гнойныхъ массъ), или больной погибаетъ при явленіяхъ маразма (амилоидное перерожденіе).—О пневмоторакѣ см. ниже.

Гнилостные экссудаты, образующіеся особенно при гангренѣ легкихъ, бронхіэктазіяхъ, гнилостномъ бронхитѣ, сепсисѣ, прорвавшемся ракъ

пищевода, обыкновенно протекают неблагоприятно. Кровянистые экссудаты встречаются, помимо туберкулеза, главным образом при новообразованиях (ракъ) и при общих заболеваниях (геморрагическій діатезъ).

Діагнозъ экссудативнаго плеврита ставится главным образом на основании перечисленных выше характерныхъ физическихъ симптомовъ. При пневмоніи тупость не бываетъ такой полной, голосовое дрожаніе большею частью усилено, выслушиваются бронхиальное дыханіе и крепитация, мокрота ржаваго цвѣта, не замѣчается расширения грудной клѣтки на больной сторонѣ. Не всегда всѣ эти признаки бываютъ рѣзко выражены. Мокроты при крупозной пневмоніи можетъ не быть (у дѣтей и стариковъ), голосовое дрожаніе (при закупоркѣ приводящихъ бронховъ) можетъ быть ослаблено, аускультативныя явленія также могутъ быть слабо выражены. Въ такихъ случаяхъ можно поставить достовѣрный діагнозъ лишь при повторномъ изслѣдованіи и послѣ пробнаго прокола.— При грудной водянкѣ трансудатъ бываетъ обыкновенно двустороннимъ, граница тупости при немъ имѣетъ форму прямой линіи и большею частью мѣняется при перемѣнѣ положенія, кромѣ того онъ протекаетъ безъ лихорадки, образуется постепенно и обыкновенно сопровождается общей водянкой.

Леченіе. Покойное положеніе въ постели; на больную сторону—сухія банки, согрѣвающие компрессы, при сильныхъ боляхъ—кодеинъ или морфій (см. выше главу о сухомъ плевритѣ). Легкая пища: различные супы, бульонъ, молоко, иногда съ коньякомъ; скобленное мясо въ небольшомъ количествѣ или яйцо въ смятку, яичный желтокъ, растертый въ супѣ; мало масла, немного сухарей и бѣлаго хлѣба; рисовая, манная каша, каша изъ саго; немного шпината и картофельнаго пюре, салатъ, компотъ (изъ сливъ), яблочный мусъ, брусничный сокъ, прохладительныя напитки въ умеренномъ количествѣ. Вода съ лимоннымъ сокомъ и сахаромъ (но не сельтерская вода), жидкій чай, жидкій кофе, желудочный кофе, вина. Иногда для ускоренія всасыванія экссудата салициловый натръ или аспиринъ:

Rp. Sol. Natrii salicyl. 8,0:200,0. D. S. По столовой ложкѣ черезъ 2 часа.

Rp. Aspirini in tabletis 0,5, Nr. 20. D. S. По 1 таблеткѣ 4—6 разъ въ день.

Если экссудатъ держится въ умеренныхъ предѣлахъ и температура падаетъ, то можно придерживаться выжидательнаго образа дѣйствія. Если экссудатъ плохо всасывается, то для ускоренія всасыванія можно назначить діуретинъ, Liq. Kalii acetici или легкое слабительное:

Rp. Theobromin. natrio-salicyl. (Diuretin.) 5,0, Aq. menthae piperit. ad 100,0. S. Принять въ теченіе сутокъ.

Rp. Diuretin. 1,0, Fol. digital. pulv. 0,1. D. tal. dos. Nr. 12. S. По 1 порошку 3 раза въ день.

Rp. Liqu. kalii acet. 15,0, Aq. dest. 180,0. D. S. По столовой ложкѣ черезъ 2—3 часа.

Rp. Infus. Sennae compos. 50,0. D. S. Принять 1—2 столовыхъ ложки.

Кромѣ того для ускоренія всасыванія рекомендуется потогонное леченіе, какъ при сухомъ плевритѣ. Иногда благотворно дѣйствуютъ на самочувствіе повторныя прохладныя частичныя обливанія (днемъ).

При большихъ экссудатахъ, не обнаруживающихъ наклонности къ всасыванію, слѣдуетъ черезъ нѣсколько недѣль, когда острые воспалительныя явленія прошли, сдѣлать проколъ (парацентезъ) плевры. Это относится также и къ такимъ случаямъ (и въ болѣе раннихъ стадіяхъ), въ которыхъ выпотъ накапливается быстро и въ большомъ количествѣ и обуславливаетъ сильное разстройство дыханія или угрожающее жизни ослабленіе дѣятельности сердца.

Пункция производится, послѣ предварительнаго пробнаго прокола, въ положеніи больного на боку съ приподнятой верхней частью тѣла. Выбираютъ мѣсто съ полной тупостью перкуторнаго звука и съ полнымъ отсутствіемъ голосоваго дрожанія, большею частью въ 5—6-мъ межреберномъ промежуткѣ по передней или задней подмышечной линіи, и вкалываютъ полую иглу у верхняго края ребра (по нижнему краю проходитъ межреберная артерія). Выпусканіе экссудата лучше всего производить путемъ аспираціи, такъ какъ выпотъ не всегда находится подъ положительнымъ давленіемъ. Наибольшимъ распространеніемъ пользуются аппараты Potain'a, Dieulafoy, Fürbringer'a. Высасываніе выпота должно производиться медленно и общее количество выпускаемой жидкости не должно превышать 1500 куб. см. Если жидкость перестаетъ вытекать, или если у больного появляется сильный кашель или какія-нибудь другія разстройства, то слѣдуетъ извлечь иглу и заклеить мѣсто укола. При наступленіи сердечной слабости—возбуждающія, которыя должны быть приготовлены при всякой пункции; при появленіи сильнаго кашля — морфій. Послѣ прокола всѣ физическія явленія начинаютъ уменьшаться, разстройства исчезаютъ, отдѣленіе мочи увеличивается. Если экссудатъ накапливается снова, то слѣдуетъ спустя нѣкоторое время повторить проколъ.

При эмпіемѣ слѣдуетъ произвести торакотомію съ резекціей реберъ. Операция производится на 7-мъ или 8-мъ ребрѣ по подмышечной линіи. Послѣ резекціи ребра вскрываютъ реберную плевру и удаляютъ весь гной, въ случаѣ надобности поворачивая больного на бокъ. Если выпотъ состоитъ изъ комковъ гноя, то полость плевры слѣдуетъ вытереть марлей, при гнилостномъ выпотѣ прибѣгаютъ къ промыванію. Въ рану вводятъ короткій толстый дренажъ, погружая его лишь на столько, чтобы отверстіе его не могло закрыться легкими или грудобрюшной преградой. Затѣмъ накладываютъ толстую марлевую повязку или подушки съ мохомъ. Первые повязки слѣдуетъ смѣнять ежедневно. Въ благопріятномъ случаѣ выздоровленіе наступаетъ черезъ 4 недѣли; часто оно затягивается на значительно болѣе продолжительное время.—Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда не рѣшаются на торакотомію съ резекціей реберъ, можно примѣнять дренажъ по Bülaui (сифонный дренажъ), который заключается въ томъ, что черезъ отверстіе въ грудной стѣнкѣ на уровнѣ 6-го межребернаго про-

межутка вводить постоянную канюлю съ резиновой трубкой, погруженной въ сосудъ для стока жидкости. Сифонный дренажъ однако гораздо хлопотливѣе и менѣе надеженъ, чѣмъ торакотомія, такъ какъ вытекание гнойнаго выпота очень часто приостанавливается и поэтому приходится часто мѣнять дренажъ.

При гнилостномъ выпотѣ и при туберкулезной эмпіемѣ улучшение или выздоровленіе можетъ быть достигнуто обыкновенно только путемъ радикальной операціи съ обширной резекціей реберъ.

Для послѣдовательнаго леченія послѣ экссудативнаго плеврита и устраненной эмпіемы рекомендуется пребываніе въ горахъ или въ климатическомъ курортѣ, леченіе сывороткой и виноградное леченіе.

10. Грудная водянка (Hydrothorax).

Скопленіе трансудата большею частью въ обѣихъ плевральныхъ полостяхъ въ зависимости отъ общей водянки при болѣзняхъ сердца, хроническомъ нефритѣ, гидреміи, болѣзняхъ печени.

Главные симптомы. Притупленіе и ослабленное голосовое дрожаніе въ области трансудата, большею частью съ обѣихъ сторонъ, хотя обыкновенно верхняя граница жидкости расположена не на одинаковомъ уровнѣ; верхняя граница притупленія представляетъ довольно прямую горизонтальную линію и смѣщается при перемѣнѣ положенія больного; грудная клѣтка не представляется односторонне расширенной; межреберные промежутки не сглажены; ослабленіе дыхательнаго шума, отсутствіе шума тренія плевры. Лихорадки и болей не бываетъ, но существуетъ постоянная сильная одышка и orthopное. Трансудатъ содержитъ меньшее количество бѣлка, нежели плевритическій экссудатъ, не даетъ осадка при прибавленіи разведенной уксусной кислоты и имѣетъ болѣе низкій удѣльный вѣсъ (ниже 1015). Діагнозъ вытекаетъ изъ сказаннаго выше; см. также главу объ экссудативномъ плевритѣ.

Леченіе. При угрожающихъ жизни явленіяхъ удаленіе трансудата проколомъ. Леченіе основной болѣзни (болѣзни сердца и почекъ, худосочіе). Мочегонныя (см. стр. 60).

11. Гемотораксъ.

Скопленіе крови въ полости плевры вслѣдствіе травмы, вскрытія аневризмы аорты, изъязвленія и разрыванія стѣнокъ кровеноснаго сосуда, разрыва варикозно расширенныхъ венъ въ плевральной полости, кровотечения изъ легкихъ при туберкулезѣ и гангренѣ легкихъ.

Главные симптомы. Имѣется либо чистый гемотораксъ, либо гемотораксъ съ скопленіемъ воздуха въ полости плевры (гемопневмотораксъ.) Въ зависимости отъ этого данныя физическаго изслѣдованія такія же, какъ при грудной водянкѣ или плевритѣ, или же существуютъ кромѣ того симптомы пневмоторакса. Характерны признаки внутренняго кровотечения: внезапное похолодѣніе и поблѣзненіе кожи, малый, частый пульсъ, паденіе температуры ниже нормы, обморокъ.—Исходъ зависитъ отъ обилія кровотечения и отъ лежащей въ основѣ его причины.

Леченіе. Остановка кровотечения посредствомъ прикладыванія пузыря со льдомъ и подкожныхъ впрыскиваній эрготина или желатины:

Rp. Ergotini dialysati 2,0, Aq. dest. 8,0. M. D. S. Для подкожнаго впрыскиванія (по $\frac{1}{2}$ —1 шприцу).

Rp. Gelatin. sterilisat. pro injectione Merck 10% въ стеклянныхъ трубкахъ по 40 грм. (передъ употребленіемъ предварительно нагрѣть трубочку въ закупоренномъ видѣ на водяной банѣ).

Если излившаяся кровь обуславливаетъ опасное для жизни давленіе на сосѣдніе органы, то слѣдуетъ удалить ее проколомъ. Дальнѣйшее леченіе такое же, какъ при плевритѣ.

12. Пневмотораксъ.

Скопленіе воздуха въ полости плевры происходитъ или вслѣдствіе перфорации легочной ткани и бронховъ благодаря болѣзненному процессу или поврежденію легкихъ, или вслѣдствіе раненія, проникающаго черезъ грудную

стѣнку и реберную плевру. При срощеніи обоихъ листковъ плевры пневмотораксъ бываетъ ограниченнымъ. Обыкновенно спустя непродолжительное время къ пневмотораксу присоединяется гнойный (или гнилостный) или серозный выпотъ, такъ что у больного развивается піопневмотораксъ или серопневмотораксъ со всѣми свойственными ему характерными явленіями.—За исключеніемъ травматическаго пневмоторакса наиболѣе частой причиной скопленія воздуха въ полости плевры является вскрытіе туберкулезной каверны, гангренознаго очага, абсцесса легкихъ, бронхіэктазіи, эхинококка, эмпіемы (наружу или внутрь), разрывъ растянутыхъ альвеолъ при эмфиземѣ, коклюшѣ, наконецъ прободеніе рака желудка или пищевода.

При открытомъ пневмотораксѣ отверстіе въ легкомъ или въ грудной стѣнкѣ остается открытымъ, въ полости плевры не бываетъ повышеннаго давленія, признаки смѣщенія сосѣднихъ органовъ выражены слабо. Иначе обстоитъ дѣло при закрытомъ пневмотораксѣ, при которомъ перфорационное отверстіе остается всегда закрытымъ или временно закрывается. Наибольшее давленіе въ полости плевры наблюдается при клапанномъ пневмотораксѣ, при которомъ перфорационное отверстіе открывается во время вдоха и закрывается во время выдоха.

Главные симптомы. При перфорациі легочной ткани появляется сильная боль, одышка, блѣдный и ціанотичный цвѣтъ лица, малый, учащенный пульсъ. Иногда коллапсъ и *exitus letalis*. Большею частью болѣзненные разстройства постепенно ослабѣваютъ, и въ такихъ случаяхъ при физическомъ изслѣдованіи большею частью констатируются слѣдующія явленія: расширеніе больной половины грудной клѣтки, сглаживаніе межреберныхъ промежутковъ, отсутствіе дыхательныхъ движеній на больной сторонѣ, смѣщеніе сердца въ здоровую сторону и печени внизъ. На мѣстѣ скопленія воздуха опредѣляется при перкуссіи очень громкій, ясный легочный звукъ, при открытомъ пневмотораксѣ съ большимъ перфорационнымъ отверстіемъ тимпаническій звукъ; при сильной перкуссіи и одновременной аускультациі выслушивается металлическій звонъ. Голосовое дрожаніе отсутствуетъ. При открытомъ пневмотораксѣ иногда наблюдается при сильной перкуссіи шумъ треснувшаго горшка, также съ металлическимъ отбѣнкомъ («звонъ монетъ»).—Wintrich'овское измѣненіе звука (повышеніе и пониженіе тимпаническаго перкуторнаго звука при открываніи и закрываніи рта) при открытомъ пневмотораксѣ, Biegner'овское измѣненіе звука (болѣе низкій перкуторный звукъ въ сидячемъ положеніи) при гидropневмотораксѣ.—Такъ какъ уже спустя короткое время послѣ перфорациі образуется выпотъ (большей частью гнойный), то обыкновенно въ нижнихъ отдѣлахъ грудной клѣтки на больной сторонѣ опредѣляется тупость, верхняя граница которой измѣняется при перемѣнѣ положенія больного.—Дыхательный шумъ ослабленъ или совершенно отсутствуетъ, а при наличности большого перфорационнаго отверстія имѣетъ амфорическій характеръ. Въ томъ мѣстѣ, гдѣ лежитъ спавшееся легкое, выслушивается бронхіальное дыханіе.—При встряхиваніи больного получается металлическій шумъ плеска (*succussio Hippocratis*). Мокрота различная, въ зависимости отъ основнаго страданія; при вскрывшейся внутрь эмпіемѣ иногда выдѣляется обильное количество мокроты («отхаркиваніе полнымъ ртомъ»).—Исходъ зависитъ главнымъ образомъ отъ основнаго страданія. При травматическомъ пневмотораксѣ воздухъ быстро всасывается. Если въ основѣ пневмоторакса лежитъ заболѣваніе легкихъ, то

онъ всегда является очень опаснымъ осложненіемъ, ускоряющимъ и безъ того неблагоприятный исходъ вслѣдствіе асфиксіи и сердечной слабости *).

Діагнозъ не трудно поставить на основаніи характера данныхъ физическаго изслѣдованія и типическаго развитія. Только ограниченный и осумкованный пневмотораксъ, медленно развивающійся при сращеніи обоихъ листковъ плевры, даетъ менѣе рѣзко выраженные симптомы и можетъ подать поводъ къ смѣшенію съ большими кавернами. Но въ отлічіе отъ кавернъ пневмотораксъ обуславливаетъ увеличеніе объема грудной кѣтки, выпячиваніе межреберныхъ промежутковъ и исчезновеніе или ослабленіе голосоваго дрожанія.

Леченіе. При коллапсѣ—возбуждающія: камфора, эфиръ, вино; противъ болей и одышки—морфійъ подъ кожу (0,01—0,02), также сухія банки на больную сторону. По минованіи начальныхъ бурныхъ явленій слѣдуетъ придерживаться выжидательнаго метода леченія. Только при усиливающихся явленіяхъ давленія слѣдуетъ удалить проколомъ воздухъ; обыкновенно однако онъ скоро опять накапливается. При наличности экссудата иногда показана пункция плевры, при наличности эмпіемы—резекція реберъ или спонный дренажъ по Bülow (см. выше главу объ эмпіемѣ). При туберкулезномъ пневмотораксѣ торакотомія приноситъ дѣйствительно мало пользы. Во всѣхъ случаяхъ слѣдуетъ обращать особенное вниманіе на общее леченіе и обильное питаніе.

3 группа. Хроническія заболѣванія органовъ дыханія, не сопровождающіяся притупленіемъ перкуторнаго звука.

A. Заболѣванія, сопровождающіяся увеличеніемъ границъ легкихъ.

15. Бронхіальная астма.

Приступы удушья, обусловленные, вѣроятно, суженіемъ просвѣта бронховъ въ зависимости отъ нервныхъ вліяній. Зависитъ ли это суженіе отъ сокращенія мускулатуры бронховъ, припухлости слизистой оболочки бронховъ или скопленія секрета въ мелкихъ бронхахъ (вазомоторныя и секреторныя вліянія), пока еще не выяснено. Припадки наступаютъ большею частью внезапно, особенно ночью, иногда вслѣдствіе какого-нибудь внѣшняго повода, подъ вліяніемъ душевнаго волненія, сенсорныхъ впечатлѣній, непогоды. Иногда астма развивается на чисто нервной почвѣ (въ такихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло преимущественно съ наследственнымъ предрасположеніемъ), въ другихъ случаяхъ она возникаетъ вслѣдствіе рефлекторнаго раздраженія, довольно часто исходящаго изъ слизистой оболочки носа (катарръ, набуханіе слизистой оболочки раковинъ, полипы), зѣва (гипертрофія миндалевидныхъ железъ, аденоидныя разрощенія) и бронховъ (катарръ, вдыханіе пыли), кожи (крапивница, экзема), органовъ брюшной полости (болѣзни желудка, кишекъ, женскихъ половыхъ органовъ). Соотвѣтственно этому различаютъ *asthma nasale, dyspepticum, herpeticum*. Относительно сѣнной астмы см. выше. Припадки астмы наблюдаются также и при подагрѣ (а. *arthriticum*). Отъ бронхіальной астмы слѣдуетъ отличать сердечную и тождественную съ нею уремическую астму.

*) При туберкулезѣ развившійся пневмотораксъ иногда оказываетъ благоприятное вліяніе на теченіе процесса. На этомъ основано предложеніе въ новейшее время съ терапевтической цѣлью искусственное вызваніе пневмоторакса при туберкулезѣ легкихъ.

Главные симптомы. Внезапный приступъ удушья съ затрудненнымъ и удлинненнымъ выдохомъ, признаками остраго вздутія легкихъ, громкими свистящими и жужжащими хрипами и съ выдѣленіемъ скуднаго количества вязкой мокроты. Объективные симптомы: увеличеніе границъ легкихъ, низкое стояніе діафрагмы, смѣшеніе печени внизъ, уменьшеніе сердечной тупости, участіе вспомогательныхъ мышцъ, преимущественно выдыхательныхъ (мышцы живота). Перкуторный звукъ чрезвычайно громкій и низкій (коробочный звукъ) съ тимпаническимъ отбѣнкомъ; при выслушиваніи—ослабленіе дыхательнаго шума, который и безъ того большею частью заглушается громкими свистами. Кромѣ того обыкновенно бываетъ отрывистый кашель, сопровождающійся выдѣленіемъ скуднаго количества вязкой слизи сѣраго цвѣта. Въ желтыхъ хлопьяхъ и жилкахъ мокроты содержатся заостренные, безцвѣтные и блестящіе октаэдры, кристаллы Charcot-Leyden'a, въ маленькихъ комочкахъ слизи, похожихъ на зерна саго, попадаются изрѣдка спирали Curschmann'a, тонкія нити слизи, завитыя на-подобіе пробочника, съ расположенной въ центрѣ болѣе свѣтлой нитью. Кромѣ того въ мокротѣ находятъ большое количество эозинофильныхъ лейкоцитовъ. Характерно для бронхіальной астмы полное отсутствіе какихъ бы то ни было болѣзненныхъ измѣненій внѣ приступа. Только при долго существующей астмѣ часто развивается эмфизема легкихъ. Отдѣльный приступъ астмы продолжается отъ нѣсколькихъ часовъ до нѣсколькихъ дней, иногда еще больше; приступы повторяются черезъ болѣе или менѣе правильные промежутки времени, то нѣсколько разъ въ теченіе недѣли, то нѣсколько разъ въ мѣсяцъ или въ годъ. Довольно часто приступу астмы предшествуетъ сильное чиханіе съ обильнымъ отдѣленіемъ слизи и конъюнктивитъ.

Діагнозъ. На бронхіальную астму походитъ сердечная астма, наблюдающаяся при миокардитѣ, порокахъ сердечныхъ клапановъ, ожирѣніи сердца и артеріосклерозѣ, равно какъ при сморщенной почкѣ (*asthma nephriticum*). Но помимо своей этиологіи и измѣненій, находимыхъ въ сердцѣ, она отличается отъ бронхіальной астмы главнымъ образомъ тѣмъ, что одышка при ней имѣетъ смѣшанный характеръ, являясь одновременно инспираторной и экспираторной, пульсъ бываетъ полнымъ, мягкимъ, неправильнымъ; кромѣ того при ней отсутствуетъ характерная для бронхіальной астмы мокрота (если больной и откашливаетъ мокроту, то она бываетъ бурокрасной или похожей на отваръ сливъ), данныя изслѣдованія легкихъ также не соотвѣтствуютъ бронхіальной астмѣ (или не находятъ никакихъ измѣненій, или при отека легкихъ находятъ громкіе влажные хрипы). Далѣе для бронхіальной астмы характерно увеличеніе количества эозинофильныхъ лейкоцитовъ въ крови съ максимумомъ 4—5% почти до 10%. Отъ другихъ болѣзней легкихъ бронхіальная астма отличается главнымъ образомъ отсутствіемъ болѣзненныхъ измѣненій въ промежуткахъ между приступами.

Леченіе. Астматическій припадокъ можно прекратить или по край-

ней мѣрѣ ослабить наркотическими средствами. Но при частомъ примѣненіи послѣднихъ легко наступаетъ привыканіе. Обыкновенно вводятъ морфій подъ кожу (0,01), чередуя его съ хлораль гидратомъ внутрь:

Rp. Chloral. hydrat. 4,0, Aq. dest., Sir. cort. Aurant. aa 40,0. M. D. S. По 1—2 столовыхъ ложки во время приступа.

Далѣе, благопріятное дѣйствіе оказываютъ вдыханія хлороформа, амилнитрита, дыма отъ сжигаемой селитряной бумаги или листьевъ дурмана (*folia Stramonii*):

Rp. Spirit. aether. nitrosi, Amylii nitrosi aa 5,0. M. D. S. Накапать 5 капель на носовой платокъ и вдыхать при появленіи приступа.

Rp. Fol. Stramonii, Kalii nitrici aa 30,0. M. f. pulv. subtilis. S. Сжечь полную чайную ложку порошка въ фарфоровой чашкѣ и вдыхать дымъ.

Часто приносятъ облегченіе астматическія сигаретки, содержащія противосудорожныя средства, какъ дурманъ, белладонна, *cannabis indica*, *lobelia*, а также опій. вмѣсто дорогого тайнаго средства Tuckera можно прибѣгнуть къ вдыханію смѣси Einhorn'a, состоящей изъ раствора азотистокислаго кокаина и азотистокислаго атропина въ водѣ и глицеринѣ *).

Противъ самой астмы хорошо дѣйствуетъ іодистый калий:

Rp. Sol. Kalii iodat. 10,0:150,0. D. S. По столовой ложкѣ 2—3 раза въ день въ молоко.

Rp. Sajodin. 1,0. D. tal. dos. Nr. 10. S. По 1 порошку 3 раза въ день послѣ ѣды (можно и въ таблеткахъ).

При леченіи нервныхъ лицъ—препараты брома (см. главу объ общей терапіи болѣзней нервной системы).

Препараты мышьяка и желѣза также часто оказываютъ существенную пользу:

Rp. Sol. arsenical. Fowleri, Aq. amygd. amar. aa 7,5. M. D. S. 3 раза въ день, начиная съ 2 капель и постепенно увеличивая до 8 капель, затѣмъ медленно уменьшая снова до 2 капель.

Если имѣется дѣло съ рефлекторной формой бронхіальной астмы, то прежде всего нужно устранить причинный моментъ, обусловливающій рефлекторное раздраженіе. Такъ, *asthma nasalis* большею частью исчезаетъ послѣ устраненія имѣющагося страданія носа; точно также приступы астмы при подагрѣ, кожныхъ болѣзняхъ и бронхіальномъ катаррѣ проходятъ послѣ устраненія или улучшенія основного страданія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ благопріятное вліяніе оказываетъ перемѣна климата. Въ качествѣ курортовъ особенно рекомендуются Reinerz, Reichenhall, Flinsberg; наилучшихъ результатовъ можно въ общемъ достигнуть при пребываніи въ горныхъ курортахъ, какъ St. Moritz, Pontresina, Arosa, Davos. Впрочемъ свѣжій морской воздухъ также часто дѣйствуетъ благотворно. Въ зимнее время слѣдуетъ послать больного въ мѣстность съ мягкимъ климатомъ, напр. на Ривьеру или въ Египетъ.

*) Смѣсь Einhorn'a имѣетъ слѣдующій составъ: Cocain. nitrosi 1,028, Atropin. nitrosi 0,581, Glycerin. 32,16, Aq. dest. 66,23.—Bertram'омъ предложена для вдыханія слѣдующая дешевая смѣсь: Atropin. sulf. 0,15, Natrii nitrosi 0,6, Glycerin. 2,0, Aq. dest. 15,0. M. D. in vitro fusco.

Прим. ред.

Пневматотерапія (пневматическій колоколь, пневматическія камеры) и облегченіе дыханія посредствомъ аппаратовъ, приспособленныхъ для вдыханія сжатого воздуха и выдыханія въ разрѣженный воздухъ, примѣняются часто съ успѣхомъ. Далѣе, благоприятное вліяніе оказываетъ сдавливаніе груди въ тактъ съ ритмомъ дыханія. Что касается гидротерапіи, то во время приступа приносятъ замѣтное облегченіе горячія ручныя, ножныя и локтевыя ванны въ $40-42^{\circ}$, до прекращенія припадка. Для общаго леченія бронхіальной астмы рекомендуются горячія полныя ванны въ $38-40^{\circ}$, въ продолженіе $\frac{1}{4}$ часа, съ послѣдующимъ однократнымъ или многократнымъ обливаніемъ живота холодной водой.

14. Эмфизема легкихъ. (Emphysema pulmonum).

Расширеніе альвеолъ съ истонченіемъ и ослабленіемъ эластичности или полнымъ исчезновеніемъ перегородокъ между отдѣльными альвеолами. Слѣдствіемъ этого является вздутіе легкихъ (*volumen pulmonum acutum*), ослабленіе эластичности легочной ткани, сопровождающееся ослабленіемъ выдоха, и частичное запусѣваніе капилляровъ легкихъ. Эмфизема—болѣзнь преклоннаго возраста и встрѣчается преимущественно у мужчинъ. Основная причина эмфиземы заключается въ длительномъ затрудненіи дыханія, особенно выдыханія, поэтому она развивается послѣ хроническихъ катарровъ бронховъ, главнымъ образомъ послѣ хроническаго сухого катарра мелкихъ бронховъ, затѣмъ при суженіяхъ гортани и трахеи, послѣ частыхъ приступовъ астмы, послѣ коклюша, равно какъ у лицъ, по роду своей профессіи вынужденныхъ сильно напрягать легкія при выдохѣ (грузчики, выдувальщики стекла, музыканты, играющіе на духовыхъ инструментахъ, пѣвцы, ораторы).—Отъ настоящей хронической эмфиземы легкихъ слѣдуетъ отличать викарную эмфизему отдѣльныхъ частей легкихъ при недѣятельности другихъ частей ихъ вслѣдствіе оплотнѣнія, ателектаза и новообразованій, а также простое острое вздутіе легкихъ, *volumen pulmonum acutum*, т. е. временное расширеніе цѣлаго легкаго, не сопровождающееся однако измѣненіями легочной ткани и вызванное усиленными выдыханіями при бронхіальной астмѣ, бронхіолитѣ и коклюшѣ. Интерстиціальная эмфизема развивается въ томъ случаѣ, если при раненіи легкихъ или при разрывѣ болѣзненно перерожденныхъ альвеолъ воздухъ проникаетъ въ интерстиціальную соединительную ткань. Мелкіе пузырьки воздуха скопляются большею частью надъ поверхностью плевры (субплевральная эмфизема) или въ средостѣнии и вокругъ сердечной сумки (исчезновеніе сердечной тупости, появленіе крепитации, синхроничной съ сокращеніями сердца); иногда воздухъ проникаетъ также подъ кожу въ надключичныхъ ямкахъ и яремной ямкѣ.

Главные симптомы. Въ далеко зашедшихъ случаяхъ эмфиземы—бочкообразное расширеніе грудной клѣтки (можетъ отсутствовать при эмфиземѣ у стариковъ), расширеніе межреберныхъ промежутковъ, сглаживаніе надключичныхъ ямокъ, гипертрофія лѣстничатыхъ, грудиноключично-сосковыхъ и грудныхъ мышцъ, пониженіе границъ легкихъ и смѣщеніе печени внизъ, причемъ ясный легочный звукъ заходитъ внизъ по правой сосковой линіи за 7-е и 8-е ребро; ограниченіе подвижности границъ легкихъ, уменьшеніе абсолютной сердечной тупости, чрезвычайно низкій и громкій звукъ при перкуссіи (коробочный тонъ), ослабленіе дыхательнаго шума (ослабленіе дыхательныхъ движеній грудной клѣтки); кромѣ того, вслѣдствіе постоянно наблюдающагося при эмфиземѣ хроническаго бронхита, выслушиваются влажные, свистящіе и жужжащіе хрипы. Вслѣдствіе запусѣванія большого количества легочныхъ капилляровъ и

ослабленія двигательныхъ движеній легкихъ происходитъ гипертрофія праваго желудочка (трудно опредѣляется перкуторно, такъ какъ сердце прикрыто растянутыми легкими; на гипертрофію указываютъ пульсація въ подложечной области и усиленіе 2-го тона на легочной артеріи), въ дальнѣйшемъ появляется также опуханіе печени, ціанозъ, альбуминурія, водянка. При движеніяхъ скоро появляется одышка, кромѣ того часто повторяющійся судорожный кашель.—Впослѣдствіи большею частью развивается гипертрофія и лѣваго желудочка. Часто наблюдается осложненіе артеріосклерозомъ.—При рентгеноскопіи: свѣтлыя легочныя поля, низкое стояніе діафрагмы.

Діагнозъ ставится на основаніи указанныхъ выше признаковъ. Болѣе легкія степени эмфиземы трудно распознать. Часто уменьшеніе сердечной тупости является однимъ изъ первыхъ признаковъ эмфиземы, такъ что при появленіи его слѣдуетъ заподозрить эмфизему *). Отъ бронхіальной астмы эмфизема отличается тѣмъ, что расстройства при ней проявляются не въ видѣ приступовъ и что измѣненія въ легкихъ существуютъ постоянно.

Леченіе. Хотя излеченіе эмфиземы и невозможно, однако цѣлесообразными мѣрами и надлежащимъ режимомъ можно добиться значительнаго улучшенія ея. Если причиной эмфиземы является сухой катарръ, то съ таковымъ слѣдуетъ бороться помощью ингаляцій (см. выше), или курортнаго леченія (напр., въ Эмсѣ). Кромѣ того полезенъ іодистый калий (см. главу о бронхіальной астмѣ).—При наличности влажнаго катарра—отхаркивающія (см. главу о хроническомъ бронхитѣ).—При слабости сердца, ціанозѣ и отекахъ—леченіе наперстянкой, кофеиномъ, мочегонными (см. главу объ общей терапіи болѣзней сердца, стр. 60).—Всегда слѣдуетъ тщательно охранять эмфизематиковъ отъ простуды; всякое ухудшеніе бронхита въ значительной степени усиливаетъ болѣзненныя явленія, осложненіе пневмоніей легко ведетъ къ летальному исходу. Въ начальныхъ стадіяхъ эмфиземы часто приноситъ облегченіе пневмотерапія, напр. посредствомъ аппарата Waldenburg'a или въ пневматическихъ камерахъ, причемъ больной вдыхаетъ сжатый воздухъ и выдыхаетъ въ разрѣженный воздухъ. Для удаленія остаточнаго воздуха примѣняется ритмическое сдавливаніе грудной клѣтки и живота руками по Gerhard't'y. Въ зимнее время рекомендуется пребываніе въ тепломъ климатѣ; лѣтомъ благоприятно дѣйствуетъ пребываніе въ гористой мѣстности (см. главу о бронхіальной астмѣ). Кромѣ того слѣдуетъ рекомендовать курортное леченіе въ Ems'ѣ, Reichenhall'ѣ, Soden'ѣ, Salzbrunn'ѣ, или леченіе водами въ Marienbad'ѣ, Homburg'ѣ, Tarasp'ѣ.

*) Такъ какъ уменьшеніе или даже отсутствіе сердечной тупости наблюдается и при простомъ остромъ вздутіи легкихъ, то само по себѣ это явленіе еще не даетъ права подозрѣвать эмфизему. Оно имѣетъ значеніе только при наличности причинъ, ведущихъ къ эмфиземѣ.

3 группа. Хроническія заболѣванія органовъ дыханія, не сопровождающіяся притупленіемъ перкуторнаго звука.

В. Заболѣванія, не сопровождающіяся увеличеніемъ границъ легкихъ.

15. Хроническій бронхитъ.

Развивается либо изъ часто повторяющагося остраго катарра, либо съ самаго начала хронически, главнымъ образомъ вслѣдствіе длительного воздѣйствія вредныхъ моментовъ (у рабочихъ на табачныхъ фабрикахъ, камнетесовъ, пекарей, мельниковъ, ткачей), равно какъ въ пожиломъ возрастѣ. Кромѣ того причиной хроническаго бронхита служатъ пороки сердца (застойный катарръ), болѣзни печени, воспаленіе почекъ, подагра, рахитъ. Часто бронхитъ осложняется эмфиземой. Послѣдствіемъ бронхита иногда являются бронхіэктази и расширеніе праваго сердца.

Главные симптомы. Громкій ясный звукъ при перкуссіи; границы легкихъ расширены лишь при осложненіи эмфиземой. Дыханіе везикулярнаго характера, при закупоркѣ бронховъ секретомъ ослаблено, выходъ часто удлиненный. Въ зависимости отъ формы бронхита выслушиваются влажные или сухіе хрипы, обильные или скудные, иногда во всѣхъ отдѣлахъ легкихъ, но чаще всего въ задне-нижнихъ отдѣлахъ. Температура нормальна *). Мокрота при обыкновенномъ хроническомъ бронхитѣ слизисто-гнойная или зеленовато-желтая, непрозрачная, въ водѣ падаетъ на дно. Если имѣется дѣло съ застойнымъ бронхитомъ, развившимся на почвѣ порока сердца, то мокрота бываетъ болѣе скудной, болѣе слизистой, содержитъ много бѣлка и примѣсь буроватыхъ точекъ, состоящихъ изъ клѣтокъ альвеолярнаго эпителія, содержащихъ красящее вещество крови («Herzfehlerzellen», см. выше). Сухой бронхитъ (*b. sicca*) характеризуется сухимъ мучительнымъ кашлемъ и скудной вязкой мокротой. Сѣрые комочки слизи содержатъ небольшое количество лейкоцитовъ, клѣтки альвеолярнаго эпителія и мѣлиновыя массы, лежащія внутри эпителиальныхъ клѣтокъ или свободно внѣ ихъ въ видѣ блестящихъ, часто концентрически слоистыхъ капель. Сухой бронхитъ вызываетъ часто значительную одышку и ведетъ къ эмфиземѣ, застойнымъ явленіямъ въ маломъ кругѣ кровообращенія и ціанозу. При бронхорреѣ большею частью выдѣляется повременимъ большое количество очень жидкой, серозной, а иногда пѣнистой мокроты (*bronchitis puituitosa*). Гнилостный бронхитъ (*bronchitis putrida s. foetida*) отличается обильной, дурно пахнущей мокротой, содержащей бѣловато-желтыя вонючія крупинки, величиной съ булавочную головку, содержащія тонкіе, изогнутые, безцвѣтные игольчатые кристалы жирныхъ кислотъ (пробки *Dittrich'a*).

*) При обостреніяхъ хроническаго бронхита температура можетъ быть повышена. То же возможно и при хроническомъ бронхитѣ туберкулезнаго характера.

Діагнозъ. Слѣдуетъ установить, является ли хроническій бронхитъ самостоятельнымъ заболѣваніемъ или только послѣдствіемъ или осложненіемъ другого хроническаго страданія (болѣзни сердца и почекъ). При хроническомъ катаррѣ, ограничивающемся верхними отдѣлами легкихъ, особенно верхушками легкихъ, можно съ вѣроятностью допустить начало туберкулеза. См. дальше признаки первой стадіи туберкулеза легкихъ.

Лечение. Очень важное значеніе имѣетъ устраненіе вредныхъ моментовъ, вызвавшихъ и поддерживающихъ бронхитъ. Обратитъ вниманіе на лечение часто повторяющагося остраго бронхита (см. стр. 103); при болѣзняхъ сердца — наперстянка (см. стр. 60), при застояхъ въ системѣ воротной вены Karsbad, Marienbad, Hunyadi-Janos, Franz-Josephquelle. На многихъ больныхъ вредное вліяніе оказываетъ ихъ ремесло, и въ такомъ случаѣ излеченіе можетъ быть достигнуто только при перемѣнѣ занятій. Въ общемъ при хроническомъ катаррѣ рекомендуются укрѣпляющее питаніе, избѣганіе простуды, ношеніе шерстяного бѣлья, воздержаніе отъ употребленія спиртныхъ напитковъ и отъ куренія, питье минеральныхъ водъ (Lippspringe, Obersalzbrunn, Ems), иногда также съ молокомъ, съѣрныхъ водъ (Weilbach). Лѣтомъ лечение молокомъ и сывороткой (также кефиръ или кумысъ; прим. ред.), осенью—виноградное лечение. Продолжительное пребываніе на воздухѣ, свободномъ отъ пыли, въ мягкомъ климатѣ. Лекарственное лечение ограничивается главнымъ образомъ примѣненіемъ отхаркивающихъ, ингаляціонныхъ и наркотическихъ средствъ (кодеинъ)*). Относительно отхаркивающихъ средствъ см. стр. 100, лечение ингаляціями см. стр. 101. При вязкой мокротѣ и астматическихъ состояніяхъ хорошо дѣйствуетъ іодистый калий (см. въ главѣ о бронхіальной астмѣ). При бронхоррѣѣ бальзамическія средства:

Rp. Balsam. Copaivae, Tinct. amar. aa 15,0. M. D. S. По 30—40 капель 3 раза въ день.

Rp. Balsam. peruvian. 5,0—10,0, Gummi mimos. 5,0, Aq. dest. 150,0, Sirup. balsam. 20,0. M. f. emuls. S. По столовой ложкѣ черезъ 2 часа.

Rp. Olei terebinth. 0,6 in capsulis. S. По нѣсколько штукъ въ день.

Что касается гидротерапіи, то особенно полезно потогонное лечение, какъ при остромъ бронхитѣ (см. выше). Кромѣ того примѣняются обтиранія и обмыванія всего тѣла утромъ и вечеромъ. Впрочемъ слѣдуетъ избѣгать закаливающихъ процедуръ.

Изъ курортовъ слѣдуетъ рекомендовать Ems, Neuenahr, Obersalzbrunn, Soden, Homburg, Vichy. При очень упорномъ бронхитѣ перемѣна климата: зимой пребываніе на югѣ (Ривьера, Пиза, Сицилія, Египетъ, Корсика, Алжиръ, Мадейра), весной—въ южномъ Тироли (Gries, Bozen, Meran, Arco), лѣтомъ—на берегу моря.

*) При упорномъ хроническомъ бронхитѣ часто хорошо дѣйствуютъ препараты креозота или гваякола (креозоталь, углекислый гваяколь, тіоколь).

Прим. ред.

Добавленіе.

16. Сѣуженіе бронховъ.

Сѣуженіе просвѣта бронховъ происходитъ либо внезапно вслѣдствіе проникшаго въ нихъ инороднаго тѣла (части пищи, искусственныя зубы) или образовавшихся свертковъ крови и фибрина, либо постепенно вслѣдствіе сдавленія какой-нибудь опухолью, расположенной по сосѣдству (опухоль пищевода, средостѣнія, дивертикулъ пищевода, бронхіальной железы), аневризмой аорты, плевритическимъ эксудатомъ, или вслѣдствіе развитія стенозирующихъ рубцовъ (сифились). Главныя симптомы. Инспираторная одышка, при сѣуженіи трахеи явленія, напоминающія ларингостенозъ (см. соотв. главу), но безъ измѣненія голоса. Если сѣуженію подвергается одинъ изъ главныхъ бронховъ, то дыхательный шумъ исчезаетъ во всей области развѣтвленія бронха, въ то время какъ въ здоровыхъ отдѣлахъ легкихъ развивается обыкновенно викарная эмфизема (см. стр. 123). Лечение должно быть направлено на основное страданіе и на устраненіе препятствія. Такъ, при сифилитическихъ рубцахъ слѣдуетъ прибѣгать къ противосифилитическому лечению, при увеличеніи бронхіальныхъ железъ—къ лечению туберкулеза или золотухи (см. соотв. главы), при наличности эксудата—къ проколу, при наличности опухолей—къ симптоматическому лечению одышки (см. стр. 101), при инородныхъ тѣлахъ—къ устраненію возникающаго при этомъ воспаленія (пузырь со льдомъ, сухія банки, горчичники на соотвѣтственную часть груди).

Прободеніе стѣнки бронховъ (инородныя тѣла, язвы, каверны) ведетъ къ гангренѣ, абсцессу легкихъ, медиастиниту; при вскрытіи въ просвѣтъ бронха эмпіемы, аневризмы, рака пищевода съ кашлемъ выводится большое количество гноя, крови или пищевыхъ массъ.

4 группа. Хроническія заболѣванія органовъ дыханія, сопровождающіяся притупленіемъ перкуторнаго звука.

Притупленіе перкуторнаго звука обуславливается инфильтраціей, накопленіемъ жидкости или новообразованіемъ.

17. Туберкулезъ легкихъ (легочная чахотка, Phthisis pulmonum).

Хроническое инфекціонное заболѣваніе, возбудителемъ котораго является туберкулезный бациллъ. Помимо инфекціи необходимо однако извѣстное предрасположеніе, облегчающее внѣдреніе и размноженіе туберкулезныхъ бациллъ въ тканяхъ организма. Предрасполагающими моментами служатъ отчасти недостатокъ естественныхъ защитныхъ приспособленій организма (бактеріолитическія и бактерицидныя антитѣла и опонины), отчасти нѣкоторыя неправильности въ развитіи тѣла (*habitus phthisicus*, преждевременное окостенѣніе и укороченіе 1-го ребернаго хряща), далѣе ослабленный притокъ крови къ легкимъ, напр. вслѣдствіе стеноза легочной артеріи, вдыханіе пыли (работѣ на табачныхъ фабрикахъ, камнетесахъ), бронхопневмонія, хроническія бронхиты, упадокъ питанія, конституціональныя и инфекціонныя болѣзни, напр. диабетъ, анемія, хлорозъ, корь, коклюшъ. Для *habitus phthisicus* характерны: плоская узкая грудная клѣтка, глубоко запавшія надключичныя ямки, отвисающія отъ тѣла лопатки, длинная тонкая шея, слабое развитіе мускулатуры, нѣжное строеніе костной системы, блѣдный цвѣтъ кожи, болѣзненный румянецъ на щекахъ, легкая возбудимость сердца и сосудистой системы *).

Туберкулезный бациллъ встрѣчается въ двухъ разновидностяхъ, отличающихся по своей морфологіи и по росту на питательныхъ средахъ: въ видѣ *tyrus humanus*, встрѣчающагося при туберкулезѣ у человѣка, и *tyrus bovinus*, возбудителя бугорчатки рогатаго скота (жемчужная болѣзнь). Доказано однако, что и послѣдній можетъ вызвать заболѣваніе у человѣка, въ особенности у дѣтей (главнымъ образомъ со стороны кишечника черезъ

*) *Habitus phthisicus* часто является не предрасполагающимъ моментомъ, а слѣдствіемъ уже развившагося туберкулеза легкихъ. Прим. ред.

молоко отъ туберкулезныхъ коровъ). О нахожденіи туберкулезнаго бацилла въ мокротѣ см. ниже.

Зараженіе происходитъ обыкновенно черезъ дыхательные пути при вдыханіи распыленной мокроты, затѣмъ черезъ зараженную пищу (преимущественно у дѣтей), причемъ вслѣдствіе проницаемости кишечной стѣнки происходитъ заносъ бациллъ по лимфатическимъ путямъ въ легкія. Шейные органы, въ особенности миндалевидныя железы, также играютъ роль въ механизмѣ зараженія. Во многихъ случаяхъ бациллы заносятся въ легкія по кровеноснымъ и лимфатическимъ путямъ изъ другихъ первичныхъ туберкулезныхъ очаговъ (туберкулезъ костей и суставовъ, туберкулезныя лимфатическія железы). Большею частью туберкулезныя бациллы поселяются прежде всего въ верхушкахъ легкихъ, а именно въ слизистой оболочкѣ мелкихъ бронховъ, въ перибронхіальной соединительной ткани и въ стѣнкахъ альвеолъ. Характерно образованіе мелкихъ, плотныхъ, желтоватыхъ, непрозрачныхъ, не содержащихъ сосудовъ узелковъ (бугорки), подвергающихся въ центрѣ коагуляціонному некрозу (творожистое перерожденіе). У дѣтей важную роль играетъ лимфогенное зараженіе бронхіальныхъ железъ, большею частью имѣющее своей исходной точкой, вѣроятно, слизистую оболочку кишечника и зѣва. По мѣрѣ распространенія туберкулезнаго процесса въ легкихъ происходитъ смѣшанная инфекція стафилококками и стрептококками и прогрессирующее разрушеніе легочной ткани *).

Общее клиническое теченіе. Обыкновенно постепенное начало слабостью, блѣдностью, исхуданіемъ, потерей аппетита, иногда также короткимъ, сухимъ кашлемъ или покашливаніемъ **). Нерѣдко болѣзнъ протекаетъ сначала въ видѣ упорнаго бронхита или желудочно-кишечнаго катарра; иногда первоначально преобладаютъ явленія какъ бы анеміи или хлороза: блѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ, тяжесть въ ногахъ, сердцебіеніе, усталость. Кашель усиливается, появляются боли въ груди, въ другихъ случаяхъ охриплость, чувство щекотанія въ горлѣ, позывы къ кашлю безъ отхаркиванія мокроты. По вечерамъ лихорадочное повышеніе температуры. Начальное кровохарканье, которое можетъ появиться и безъ всѣхъ перечисленныхъ выше явленій, среди полного, повидимому, здоровья, превращаетъ скрыто протекавшій до толѣ туберкулезъ въ явный. Очень часто однако кровохарканья не бываетъ, или замѣчается лишь незначительная примѣсь крови въ мокротѣ.—Констатированіе физическихъ измѣненій въ области одной или обѣихъ верхушекъ (особенно при выслушиваніи) и положительный результатъ другихъ вспомогательныхъ методовъ ранняго распознаванія бугорчатки (см. ниже) подтверждаютъ начало 1-й стадіи туберкулеза легкихъ, стадіи верхушечнаго катарра. Если въ этой стадіи больной подвергается надлежащему леченію и режиму, и если такое леченіе подкрѣпляется пребываніемъ въ климатическомъ курортѣ, то часто удается добиться остановки процесса и даже полного излеченія.—Рѣже туберкулезъ легкихъ протекаетъ въ видѣ остраго лихорадочнаго заболѣванія съ потрясающими ознобами и тяжелыми общими симптомами и въ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ, при быстромъ прогрессированіи измѣненій въ легкихъ и крайнемъ упадкѣ силъ, кончается смертію—*phthisis florida*, скоротечная чахотка.—Иногда наблюдается также осложненіе плевритомъ, туберкулезомъ гортани и кишекъ, туберкулезнымъ менингитомъ и туберкулезомъ другихъ органовъ или общимъ милярнымъ туберкулезомъ, причемъ больной погибаетъ прежде, чѣмъ измѣненія въ легкихъ успѣли прогрессировать.—Обыкновенно однако при усиливающемся ухудшеніи общаго состоянія и при характерномъ измѣненіи физическихъ данныхъ наступаетъ 2-я стадія инфильтраціи или оплотнѣнія, т. е. развивается туберкулезный (творожистый) бронхитъ и перибронхитъ съ послѣдовательной туберкулезной (творожистой) бронхопневмоніей.—Постепенно болѣзнъ переходитъ въ 3-ю стадію—стадію размягченія и распада (образованіе кавернъ).—Смерть наступаетъ или отъ общаго истощенія, сопровождающагося водянкой, амилоиднымъ перерожденіемъ внутреннихъ органовъ, или вслѣдствіе уменьшенія дыхательной поверхности легкихъ или наконецъ отъ легочнаго кровотеченія, выпотнаго плеврита, пневмоторакса и другихъ осложнений.

*) Туберкулезныя бациллы и сами по себѣ, независимо отъ смѣшанной инфекціи, могутъ вести къ разрушительнымъ процессамъ. Прим. ред.

**) Иногда первымъ явленіемъ можетъ быть длительное легкое повышеніе температуры тѣла безъ какихъ-либо опредѣлимыхъ измѣненій въ легкихъ. Прим. ред.

Главные симптомы. Въ 1-й стадіи при перкуссіи или вовсе не удается найти никакихъ ясно замѣтныхъ измѣненій, или опредѣляется легкое заглушеніе и укороченіе звука въ области пораженной легочной верхушки, либо пониженіе верхней границы одной верхушки (выдается менѣе чѣмъ на 3 стм. надъ ключицей, resp. находится подъ остистымъ отросткомъ 7-го шейнаго позвонка). При пораженіи обѣихъ верхушекъ данныя перкуссіи, вслѣдствіе невозможности сравненія ихъ справа и слѣва, являются ненадежными. При выслушиваніи опредѣляются жестковатое или жесткое везикулярное дыханіе, довольно часто прерывистое (саккадированное) и съ удлинненнымъ выдохомъ, отдѣльные мелкопузырчатые (не звучащие) хрипы на опредѣленномъ мѣстѣ, главнымъ образомъ послѣ кашля. Послѣдній симптомъ почти всегда указываетъ на наличность туберкулезнаго заболѣванія (верхушечный катарръ). При осмотрѣ грудной клѣтки замѣтно отставаніе одной стороны при вдохѣ. Иногда выслушиваются мелкіе, то появляющіеся, то исчезающіе хрипы на мѣстѣ передняго и нижняго края легкихъ. Нерѣдко наблюдается легкій парезъ мышцъ, замыкающихъ голосовую щель. Мокроты совсѣмъ нѣтъ, или она вначалѣ бываетъ скудной, вязкой, стекловидно прозрачной, сѣровато-бѣлой, а позже болѣе рыхлой, желтоватой, гноевидной. Нахожденіе туберкулезныхъ бациллъ въ мокротѣ подтверждаетъ діагнозъ, хотя его можно поставить большею частью уже раньше на основаніи данныхъ физическаго изслѣдованія. Кромѣ того раннее распознаваніе подтверждается реакціей на впрыскиваніе туберкулина, кожною реакціей и офтальмореакціей.

Нахожденіе туберкулезныхъ бациллъ. Маленькій гнойный комочекъ мокроты растираютъ между двумя чистыми покровными или предметными стеклами такъ, чтобы получился тонкій слой; оба препарата высушиваютъ на воздухѣ. Затѣмъ проводятъ 3 раза черезъ пламя, окрашиваютъ карболовымъ фуксиномъ при нагрѣваніи до кипѣнія въ продолженіе 2 минутъ, обезцвѣчиваютъ 5% сѣрной кислотой или 15% азотной кислотой, споласкиваютъ въ 70% спиртѣ, пока препаратъ не будетъ обезцвѣченъ, промываютъ въ водѣ и производятъ дополнительное окрашиваніе насыщеннымъ воднымъ растворомъ метиленовой синьки или Löffler'овскимъ растворомъ метиленовой синьки (1:3 воды) въ теченіе 5—10 секундъ; затѣмъ снова промываютъ въ водѣ, высушиваютъ и изслѣдуютъ въ кедровомъ маслѣ.—Болѣе простой и часто примѣняемый способъ окраски по Fränkel-Gabbet'y не даетъ столь вѣрныхъ результатовъ, такъ какъ при немъ не обезцвѣчиваются и нѣкоторые другіе кислотоупорные бациллы (напр. бациллы смегмы); окрашиваніе карболовымъ фуксиномъ въ теченіе 2 минутъ при нагрѣваніи до кипѣнія, обезцвѣчиваніе и дополнительное окрашиваніе смѣсью метиленовой синьки и сѣрной кислоты (Methylen. coeul. 2,0, Acid. sulfur. 25,0, Aq. dest. 100,0) въ теченіе 3—5 минутъ, пока препаратъ не будетъ казаться слегка синимъ, промываніе въ водѣ, высушиваніе, изслѣдованіе въ кедровомъ маслѣ. Туберкулезные бациллы окрашиваются въ красный цвѣтъ, всѣ прочіе элементы въ синій.

Впрыскиваніе туберкулина съ діагностическою цѣлью основано на различной чувствительности здоровыхъ и туберкулезныхъ больныхъ къ туберкулину и служитъ главнымъ образомъ для распознаванія скрытаго туберкулеза. Въ зависимости отъ тѣлосложенія и возраста больного впрыскиваютъ 0,1—1 млгрм. стараго туберкулина Косч'а. Если послѣ впрыскиванія у изслѣдуемаго больного температура тѣла поднимается по крайней мѣрѣ на $\frac{1}{2}^{\circ}$ выше обыкновеннаго максимума, то реакція считается положительной. Если повышенія температуры не наблюдается, то черезъ два дня впрыскиваютъ нѣсколько большую дозу и постепенно въ четыре пріема доходятъ до установленной Косч'омъ предѣльной дозы въ 10 млгрм. Если послѣ перваго впрыскиванія температура повышается незначительно, приблизительно на $\frac{1}{4}^{\circ}$, то спустя нѣкоторое время впрыскиваютъ снова ту же самую дозу.

Часто тогда получается болѣе сильная реакція, говорящая за туберкулезъ.—У больныхъ съ далеко зашедшимъ туберкулезомъ иногда получается отрицательная реакція.—Впрыскиваніе туберкулина можетъ вызвать ухудшеніе туберкулезнаго процесса.

Кожная реакція на туберкулинъ по Pirquet'у. На кожѣ предплечья оспрививательнымъ ланцетомъ дѣлаютъ некровоточащую царапину, на которую наносятъ одну каплю стараго туберкулина (50—100%); для контроля на другомъ мѣстѣ кожи продѣлываютъ то же самое, но не наносятъ туберкулина *). При положительномъ результатѣ на мѣстѣ прививки спустя 24—48 часовъ появляется плотный красно-фіолетовый узелокъ; отсутствіе реакціи говоритъ противъ туберкулеза. У взрослыхъ положительная реакція наблюдается столь часто, что діагностическое значеніе ея несомнѣнно ничтожно; напротивъ, у дѣтей она, повидимому, заслуживаетъ большаго довѣрія.

Глазная реакція (офтальмореакція) по Calmette'у и Wolff-Eisner'у состоитъ въ томъ, что впускаютъ 1—2 капли $\frac{1}{2}$ —1% раствора стараго туберкулина во внутренній уголъ конъюнктивальнаго мѣшка; другой глазъ остается свободнымъ для контроля. Спустя 12—14 часовъ у туберкулезныхъ больныхъ большею частью появляется сильная гиперемія, припухлость и секретія конъюнктивы. Такъ какъ однако и у совершенно здоровыхъ людей наблюдается нерѣдко такая же реакція, то положительный результатъ недоказателенъ, между тѣмъ какъ отрицательный результатъ указываетъ на отсутствіе туберкулеза.

Уже во время 1-й стадіи туберкулеза наблюдается иногда легкое повышеніе температуры по вечерамъ до $38,5^{\circ}$. Относительно кровохарканья см. выше.

При дальнѣйшемъ прогрессированіи измѣненій въ легкихъ становятся болѣе рѣзкими также и физическіе симптомы, характерные для 2-й стадіи болѣзни, стадіи инфильтраціи. Опредѣляются: болѣе сильное притупленіе перкуторнаго звука въ области одной или обѣихъ верхушекъ; болѣе рѣзкое западеніе одной надключичной и подключичной ямки при одностороннемъ заболѣваніи, равно какъ отставаніе больной стороны при дыханіи. На мѣстахъ оплотнѣнія бронхіальное (вначалѣ еще неопредѣленное) дыханіе и болѣе или менѣе обильные, мелко- и среднепузырчатые, часто звучные хрипы. При болѣе сильномъ пораженіи одной легочной верхушки большею частью выслушиваются отдѣльные хрипы и въ другой. Голосовое дрожаніе на мѣстахъ оплотнѣнія усилено.—Такія же явленія въ области нижнихъ отдѣловъ легкихъ указываютъ на туберкулезную (творожистую) бронхопневмонію.—Боли въ груди, кашель и отдѣленіе мокроты усиливаются. Мокрота становится болѣе гнойной, содержитъ туберкулезные бациллы, а иногда также эластическія волокна, указывающія на начало разрушительнаго язвеннаго процесса въ легкихъ.

Для нахожденія эластическихъ волоконъ берутъ часть непрозрачнаго слегка сѣроваго комочка мокроты и смѣшиваютъ его на предметномъ стеклѣ съ 10% растворомъ ѣдкаго кали; при сильномъ увеличеніи видны подъ микроскопомъ имѣющія рѣзкіе контуры извитыя, часто раздѣленные волокна. Еще лучше удастся отыскать ихъ, если смѣшать часть подозрительной мокроты съ половиннымъ количествомъ 10% раствора ѣдкаго кали. Студенистую массу

*) Въ дѣйствительности реакція по Pirquet продѣлывается нѣсколько иначе, чѣмъ описываетъ авторъ: на предварительно обмытую эфиромъ кожу предплечья наносятъ 2 капли стараго туберкулина въ разстояніи приблизительно 6 см. одна отъ другой и затѣмъ долотообразно заостреннымъ прививочнымъ инструментомъ дѣлаютъ уколъ сперва посрединѣ между обѣими каплями, а потомъ на мѣстѣ каждой изъ нихъ. Каждая ясная воспалительная реакція на мѣстахъ уколовъ считается по Pirquet положительной. Мѣста уколовъ изслѣдуютъ черезъ 48 часовъ.

нагрѣваютъ при постоянномъ помѣшиваніи стеклянной палочкой до тѣхъ поръ, пока она не станетъ совершенно жидкой, затѣмъ центрифугируютъ и изслѣдуютъ осадокъ подъ микроскопомъ.

По вечерамъ большею частью наблюдается повышение температуры: утрення температура обыкновенно нормальна (чаще тоже повышена; прим. ред.), часто бываютъ однако и періоды безъ лихорадки.—Одышка обыкновенно не наблюдается. Исхуданіе и общая слабость прогрессируютъ; появляются поты, особенно обильные ночью и въ утренніе часы. На щекахъ часто замѣчается болѣзненный румянецъ, усиливающийся при повышеніи температуры.

Въ дальнѣйшемъ теченіи развивается 3-я стадія—стадія размягченія и распада (образованіе кавернъ). Чѣмъ поверхностнѣе расположены каверны, чѣмъ онѣ обширнѣе и чѣмъ глаже ихъ стѣнки, тѣмъ легче онѣ доступны распознаванію. Чѣмъ болѣе прогрессируетъ образованіе кавернъ въ инфильтрированной ткани легкаго, тѣмъ болѣе тимпаническимъ становится притупленный перкуторный звукъ.

Каверны, величиною больше грецкого орѣха, даютъ тимпаническій звукъ при перкуссіи, если онѣ расположены вблизи грудной стѣнки и окружены инфильтрированной тканью; если онѣ имѣютъ гладкія стѣнки и поперечникъ ихъ составляетъ по крайней мѣрѣ 6 см., то при перкуссіи получается тимпаническій звукъ съ металлическимъ оттѣнкомъ (лучше всего констатируется при постукиваніи палочкой или ногтемъ по плессиметру и одновременномъ выслушиваніи). Когда каверны сообщаются съ бронхомъ посредствомъ узкаго отверстія, при перкуссіи получается (при открываніи рта) звукъ треснувшего горшка. Въ сидячемъ положеніи больного тимпаническій звукъ бываетъ болѣе низкимъ, нежели въ лежащемъ, если яйцевидныя каверны наполнены отчасти жидкостью и наибольшій діаметръ ихъ измѣняется при перемѣнѣ положенія—Gerhardt'овское измѣненіе звука. Если каверна сообщается съ бронхомъ, то тимпаническій звукъ при открываніи рта становится болѣе высокимъ, а при закрываніи рта болѣе низкимъ—Wintrich'овское измѣненіе звука. Если явленіе это исчезаетъ при извѣстномъ положеніи тѣла вслѣдствіе того, что отверстіе каверны закупоривается содержимымъ ея, то имѣется дѣло съ прерывистымъ Wintrich'овскимъ измѣненіемъ звука.—Во многихъ случаяхъ однако не удастся доказать наличность кавернъ на основаніи физическихъ явленій. При выслушиваніи опредѣляются бронхіальное дыханіе, въ области большихъ кавернъ съ гладкими стѣнками амфорическое дыханіе (съ металлическимъ оттѣнкомъ), среднепузырчатые и крупнопузырчатые, часто звонкіе хрипы.

Мокрота—гнойная, комковатая, погружается въ водѣ на дно и содержитъ эластическія волокна и туберкулезныя бациллы.

Исхуданіе и анемія прогрессируютъ, наблюдаются одышка и ціанозъ, проливныя поты, иногда буроватія пятна на лбу и щекахъ (chloasma), мелкое отрубевидное шелушеніе на груди (pityriasis tabescentium). Несмотря на очень сильное истощеніе, нерѣдко поразительная эйфорія. Изъ осложненій слѣдуетъ указать плевритъ (фибринозный или съ серознымъ, кровянистымъ, иногда также гнойнымъ экссудатомъ), пневмотораксъ, туберкулезъ бронхіальныхъ железъ (у дѣтей часто въ видѣ первичнаго заболѣванія), туберкулезныя язвы кишекъ, туберкулезъ мочеполового аппарата, туберкулезный менингитъ, туберкулезъ костей и суставовъ. При изслѣдованіи рентгеновскими лучами удастся доказать наличность центральныхъ очаговъ, не поддающихся обыкновенно распознаванію, кромѣ того присутствіе творожисто-перерожденныхъ или обызвествленныхъ и увеличенныхъ лимфатическихъ железъ въ области корня легкаго. Часто

отъ корня легкаго по направленію къ периферіи, главнымъ образомъ къ верхушкѣ легкаго, идутъ тѣни въ формѣ полосъ, указывающія на измѣненія въ перибронхіальной ткани. Болѣе обширныя инфильтраціи даютъ рѣзкую тѣнь, меньшія оплотнѣнія, особенно въ верхушкѣ, имѣютъ видъ небольшихъ точечныхъ или полосатыхъ тѣней въ области 1-го и 2-го межреберныхъ промежутковъ. Каверны выдѣляются въ видѣ свѣтлыхъ ограниченныхъ участковъ.

Діагнозъ далеко зашедшаго туберкулеза легкихъ легко поставить; напротивъ, распознать раннія стадіи въ нѣкоторыхъ случаяхъ трудно. На основаніи данныхъ физическаго изслѣдованія верхушекъ легкихъ (см. выше) можно распознать наличность туберкулезнаго процесса уже въ такое время, когда въ мокротѣ еще нѣтъ туберкулезныхъ бациллъ или вообще еще нѣтъ никакой мокроты. Въ сомнительныхъ случаяхъ діагнозъ подтверждается пробнымъ впрыскиваніемъ туберкулина и мѣстной реакціей при прививкѣ туберкулина, а именно кожной реакціей и офтальмореакціей.— Относительно отличія туберкулезныхъ кавернъ отъ гангренозныхъ, отъ абсцесса легкихъ и бронхіэктазій см. только что перечисленные заболѣванія.

Леченіе. Большое значеніе имѣетъ профилактика. Слѣдуетъ обезвредить главнаго носителя заразнаго начала — мокроту; больной долженъ собирать мокроту въ особыя плевальницы или сосуды, наполненные дезинфицирующими жидкостями, не отхаркивать ее въ носовой платокъ или на полъ. Индивидуальная профилактика направлена къ тому, чтобы укрѣпить наслѣдственно предрасположенныхъ или хилыхъ лицъ, предписавъ имъ питательную пищу, возможно продолжительное пребываніе на свѣжемъ чистомъ воздухѣ во всякое время года, даже въ плохую погоду, тѣлесныя упражненія; всякія излишества слѣдуетъ запретить. Квартира должна быть здоровая, съ обиліемъ солнечнаго свѣта, хорошо провѣтриваемая. Важное значеніе имѣютъ кромѣ того закаляющія гидропатическія процедуры: прохладныя обмыванія всего тѣла по утрамъ тотчасъ послѣ вставанія съ постели, на первыхъ порахъ въ нагрѣтой комнатѣ, при достаточно крѣпкомъ тѣлосложеніи — въ болѣе прохладномъ помѣщеніи; обтиранія всего тѣла, прохладныя ванны или полуванны съ усиленными движеніями и растираніями, души, ванны съ проточной водой (Wellenbäder), плаванье въ бассейнахъ или на открытомъ воздухѣ. Кромѣ того для такихъ больныхъ большое значеніе имѣетъ выборъ соотвѣтственной профессіи, дающей возможность проводить достаточно продолжительное время на воздухѣ и избавляющей отъ вдыханія испорченнаго и пыльнаго воздуха.

Туберкулезъ легкихъ въ начальныхъ стадіяхъ излечимъ, въ далеко зашедшихъ случаяхъ же онъ подлежитъ лишь симптоматическому леченію. Специфическая терапія, стремящаяся къ обевреживанію туберкулезныхъ бациллъ и ихъ токсиновъ, сводится къ впрыскиванію стараго туберкулина Koch'a. Результаты ея ненадежны; въ виду возможности ухудшенія слѣдуетъ соблюдать осторожность.

Tuberculinum Kochii (Alt-Tuberculin, старый туберкулинъ) представляетъ прозрачную бурюю жидкость, получаемую изъ разводокъ туберкулезныхъ бактерий на пептонъ-бульонѣ съ примѣсью 4—6% глицерина, сгущенныхъ на водяной банѣ при 90° до $\frac{1}{10}$ своего объема и профильтрованныхъ черезъ фарфоровую свѣчу. Приготовление его находится подъ контролемъ государства. Продажный препаратъ представляетъ $\frac{1}{1000}$ карболовый растворъ вытяжки (1 шприцъ Праваца содержитъ 1 млгрм. туберкулина). Лечение начинаютъ съ очень малыхъ дозъ въ $\frac{1}{100}$ млгрм., затѣмъ, если не наступаетъ никакой реакціи, увеличиваютъ дозу вдвое и дѣлаютъ еженедѣльно 1—2 впрыскиванія. Если наступаетъ реакція, то ждутъ, пока организмъ не оправится отъ впрыскиванія (14 дней). Лечение продолжается до тѣхъ поръ, пока организмъ не станетъ переносить 500—1000 млгрм. ($\frac{1}{2}$ —1 куб. см. чистаго стараго туберкулина) безъ реакціи.

Rp. *Tuberculin. Kochii* (старый туберкулинъ) $\frac{1}{1000}$ 30,0. D. S. По предписанію врача (на руки врачу).

О дѣйствіи другихъ бактерійныхъ и бектеріотерапевтическихъ препаратовъ, какъ новый туберкулинъ *Koch'a* (*Tuberculinum T. R.*), туберкулинъ *Béranesck'a*, туберкулоцидинъ *Klebs'a*, туберкулезная сыворотка *Magagliano* и *Magmorek'a*, тулаза *Behring'a*, отзывы пока еще очень противорѣчивы и поэтому мы не станемъ на нихъ останавливаться *).

Относительно примѣненія креозота и сходныхъ съ нимъ препаратовъ, которые въ извѣстной степени дезинфицируютъ легкія, о примѣненіи отхаркивающихъ средствъ, относительно средствъ противъ кашля и одышки см. выше.

Главная задача леченія начальныхъ стадій чахотки сводится къ гігіено-діететическимъ предписаніямъ, направленнымъ къ повышенію сопротивляемости организма. Слѣдуетъ постараться поднять вѣсъ больного посредствомъ обильнаго питанія. Рекомендуются вводить увеличенное количество бѣлка, жировъ и углеводовъ. Предпочтенія заслуживаетъ питаніе молокомъ. Молоко дается небольшими порціями, по 200 грм. черезъ каждые 2 часа, само по себѣ или съ прибавленіемъ какао, обыкновеннаго и желудоваго кофе, чая, коньяка, померанцеваго сока, взбитыхъ бѣлковъ, известковой воды, сахара или соли. Количество молока можетъ быть доведено до 2 литровъ въ день. Кромѣ того больные часто хорошо переносятъ однодневный или двухдневный кефиръ и кумысъ.— При недостаточномъ введеніи пищи и при наличности лихорадки — искусственные питательные препараты, напр. соматоза, санатогенъ, тропонъ, плазмонъ, гігіама.—Изъ суповъ: обыкновенные и молочные супы съ мукой, манной и другой крупой, овсянкой, рисомъ, саго, мондаминонъ, сухарями или съ желтками, говяжій бульонъ (съ лапшой), изъ овощей.—Сырыя яйца или въ смятку.—Хорошее коровье масло, особенно для приготовленія кушаній.—Нѣжные сорта телятины и говядины, куриное мясо, мясо голубей, телячьи мозги, сладкое мясо. Мясо въ вареномъ или жареномъ видѣ, или въ скобленномъ видѣ.—Можно разрѣшить также икру и устрицы.—Англійское печенье, сухари, хорошо испеченный

*) Подробности см. у *Bandler u. Röpke*, *Lehrb. d. specif. Diagnose u. Therap. d. Tuberkulose*. Würzburg 1909 (имѣется въ русск. перев.). Прим. ред.

бѣлый хлѣбъ. — Картофельное пюре, шинать, зеленый горошекъ, салатъ. — Мучнистыя и сладкія блюда. — Пиво, вино, шоколадъ. — Въ болѣе холодное время года рыбій жиръ *per se* или вмѣстѣ съ креозотомъ. — Лѣтомъ со-
лдовый экстрактъ.

Rp. Kreosot. 1,0, Ol. jecoris Aselli ad 100,0. M. D. S. По чайной ложкѣ
2—3 раза въ день послѣ ѣды.

Регулярныя движенія на свѣжемъ воздухѣ при безвѣтряной и сол-
нечной погодѣ, даже зимой. Избѣгать тѣлеснаго и умственнаго переутом-
ленія, а также простуды; носить шерстяное бѣлье. — Систематическое пре-
бываніе въ лежащемъ положеніи на свѣжемъ воздухѣ въ открытыхъ гал-
лереяхъ, защищенныхъ отъ вѣтра, чередующееся съ точно соразмѣрен-
ными движеніями. Лѣтомъ пребываніе въ лѣсистой мѣстности. — Заботиться
о правильномъ опорожненіи кишечника. — Хорошо провѣтриваемая, свѣтлая
комната съ обиліемъ солнечнаго свѣта. — При наличности лихорадки необ-
ходимо уложить больного въ постель; если по утрамъ температура тѣла
падаетъ, то можно позволить больному пребываніе на свѣжемъ воздухѣ. —
При продолжительной лихорадкѣ жаропонижающія средства до начала
повышенія температуры; послѣ паденія температуры часто однако при
этомъ бываютъ тягостныя поты.

Rp. Phenacetini 0,5. D. tal. dos. Nr. 10. D. S. По 1 порошку 3 раза
въ день.

Rp. Pyramidon. 0,3. D. tal. dos. Nr. 10. D. S. По 1 порошку 1—2 раза
въ день.

Rp. Chinin. sulfur. 0,5. D. tal. dos. Nr. 10. (Ad capsul. amyloc.). D. S.
По 1 порошку 2—4 раза въ день.

При изнурительной лихорадкѣ можно дѣлать также частичныя хо-
лодныя обмыванія, 2—3 раза въ день, или обтиранія всего тѣла.

Относительно леченія при кровохарканьи см. выше.

Противъ ночныхъ потовъ — агарицинь, атропинъ, настой шалфея,
холодное молоко съ коньякомъ передъ сномъ, также обмыванія по ве-
черамъ всего тѣла холодной водой съ прибавленіемъ уксуса или виннаго
спирта.

Rp. Agaricini 0,005, Pulv. Doveri 0,2. M. f. pulv. D. tal. dos. № 10. S.
По 1 порошку утромъ и вечеромъ.

Rp. Atropin. sulf. 0,005, Extr. Gentician. q. s. ut f. pilul. № 10, Consp.
Lycop. D. S. По 1 пилюлѣ передъ сномъ.

Rp. Infus. fol. Salviae 15,0 : 200,0. D. S. По 1 столовой ложкѣ черезъ
2 часа.

При поносахъ:

Rp. Plumb. acet. 0,03, Opii puri 0,02, Sacch. albi 0,3. M. f. pulv. D.
tal. dos. № 10. S. По 1 порошку черезъ каждыя 2—3 часа.

Rp. Tannigen 15,0. S. 3 раза въ день на концѣ ножа.

Rp. Tannalbin. 15,0. S. 3 раза въ день на концѣ ножа.

Rp. Decoct. rad. Colombo 10,0 : 150,0, Sir. simpl. 30,0. M. D. S. По сто-
ловой ложкѣ черезъ каждыя 2 часа.

Или Tinct. opii simplicis, по 15 капель.

При диспепсiи: vinum Condurango, по столовой ложкѣ во время ѣды;
кромѣ того:

Rp. Tinct. Chin. compos., Tinct. Rhei vinos., Tinct. Zingib. aa 10,0.
M. D. S. По 30 капель 3 раза въ день (Tinct. stomachica).

При боляхъ въ груди — горчичники, втираніе *linimentum ammoniacum* или *l. chloroformii*, смазываніе іодной настойкой, согрѣвающие компрессы, иногда также пузырь со льдомъ.

Относительно леченія на открытыхъ курортахъ или въ санаторіи слѣдуетъ замѣтить, что больной долженъ быть какъ можно раньше удаленъ изъ обычной обстановки и помѣщенъ въ надлежащія климатическія и гигиено-діететическія условія. Больныхъ, нуждающихся во врачебномъ наблюденіи, особомъ уходѣ и дисциплинѣ, лучше помѣстить въ санаторію. Въ Германіи имѣется цѣлый рядъ такихъ санаторій, дающихъ хорошіе результаты и доступныхъ болѣею частью даже и малосостоятельнымъ больнымъ, напр. въ Görbersdorf'ѣ, Reinerz'ѣ, Salzbrunn'ѣ, Charlottenbrunn'ѣ, Reiboldsgrün'ѣ, Falkenstein'ѣ, Hohenhonnef'ѣ, Badenweiler'ѣ, St. Blasien, Nordrach'ѣ, Andreasberg'ѣ, Beclitz'ѣ, Belzig'ѣ, Grabowsee *). Въ качествѣ весеннихъ и осеннихъ курортовъ заслуживаютъ вниманія Montreux (Женевское озеро), курорты по побережью верхне-итальянскихъ озеръ, Bozen, Gries, Meran, Arco (всѣ въ Южномъ Тиролѣ), изъ зимнихъ курортовъ — Mentone, Nizza, San-Remo, Nervi, Abazzia, Ajaccio, Malaga, Алжиръ, Мадейра, Египетъ. — Весьма благоприятное вліяніе оказываютъ горныя курорты (сильная инсоляція, равномерная погода безъ рѣзкихъ переѣнъ температуры, чистый воздухъ, отсутствіе вѣтра), въ особенности Davos, Arosa, St. Moritz, Andermatt, Leysin.

Гидротерапія прежде всего стремится къ закаливанію больного. У слабыхъ больныхъ всѣ гидротерапевтическія процедуры слѣдуетъ примѣнять съ соблюденіемъ величайшей осторожности, подъ тщательнымъ контролемъ и при условіи индивидуализаціи каждаго случая. Для того, чтобы не отнимать отъ больного много тепла, слѣдуетъ предпослать холоднымъ частичнымъ обмываніямъ или холоднымъ обтираніямъ какую-нибудь согрѣвающую процедуру (теплая ванна, горячая суховоздушная или свѣтовая ванна) или сухое обертываніе. Болѣе чувствительные больные легче переносятъ иногда разсольныя или углекислыя ванны съ послѣдующимъ кратковременнымъ обливаніемъ тѣла холодной водой. Гидропатическія процедуры, употребляемыя при лихорадкѣ и ночныхъ потахъ, перечислены выше.

Санитарно-полицейскія предписанія: обязательное извѣщеніе о случаяхъ смерти и дезинфекція.

18. Хроническая пневмонія (интерстиціальная пневмонія, циррозъ легкихъ) и **пневмококкіозъ** (болѣзни отъ вдыханія пыли).

Разрошеніе межальвеолярной соединительной ткани, часто сопровождающееся измѣненіями въ бронхахъ и въ плеврѣ и облитерацией альвеолъ; въ дальнѣйшемъ сморщиваніе легочной ткани и смѣщеніе сосѣднихъ органовъ.

*) У насъ имѣются санаторіи для чахоточныхъ въ Финляндіи (Императорская санаторія «Халила», санаторія Гахакарю, санаторія «Халила» О. П. Мошковой, санаторія О. А. Тавастшерна, Евангелическая санаторія), близъ станціи Таицы, Балтійской ж. д. (Общества Русскихъ врачей въ Спб.), въ Крыму (Ялтинская санаторія Общества Русскихъ врачей въ Спб., санаторія «Гастрія» д-ра И. Ф. Лебедева, пансіонъ «Яузларъ» Ялтинскаго Благотворительнаго Общества, санаторія Краснаго Креста) и рядъ другихъ. Прим. ред.

Преимущественно вслѣдствіе вдыханія пыли (см. ниже), сифилиса, плеврита, туберкулеза, актиномикоза, сапа. Кромѣ того хроническая пневмонія присоединяется къ крупозному воспаленію легкихъ и къ бронхопневмоніи (корь, коклюшъ), если экссудатъ не рассасывается, а организуется, превращается въ содержащую сосуды соединительную ткань и позже сморщивается.

Главные симптомы. Въ области пораженныхъ отдѣловъ легкихъ (при сифилисѣ большею частью среднія и нижнія доли, при туберкулезѣ верхушки легкихъ) притупленіе перкуторнаго звука, бронхиальное или ослабленное везикулярное дыханіе, хрипы. Съ наступленіемъ сморщиванія втягиваніе межреберныхъ промежутковъ, западеніе грудной стѣнки, смѣщеніе сердца. Запустѣваніе большого количества сосудовъ и ограниченіе дыхательныхъ движеній ведетъ часто къ гипертрофіи праваго желудочка, а позже къ развитію застойныхъ явленій и ціаноза. Слизисто-гнойная мокрота, при сифилисѣ часто кроваво-харканье; при бронхіктазіяхъ (см. соотв. главу) мокрота имѣетъ характерныя свойства.—Переходъ острой пневмоніи въ хроническую обнаруживается тѣмъ, что лихорадка не прекращается и на мѣстѣ инфильтрата остаются притупленіе, бронхиальное дыханіе и хрипы. Въ дальнѣйшемъ развиваются явленія сморщиванія. Теченіе зависитъ отъ основного страданія и отъ осложнений (ослабленіе сердечной мышцы, бронхіктазіи).

Діагнозъ ставится на основаніи физическихъ симптомовъ, явленій сморщиванія въ связи съ анамнестическими указаніями на первичное заболѣваніе.

Леченіе. Обратитъ вниманіе на леченіе основного страданія (сифилис) и осложнений (бронхитъ, бронхіктазіи, сердечная слабость).

Пневмоконіозы образуются вслѣдствіе вдыханія нѣкоторыхъ видовъ пыли, особенно у камнетесовъ (chalicosis), углекоповъ (anthracosis), рабочихъ, занятыхъ выдѣлкой желѣза (siderosis), табака и хлопчатой бумаги. Частицы пыли проникаютъ въ альвеолы и въ межалвеолярную соединительную ткань и отсюда переходятъ въ лимфатическіе сосуды и бронхиальныя железы.—Начало болѣзни кашлемъ, отхаркиваніемъ мокроты и одышкой. Позже появляются признаки плотнѣнія, хотя и слабо выраженные, и присоединяется хроническій бронхитъ. Нерѣдко заболѣваніе переходитъ въ бугорчатку; послѣдняя отличается медленнымъ теченіемъ, а также тѣмъ, что силы больного сохраняются сравнительно долго, и при устраненіи вреднаго воздѣйствія болѣзненный процессъ можетъ остановиться.—Объективно имѣются признаки хронического бронхита, а также бронхіктазій. Въ мокротѣ довольно часто удается обнаружить частицы пыли, а на рентгенограммѣ получаютъ легкія тѣни въ пораженныхъ участкахъ легкихъ.—Выздоровленіе можетъ быть достигнуто при оставленіи вредно дѣйствующей профессіи. Въ виду этого въ леченіи большую роль играетъ профилактика.

19. Бронхіктазія.

Ограниченное мѣшковидное или цилиндрическое расширеніе бронховъ представляетъ всегда послѣдовательное заболѣваніе, присоединяющееся къ хроническимъ бронхиальнымъ катарамъ вслѣдствіе пониженія резистентности стѣнокъ бронховъ, къ хроническимъ пневмоніямъ вслѣдствіе сморщиванія межбронхиальной легочной ткани съ ретракціей стѣнокъ бронховъ или къ сращеніямъ листовъ плевры также съ ретракціей легкихъ и бронховъ.

Главные симптомы. Сильные приступы кашля съ выдѣленіемъ обильнаго количества гнойной, отчасти очень жидкой, часто вонючей мокроты (отхаркиваніе «полнымъ ртомъ»). Мокрота при стояніи ея раздѣляется на 3 слоя: верхній—пѣнистый, слизисто-гнойный, средній—самый большой—зеленовато-желтый, мутный, серозный и нижній слой, содержащій большое количество очень вонючихъ бѣловатыхъ пробокъ, состоящихъ изъ детрита, гнойныхъ тѣлецъ и кристалловъ жирныхъ кислотъ (пробки Ditrich'a). Въ отличіе отъ эластическихъ волоконъ (туберкулезъ, абсцессы легкихъ) игольчатые кристаллы жирныхъ кислотъ расплавляются при нагрѣваніи и растворяются въ эфирѣ. Отхаркиваніе мокроты происходитъ преимущественно по утрамъ и въ извѣстномъ положеніи больного. Характерные физическіе симптомы наблюдаются только при большихъ и поверхностно расположенныхъ бронхіктазіяхъ. Громкіе

влажные хрипы на одномъ какомъ-нибудь мѣстѣ, иногда тимпаническій звукъ въ окружности его, при оплотнѣніи и сморщиваніи окружающей легочной ткани—тупость. Если бронхіэктазія наполнена мокротой, то вмѣсто тимпанического звука получается тупость. Общее состояніе можетъ въ теченіе долгаго времени оставаться хорошимъ. Въ дальнѣйшемъ большею частью гангренозный распадъ стѣнки бронхіэктазіи, легочныя кровотеченія; гипертрофія праваго желудочка. Амилоидное перерожденіе внутреннихъ органовъ. Довольно часто воспаленіе и нагноеніе суставовъ. Лихорадка обыкновенно лишь при осложненіяхъ.

Діагнозъ ставится на основаніи свойствъ мокроты, присутствія хриповъ на опредѣленномъ мѣстѣ грудной клѣтки и измѣненія данныхъ до и послѣ отхаркиванія мокроты.

Леченіе. Питательная пища, движенія на свѣжемъ воздухѣ, тщательное провѣтриваніе комнаты больного, избѣжаніе простуды. Для ограниченія отхаркиванія—вдыханія скипидара (см. стр. 100). Можно также медленно испарять скипидаръ въ комнатѣ больного надъ лампой или на печи. Кромѣ того креозотъ (стр. 101) и отхаркивающія средства (стр. 100). Для вдыханій полезна также карболовая кислота:

Rp. Acidi carbol. liq. 20,0, Spirit. vini rectific. 40,0. M. D. S. Для вдыханій (посредствомъ маски Curschmann'a).

Устраненіе вреднаго вліянія профессіи и пребываніе на берегу моря или въ курортѣ съ разсольными ваннами иногда дѣйствуютъ благоприятно.

20. Абсцессъ легкихъ.

Помимо не поддающихся распознаванію эмболическихъ абсцессовъ легкихъ, образующихся часто въ большомъ количествѣ при піеміи и особенно при послѣродовомъ сепсисѣ и сопровождающихся потрясающими ознобами, болѣе крупные и ограниченные гнойники возникаютъ послѣ пневмоніи, далѣе вслѣдствіе попаданія въ дыхательные пути инородныхъ тѣлъ и послѣ проникающихъ ранъ груди.

Главные симптомы различны въ зависимости отъ того, происходитъ ли гнойное размягченіе ткани въ продолжительно уплотненномъ участкѣ легкихъ, или абсцессъ вскрывается въ бронхъ и ведетъ къ образованію полости. Въ первомъ случаѣ тяжелые общіе симптомы, лихорадка, тупость на мѣстѣ инфильтраціи. Во второмъ случаѣ внезапно отхаркивается обильное количество мокроты, чисто гнойной, съ приторнымъ запахомъ, но не вонючей, содержащей клочки легочной ткани, эластическія волокна (см. стр. 130), кристаллы гематоидина и таблички холестерина. Иногда эластическія волокна разрушаются подъ вліяніемъ дѣйствія бактерій и отсутствуютъ въ мокротѣ. Послѣ опорожненія содержимаго гнойника температура падаетъ, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ удается констатировать характерные полостные симптомы (см. стр. 130). Абсцессъ большей частью помѣщается въ нижней долѣ. При рентгено-скопії: до опорожненія гнойника—тѣнь, послѣ опорожненія—прозрачное поле.—Осложненіе эмпіемой.—Послѣ опорожненія гнойника можетъ послѣдовать выздоровленіе съ западеніемъ соотвѣтственной части грудной клѣтки.

Діагнозъ обыкновенно удается поставить лишь послѣ опорожненія полости гнойника (появленіе характерной мокроты).

Лечение. Передъ опорожненіемъ гнойника—пузырь со льдомъ, жаропонижающія средства, питательная пища, вино. Послѣ опорожненія гноя вдыханіе скипидара или карболовой кислоты (см. «Бронхіэктазія»). Если не удается добиться запусѣванія и заживленія полости, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ пневмотоміи съ резекціей реберъ.

21. Гангрена легкихъ.

Гангрена легкаго бываетъ либо диффузной, причеъ она быстро прогрессируетъ и большею частью скоро оканчивается смертью, либо ограниченной, причеъ въ окружности гангренознаго очага происходитъ воспаленіе съ образованіемъ загѣвъ демаркаціоннаго пояса. Гангренозный распадъ легочной ткани возникаетъ не подѣ вліяніемъ возбудителей нагноенія, какъ при абсцессѣ легкихъ, а подѣ вліяніемъ гнилостныхъ грибовъ, причеъ содержащія бѣлокъ вещества (большею частью также и эластическія волокна—въ отличіе отъ туберкулеза и абсцесса легкихъ) подвергаются гнилостному разложенію.—Гангрена легкаго развивается послѣ тяжелыхъ пневмоній, особенно у истощенныхъ субъектовъ, при гангренозномъ распадѣ стѣнокъ бронхіэктазій и туберкулезныхъ кавернъ, при гнилостномъ бронхитѣ, при попаданіи въ бронхи вызывающихъ гніеніе инородныхъ тѣлъ, при распространеніи гангренознаго воспаленія съ сосѣднихъ органовъ (ракъ пищевода, перитонитъ, плевритъ), при общихъ заболѣваніяхъ (діабетъ, алкоголизмъ) и, наконецъ, при заносѣ гнилостныхъ эмболовъ въ легочные сосуды.

Главные симптомы. Характерны зеленовато-черная мокрота, съ гнилостнымъ запахомъ, свинцово-сѣрый цвѣтъ лица, быстрый упадокъ силъ. Мокрота содержитъ клочки легочной ткани (но совершенно не содержитъ или содержитъ очень мало эластическихъ волоконъ, см. выше), кристаллы фосфорнокислой амміакъ-магнезіи въ видѣ «гробовыхъ крышекъ», игольчатые кристаллы жирныхъ кислотъ, большое количество разныхъ бактерій и *leptothrix pulmonalis*. Данныя физическаго изслѣдованія различны, какъ при гнойникѣ легкихъ. Большею частью лихорадка непостояннаго типа, слабость, малый пульсъ, одышка. Иногда общее состояніе мало нарушено. При разлитой гангренѣ исходъ смертельный, при ограниченной гангренѣ возможно выздоровленіе.

Діагнозъ ставится на основаніи перечисленныхъ выше признаковъ.

Лечение прежде всего должно быть направлено на поддержаніе силъ больного; слѣдуетъ также обратить вниманіе на основное страданіе. Противъ гангренознаго распада—продолжительныя вдыханія карболовой кислоты и скипидара, какъ при абсцессѣ легкаго и бронхіэктазіи. Оба средства даютъ также внутрь:

Rp. Acidi carbol. liquef. 0,5, Aq. dest. 180,0, Elaeosacch. Menth. pip. 15,0. M. D. S. По столовой ложкѣ черезъ 2 часа.

Rp. Olei Terebinth. in capsulis 0,6. S. По нѣсколько капсулъ въ день.

При сильной одышкѣ и безпокойствѣ—морфій подѣ кожу (0,01—0,02).

При хорошо осумкованномъ гангренозномъ очагѣ можетъ возникнуть вопросъ о пневмотоміи съ резекціей реберъ.

Лечение легочнаго кровотеченія см. стр. 101—102.

22. Ракъ легкиѣхъ.

Часто наблюдается въ сочетаніи съ ракомъ плевры и грудной железы. При большой опухоли—тупость, ослабленное или бронхіальное дыханіе; вслѣдствіе давленія или перехода на бронхи симптомы сѣуженія бронховъ (см. соотв. главу). Мокрота часто содержитъ примѣсъ крови, «походить на малиновое желе», иногда содержитъ частицы раковой опухоли. При осложненіи плевритомъ или ракомъ плевры физическіе симптомы напоминаютъ скорѣ картину плеврита; выпотъ большею частью кровянистый. Часто наблюдается опуханіе подмышечныхъ и надключичныхъ лимфатическихъ железъ. Большое діагностическое значеніе имѣетъ изслѣдованіе рентгеновскими лучами, которое даетъ ограниченную тѣнь на мѣстѣ опухоли.

Леченіе—симптоматическое. Для облегченія болей—согрѣвающие компрессы, кодеинъ внутрь (стр. 101), затѣмъ морфій подъ кожу. Кромѣ того психотерапія, снотворныя (см. главу объ общей терапіи болѣзней нервной системы).

Все сказанное выше относится также и къ саркомѣ легкиѣхъ.

23. Эхинококкъ легкиѣхъ и плевры.

Чаще вторично при эхинококкѣ печени, рѣже первично. При эхинококкѣ легкиѣхъ иногда притупленіе легочнаго звука, послѣ отхожденія жидкости—признаки каверны. Діагнозъ подтверждается изслѣдованіемъ мокроты, содержащей эхинококковую жидкость (см. ниже. «Эхинококкъ печени») съ пузырями или оболочками эхинококка и примѣсъ крови. При эхинококкѣ плевры—физическіе симптомы, свойственные плевриту; жидкость, добытая проколомъ, содержитъ мало или вовсе не содержитъ бѣлка, а, напротивъ, содержитъ поваренную соль и янтарную кислоту, иногда также сколексы и крючья эхинококка; удѣльный вѣсъ жидкости въ среднемъ равенъ 1010.—При эхинококкѣ легкиѣхъ притупленіе наблюдается большею частью внизу и справа.—Леченіе. Вскрытіе полости плевры путемъ резекціи нѣсколькихъ реберъ, resp. вскрытіе эхинококковаго мѣшка, лежащаго внутри легочной ткани. Нельзя разсчитывать на самопроизвольное излеченіе безъ оперативнаго вмѣшательства.

24. Актиномикозъ легкиѣхъ.

Рѣдкое заболѣваніе. Большею частью наблюдается инфильтрація одной нижней доли легкаго, часто съ послѣдовательнымъ сморщиваніемъ и переходомъ на плевру. Обыкновенно образуются затвердѣнія и свищевые ходы въ грудной стѣнкѣ. Въ гноѣ, выдѣляющемся изъ свищей, и въ отхаркиваемой мокротѣ—характерныя зерна лучистаго грибка. Леченіе—хирургическое, если только болѣзнь не зашла слишкомъ далеко. Въ противномъ случаѣ—чисто симптоматическое леченіе. Укрѣпляющая діета. Внутрь—іодистый калий.

Болѣзни средостѣнія.

1. Опухоли средостѣнія.

Чаще всего лимфосаркомы; кромѣ того увеличенныя лимфатическія железы при псевдолейкеміи и лейкеміи, рѣже ракъ лимфатическихъ железъ средостѣнія; иногда опухоль средостѣнія исходитъ отъ бронхіальныхъ железъ (туберкулезъ бронхіальныхъ железъ у дѣтей), изъ щитовидной железы или изъ остатковъ зобной железы. Кромѣ того встрѣчаются липомы, фибромы и дермоидныя кисты. Чаще у мужчинъ.—Наибольшее практическое значеніе имѣютъ лимфосаркомы отчасти вслѣдствіе частоты ихъ, отчасти и съ діагностической точки зрѣнія (аневризма аорты).

Главные симптомы и діагнозъ. Большія опухоли средостѣнія даютъ притупленіе или тупость въ верхней части грудины и сбоку отъ нея, если онѣ лежатъ близко отъ грудной стѣнки. Вслѣдствіе сдавленія сосудовъ довольно часто выслушивается въ области притупленія систолическій шумъ. Важное значеніе имѣетъ рентгеноскопическое изслѣдованіе: ясная тѣнь съ неправильными очертаніями, иногда сливающаяся съ верхнимъ краемъ сердечной тѣни. Границы тѣни менѣе рѣзки, чѣмъ границы сердечной тѣни или тѣни отъ аневризмы аорты. Иногда тѣнь обнаруживаетъ (проведенную) пульсацію, но лишь въ одномъ направленіи (а не во всѣ стороны). Симптомы весьма различны въ зави-

симости отъ локализациі и величины опухоли. Симптомы сдавленія, чувство стѣсненія въ груди, одышка, невралгическія боли, расширеніе кожныхъ венъ, параличи голосовыхъ связокъ (возвратный нервъ), измѣненія частоты пульса (блуждающій нервъ), разница въ ширинѣ зрачковъ (симпатическій нервъ).—Теченіе зависитъ отъ свойства опухоли; при наименѣе встрѣчающейся формѣ, при лимфосаркомѣ, отличающейся очень быстрымъ ростомъ, исходъ неблагоприятный.

Леченіе. Злокачественныя опухоли часто уменьшаются въ значительной степени подъ вліяніемъ систематическаго леченія рентгеновскими лучами; но большею частью онѣ вскорѣ начинаютъ снова расти. О леченіи псевдолейкеміи и лейкеміи см. соотв. главы. Загрудинный зобъ можетъ быть удаленъ оперативнымъ путемъ. Благопріятно дѣйствуетъ также леченіе іодистымъ калиемъ. Относительно туберкулеза бронхіальныхъ железъ см. стр. 131.

2. Медиастинитъ.

Рѣдкое заболѣваніе, протекающее остро или хронически и локализирующееся въ переднемъ или заднемъ средостѣніи. Большею частью вслѣдствіе перехода воспалительнаго процесса съ сосѣднихъ органовъ (ракъ пищевода, костоѣда позвонковъ, плевритъ, перикардитъ, нагноившіяся бронхіальныя железы), кромѣ того встрѣчается при инфекціонныхъ болѣзняхъ (піэмія), рѣже въ видѣ первичнаго заболѣванія вслѣдствіе травмы.

Симптомы. Лихорадка, боли, затрудненіе и болѣзненность глотанія, кашель, при образованіи большого абсцесса—явленія сдавленія.—Теченіе большею частью неблагоприятное, рѣдко выздоровленіе вслѣдствіе вскрытія абсцесса наружу. При диффузномъ нагноеніи (наиболѣе частая форма) леченіе можетъ быть только симптоматическимъ.

Болезни полости рта, глотки и пищевода.

Болезни полости рта.

1. Катаральный стоматитъ.

Причины: раздраженіе слизистой оболочки слишкомъ холодной или слишкомъ горячей пищей, пряностями, спиртными напитками, вслѣдствіе куренія, также каріозные зубы, отравленія (свинцомъ, ртутью), инфекціонныя болѣзни, катарръ желудка, катарръ глотки.

Главные симптомы. Краснота, припухлость и чувствительность слизистой оболочки рта, особенно по краямъ языка, на внутренней поверхности щекъ, на деснахъ. Иногда желтовато-бѣлый налетъ (эпителиальныя клѣтки, микроорганизмы), клейкій вкусъ во рту, foetor ex ore. Иногда опуханіе подчелюстныхъ лимфатическихъ железъ. Теченіе острое или хроническое. Хроническій стоматитъ развивается вслѣдствіе длительного воздѣйствія указанныхъ выше вредныхъ агентовъ и часто связанъ съ хроническимъ фарингитомъ. Острый стоматитъ большею частью очень быстро проходитъ при надлежащемъ режимѣ.

Леченіе. Нераздражающая, жидкая пища (запретить пряности, поменьше соли, не принимать ни слишкомъ холодной, ни слишкомъ горячей пищи), запретить куреніе и спиртные напитки. Полосканія рта отварной водой или настоемъ ромашки, также съ tinct. Myrrhae (10—15 капель на стаканъ воды), растворомъ борной кислоты (чайная ложка на стаканъ воды), 30% перекисью водорода (столовая ложка на стаканъ воды), 7—8% растворомъ уксуснокислаго глинозема (столовая ложка на стаканъ воды) или смазыванія азотнокислымъ серебромъ (1:100).

2. Язвенный стоматитъ.

Идиопатическій язвенный стоматитъ (stomatocase), встрѣчается преимущественно у истощенныхъ больныхъ и у дѣтей; рѣже наблюдается переходъ обыкновеннаго катаррального стоматита въ язвенный; кромѣ того язвенный стоматитъ является характернымъ симптомомъ отравленія ртутью (st. mercurialis) и цынга (st. scorbutica).

Все симптомы болѣе рѣзко выражены, чѣмъ при катарральномъ стоматитѣ; грязныя, легко кровоточащія язвочки на деснахъ и на слизистой оболочкѣ щекъ. Сильный запахъ изо рта, слюнотеченіе, сильныя боли при жеваніи и разговорѣ, опуханіе лимфатическихъ железъ, часто лихорадка. Теченіе зависитъ отъ основного страданія, въ общемъ благоприятное.

Леченіе. Обратитъ вниманіе на основное страданіе, прекратить леченіе ртутью. Полосканія рта, какъ при катарральномъ стоматитѣ. Смазываніе язвъ 1% растворомъ ляписа, полосканіе рта и горла бертолевой солью (Sol. Kal. chlorici 5,0:200,0 осторожно!).

3. Афтозный стоматитъ (афты).

У дѣтей въ первые годы жизни (рѣдко у взрослыхъ) на слизистой оболочкѣ щекъ, губъ и языка появляются небольшія, величиной отъ булавочной головки до коноплянаго зерна, круглыя, желтовато-бѣлыя бляшки, слегка выдающіяся надъ уровнемъ слизистой оболочки и окруженныя краснымъ вѣничкомъ. Большею частью существуютъ боли, катарръ слизистой оболочки полости рта; иногда слюнотеченіе, опуханіе лимфатическихъ железъ, лихорадка. Довольно часто афты появляются при катаррахъ желудочно-кишечнаго канала. Теченіе обыкновенно благоприятное, болѣзнь длится 1—2 недѣли.

Леченіе, какъ при катарральномъ стоматитѣ. Смазываніе растворомъ буры, полосканіе рта отваромъ шалфея (15,0:200,0):

Rp. Natr. biborac. 2,5, Glycerini 10,0. D. S. Для смазыванія.

4. Молочница (Soor).

Этіологія. Грибокъ молочницы (oidium albicans), напоминающій дрожжевые грибки, съ мицеліемъ и овальными спорами (гонидіи). Образуетъ наслоенія на слизистой полости рта, неба и языка. Бѣлые налеты удаляются болѣе или менѣе легко съ покраснѣвшей слизистой оболочки (микроскопическое изслѣдованіе). Иногда налетъ распространяется на зѣвъ и на пищеводъ и ведетъ къ катарральному воспаленію желудка. Чаше всего встрѣчается у маленькихъ дѣтей, можетъ въ значительной степени затруднить питаніе, въ особенности у грудныхъ дѣтей; въ противномъ случаѣ протекаетъ благоприятно. Далѣе, молочница иногда встрѣчается у взрослыхъ, съ изнурительными болѣзнями (ракъ, чахотка, тифъ) и даетъ въ такихъ случаяхъ плохой прогнозъ.

Леченіе. Осторожно вытирать ротъ полстныяными тряпочками, смоченными въ 3—5% растворѣ борной кислоты, особенно послѣ каждого приѣма пищи. Смазыванія слизистой рта смѣсью буры съ глицериномъ (какъ указано выше въ главѣ объ афтахъ).

5. Нома (пота, водяной ракъ).

Этіологія неизвѣстна. Большею частью присоединяется къ инфекціоннымъ болѣзнямъ, особенно къ кори и дифтеріи. Рѣдкое заболѣваніе, наблюдающееся у дѣтей, сильно истощенныхъ.

Симптомы. Быстро прогрессирующій гангренозный распадъ щеки, большею частью начинающійся отъ угла рта и распространяющійся на кости и на лицо. Гнилостный распадъ, тяжелыя общія явленія, лихорадка, истощеніе. Большею частью смертельный исходъ, рѣдко выздоровленіе съ образованіемъ рубца. **Лечение.** Обильное питаніе. Своевременно разрушить гангренозную ткань термокау-теромъ или удалить ножомъ, а затѣмъ смазывать іодной настойкой. Возбуждающія средства.

6. Ангина Ludwig'a.

Флегмона въ области подъязычныхъ и подчелюстныхъ слюнныхъ железъ. Иногда присоединяется къ тифу, дизентеріи, дифтеріи и актиномикозу. Иногда появляется въ видѣ эндеміи или эпидеміи. Чрезвычайно плотный инфильтратъ подъ нижней челюстью и на передней части шеи, напряженіе и покраснѣніе кожи. Вмѣстѣ съ тѣмъ тяжелыя общія явленія. Часто наблюдается омертвѣніе воспаленныхъ тканей. Затрудненіе дыханія и глотанія. Смерть можетъ послѣдовать отъ отека голосовой щели или сепсиса. **Лечение.** Своевременно сдѣлать широкий разрѣзъ, удалить гной путемъ разсѣченія шейныхъ фасцій во избѣжаніе гнойнаго затека, промываніе раны антисептическими растворами.

7. Паротитъ.

Относительно эпидермического паротита см. стр. 34. Воспаленіе околоушной слюнной железы встрѣчается кромѣ того въ видѣ вторичнаго (симптоматическаго или метастатическаго) заболѣванія при инфекціонныхъ болѣзняхъ (тифъ, скарлатина, оспа, сепсисъ) или вслѣдствіе перехода воспаленія на железу съ слизистой оболочки рта. Происходитъ инфильтрація соединительной ткани и образованіе эксудата, который можетъ остаться или переходить въ нагноеніе. Лихорадка, затрудненіе жеванія и глотанія. **Лечение.** Согрѣвающіе компрессы, пузырь со льдомъ, при нагноеніи разрѣзъ. Противъ довольно часто остающейся гипертрофіи железы іодистый калий внутрь и втиранія unguent. Kalii jodati.

8. Слюнотечение (ptyalismus).

Усиленное отдѣленіе слюны (salvatio) встрѣчается при заболѣваніяхъ слизистой полости рта, зѣва, слюнныхъ железъ, при отравленіяхъ, особенно ртутью, при болѣзняхъ желудочно-кишечнаго канала, неврозахъ (истерія), во время беременности и при мозговыхъ болѣзняхъ (бульбарный параличъ).

Лечение—причинное. Съ устраненіемъ основного страданія исчезаетъ также и чрезмѣрное отдѣленіе слюны. При заболѣваніяхъ центральной нервной системы хорошо дѣйствуетъ атропинъ:

Rp. Atropini sulfurici 0,005, Extr. Gentian. q. s. ut f. pil. Nr. 10.
Consp. Lycopod. D. S. По 1—2 пилюли въ день.

Кромѣ того бромистый калий, опій.

9. Болѣзни языка.

Воспаленіе языка (glossitis) возникаетъ на почвѣ инфекціи (стоматитъ, укусы насѣкомыхъ, травма) и ведетъ къ сильному опуханію языка, лихорадкѣ, затрудненію приема пищи и дыханія и даже къ смерти вслѣдствіе отека голосовой щели и сепсиса. **Лечение.** Пузырь со льдомъ въ видѣ галстуха, глотаніе кусочковъ льда, лечение стоматита промываніями, разрѣзы, вскрытіе образующихся абсцессовъ, въ случаѣ надобности трахеотомія.

Ракъ языка, встрѣчающійся довольно часто, особенно у стариковъ, представляется или въ формѣ глубоко сидящаго узла, или въ видѣ поверхностной язвы съ затвердѣлымъ дномъ. **Лечение**—своевременная операція.

Лейкоплакія—хроническое заболѣваніе слизистой оболочки, напоминающее псоріазъ и встрѣчающееся особенно у курильщиковъ и у лицъ, жующихъ табакъ. Блѣсоватыя, рѣзко отграниченныя бляшки на тылѣ языка или на слизистой оболочкѣ щекъ. **Лечение:** нераздражающая пища, въ остальномъ какъ при стоматитѣ. Прижиганіе ляписомъ (см. стр. 91) или молочной кислотой (см. стр. 93).

Болезни зѣва.

1. Ангина (жаба).

Острое воспаленіе миндалинъ, небныхъ дужекъ, мягкаго неба, а иногда также и сосѣднихъ частей зѣва. По мѣстнымъ измѣненіямъ и по клиническому теченію различаютъ слѣдующія формы ангины:

а) Катарральная ангина. Миндалины, мягкое небо, слизистая оболочка зѣва и язычекъ представляются сплошь или мѣстами красными и припухшими. Сильныя боли при глотаніи, вначалѣ сухость въ горлѣ, потомъ отдѣленіе слизи, часто лихорадка, потеря аппетита (обложенный языкъ), ломота въ членахъ, головная боль. Осложненія: бронхитъ, otitis media, альбуминурия. Иногда опуханіе подчелюстныхъ железъ и herpes labialis. Теченіе болѣею частью благопріятное, болѣзнь продолжается нѣсколько дней. Причины: простуда, инфекція (стрептококки и стафилококки), распространеніе катарра съ сосѣднихъ органовъ (носъ, гортань), химическія и термическія раздраженія. Въ качествѣ симптома ангина наблюдается при нѣкоторыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, въ особенности при скарлатинѣ (болѣею частью однако при этомъ имѣется фибринозный, гнойный или дифтеритическій налетъ), затѣмъ при кори, инфлуэнцѣ, суставномъ ревматизмѣ, рожѣ, столбнякѣ. При нѣкоторыхъ изъ этихъ болѣзней (суставной ревматизмъ, столбнякъ) миндалины, повидимому, являются мѣстомъ выдѣренія возбудителей инфекціи.

б) Лакунарная и фолликулярная ангина. Помимо указанныхъ выше измѣненій наблюдаются желтовато-бѣлыя пробки (гной, эпителиальныя клѣтки, кокки) въ отверстіяхъ лакунъ; при фолликулярной жабѣ на мѣстѣ фолликулъ замѣчаются мелкіе гнойные пузырьки.—Теченіе нѣсколько болѣе тяжелое, чѣмъ при катарральной ангинѣ: болѣе сильное повышеніе температуры, опуханіе подчелюстныхъ лимфатическихъ железъ. Причины тѣ же. Теченіе болѣею частью благопріятное.

Діагнозъ ставится на основаніи данныхъ осмотра зѣва. Дифтерія зѣва можетъ дать такія же явленія. Поэтому въ сомнительныхъ случаяхъ всегда нужно изслѣдовать бактериологически взятый съ миндалинъ налетъ (стр. 30). Всегда слѣдуетъ осмотрѣть грудь (скарлатинная сыпь) и произвести изслѣдованіе мочи (альбуминурия).

Леченіе. Въ легкихъ случаяхъ—согрѣвающий компрессъ на шею, полосканія растворомъ поваренной соли (столовая ложка на стаканъ воды) или растворомъ борной кислоты (стр. 140), перекиси водорода (стр. 140), буры (10⁰/о). Въ тяжелыхъ случаяхъ покой въ постели, пузырь со льдомъ на шею въ видѣ галстуха, глотаніе кусочковъ льда, антипиринъ, фенацетинъ, хининъ—по 0,3—0,5 три раза въ день. Жидкая пища при альбуминуриі, какъ указано въ главѣ объ общей терапіи болѣзней почекъ. Если въ домѣ есть дѣти, слѣдуетъ изолировать больного въ виду возможности зараженія.

с) Флегмонозная ангина (*angina phlegmonosa*) и абсцессъ миндалевидной железы. Рѣзкое покраснѣніе и опуханіе миндалевидной железы небныхъ дужекъ, мягкаго неба, сосѣднихъ частей зѣва, большею частью съ одной стороны. Рѣзкое выпячиваніе, переходящее за среднюю линію, причемъ язычекъ оттѣсняется въ сторону. На наиболѣе выпяченной части миндалины появляется зыбленіе (абсцессъ). Сильныя боли при глотаніи, слюнотеченіе, лихорадка, бессонница. Послѣ вскрытія абсцесса всѣ явленія большею частью быстро исчезаютъ. Тяжелыя формы ангины представляютъ гангренозная и рожистая ангина съ быстро прогрессирующимъ воспаленіемъ и некротическимъ распадомъ ткани. Тяжелыя общія явленія, лихорадка непостояннаго типа, сильное опуханіе лимфатическихъ железъ, отекъ голосовой щели, опасность задушенія.—При простомъ абсцессѣ миндалевидныхъ железъ часто наблюдаются рецидивы. Діагнозъ ставится на основаніи характерныхъ мѣстныхъ измѣненій.

Леченіе. Вначалѣ мѣшокъ со льдомъ въ видѣ галстуха, глотаніе кусочковъ льда—для уменьшенія воспалительныхъ явленій. При наличности замѣтныхъ признаковъ образованія абсцесса—припарки, полосканіе настоемъ ромашки; затѣмъ, какъ только становится возможнымъ установить мѣсто абсцесса, проколъ узкимъ, лучше всего слегка искривленнымъ ножомъ, обвернутымъ липкимъ пластыремъ на всемъ протяженіи за исключеніемъ острія на пространствѣ 1—1½ стм. Кромѣ того полосканія рта, какъ при катарральной ангинѣ.—При тяжелыхъ диффузныхъ формахъ ангины—противовоспалительное леченіе, скарификаціи припухшей и отечной ткани. При опасности задушенія—трахеотомія, въ случаѣ надобности—возбуждающія средства.

д) Некротическая ангина (*angina necrotica*). Рѣдкое заболѣваніе, характеризующееся поверхностнымъ некрозомъ слизистой оболочки одной миндалевидной железы, сѣровато-бѣлаго цвѣта, съ покраснѣніемъ въ окружности. Послѣ отдѣленія струпа остается плоская сѣровато-красная язва. Иногда такія же измѣненія наблюдаются на прилежащей части языка. Рѣзкое разстройство общаго состоянія; извлеченіе большею частью въ теченіе 1—2 недѣль. Діагнозъ. Важно отличіе отъ дифтеріи путемъ бактериологическаго изслѣдованія. Леченіе, какъ при катарральной ангинѣ.

е) Герпетическая ангина (*angina herpetica*). На покраснѣвшемъ основаніи, преимущественно на мягкомъ небѣ, развиваются мелкіе прозрачныя пузырьки, превращающіеся въ небольшія, быстро заживающія язвочки; разстройство глотанія, иногда лихорадка. Теченіе благопріятное. Иногда herpes также и на кожѣ. Леченіе, какъ при ангинѣ.

ф) Ангина Vincent'a, Plaut-Vincent'a—язвенно-пленчатая ангина съ доброкачественнымъ, хотя и слегка затяжнымъ теченіемъ. Въ сѣровато-бѣломъ налетѣ находятъ большое количество длинныхъ, веретенообразныхъ бацилл (*bac. fusiformis*) и спирохетъ. Наблюдается иногда послѣ отравленія ртутью. Діагнозъ можетъ быть поставленъ лишь путемъ микроскопическаго изслѣдованія. Леченіе, какъ при другихъ формахъ ангины.

г) Дифтерійная ангина см. «Дифтерія зѣва» (стр. 30).

2. Хроническій катарръ зѣва (*Pharyngitis chronica*).

Причины: злоупотребленіе спиртными напитками и куреніемъ, чрезмѣрное напряженіе голоса, вдыханіе пыли, частые рецидивы остраго катарра зѣва, большею частью присоединяющіеся къ острому риниту. Наконецъ въ видѣ застойнаго катарра при болѣзняхъ сердца и легкихъ.

Главные симптомы. Покраснѣніе и неровная припухлость задней стѣнки зѣва, зернистый видъ (опуханіе фолликуловъ), расширенные сосуды, слизисто-гнойный налетъ (ph. hypertrophica и ph. granulosa). Въ другихъ случаяхъ слизистая оболочка атрофирована, тонка, сѣровато-краснаго или блѣднаго цвѣта, гладка и блестяща, какъ бы покрыта лакомъ (ph. atrophica s. sicca). Разстройства заключаются въ ощущеніи сухости и щекотанія въ глоткѣ, особенно по утрамъ, въ отхаркиваніи вязкой слизистой мокроты, иногда слегка окрашенной кровью. При изслѣдованіи зеркаломъ большею частью находятъ рѣзкія ярко-красныя валикообразныя возвышенія, направляющіяся отъ частей зѣва, расположенныхъ позади миндалинъ, по направленію къ Евстахіевымъ трубамъ, опуханіе слизистой оболочки хоанъ и глоточной миндалины, скопленіе большого количества секрета въ бороздахъ слизистой оболочки и засохшія корки.—Язычекъ часто утолщенъ и удлиненъ. Болѣзнь хотя и упорная, но послѣ устраненія вредно дѣйствующихъ моментовъ и при надлежащемъ леченіи можетъ пройти или улучшиться.

Леченіе. Общее леченіе, какъ при ларингитѣ и ринитѣ. Мѣстное леченіе смазываніями іодъ-глицериномъ:

Rp. Jodi puri, Kali jodati aa 0,5, Glycerini ad 25,0 (Ol. Menth. pip. gtt. II). D. S. Для смазыванія.

Также смазыванія 2% растворомъ азотнокислаго серебра.

Смазыванія слѣдуетъ повторять ежедневно или черезъ день; обратить вниманіе на то, чтобы смазыванію подвергалось также и носоглоточное пространство, особенно задняя стѣнка его. При сильномъ разроженіи аденоидной ткани—разрушеніе зернистыхъ и валикообразныхъ возвышеній гальванокаутеромъ или выскабливаніе острой ложкой съ послѣдовательнымъ смазываніемъ іодъ-глицериномъ. Предварительно слѣдуетъ кокаинизировать глотку (стр. 87). При сухомъ фарингитѣ—только смазыванія іодъ-глицериномъ, утромъ и вечеромъ, полосканіе горла Эмесской солью (одну щепотку соли на стаканъ горячей воды). Леченіе водами и ваннами въ Эмсѣ, Гомбургѣ, Рейхенгаллѣ, Зальцунгенѣ, Висбаденѣ, для лицъ, страдающихъ ожирѣніемъ—въ Мариенбадѣ, Карлсбадѣ, Киссингенѣ. Весьма благопріятное вліяніе оказываетъ продолжительное пребываніе на берегу моря, въ горахъ и въ лѣсистой мѣстности.

3. Гипертрофія миндалинъ.

Гипертрофія небныхъ миндалинъ обуславливаетъ нерѣдко разстройство дыханія, рѣчи и слуха и ведетъ къ часто повторяющейся ангины. Леченіе. Отрѣзаніе обвернутымъ ножомъ или тонзиллотомомъ.—При гипертрофіи глоточной миндалины и аденоидныхъ разроженіяхъ въ носоглоткѣ дыханіе открытымъ ртомъ, послѣдовательный катарръ гортани и трахеи, безпокойный сонъ. Дѣти нерѣдко отстаютъ въ умственномъ развитіи (aprosexia nasalis), выраженіе лица становится тупымъ, появляется тугодъ слуха, грудная клѣтка плохо развивается. Леченіе. Удаленіе

кольцевиднымъ ножомъ. Въ виду возможности послѣдовательнаго кровотока—полный покой въ постели и наблюденіе за больнымъ въ теченіе нѣсколькихъ дней послѣ операціи. Заболѣваніе лимфоидной ткани на задней стѣнкѣ глотки проявляется у дѣтей нерѣдко скопленіемъ гноя на задней стѣнкѣ глотки, иногда также опуханіемъ лимфатическихъ железъ, расположенныхъ позади грудино-ключично-сосковыхъ мышцъ. У маленькихъ дѣтей оперативное вмѣшательство не всегда является возможнымъ. Въ такихъ случаяхъ полезны вкапыванія раствора адреналина 1:1000, три раза въ день.

4. Заглочный нарывъ.

Воспаленіе лимфатическихъ железъ, расположенныхъ между слизистой оболочкой глотки и предпозвоночной клетчаткой. Часто первично вследствие инфекціи, рѣже вторично при бугорчаткѣ шейныхъ позвонковъ. Большею частью у дѣтей. Симптомы: тяжелое разстройство общаго состоянія, невозможность глотанія, отказъ отъ пріема пищи, затрудненіе дыханія, иногда ціанозъ. Голосъ чистый, неохрипшій. Диагнозъ подтверждается нахожденіемъ зыблющейся опухоли на задней стѣнкѣ глотки при ощупываніи пальцемъ. Лечение. Вскрытіе абсцесса разрезомъ со стороны полости рта подъ руководствомъ указательнаго пальца лѣвой руки. Ножъ слѣдуетъ обернуть соотвѣтственнымъ образомъ липкимъ пластыремъ *).

5. Железистая лихорадка.

Воспалительное опуханіе шейныхъ лимфатическихъ железъ, расположенныхъ впереди и позади грудино-ключично-сосковыхъ мышцъ, начинающееся лихорадкой, которая черезъ нѣсколько дней прекращается, въ то время какъ опухоль железъ исчезаетъ медленно. Встрѣчается у дѣтей младшаго возраста. Теченіе благопріятное. Изрѣдка нагноеніе железъ или альбуминурія. Лечение. Согревающие компрессы на шею, втиранія въ железы ихтиоловой мази.

6. Сифилисъ рта и глотки.

Помимо первичнаго склероза (на губахъ и на миндалинахъ) изъ вторичныхъ сифилитическихъ явленій встрѣчаются сифилитическая ангина, мало чѣмъ отличающаяся отъ простой катаральной ангины, слизистыя папулы, plaques muqueuses, круглыя, величиной до чечевичнаго зерна, сначала красныя, а потомъ бѣлыя бляшки, часто подвергающіяся распаду и превращающіяся въ поверхностныя язвочки съ острыми краями. Помѣщаются на слизистой оболочкѣ рта, на губахъ, въ углахъ рта, на мягкомъ небѣ, на миндалинахъ. Третичный сифилисъ въ формѣ гуммъ твердаго неба, небныхъ дужекъ, языка и миндалинъ. Твердые узлы отличаются наклонностью къ быстрому язвенному распаду, вследствие чего появляются обширныя разрушенія и образуются большіе рубцы, особенно на мягкомъ небѣ. Лечение специфическое. Полосканія и прижиганія, какъ выше.

7. Бугорчатка рта и глотки.

Сѣрые бугорки на мягкомъ небѣ, рѣже на языкѣ, деснахъ и слизистой оболочкѣ щекъ, скоро превращающіяся въ плоскія, неправильныя язвы, съ возвышенными краями и съ дномъ, покрытымъ гнойнымъ налетомъ. Въ окружности язвъ большею частью разсѣяны болѣе мелкіе бугорки. Язвы не обнаруживаютъ наклонности къ заживленію и рубцованію. Въ налетѣ можно найти туберку-

*) Во избѣжаніе затеканія гноя въ гортань слѣдуетъ послѣ разреза немедленно наклонить голову ребенка впередъ. Дезинфицирующія полосканія.

лезные бациллы. Всѣ эти особенности отличаютъ туберкулезныя язвы отъ сифилитическихъ. Кромѣ того онѣ причиняютъ довольно сильныя боли и затрудняютъ глотаніе. Лечение—послѣ предварительной кокаинизациі смазыванія язвъ молочной кислотой (стр. 93).

Болѣзни пищевода.

Длина пищевода въ среднемъ 25 см.; разстояніе между рѣзцами и началомъ пищевода 15 см. Поэтому при введеніи желудочнаго зонда болѣе чѣмъ на 40 см., считая отъ рѣзцовъ, можно быть увѣреннымъ, что конецъ зонда находится въ желудкѣ. Разстояніе между мѣстомъ перекреста пищевода съ лѣвымъ бронхомъ отъ рѣзцовъ въ среднемъ равняется 23 см.—Выслушиваніе глотательныхъ шумовъ производится въ области пищевода слѣва отъ остистыхъ отростковъ позвонковъ вплоть до 9 грудного позвонка, выслушиваніе желудочныхъ шумовъ—въ углу, образуемомъ мечевиднымъ отросткомъ и лѣвой реберной дугой. Нормально слышно вскорѣ послѣ проглатыванія воды журчаніе и затѣмъ большею частью спустя короткое время подобный же шумъ, но нѣсколько болѣе продолжительный. Этотъ глотательный шумъ (первичный и вторичный) при суженіи пищевода отсутствуетъ или появляется значительно позже ниже мѣста суженія. Большое значеніе для распознаванія суженія имѣетъ рентгеноскопія. Просвѣчиваніе производится въ косомъ положеніи, при которомъ удастся хорошо осмотрѣть заднее средостѣніе (между сердцемъ и позвоночникомъ). Больному даютъ проглотить висмутную кашу (см. ниже). Послѣдняя даетъ рѣзкую тѣнь, причемъ удается прослѣдить прохожденіе ея черезъ пищеводъ и застрѣваніе на суженномъ мѣстѣ; можно судить также о ширинѣ пищевода выше суженія. Суженіе можно установить также зондированіемъ, къ которому не слѣдуетъ прибѣгать, если есть основаніе подозрѣвать, что суженіе пищевода вызвано аневризмой аорты. Поэтому слѣдуетъ предварительно установить рентгеноскопіей, что нѣтъ аневризмы аорты.

Суженіе (стенозъ) пищевода.

Суженіе пищевода почти въ 95% всѣхъ случаевъ бываетъ вызвано ракомъ, а въ остальныхъ случаяхъ большею частью рубцами, рѣже другими причинами (инородныя тѣла, полипы, зобъ, аневризма, лимфатическія железы). Начало явленіями дисфагіи. Больной чувствуетъ, что пища застрѣваетъ на опредѣленномъ мѣстѣ, которое онъ можетъ довольно точно указать. Вначалѣ затруднено лишь проглатываніе твердой пищи, причемъ оно можетъ быть облегчено запиваніемъ жидкости, позже черезъ суженное мѣсто проходить лишь жидкая пища, а при дальнѣйшемъ суженіи и это становится затруднительнымъ или совершенно невозможнымъ. Часто надъ мѣстомъ суженія образуется расширеніе пищевода, причемъ пища отпрыгиваетъ обратно; остатки пищи подвергаются мацерациі, но не перевариваются, не содержатъ ни соляной кислоты, ни пепсина и не имѣютъ кислой реакціи. При язвахъ въ пищеводѣ довольно часто находятъ въ рвотныхъ массахъ кровь, гной, а иногда и частицы опухоли.

1. Раковое суженіе пищевода.

Большею частью въ видѣ первичнаго заболѣванія, локализирующагося въ нижней трети пищевода, преимущественно на мѣстѣ перекреста съ лѣвымъ бронхомъ или на мѣстѣ прохожденія пищевода черезъ грудобрюшную преграду. Новообразование большею частью распространяется на нѣсколько сантиметровъ вдоль пищевода и захватываетъ не всю стѣнку его, такъ обыкновенно остается свободной часть просвѣта, черезъ которую можетъ проходить пища и зондъ. Лишь въ послѣдствіи происходитъ болѣе или менѣе равномерное суженіе просвѣта, но проходимость иногда возстанавливается вслѣдствіе изъязвленія и распада опухоли. Теченіе отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до года. Смерть вслѣдствіе кахекеіи, прободенія пищевода, кровотеченія, истощенія.

2. Рубцовыя стриктуры.

Причины: большею частью ожоги жидкими веществами, реже инородными тѣлами, сифилисъ; рубцовыя суженія наблюдаются преимущественно въ начальной части пищевода, въ области раздвоенія трахеи и надъ входомъ въ желудокъ. Большею частью суженіе длиной въ нѣсколько см., иногда суженіе распространяется на большую часть пищевода. Рубцовыя стриктуры отличаются своей плотностью, но въ то же время податливостью при расширеніи, вслѣдствіе чего предсказаніе при нихъ въ общемъ не плохое.

Изъ суженій, зависящихъ отъ другихъ причинъ (см. выше), наиболѣе важное значеніе имѣетъ вызванное аневризмой аорты и локализирующееся обыкновенно въ верхней части пищевода. Вслѣдствіе опасности прободенія слѣдуетъ безусловно воздерживаться отъ зондированія (см. выше).

Діагнозъ. За ракъ говоритъ прогрессирующая кахексія, несмотря на достаточный приемъ пищи, присутствіе гноя и крови и частицъ опухоли на зондѣ, пожилой возрастъ, за рубцовое суженіе—анамнестическія данныя, сравнительно небольшое исхуданіе, отсутствіе гноя или частицъ опухоли на зондѣ. О распознаваніи аневризмы аорты см. стр. 82.

Леченіе. При рубцовомъ суженіи—систематическое расширеніе суженнаго мѣста. Расширеніе должно производиться постепенно путемъ примѣненія вначалѣ тонкихъ, а затѣмъ все болѣе и болѣе толстыхъ бужей. Насильственное расширеніе весьма опасно. Въ зависимости отъ реакціи расширеніе производится ежедневно, черезъ день и черезъ каждые два дня. Бужъ оставляютъ въ пищеводѣ отъ нѣсколькихъ минутъ до $\frac{1}{4}$ часа.

При свѣжихъ ожогахъ не слѣдуетъ производить зондированія. Бужированіе надо примѣнять въ теченіе продолжительнаго времени. При раковомъ суженіи также не слѣдуетъ слишкомъ рано приступать къ бужированію, а его надо начинать только тогда, когда проходитъ уже только жидкая и кашецеобразная пища.

Расширеніе и при ракѣ должно производиться очень осторожно и медленно. Постепенно берутъ все болѣе и болѣе толстые зонды и оставляютъ ихъ въ пищеводѣ мало-по-малу на болѣе продолжительное время (5—10—45 минутъ), пока больной не станетъ хорошо глотать размяченные куски пищи. При появленіи признаковъ раздраженія, кровотеченія и боли зондированіе слѣдуетъ прекратить на нѣсколько дней. При скопленіи остатковъ пищи въ пищеводѣ или при молочницѣ—промываніи теплой водой. При непроходимыхъ суженіяхъ—хирургическое вмѣшательство: гастростомія, jejunostomia, внутренняя или наружная эзофагостомія. При ракѣ, недоступномъ операциі, такое же леченіе, какъ при ракѣ желудка. Большое значеніе имѣетъ питаніе (молоко, яйца въ смятку, кофе, чай съ молокомъ, говяжій бульонъ, куриное и картофельное пюре, какао, шоколадъ, пиво, вино, мясной сокъ или другіе пита-

тельные препараты). Въ случаѣ надобности—искусственное кормленіе. Относительно питательныхъ клизмъ см. «Круглая язва желудка».

Расширенія пищевода.

1. Диффузное расширеніе въ рѣдкихъ случаяхъ распространяется на весь пищеводъ, гораздо чаще оно развивается надъ мѣстомъ суженія. Въ послѣднемъ случаѣ пища часто отрыгается обратно въ мало измѣненномъ видѣ послѣ непродолжительнаго пребыванія въ пищеводѣ (см. выше). 2. Дивертикулы, ограниченныя мѣшковидныя выпячиванія, встрѣчаются въ видѣ пульсionныхъ дивертикуловъ на шеѣ между пищеводомъ и позвоночнымъ столбомъ (ограниченное выпячиваніе съ атрофіей стѣнки, вслѣдствіе давленія кусковъ пищи, травмы, инородныхъ тѣлъ или врожденнаго предрасположенія), или въ видѣ менѣе обширныхъ тракціонныхъ дивертикуловъ въ нижней части пищевода (возникаютъ вслѣдствіе процессовъ сморщиванія на почвѣ воспалительныхъ измѣненій сосѣднихъ органовъ, напр. при заболѣваніяхъ бронхіальныхъ железъ). При рѣдко встрѣчающихся пульсionныхъ дивертикулахъ пища довольно часто попадаетъ въ мѣшокъ дивертикула и время отъ времени удаляется рвотой. При наполненномъ дивертикулѣ зондъ почти всегда попадаетъ въ него, напротивъ, при пустомъ дивертикулѣ зондъ и пища проходятъ безъ особаго затрудненія въ желудокъ. Тракціонныя дивертикулы имѣютъ практическій интересъ лишь въ томъ отношеніи, что при зондированіи они легко могутъ быть проткнуты. Лечение—хирургическое. Кромѣ того регулированіе діеты въ зависимости отъ имѣющихся разстройствъ; кормленіе черезъ зондъ.—Судорога пищевода, oesophagismus, встрѣчается въ качествѣ простого невроза (истерія, гипохондрія, хорея), далѣе при собачьемъ бѣшенствѣ, столбнякѣ, при катаррѣ и изъязвленіи слизистой оболочки пищевода. Боли, разстройство глотанія (не столько твердой пищи, сколько жидкости), перемежающееся суженіе съ непостоянной локализацией. Лечение—причинное, общее лечение, гидротерапія, гальванизация, осторожное зондированіе, въ случаѣ надобности кормленіе черезъ зондъ или питательныя клизмы.

Болѣзни желудка.

Предварительныя общія діагностическія замѣчанія.

Субъективные симптомы болѣзней желудка, а именно боли, чувство полноты и давленія въ области желудка, отсутствіе аппетита, тошнота, волчій голодъ, изжога, частая отрыжка, рвота, носятъ общее названіе «диспептическихъ явленій». Всѣ эти симптомы слѣдуетъ отличать отъ дѣйствительныхъ разстройствъ пищеваренія, которыя выражаются въ слишкомъ медленномъ, слишкомъ быстромъ или недостаточномъ перевариваніи пищи и въ нарушеніи всасыванія и оказываютъ вліяніе на состояніе общаго питанія. При большинствѣ болѣзней желудка субъективные симптомы существуютъ одновременно съ дѣйствительными разстройствами пищеваренія; напротивъ, при неврозахъ желудка субъективныя диспептическія явленія преобладаютъ, въ то время какъ разстройства пищеваренія сравнительно незначительны. Диспептическія явленія наблюдаются также при цѣломъ рядѣ другихъ заболѣваній, напр. при большинствѣ инфекціонныхъ болѣзней, при туберкулѣзѣ легкихъ, нефритѣ, подагрѣ, диабетѣ. Относительно гастрическихъ кризисъ, являющихся весьма важнымъ раннимъ признакомъ нѣкоторыхъ заболѣваній спинного мозга, см. «Спинальная сухотка».—Относительно патологическихъ измѣненій аппетита см. «Невроты желудка». Изжога (pyrosis), ощущеніе жженія, распространяющееся отъ кардіи вверхъ по пищеводу, возникаетъ подъ вліяніемъ органическихъ кислотъ, образующихся при остромъ и хроническомъ катаррѣ желудка.

Рвота, бывающая частой, но не всегда, при болѣзняхъ желудка, происходитъ вслѣдствіе вызванныхъ рефлексно антиперистальтическихъ движеній желудка. Діагностическое значеніе имѣютъ свойства рвотныхъ массъ, особенно примѣсь крови, количество ихъ, а также наступаетъ ли рвота тотчасъ послѣ пріема пищи или натошакъ. (См. отдѣлъ частной діагностики и терапіи). Рвота наблюдается кромѣ того вслѣдствіе раздраженія рвотнаго центра при давленіи

на мозгъ и при сотрясеніи мозга, при малокровіи мозга, уреміи, а также при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ спинного мозга, перитонитѣ, непроходимости кишекъ, желчной коликѣ, болѣзняхъ печени и сердца и инфекціонныхъ заболѣваніяхъ.—Примѣшанная къ рвотнымъ массамъ кровь бываетъ темнаго, черно-краснаго цвѣта (круглая язва желудка)*), при медленномъ кровотеченіи она имѣетъ видъ кофейной гущи или шоколадный цвѣтъ (ракъ желудка); обыкновенно она смѣшана съ остатками пищи и даетъ кислую реакцію. При обильномъ кровотеченіи кровь извергается большею частью рвотой, при болѣе медленномъ кровотеченіи она выдѣляется съ испражнениями, которыя имѣютъ дегтеобразный видъ. Поэтому при подозрѣніи язвы или рака желудка нужно изслѣдовать испражненія (ср. выше «Круглая язва желудка»).—Пробы на кровь: 1) Teichmann'овская геминовая проба. Небольшое количество высушеннаго желудочнаго содержимаго растираютъ на предметномъ стеклѣ съ нѣсколькими крупинками поваренной соли, затѣмъ прибавляютъ нѣсколько капель ледяной уксусной кислоты, нагрѣваютъ до испаренія, снова прибавляютъ ледяную уксусную кислоту, пока не появится бурая окраска, и даютъ препарату высохнуть на воздухѣ; при микроскопическомъ изслѣдованіи находятъ бурокрасныя ромбическія таблицы гемина (солянокислаго гематина).—2) Определеніе посредствомъ гваяковой пробы. Не профильтрованное желудочное содержимое подкисляютъ въ пробиркѣ крѣпкой уксусной кислотой и взбалтываютъ съ эфиромъ; къ эфирной вытяжкѣ прибавляютъ нѣсколько капель свѣжей гваяковой настойки и столько же стараго скипидара. Появленіе сильной окраски спустя нѣсколько минутъ указываетъ съ большою вѣроятностью на присутствіе крови (передъ изслѣдованіемъ больной не долженъ получать мяса, содержащаго кровь). Болѣе надежное определеніе крови производится посредствомъ спектроскопическаго изслѣдованія**).

При микроскопическомъ изслѣдованіи въ рвотныхъ массахъ находятъ поперечнополосатая мышечныя волокна, остатки растительной пищи, крахмальные зерна, лейкоциты, клѣтки плоскаго и цилиндрическаго эпителия, дрожжевые грибки и *sarcina ventriculi* въ формѣ товарныхъ туюковъ (преимущественно при застаиваніи содержимаго желудка), бактеріи и иногда (особенно при ракѣ желудка) очень длинныя бациллы, образующіе молочную кислоту. При пониженной кислотности въ рвотныхъ массахъ находятъ очень много болѣе грубыхъ остатковъ мяса, при повышенной кислотности—много крахмальныхъ зеренъ, окрашивающихся подъ вліяніемъ Lugol'евского раствора въ синий цвѣтъ.

Объективныя измѣненія. При осмотрѣ можно, особенно при тонкихъ брюшныхъ покровахъ, констатировать иногда усиленную перистальтику, ограниченное выпячиваніе (опухоль), вздутіе или западеніе области желудка. Болѣе важное значеніе имѣетъ ощупываніе, которое должно производиться при полномъ расслабленіи брюшныхъ покрововъ и при притянутыхъ къ животу бедрахъ. При язвѣ желудка опредѣляется боль на ограниченномъ мѣстѣ, при ракѣ часто прощупывается плотная бугристая опухоль, которая можетъ на-время исчезнуть при наполненіи желудка и (въ отличіе отъ новообразованій печени) почти совершенно не смѣщается при дыханіи. Шумъ плеска, простирающийся ниже пупка, говоритъ за расширение желудка.—Путемъ перкуссіи устанавливаютъ положеніе, величину и особенно нижнюю границу желудка. Послѣднюю удается лучше всего опредѣлить перкуссіей, если предварительно наполнить желудокъ, заставивъ больного проглотить нѣсколько стакановъ воды или принять обильное количество пищи. Въ такомъ случаѣ удается ограничить притупленный звукъ нижняго отдѣла желудка отъ тимпаническаго кишечнаго звука. Въ сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ прибѣгнуть къ искусственному раздуванію желудка угольной кислотой (ввести натошакъ чайную ложку виннокислой кислоты, растворенной въ $\frac{1}{2}$ стаканѣ воды, и тотчасъ затѣмъ принять чайную ложку двууглекислой соды, также растворенной въ полустаканѣ воды). При этомъ удается отчетливо отграничить низкій тимпаническій звукъ желудка, особенно на мѣстѣ большой кривизны, отъ яснаго тимпаническаго звука поперечной части ободочной кишки. Часто при этомъ можно также различить сквозь брюшныя покровы очертанія желудка. Если боль-

*) При язвѣ желудка извергнутая кровь можетъ быть и алаго цвѣта.

Прим. ред.

**) Для изслѣдованія на кровь примѣняются также бензидиновая и алоиновая пробы.

Прим. ред.

шая кривизна расположена на уровнѣ пупка или ниже его, то нужно предположить расширение желудка. При опущеніи всего желудка (гастроптозъ) бываетъ смѣщена книзу и малая кривизна, границу которой можно установить осмотромъ или перкуссіей. При нормальныхъ условіяхъ справа отъ средней линіи на уровнѣ мечевиднаго отростка лежитъ только *pars pylorica*, дно желудка лежитъ въ лѣвомъ куполѣ діафрагмы (верхняя граница — 5-й межреберный промежутокъ и лѣвая парастеральная линія, боковая граница — 7-й межреберный промежутокъ и лѣвая передняя подмышечная линія).

Рентгеноскопическое и рентгенографическое изслѣдованіе желудка даетъ весьма важныя данныя о положеніи, величинѣ и опорожненіи желудка. Просвѣчиваніе желудка производится послѣ приѣма натошакъ 30 грм. азотно-кислаго (углекислаго) висмута, смѣшаннаго съ 300 грм. рисовой каши. Висмутъ даетъ рѣзкую тѣнь, вслѣдствіе чего можно ясно различить контуры желудка. Методъ этотъ служитъ для распознаванія гастроптоза, расширения, суженія и расстройства двигательной способности желудка.

Изслѣдованіе функциональной способности желудка требуетъ примѣненія желудочнаго зонда (избѣгать при желудочномъ кровотеченіи, подозрѣніи язвы желудка, легочномъ кровотеченіи, порокахъ сердца, аневризмѣ аорты). Необходимое для изслѣдованія содержимое желудка добывается такимъ образомъ, что больной послѣ введенія желудочнаго зонда выжимаетъ содержимое желудка, напрягая брюшную прессу; оно можетъ быть добыто также путемъ аспираціи. Предварительно больному даютъ натошакъ пробный завтракъ (1—2 булочки вѣсомъ въ 35—70 грм. и чашку чая въ 300 грм. безъ сахара и молока) или пробный обѣдъ (бульонъ изъ 400 грм. мяса, бифштексъ вѣсомъ въ 200 грм., 50 грм. бѣлаго хлѣба и 200 грм. воды); пробный завтракъ выкачивается спустя $\frac{3}{4}$ часа, пробный обѣдъ — спустя 3—4 часа. — 1. Изслѣдованіе двигательной способности желудка. Нормально утромъ натошакъ желудокъ бываетъ пустымъ. Если поэтому утромъ при промываніи желудка находятъ остатки пищи, введенной наканунѣ вечеромъ за обычнымъ ужиномъ, то имѣется довольно значительное пониженіе двигательной способности желудка (2-й степени). Если спустя 7 часовъ послѣ обыкновеннаго обѣда въ желудкѣ находятъ большое количество остатковъ пищи, то имѣется болѣе легкая степень двигательной недостаточности (1-й степени). Прибавленіе коринкохъ значительно облегчаетъ нахожденіе остатковъ пищи. Болѣе значительный застой содержимаго желудка зависитъ отъ стеноза привратника вслѣдствіе рубцовъ (язва желудка) или новообразованія (ракъ) или отъ сильнаго расширенія желудка; менѣе значительная недостаточность двигательной способности можетъ быть обусловлена атоніей мускулатуры желудка. — 2. Изслѣдованіе секреторной функции желудка. а) Прежде всего опредѣляютъ реакцію желудочнаго содержимаго посредствомъ синей лакмусовой бумажки. Кислая реакція (покрасненіе бумажки) зависитъ отъ соляной кислоты (какъ свободной, такъ и связанной, бѣлками и органическими основаніями), затѣмъ отъ органическихъ кислотъ (главнымъ образомъ молочной кислоты) и кислыхъ солей (фосфаты). Сумма всѣхъ этихъ составныхъ частей даетъ общую кислотность. — б) Опредѣленіе общей кислотности. Къ 10 куб. см. профильтрованнаго желудочнаго содержимаго, разбавленнаго дистиллированной водой въ количествѣ приблизительно 40 куб. см. до полнаго обезцвѣчиванія, прибавляютъ 3 капли спиртнаго раствора фенолфталеина, а затѣмъ осторожно титруютъ децинормальнымъ растворомъ ѣдкаго натра до появленія не исчезающей слабо-розовой окраски. Числа израсходованныхъ куб. см. децинормальнаго раствора ѣдкаго натра показываютъ общую кислотность (для 100 куб. см. нормальнаго желудочнаго сока кислотность равна 40—60 куб. см. децинормальнаго раствора щелочи). — в) Опредѣленіе свободной (избыточной) соляной кислоты основано на томъ, что нѣкоторыя красящія вещества иначе относятся къ разведеннымъ органическимъ кислотамъ и къ связаннымъ съ бѣлкомъ минеральнымъ кислотамъ, нежели къ свободнымъ минеральнымъ кислотамъ. 1) Проба съ бумажкой конго. При наличности свободной соляной кислоты бумажка окрашивается въ синій цвѣтъ (молочная кислота вызываетъ весьма слабое посинѣніе бумажки). 2) Реакція съ метиль-фіолетомъ. Къ фильтрату желудочнаго содержимаго прибавляютъ нѣсколько капель разбавленнаго воднаго раствора метиль-фіолета; свободная соляная кислота окрашиваетъ фіолетовый растворъ въ синій цвѣтъ. 3) Проба съ реактивомъ *Günzburger's* (2 грм. флороглюцина, 1 грм. ваниллина, 30 грм. алкоголя). Смѣшиваютъ одну каплю реактива съ нѣсколькими каплями желудочнаго сока въ фарфоровой чашкѣ и нагреваютъ надъ небольшимъ пламенемъ; при наличности соляной кислоты получаютъ карминокрасныя полоски по краямъ высушенной капли. — Наиболѣе важно опре-

дѣленіе общей кислотности, такъ какъ послѣ пробнаго завтрака кислотность почти всецѣло зависитъ отъ соляной кислоты. Кромѣ того цвѣтовымъ реакціямъ на свободную соляную кислоту мѣшаетъ присутствіе въ желудочномъ содержимомъ большого количества растворенныхъ бѣлковыхъ веществъ.—d) Определеніе молочной кислоты посредствомъ реактива Uffelmann'a (къ 1—2 каплямъ Liqu. ferri sesquichlorat. прибавляютъ 10 куб. стм. 1% раствора карболовой кислоты, получается жидкость сине-фіолетоваго цвѣта). Къ реактиву Uffelmann'a прибавляютъ нѣсколько капель желудочнаго сока; при наличности большого количества молочной кислоты цвѣтъ реактива измѣняется въ желтый.—Органическія кислоты (молочная, рѣже масляная и уксусная кислота) образуются вслѣдствіе разложенія застоявшагося содержимаго желудка главнымъ образомъ при отсутствіи или при сильномъ уменьшеніи количества соляной кислоты; поэтому онѣ встрѣчаются часто при ракъ желудка.

Общая терапія болѣзней желудка.

При леченіи болѣзней желудка на первомъ планѣ стоятъ діета, такъ какъ прежде всего необходимо щадить больной желудокъ. Затѣмъ уже идутъ физическіе и механическіе методы леченія и на послѣднемъ планѣ лекарственное леченіе.

Діета. Слѣдуетъ выбирать такія блюда, которыя больной, несмотря на свою болѣзнь, хорошо переноситъ и усваиваетъ. Общее правило—принимать пищу почаще въ теченіе дня, но небольшими порціями.

Во время ѣды больной не долженъ ничего пить или количество вводимой жидкости должно быть по крайней мѣрѣ очень ограничено. Напротивъ, въ промежуткахъ между пріемами пищи можно разрѣшить небольшое количество жидкости, по 100—150 грм. за разъ. Пища должна быть хорошо разжевана и пропитана слюной; ѣсть слѣдуетъ медленно; пища не должна быть горячей или холодной, а слегка теплой. Полоскать ротъ слѣдуетъ не тотчасъ послѣ ѣды, а лишь спустя 1—2 часа. Въ пищу слѣдуетъ избѣгать всего того, что механически сильно обременяетъ желудокъ (черный хлѣбъ, разные виды капусты, зеленые овощи, свѣжіе фрукты и компоты, содержащіе стебельки и кожицу плодовъ), затѣмъ пищевыхъ веществъ, содержащихъ бактеріи или подверженныхъ броженію (сыръ, простокваша, пиво), веществъ, плохо пропитывающихся желудочнымъ сокомъ (жирное, жилистое или просоленное мясо, напр. свинина, сало, гусь, утка, угорь, копчущки, камбала, лососина, омары, раки), питательныхъ веществъ, содержащихъ много крахмала (сладости, печенье, мучныя блюда), или раздражающихъ слизистую оболочку желудка (алкоголь, табакъ, углекислыя воды, фруктовыя вина, кофе, горчица). Установить какую-либо общую діету невозможно, такъ какъ форма и степень заболѣванія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ бываютъ различны, кромѣ того, приходится считаться съ личнымъ вкусомъ больного и съ могущимъ существовать одновременно заболѣваніемъ кишечника.

Промываніе желудка производится посредствомъ мягкаго желудочнаго зонда длиной приблизительно въ 75 стм. и съ просвѣтомъ въ 6 мм. Для промыванія соединяютъ снабженную длинной резиновой трубкой стеклянную воронку, посредствомъ короткой стеклянной трубки, съ наружнымъ концомъ желудочнаго зонда. Промываніе производится утромъ натощакъ или вечеромъ, приблизительно черезъ 7 часовъ послѣ обѣда.

Благодаря промыванію удаляются продукты броженія, слизь и остатки пищи, механически обременяющіе желудокъ; орошеніе слизистой оболочки кромѣ того дѣйствуетъ возбуждающимъ образомъ на двигательную и секреторную дѣятельность желудка. Для промыванія примѣняютъ или чистую воду, нагрѣтую до 30°, или воду съ прибавленіемъ лекарственныхъ веществъ, напр. при обильномъ отдѣленіи слизи прибавляютъ двууглекислый натръ (1 чайную ложку на 1 литръ воды), поваренную соль (1 чайную ложку на литръ воды), или известковую воду (3 столовыхъ ложки на 1 литръ воды). Дороже обходится промываніе естественными минеральными водами (Карлсбадская вода Muhlbrunnen, Эмсъ, Виши); можно брать также искусственные минеральныя соли Sandow'a. Если преобладаютъ процессы броженія, то къ промывной водѣ можно прибавлять салициловую кислоту ($\frac{1}{2}$ чайной ложки на литръ воды). Въ упорныхъ и тяжелыхъ случаяхъ слѣдуетъ производить промываніе желудка ежедневно и часто въ продолженіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Больные, на которыхъ можно положиться, могутъ дѣлать себѣ промыванія и сами. Большею частью промыванія желудка производятся при расширеніи желудка, при которомъ важно удалить изъ желудка застаивающіеся и разлагающіеся остатки пищи, при ракѣ желудка (особенно при ракѣ привратника), при которомъ также слѣдуетъ стремиться къ удаленію разлагающейся пищи и къ устраненію рвоты, при хроническомъ катаррѣ желудка, при которомъ удаляются слизь и продукты броженія. Кромѣ того промыванія или душъ желудка оказываютъ благопріятное вліяніе при нервной диспепсiи и при раздраженіи чувствительнаго и секреторнаго аппарата желудка (гастральгія, обильное отдѣленіе желудочнаго сока и др.)

Гидротерапія. Въ качествѣ отличнаго болеутоляющаго средства примѣняютъ (за исключеніемъ свѣжей язвы желудка и желудочнаго кровотеченія) тепло въ формѣ горячихъ припарокъ изъ льняного сѣмени, грѣлокъ для желудка, наполняемыхъ водой въ 40°, горячихъ компрессовъ, термофоровъ. За неимѣніемъ всего этого можно обойтись горячей крышкой отъ кухоннаго горшка, завернутой въ фланель. Кожу слѣдуетъ защитить отъ ожога, подложивъ подъ грѣлку полотенце. Горячіе компрессы слѣдуетъ часто перемѣнять. На ночь достаточно согрѣвающаго компресса. При кровотеченіи на почвѣ свѣжей язвы желудка — холодные компрессы и пузырь со льдомъ; хорошо дѣйствуетъ при желудочныхъ кровотеченіяхъ также введеніе маленькихъ кусочковъ льда въ прямую кишку. При хронической язве желудка примѣняютъ тепло. При прочихъ хроническихъ страданіяхъ, особенно при катаррахъ рекомендуются полуванны или общія ванны съ (шотландскими) душами преимущественно на область желудка, обертыванія, обтиранія, теплые компрессы (см. выше), непродолжительныя прохладныя сидячія ванны. При хронической атоніи желудка примѣняются полуванны съ послѣдовательнымъ троскратнымъ обливаніемъ живота холодной водой или

шотландскими душами, при неврозахъ желудка—холодные влажныя обертыванія трехъ четвертей тѣла съ горячимъ пузырькомъ на желудокъ ($40-44^{\circ}$), особенно при ирритативныхъ неврозахъ. При рвотѣ и тошнотѣ очень хорошо помогаетъ глотаніе небольшихъ кусочковъ (искусственнаго) льда.

Изъ минеральныхъ водъ назначаются для питья преимущественно слѣдующія:

Простыя слабыя воды поваренной соли—Висбаденъ (Kochbrunnen), Киссингенъ (Rakoszy), Гомбургъ (Elisabethbrunnen), Соденъ, особенно при пониженной кислотности.

Простыя щелочныя источники (углекислый натръ) — Билинъ, Оберзальц-бруннъ, Нейенаръ, Виши и щелочно-соляныя источники (углекислый натръ и поваренная соль) Эмса, при обильномъ отдѣленіи слизи и кисломъ броженіи.

Щелочно-глауберовыя воды (глауберова соль, кромѣ того углекислый натръ и поваренная соль)—Карлсбадъ (Thermalquellen, Schlossbrunnen, Mühlbrunnen, Sprudel) и Мариенбадъ (Kreuzbrunnen и Ferdinandsbrunnen), особенно при повышенной кислотности и для возбужденія перистальтики. Кромѣ того Франценсбадъ, Эльстеръ и Тараспъ, преимущественно для ослабленныхъ, нервныхъ и малокровныхъ больныхъ.

Минеральныя воды можно пить и дома, правда, съ менѣе успѣшными результатами. вмѣсто естественныхъ минеральныхъ водъ можно ограничиться искусственными минеральными солями (напр. S a n d o w a). При леченіи слѣдуетъ придерживаться соотвѣтственной діеты. Продолжительность леченія водами 4—6 недѣль. Способъ употребленія: 1—2 стакана утромъ натощакъ за $\frac{3}{4}$ часа до завтрака.

Лекарственное леченіе. Назначеніе соляной кислоты полезно при диспепсіяхъ, зависящихъ отъ недостаточнаго отдѣленія соляной кислоты. Кромѣ того соляная кислота задерживаетъ броженіе и препятствуетъ развитію бактерій. Иногда соляная кислота прописывается также вмѣстѣ съ пепсиномъ:

Rp. Sol. Acid. hydrochl. 1,0:180,0, Sir. Rub. Idaeï 20,0. M. D. S. Черезъ 2 часа по столовой ложкѣ.

Rp. Acid. hydrochl. dil. 10,0. D. S. По 10 капель на 2 столовыхъ ложки сахарной воды послѣ ѣды.

Rp. Pepsini 5,0, Acid. hydrochl. 1,0, Tinct. Aurant. 5,0, Sir. simpl. 20,0, Aq. dest. ad 200,0. M. D. S. По столовой ложкѣ черезъ 2 часа (Mixture Pepsini).

Rp. Pepsini, Acidi hydrochl. aa 2,0, Tinct. chinae comp. ad 30,0. M. D. S. 3 раза въ день по 20 капель въ рюмкѣ вина (Tinctura Pepsini).

Кромѣ того горечи:

Rp. Tinct. Chin. comp., Tinct. Rhei vinos., Tinct. Zingiberis aa 10,0. M. D. S. 3 раза въ день по 20—30 капель. (Tinctura stomachica).

Rp. Vin. Condurango 200,0. D. S. По 1 столовой ложкѣ 3 раза въ день.

Rp. Extract. Condurango fluid. 30,0. D. S. По 30 капель 3 раза въ день.

При образованіи кислотъ и изжогѣ:

Rp. Natrii bicarb. 20,0 (Elaeosacch. Menth. 5,0), M. f. pulv. D. ad scat. S. 3 раза въ день на концѣ ножа.

Rp. Magnes. ust. 10,0, Elaeosacch. Foenic. 5,0. M. f. pulv. D. ad scat. S. Нѣсколько разъ въ день на концѣ ножа.

При процессахъ броженія:

Rp. Kreosot. 1,0, Pulv. rad. Althaeae, Succ. Liquir. aa 1,5, Aq. dest. q. s. ut fiant pilul. Nr. 30, Obduc. Gelatina. S. По 1—2 пилюли 3 раза въ день.

Rp. Resorcini resublimati, Acid. hydrochlor. aa 2,0, Aq. dest. 170,0, Sirup. Cort. Aurant. 20,0. M. D. S. По столовой ложкѣ 3 раза въ день.

При боляхъ (помимо упомянутыхъ выше гидropатическихъ процедуръ):

Rp. Codein. phosphor. 0,5, Aq. dest. ad 100,0. D. S. По чайной ложкѣ 3 раза въ день.

Rp. Cocain hydrochlor. 0,1, Aq. amygd. amar. 10,0. M. D. S. По 10—15 капель 3 раза въ день.

Rp. Morph. hydrochlor. 0,1, Aq. amygd. amar. 10,0. M. D. S. По 15 капель по предписанію врача.

При рвотѣ кокаинъ или морфіи (какъ выше), также:

Rp. Tinct. Jodi gtt. VI, Kalii jodati 3,0, Aq. dest. 120,0. M. D. S. По столовой ложкѣ 3 раза въ день.

Rp. Kreosoti 0,1, Aq. Menth. pip. 180,0, Mucilag. Salep. ad 200,0. M. D. S. По столовой ложкѣ черезъ 2 часа.

Rp. Tinct. Jodi, Chloroformii aa 5,0. D. S. 3 раза въ день по 5 капель въ рюмкѣ воды.

Частная діагностика и терапія болѣзней желудка.

1. Острый катарръ желудка (Gastritis acuta).

Причины: погрѣшности въ діетѣ, простуда, при лихорадочномъ катаррѣ, быть можетъ, также и инфекція (гастрическая лихорадка). Кромѣ того въ качествѣ симптома при инфекціонныхъ болѣзняхъ.— У нѣкоторыхъ людей наблюдается повышенное предрасположеніе къ острому гастриту.

Главные симптомы. Тошнота, отвращеніе къ пищѣ, особенно къ мясу, отрыжка, чувство давленія и полноты въ области желудка, тяжесть въ головѣ, головокруженіе (*vertigo e stomacho laeso*), обложенный языкъ, *foetor ex ore*, нерѣдко поносъ, иногда запоръ. Въ тяжелыхъ случаяхъ лихорадка, общее недомоганіе, головная боль, поты, *herpes labialis* (*febris gastrica*). Послѣдняя форма гастрита можетъ затянуться 1—2 недѣли, въ то время какъ обычно болѣзнь проходитъ въ нѣсколько дней.

При распознаваніи слѣдуетъ рѣшить, имѣется ли дѣло съ самостоятельнымъ заболѣваніемъ или съ симптомомъ какой-нибудь лихорадочной или инфекціонной болѣзни. Противъ тифа говоритъ отсутствіе типичной кривой температуры, поты, *herpes labialis*.

Леченіе. Въ большинствѣ случаевъ достаточно полного воздержанія отъ пищи въ теченіе сутокъ, покоя, согрѣвающего компресса на животъ. Въ качествѣ питья — чай или углекислая минеральная вода, со второго дня простой малосольный, хорошо сваренный овсяный, рисовый, мучной или ячменный супъ. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ (особенно у дѣтей и у стариковъ) промываніе желудка (см. стр. 152) или возбужденіе рвоты щекотаніемъ зѣва. Хорошо дѣйствуетъ часто слабительное, лучше всего касторовое масло (1—2 столовые ложки), или каломель:

Rp. Calomelanos 0,2, Sacch. lact. 0,3. M. f. pulv. d. t. dos. Nr. 2. Принять оба порошка въ теченіе 2—3 часовъ.

При болѣе сильныхъ боляхъ въ области желудка горячіе компрессы, кодеинъ, опій (см. стр. 153).

По минованіи первыхъ острыхъ явленій соблюденіе легкой діеты: слизистые супы, кексъ, сухари, чай, затѣмъ молоко, яйца въ смятку, скобленая ветчина, скобленное сырое мясо, картофельное пюре, говяжій бульонъ, телячьи мозги, сладкое мясо. При лихорадкѣ и при продолжающемся отсутствіи аппетита — покой въ постели, холодные компрессы

на голову, соляная кислота внутрь (см. стр. 154). Въ качествѣ питья Fachingen, Bilin, Gieshübel.

2. Токсическій гастритъ.

Развившееся на почвѣ отравленія воспаленіе желудка выражается либо въ формѣ тяжелаго катарра, либо въ кровоизліяніяхъ, изъязвленіяхъ, образованіи струповъ съ послѣдовательной атрофіей слизистой оболочки, рубцовыми измѣненіями и суженіями. Большею частью имѣется дѣло съ отравленіемъ ѣдкими щелочами, кислотами, сулемой, мышьякомъ, фосфоромъ. Симптомы зависятъ отъ свойства и количества принятаго яда. Сильныя боли, затрудненіе глотанія, рвота слизистыми или кровянистыми массами. На губахъ и на слизистой оболочкѣ часто характерныя измѣненія (см. «Отравленія»). Лечение. При отсутствіи ожоговъ немедленно промыть желудокъ, при боляхъ—морфій подъ кожу (0,01—0,02) или опій (20—30 капель). Питательныя клизмы.

3. Флегмонозный (гнойный) гастритъ.

Встрѣчается рѣдко, большею частью послѣ тяжелыхъ инфекціонныхъ болѣзней, особенно послѣ септикопѣміи и брюшнаго тифа, также послѣ отравленій и травмы. Нагноеніе можетъ быть разлитымъ или ограниченнымъ. Главныя симптомы: боли, рвота, лихорадка часто маскируются явленіями основной болѣзни. Исходъ обыкновенно смертельный. Лечение. Морфій подъ кожу, опій внутрь, глотаніе кусочковъ льда, питательныя клизмы.

4. Хроническій катарръ желудка (Gastritis chronica).

Хроническій катарръ слизистой оболочки желудка локализуется главнымъ образомъ въ области *pars pylorica* и съ теченіемъ времени ведетъ часто къ атрофіи слизистой оболочки и железъ (*anadenia gastrica*); иногда происходитъ утолщеніе всей стѣнки желудка или образуются сосочковатыя разрощенія на слизистой оболочкѣ (*état mamelonné*). Причины: часто повторяющійся острый катарръ, длительное воздѣйствіе вредныхъ агентовъ, упомянутыхъ при остромъ катаррѣ, излишества въ ѣдѣ и питьѣ, злоупотребленіе спиртными напитками, плохое состояніе зубовъ; кромѣ того хроническій катарръ встрѣчается въ видѣ вторичнаго, застойнаго катарра при болѣзняхъ сердца, хроническихъ заболѣваніяхъ легкихъ, болѣзняхъ почекъ и обмѣна веществъ.

Главные симптомы. Обыкновенно постепенное начало явленіями диспепсіи. Частая отрыжка, изжога, отсутствіе аппетита или волчій голодъ, головокруженіе, ипохондрическое и меланхолическое настроеніе. Большею частью запоръ, иногда попеременно съ поносомъ. Сильно обложенный языкъ, также *foetor ex ore*. Вздутіе области желудка и чувствительность ея при надавливаніи. Иногда рвота по утрамъ (*vomitus matutinus*). Съ теченіемъ времени исхуданіе и блѣдность. Въ содержимомъ желудка большое количество слизи; количество свободной соляной кислоты уменьшено, а при атрофіи слизистой оболочки соляная кислота часто совершенно отсутствуетъ.

Діагнозъ слѣдуетъ ставить только послѣ исключенія другихъ органическихъ заболѣваній желудка, въ особенности рака и язвы желудка, равно какъ неврозовъ желудка. Въ пожиломъ возрастѣ за ракъ говорить наличность прощупываемой опухоли, рвота массами, похожими на кофейную гущу, быстро усиливающаяся кахексія, сильныя боли, постоянное отсутствіе соляной кислоты (наблюдается также и при атрофіи слизистой), обильное содержаніе молочной кислоты и наличность длинныхъ молочно-кислыхъ бациллъ. За язву желудка говорить повышенная кислотность, кровавая рвота, сильныя боли въ опредѣленномъ мѣстѣ спустя

нѣкоторое время послѣ приѣма пищи, ограниченная чувствительность при давленіи, наличность хлороза.

Желудочные невроты отличаются чрезвычайно измѣняемыми явленіями; при изслѣдованіи желудочнаго содержимаго не замѣчается обильной примѣси слизи и количество свободной соляной кислоты большею частью не уменьшено.

Течение зависитъ отъ продолжительности болѣзни, отъ соблюденія больнымъ предписанныхъ ему режима и діеты, при вторичномъ катаррѣ—отъ основной болѣзни. Излеченіе или значительное улучшеніе возможно, пока дѣло не дошло до атрофіи слизистой оболочки.

Леченіе прежде всего діететическое. Вначалѣ супы или бульонъ слѣдуетъ давать лишь небольшими порціями и готовить пожеже и безъ жира. Изъ мясныхъ блюдъ можно на первыхъ порахъ разрѣшить только телятину, телячьи мозги, цыпленка или голубя безъ кожи; позже мягкую, нежирную телятину, нѣжную говядину въ вареномъ или мелко скобленномъ видѣ, также въ скобленномъ и слегка поджаренномъ видѣ, скобленную нѣжную ветчину, телячьи котлеты; избѣгать жирныхъ соусовъ. Изъ рыбъ—нежирные сорта (форель, карпъ, щука), въ небольшомъ количествѣ яйца въ смятку. Поменьше жира: только свѣжее масло для намазыванія на ломтики бѣлаго хлѣба или сухари, а также для приготовленія кушаній. Изъ печенья: сухари, кексъ, хорошо выпеченный, слегка черствый бѣлый хлѣбъ. Немного молочнаго супа съ рисомъ, вермишелью, манной и саговой каши. Изъ овощей: шпинатъ, спаржа, цвѣтная и брюссельская капуста, молодая рѣпа, картофельное пюре, молодой зеленый горошекъ. Компоты: яблочный мусъ, мусъ изъ сливъ, фруктовое и винное желе (не ѣсть сырыхъ фруктовъ). Напитки: вода, чай, какао, солодовый кофе, также молоко и жидкій кофе (и то, и другое не всегда хорошо переносится), вода съ фруктовымъ сокомъ, бѣлое или красное вино, минеральныя воды (Fachingen, Bilin, Gieshübel). Относительно недозволенныхъ кушаній см. стр. 152. Большое значеніе имѣетъ чистое содержаніе полости рта и зубовъ. Запоръ слѣдуетъ устранять также преимущественно діетой (см. главу объ общей терапіи болѣзней кишекъ). Существенное вліяніе на успѣхъ леченія оказываютъ промыванія желудка (см. стр. 152). Относительно водолеченія см. стр. 153. При вздутіи надчревной области полезенъ массажъ желудка и живота. Для домашняго леченія водами рекомендуются главнымъ образомъ щелочныя воды и воды поваренной соли (Fachingen, Obersalzbrunn, Bilin, Neuenahr, Vichy, Wiesbaden-Kochbrunnen, Homburg-Elisabethbrunnen). Для возбужденія перистальтики—щелочно-глауберовыя источники (Karlsbad и Marienbad). См. стр. 154. Въмѣсто натуральныхъ минеральныхъ водъ можно назначить также искусственныя (соли Sandow'a). Способъ употребленія: утромъ натощакъ за $\frac{1}{2}$ —1 часъ до ѣды 150—200 куб. см. (1—2 стакана), столько же до и послѣ обѣда; воду пить во время прогулки.—Лекарственные средства назначаются отчасти для

улучшения ослабленной функции желудка, отчасти для устранения определенных симптомов. При пониженной кислотности — соляная кислота (см. стр. 154). При недостатке желудочного сока вследствие атрофии слизистой желудка (*anadenia gastrica*, см. выше) или также без атрофии желез желудка (*achylia gastrica*) хорошее влияние оказывает панкреон:

Rp. Панстеон 0,25 in tab. S. 3 раза в день по 1—2 таблетки во время еды.

Относительно лекарственного лечения при ненормальных процессах брожения, при чрезмерном образовании кислот, при болях и при рвоте см. выше стр. 154.

5. Язва желудка (*Ulcus ventriculi rotundum*).

Круглый или овальный дефект желудочной стенки, с острыми краями, часто распространяющийся в виде воронки на более глубокие слои, вначале ограничивающийся только слизистой оболочкой; большей частью в области привратника, малой кривизны, задней стенки желудка. Язва образуется, вероятно, вследствие самопериваривания на почве местного расстройства кровообращения. Чаще встречается у женщин (хлороз). Причины — местное раздражение слизистой желудка слишком горячей или слишком пряной пищей, также травма. Кроме того при ожогах кожи.

Главные симптомы. Боли в желудке, рвота, желудочное кровотечение. Большею частью постепенное начало ощущением давления в области желудка, затем боли и чувствительность при надавливании в определенном месте подложечной области, иррадиация боли в спину (в области нижних грудных позвонков) и в плечи. Боли усиливаются спустя 1—2 часа после приема пищи и ослабевают при опорожнении желудка. Иногда болезнь протекает скрытно, и при полном, по видимому, здоровье внезапно появляется сильное желудочное кровотечение. Часто наблюдается рвота, большею частью спустя некоторое время после еды; в 30% всех случаев в рвотных массах содержится примесь крови (кровавая рвота, *haematemesis*) и обыкновенно обильное количество соляной кислоты. Количество крови, извергнутой рвотой, очень колеблется; большею частью кровотечение бывает обильным; кровь темного цвета, состоит из сгустков, дает кислую реакцию, иногда алого цвета. Относительно отличия от кровохарканья см. стр. 98—99. Почти всегда после кровавой рвоты можно найти кровь в испражнениях в виде черной, дегтеобразной массы. При медленном кровотечении кровь может выделяться только в испражнениях. При хронической язве желудка часто не бывает ни рвоты, ни кровотечения, наблюдаются только боли и общие диспептические явления. Иногда удается прощупать сквозь брюшные покровы ограниченное затвердение на месте язвы (*perigastritis*). Большею частью имеется повышенная кислотность (отсутствует иногда только при хлорозе и анемии). Количество свободной соляной кислоты в желудочном содержимом, извлеченном через 1 час после пробного завтрака (стр. 151), составляет 0,3% и более, вместо наблюдаемых нормально 0,1—0,2%. (При склонности к кровотечению следует избегать применения желудочного зонда

и раздуванія желудка). Языкъ обыкновенно не обложенный, аппетитъ сохраненъ. Теченіе большею частью хроническое. Часто полное выздоровленіе, но возможны рецидивы. Смерть можетъ послѣдовать вслѣдствіе кровотеченія или прободенія желудка.

Діагнозъ. Желудочныя кровотеченія бываютъ также при застояхъ въ системѣ воротной вены (циррозъ печени, тромбозъ и воспаленіе воротной вены, острая желтая атрофія печени, ракъ печени), при ожогахъ слизистой оболочки ѣдкими веществами, при вскрытіи аневризмы аорты въ желудокъ или въ пищеводъ, при инфекціонныхъ болѣзняхъ (брюшной тифъ, желтая лихорадка, оспа), при конституціональных заболѣваніяхъ и болѣзняхъ крови (цынга, гемофілія, пурпура), также при истеріи.— Помимо крови испражненія могутъ быть окрашены въ черный цвѣтъ желѣзомъ, висмутомъ, черникой, краснымъ виномъ.—Гастральгія отличается отъ язвы желудка менѣе рѣзко локализованными болями, которыя не находятся въ зависимости отъ приемовъ пищи и уменьшаются при надавливаніи или гальванизации. Діететическое леченіе, примѣняемое при круглой язвѣ, не приноситъ никакой пользы. Ракъ желудка чаще встрѣчается въ пожиломъ возрастѣ и ведетъ къ кахексіи; часто удается прощупать опухоль въ области желудка; количество соляной кислоты понижено или она совсѣмъ отсутствуетъ. Рвота массами, похожими на кофейную гущу. При холециститѣ и при желчной коликѣ боль концентрируется больше въ области печени и не находится въ такой тѣсной зависимости отъ приемовъ пищи. При холециститѣ боли часто локализуются болными въ области желудка и ошибочно принимаются за желудочныя боли.

Леченіе. При свѣжей язвѣ желудка—покойное положеніе и осторожная діета. Въ теченіе 3—4 недѣль полный покой въ постели, въ теченіе первыхъ 2 недѣль горячіе, теплые или согрѣвающие компрессы на область желудка; если имѣется или угрожаетъ кровотеченіе, то умѣстно примѣненіе холода (холодные компрессы, охлаждающій аппаратъ на область желудка, пузырь со льдомъ). Полезно также глотаніе кусочковъ льда или введеніе ихъ въ прямую кишку. Наружный холод слѣдуетъ примѣнять лишь въ теченіе короткаго времени. При кровотеченіи питаніе поддерживается въ теченіе недѣли питательными клизмами (три раза въ день, утромъ—послѣ очистительной клизмы). Питательная клизма вводится въ теплое видѣ въ теченіе 5 минутъ при положеніи на лѣвомъ боку. Наиболѣе употребительный составъ питательной клизмы: 200 грм. молока, 2 яичныхъ желтка, 1 чайная ложка поваренной соли, 1 столовая ложка красного вина, 1 столовая ложка муки (въ случаѣ надобности 10 капель *t-rae opii*), или 25 грм. пептона (*Witte*) и 40 грм. молочнаго сахара на 200 грм. воды. Въ теченіе 2-й недѣли строгая молочная діета: сначала $\frac{1}{2}$ литра молока въ день, небольшими порціями черезъ каждые 2—3 часа, затѣмъ ежедневно прибавлять по $\frac{1}{4}$ литра, доходя до 2 литровъ молока въ день. Лучше всего давать

кипяченное цѣльное коровье молоко въ тепломъ видѣ. При наклонности къ рвотѣ молоко слѣдуетъ давать охлажденнымъ и небольшими порціями. Для улучшенія вкуса или для лучшаго перевариванія можно прибавлять поваренную соль, сахаръ, известковую воду, какао, обыкновенный или желудевый кофе въ небольшомъ количествѣ. Если не было кровотеченія, то съ самаго начала назначаютъ молочную діету. Въ противномъ случаѣ даже въ теченіе 2-й недѣли примѣняютъ еще, по мѣрѣ надобности, питательныя клизмы. Въ теченіе 3-й недѣли даютъ помимо молока рисовые, овсяные и ячменные слизистые супы, мясной растворъ *Leube-Rosenthal's*, мясной сокъ, мясное желе, бульонъ съ яйцомъ, взбитыя яйца. Въ теченіе 4-й недѣли переходятъ къ легкой діетѣ, но безъ мяса, въ теченіе 5-й недѣли прибавляютъ къ ней мясо. Съ 6-й или 7-й недѣли переходятъ къ болѣе питательной діетѣ. При повтореніи кровотеченія или болѣе слѣдуетъ снова вернуться къ питательнымъ клизмамъ или къ строгой молочной діетѣ. Списокъ недозволенныхъ кушаній приведенъ на стр. 152. Съ самаго начала болѣзни (если только нѣтъ кровотеченія) заставляютъ пить ежедневно утромъ натошакъ 100—200 куб. см. Карлсбадской воды *Mühlbrunnen* въ подогрѣтомъ видѣ или даютъ искусственную Карлсбадскую соль (1 чайная ложка на стаканъ воды). Водолеченіе при свѣжей язвѣ желудка и желудочномъ кровотеченіи изложено выше; при хронической язвѣ примѣняютъ горячія припарки въ теченіе 5 дней, потомъ сухіе теплые компрессы въ продолженіе дня, а ночью—согрѣвающий компрессъ. Изъ лекарственныхъ средствъ назначаютъ, съ цѣлью способствовать заживленію язвы, *Bismuthum subnitricum* или *Argentum nitricum*:

Rp. *Bismuth. subnitr.* 50,0. D. S. По 5—10 грм. въ день въ рюмкѣ теплой воды за $\frac{1}{2}$ часа до ѣды.

Rp. *Argent. nitr.* 0,4, *Aq. dest.* 180,0. D. ad vitr. *nitrum.* S. По столовой ложкѣ 3 раза въ день за $\frac{1}{2}$ часа до ѣды.

При боляхъ:

Rp. *Orthoform. «novum»* 0,5. D. t. dos. Nr. 10. S. По 1 порошку 2—3 раза въ день.

При желудочномъ кровотеченіи (помимо покоя, льда, питательныхъ клизмъ)—желатина, эрготинъ, полуторохлористое желѣзо.

Rp. *Gelatinae* 10,0, *Aq. dest.* ad 100,0. M. D. S. По столовой ложкѣ черезъ часъ.

Rp. *Ergotini dialysat.* 1,0, *Aq. dest.* ad 10,0. D. S. Для подкожнаго впрыскиванія, 1—2 шприца въ день.

Rp. *Liqu. ferri sesquichlorat.* 10,0. D. S. По 3 капли на нѣсколько столовыхъ ложекъ раствора гумми-арабика или овсянаго отвара, сначала черезъ каждыя 10 минутъ, а затѣмъ черезъ часъ.

При продолжительномъ кровотеченіи и при упадкѣ дѣятельности сердца лежащее положеніе съ опущенной головой, камфорное масло подъ кожу, бинтованіе конечностей (аутотрансфузія), вливаніе раствора поваренной соли. При часто повторяющемся кровотеченіи возникаетъ вопросъ о хирургическомъ вмѣшательствѣ. О леченіи послѣдовательной анеміи см. главу о болѣзняхъ крови.

6. Ракъ желудка (*Carcinoma ventriculi*).

Обыкновенно развивается въ желудкѣ первично, чаще всего въ видѣ плотнаго, плоскостного фибрознаго рака (скирръ) или въ видѣ мягкаго, легко распадающагося мозговика, рѣже въ видѣ аденокарциномы (цилиндрическо-клеточный ракъ) или коллоиднаго рака. Локализуется чаще всего въ области привратника, а также на малой кривизнѣ и въ области входа въ желудокъ. Часто переходитъ на сосѣдніе органы, въ особенности на печень, пищеводъ, поджелудочную железу и лимфатическія железы. Послѣдствіемъ большею частью кольцеобразнаго рака привратника является суженіе привратника, расширение желудка, атрофія слизистой оболочки. Обыкновенно ракъ развивается послѣ 40 лѣтъ. Этиологія совершенно темная; иногда ракъ развивается на мѣстѣ старой язвы желудка. Играетъ ли роль наследственность, еще находится подъ вопросомъ.

Главные симптомы. Постепенное начало общими диспептическими явленіями, потерей аппетита, отвращеніемъ къ нѣкоторымъ кушаньямъ, въ особенности къ мясу, частой рвотой и болями въ области желудка. Рвота наблюдается особенно часто при ракѣ привратника; рвотныя массы состоятъ сначала большею частью изъ слизи, впослѣдствіи имѣютъ, вслѣдствіе присутствія измѣненной крови, видъ кофейной гущи или шоколадный цвѣтъ. Въ рвотныхъ массахъ находятъ очень часто сарцины въ видѣ характерныхъ товарныхъ туюковъ и длинные молочнокислые бактерии; желудочный сокъ большею частью не содержитъ свободной соляной кислоты, а содержитъ, напротивъ, обыкновенно большое количество молочной кислоты вслѣдствіе разложенія застоявшагося богатаго углеводами содержимаго желудка; общая кислотность понижена (см. выше). Обыкновенно бываютъ боли, но иногда онѣ могутъ отсутствовать. Боли въ общемъ не находятся въ зависимости отъ пріемовъ пищи, носятъ большею частью постоянный характеръ, усиливаются при надавливаніи, ощущаются подъ ложечкой или въ спинѣ. Въ дальнѣйшемъ теченіи больной все болѣе худѣетъ, кожа принимаетъ сѣро-желтый, землистый цвѣтъ и сухой видъ, мышцы атрофируются и становятся дряблыми, иногда появляется небольшой отекъ на лодыжкахъ; эта прогрессирующая кахексія является очень важнымъ діагностическимъ признакомъ въ тѣхъ случаяхъ (20%), когда не удастся прощупать опухоли. Прощупываемая при ракѣ опухоль ограничена, часто бугриста, тверда, чувствительна при давленіи, мало смѣщается при дыхательныхъ движеніяхъ (въ отличіе отъ опухолей печени и селезенки), можетъ быть захвачена (если только она не срослена съ печенью) во время вдоха; опухоль исчезаетъ иногда при наполненіи желудка и мѣняетъ свое положеніе при раздуваніи желудка (при раздуваніи раковая опухоль привратника, прикрытая печенью, смѣщается книзу и становится доступной ощупыванію). Съ ракомъ желудка можно смѣшать скопленія кала въ поперечной части ободочной кишки, опухоли печени, селезенки, поджелудочной железы, сальника, брюшины и кишечъ. Иногда въ болѣе позднихъ стадіяхъ—лихорадка неправильнаго типа, часто упорные запоры. Нерѣдко наблюдается опуханіе железъ на шеѣ, особенно въ лѣвой надключичной ямкѣ. Въ испражненіяхъ черныя массы вслѣдствіе желудочныхъ кровотеченій. Въ послѣдней стадіи иногда обиль-

ные поносы. Смерть вследствие усиливающегося маразма, осложнений (плевритъ, перитонитъ), метастазовъ.

Діагнозъ наталкивается на затрудненія лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда не удастся прощупать опухоль. Въ такихъ случаяхъ за ракъ и противъ хроническаго катарра желудка говоритъ отсутствіе свободной соляной кислоты, обильное количество молочной кислоты, кровавая рвота, присутствіе крови въ испражненіяхъ.

Леченіе. При свѣжемъ ракѣ, пока еще нѣтъ метастазовъ въ железахъ или сращеній съ окружающими органами, возникаетъ вопросъ о резекціи желудка или по крайней мѣрѣ о гастроэнтеростоміи для устраненія вызываемыхъ ракомъ разстройствъ. Поэтому очень важно раннее распознаваніе рака. При неоперативномъ ракѣ желудка — симптоматическое и діететическое леченіе, въ общемъ какъ при хроническомъ катаррѣ желудка (см. выше). При ракѣ привратника, съ расширеніемъ желудка, застоємъ желудочнаго содержимаго и рвотой — промыванія желудка (см. выше), вечеромъ передъ сномъ или утромъ натощакъ. При ракѣ и стенозѣ входа въ желудокъ — жидкая пища и питательныя клизмы. При ракѣ привратника и расширеніи желудка — сухая діета, введеніе воды *per rectum* въ клизмѣ. При боляхъ — горячіе компрессы, кодеинъ, кокаинъ, морфій (см. выше) или ортоформъ (см. 160), при потерѣ аппетита — *Acid. hydrochlor. dil.*, кондуранго (см. выше) или *tinct. amara* (3 раза въ день по 20 капель), при чрезмѣрномъ образованіи кислотъ и при ненормальномъ броженіи содержимаго желудка — жженая магнезія, креозоть, резорцинъ (см. выше), при рвотѣ — промыванія желудка, глотаніе кусочковъ льда или средства, указанные выше. О леченіи желудочнаго кровотеченія см. «Язва желудка» (стр. 160). Слѣдитъ за стуломъ, прибѣгая въ случаѣ надобности къ клизмамъ. При прогрессирующей кахексiи и полномъ отсутствіи аппетита — питательныя клизмы (см. стр. 160) и искусственные питательные препараты (изъ мясныхъ препаратовъ — соматоза, тропонъ, изъ молочныхъ — нутроза, санатогенъ).

7. Расширеніе желудка (*Gastrectasia, Dilatatio ventriculi*).

Расширенію подвергается или только нижній сегментъ желудка, или весь желудокъ; обыкновенно расширеніе желудка связано съ хроническимъ катарромъ и атрофіей стѣнокъ желудка. Наиболѣе частыми причинами являються суженіе привратника вслѣдствіе рубцовъ (*ulcus ventriculi*) или новообразованія (ракъ желудка), затѣмъ часто повторяющіяся судорожныя сокращенія привратника (спазмъ привратника), давленіе прилегающихъ опухолей, перитонитическіе тяжи, рубцовое суженіе двѣнадцатиперстной кишки, рѣже гипертрофія мускулатуры привратника. Кромѣ того расширеніе желудка можетъ образоваться вслѣдствіе слабости мускулатуры желудка при двигательной недостаточности (атоніи) желудка, особенно если она развивалась вслѣдствіе нецѣлесообразнаго питанія и чрезмѣрнаго обремененія желудка пищей и присоединился хроническій катарръ. Такое простое растяженіе стѣнокъ желудка безъ стеноза привратника обозначается, какъ двигательная (механическая) недостаточность 1-й степени, сильное расширеніе желудка вслѣдствіе суженія привратника, какъ недостаточность 2-й степени.

Главные симптомы при рѣзко выраженномъ расширеніи желудка:

частая и обильная рвота, наступающая часто безъ особенной натуги, даже по утрамъ, увеличеніе границъ желудка, опущеніе большой кривизны до уровня пупка и даже ниже, видимая перистальтика желудка, при ощупываніи шумъ плеска, распространяющійся ниже пупка. Кромѣ того часто уменьшеніе суточного количества мочи, сильная жажда, чувство полноты и давленія въ подложечной области, отрыжка кислыми массами, иногда вонючими газами, западеніе надчревной области и выпячиваніе области желудка. Потеря аппетита, повременамъ неутолимый голодъ, подавленное состояніе духа, упадокъ общаго питанія, грязный цвѣтъ и сухость кожи, иногда судороги, похожія на тетанію, особенно въ сгибательныхъ мышцахъ предплечья и кистей рукъ. Желудочное содержимое отличается повышенной общей кислотностью вслѣдствіе присутствія большого количества органическихъ кислотъ (молочная, уксусная, масляная, жирныя кислоты), образующихся подъ вліяніемъ броженія застоявашагося содержимаго, особенно углеводовъ. Наличие расширенія желудка часто удается установить уже при простомъ осмотрѣ живота: при тонкихъ брюшныхъ покровахъ обрисовываются контуры большой кривизны желудка. При раздуваніи желудка (см. выше) различается, нѣрѣдко и малая кривизна подъ мечевиднымъ отросткомъ (при гастроптозѣ малая кривизна опускается обыкновенно еще ниже, а желудокъ не обнаруживаетъ никакихъ признаковъ расширенія). При помощи перкуссіи можно опредѣлить границы большой кривизны, если дать больному выпить въ сколько-нибудь стакановъ воды и затѣмъ перкутировать въ стоячемъ положеніи; въ лежачемъ положеніи тупость исчезаетъ. Рентгеноскопическое опредѣленіе нижней границы желудка путемъ введенія рисовой каши съ висмутомъ (см. выше). Ослабленіе двигательной способности желудка проявляется въ томъ, что въ тяжелыхъ случаяхъ находятъ въ желудкѣ обильное количество пищи еще на слѣдующее утро, а въ болѣе легкихъ случаяхъ спустя 7 часовъ послѣ пробнаго обѣда. То же самое можно доказать посредствомъ пробы съ салоломъ: за обѣдомъ больной принимаетъ 1—2 грм. салолу, въ нормальномъ состояніи реакція на салициловую кислоту (полуторохлорное желѣзо даетъ фіолетовое окрашиваніе) обыкновенно обнаруживается въ мочѣ спустя 1 часъ послѣ пріема пищи, при двигательной недостаточности—лишь спустя 3—4 часа. Исходъ зависитъ отъ основнаго страданія, неблагоприятный при ракѣ; при рубцовомъ суженіи улучшеніе можетъ быть достигнуто лишь оперативнымъ путемъ (резекція привратника, гастроэнтеростомія). При расширеніи желудка, зависящемъ отъ другихъ упомянутыхъ причинъ, предсказаніе лучше.

Диагнозъ ставится на основаніи перечисленныхъ выше главныхъ симптомовъ. Для рѣшенія вопроса о природѣ суженія привратника слѣдуетъ руководствоваться данными, указанными при язвѣ и ракѣ желудка.

Леченіе. Механическое застояваніе и разложеніе пищи устраняется систематическими промываніями желудка. Промываніе слѣдуетъ дѣлать каждый разъ до тѣхъ поръ, пока не будетъ удалено все содержимое

желудка и вода не будет вытекать обратно совершенно прозрачной. Не всегда удается добиться этого въ одинъ сеансъ. Промываніе дѣлають утромъ или вечеромъ; вечеромъ промыванія имѣють то преимущество, что опорожненіе желудка обезпечиваетъ спокойный сонъ ночью. Относительно прибавленія лекарственныхъ веществъ къ промывной водѣ см. выше.

Важно назначеніе надлежащей діеты: даютъ легко варимую, питательную, необъемистую и больше кашицеобразную пищу и поменьше жидкости. Съ цѣлью уменьшить броженіе слѣдуетъ ограничить количество пищевыхъ веществъ, содержащихъ крахмалъ и сахаръ. Больной долженъ принимать пищу почаще и маленькими порціями. Немного говяжьяго или молочнаго супа съ рисомъ, мягкая тощая телятина, говядина или цыплята, также телячьи мозги или сладкое мясо, рыба (форель, карпъ, щука), нѣжная ветчина, мелко изрубленные крутые яйца, немного масла, сухари, кексъ, черствая булка, а также поджаренные ломтики хлѣба (иногда больные лучше переносятъ болѣе грубый хлѣбъ), немного молочной рисовой каши, саговая каша, немного шпината, цвѣтная капуста, спаржа, молодой зеленый горошекъ, картофельное пюре, компоты, молоко, фруктовое и винное желе, немного молока и сливокъ, немного минеральной воды (Fachingen, Bilin, Gieshübel).

При сильной жаждѣ рекомендуется вводить воду *per rectum* небольшими количествами нѣсколько разъ въ день. При сильномъ расширеніи желудка и суженіи привратника питательныя клизмы (см. стр. 160). Для укрѣпленія разслабленныхъ стѣнокъ желудка фарадизація или гальванизація сильными токами. При запорахъ клизмы съ масломъ или изъ мыльной воды. Брюшной поясъ. При расширеніи желудка на почвѣ атоніи очень хорошо дѣйствуетъ водолеченіе: шотландскіе души на область желудка, прохладныя полуванны (30°) съ обтираніями всего тѣла и обливаніемъ области желудка, общія обертыванія съ термофоромъ (40°) на область желудка. Относительно лекарственнаго леченія см. выше. Кромѣ того *Tinct. Strychni* (*Nucis vomicae*).

Rp. *Tinct. Chin. compos.* 30,0, *Tinct. Strychni* 3,0. M. D. S. По 20 капель 3 раза въ день.

8. Опущеніе желудка (*Gastroptosis*).

Большую частью какъ одно изъ явленій энтероптоза (опущеніе всѣхъ органовъ брюшной полости). Желудокъ опущенъ, большая кривизна находится ниже пупка, малая кривизна—между мечевиднымъ отросткомъ и пупкомъ. Опредѣленіе измѣненія положенія желудка производится такъ же, какъ при расширеніи желудка, посредствомъ раздуванія желудка и рентгеноскопії. Въ отличіе отъ расширенія желудка наблюдается опущеніе малой кривизны и не замѣчается увеличенія размѣровъ желудка. Часто диспептическія расстройства. Преимущественно у женщинъ. Причины: дряблые брюшные покровы, частые роды, ношеніе узкихъ платьевъ, перитонитическія сращенія. Леченіе. Ношеніе хорошо приспособленнаго брюшнаго пояса (напр. *Glénard's*), запрещеніе шнурованія, фарадизація, массажъ, водолеченіе, какъ при расширеніи желудка.

Неврозы желудка.

9. Судорога желудка (гастральгія, кардіальгія).

Чувствительный неврозъ (невральгія блуждающаго нерва), встрѣчающійся то самостоятельно, иногда вмѣстѣ съ другими симптомами неврастеніи или истеріи, то при спинной сухоткѣ (желудочные кризы) и другихъ болѣзняхъ центральной нервной системы, заболѣваніяхъ полового аппарата, отравленіяхъ (свинцомъ), а также при хлорозѣ. Бываетъ чаще у женщинъ и въ юномъ возрастѣ.

Главные симптомы. Приступы сильной судорожной боли въ подчревной области, которая распространяется влѣво до 4-го межребернаго

промежутка, иногда отдает также въ спину и продолжается отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ часовъ. Приступы повторяются то часто, то рѣже и бываютъ нерѣдко вызваны душевными волненіями. Иногда тошнота и рвота. Въ промежуткахъ между приступами больные обыкновенно совершенно не жалуются на боли; но иногда у нихъ наблюдаются въ это время другія разстройства со стороны нервной системы. При давленіи на область желудка боль уменьшается, точно также она ослабѣваетъ обыкновенно подъ вліяніемъ пріема пищи.

Діагнозъ. Послѣдніе два симптома (ослабленіе боли при давленіи на животъ и послѣ пріема пищи) позволяютъ отличить чистую гастральгію отъ другихъ болѣзней желудка, въ особенности отъ язвы, рака и хроническаго катарра желудка. Кромѣ того отсутствуютъ ограниченная чувствительность, свойственная язвѣ, опухоль и кахексія, бывающія при ракѣ, кровавая рвота и кровь въ испражненіяхъ. Составъ желудочнаго сока не представляетъ никакихъ особенныхъ отклоненій отъ нормы. Гастральгія имѣетъ важное значеніе въ качествѣ ранняго признака спинной сухотки (см. соотв. главу). Ср. также главу «Желчнокаменная болѣзнь».

Леченіе. Во время приступа—горячія припарки или компрессы (40°), термофоръ, также влажныя обертыванія $\frac{3}{4}$ тѣла съ термофоромъ (40—44°) на область желудка. Лекарственное леченіе при боляхъ см. выше. Иногда помогаетъ лишь морфій подъ кожу (0,01 — 0,02), также въ свѣчкахъ.

Rp. Extract. Belladonnae, Morph. hydrochlor. \overline{aa} 0,01, Butyri Casae 2,0. M. f. Suppositor. Nr. 6. D. S. По 1—2 свѣчки во время приступа болей.

Кромѣ того Bismuth. subnitr., мята и валеріана въ видѣ настоя или въ капляхъ.

Rp. Bismuth-subnitr. 0,5, Sacch. albi 0,3. M. f. pulv. D. tal. dos. Nr. 10. D. S. Принять 3 порошка въ теченіе 2 часовъ во время приступа болей.

Rp. Spec. nervin. F. M. 100,0 (Fol. Trifolii fibrin. conc. 40,0. Fol. Menth. piperit. conc. Rad. Valerian. conc. \overline{aa} 30,0). D. S. Заварить 1 столовую ложку на чашку чая.

Rp. Tinct. Valerian. aether. 19,0, Ol. Menth. pip. 1,0. M. D. S. По 15—20 капель 3 раза въ день.

Діету слѣдуетъ регулировать въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, дать какія-либо общія правила невозможно. Заботиться о правильномъ опорожненіи кишечника.

10. Нервная диспепсія (Neurasthenia gastrica).

Неврозъ, при которомъ наряду съ разстройствомъ чувствительности наблюдаются разстройства двигательной и секреторной способности желудка, и который обыкновенно комбинируется съ другими симптомами страданія нервной системы. Причины: неврастенія, истерія, анемія, хлорозъ, отравленіе (алкоголь, табакъ).

Главные симптомы. Жалобы на чувство давленія и полноты въ области желудка, потеря аппетита тотчасъ послѣ начала ѣды, иногда неутолимый голодъ, изжога, globus. Кромѣ того тошнота, иногда рвота, пустая отрыжка безъ запаха. Обыкновенно также разстройства психики,

тяжесть въ головѣ, головокруженіе, сердцебиеніе, общая разбитость. Часто запоры. Въ противоположность всѣмъ этимъ жалобамъ объективное изслѣдованіе даетъ отрицательныя данныя. Иногда наблюдается однако колеблющееся увеличеніе или уменьшеніе количества соляной кислоты и пониженіе двигательной способности желудка. Область желудка нечувствительна при давленіи, границы его нормальны, языкъ большею частью чистый. Даже трудноваримая пища хорошо переносится.

Діагнозъ подтверждается контрастомъ между субъективными жалобами и объективными данными и наличностью другихъ признаковъ невроза. Отъ другихъ органическихъ заболѣваній желудка нервная диспепсія отличается рѣзкой измѣнчивостью субъективныхъ разстройствъ. Хроническій катарръ и язва желудка даютъ объективно опредѣлимые измѣненія; нерѣдко однако только продолжительное наблюденіе позволяетъ ихъ исключить и признать нервную диспепсію.

Леченіе прежде всего должно быть направлено противъ основной причины (неврастенія, истерія, злоупотребленіе спиртными напитками, куреніемъ), причемъ слѣдуетъ обратить особенное вниманіе на психическое воздѣйствіе. Важно подробно распросить больного о всѣхъ субъективныхъ разстройствахъ и образѣ жизни. Устраненіе вредныхъ моментовъ въ привычкахъ и способѣ питанія часто ведетъ къ значительному улучшенію. Кромѣ того слѣдуетъ устранить запоры, предписавъ соотвѣтственную діету (см. главу «Запоры»). Часто хорошо вліяетъ леченіе откармливаніемъ (леченіе по Weir-Mitchell'ю). Вначалѣ даютъ черезъ каждые 2 часа чашку молока (можно съ кофе или съ чаемъ), а затѣмъ спустя приблизительно 3 дня, кромѣ молока, небольшими порціями мучныя блюда, бѣлый хлѣбъ, бутерброды, пудингъ, супы, мясо, овощи (шпинатъ, зеленый горошекъ, цвѣтная капуста, картофельное пюре). Черезъ 10 дней можно давать уже 3 полныхъ пріема пищи и 2—3 литра молока. Спустя еще 10 дней прибавляютъ еще солодовый экстрактъ, beeftea, коньякъ, вино. Одновременно покойное положеніе въ постели, душевный покой (изоляция), общій массажъ, фарадизація, гидротерапія (полуванны съ послѣдующимъ обливаніемъ живота холодной водой или шотландскимъ душемъ). При упорной рвотѣ питательные клистиры. Изъ лекарственныхъ средствъ соляная кислота или горечи (см. выше), бромистый калий или бромистый натрій, желѣзо, мышьякъ или Levico, при безсонницѣ вероналъ или хлораль-гидратъ (относительно способа прописыванія см. списокъ отдѣльныхъ средствъ).

11. Нервная рвота (Vomitus nervosus).

Двигательный неврозъ на почвѣ истеріи, при беремености, при болѣзняхъ матки, хлорозѣ. Сюда же слѣдуетъ отнести рвоту при опухоляхъ мозга, менингитѣ, сотрясеніи мозга, уреміи, спинной сухоткѣ, болѣзняхъ печени и кишекъ *).

*) Къ категоріи чисто нервной рвоты относится въ сущности только рефлексорная рвота въ тѣсномъ смыслѣ, причемъ рефлексъ исходитъ отъ различныхъ болѣзненныхъ процессовъ преимущественно въ брюшной полости (глав-

Главные симптомы. Рвота вскорѣ послѣ приѣма пищи или натошакъ. Рвотный актъ большею частью совершается безъ всякой натуги. Общее питаніе часто не страдаетъ, но иногда оно значительно падаетъ. Никакихъ объективныхъ измѣненій со стороны желудка. Языкъ большею частью чистый.

Діагнозъ ставится на основаніи характерныхъ особенностей рвоты и отсутствія объективныхъ измѣненій со стороны желудка; важно установить основную причину.

Лечение. Обратитъ вниманіе на основную причину. Покойное положеніе въ постели, горячіе компрессы на область желудка, глотаніе небольшихъ кусочковъ льда, лекарственные средства, перечисленные выше. Кромѣ того бромистый калий или бромистый натрій, хлораль-гидратъ, а также *Cerium oxalicum* или *Orexinum tannicum*:

Rp. *Cerii oxalici* 0,1, *Sacch. lact.* 0,5. M. f. pulv. D. tal. dos. Nr. 10.
D. S. По 1 порошку 2 раза въ день.

Rp. *Orexini tannici* 0,5. D. tal. dos. Nr. 6 (въ облаткахъ). D. S.
По 1—2 порошка въ день на теплое молоко или съ бульономъ.

12. Другіе невроты желудка.

Нервная отрыжка (*eructatio nervosa*). Шумное выдѣленіе проглоченнаго воздуха при неврастеніи и истеріи. Лечение основной болѣзни.

Атонія желудка см. главу «Расширеніе желудка».

Перистальтическое безпокойство желудка (*tormina ventriculi*). Видимыя перистальтическія движенія желудка. Чистый неврозъ или при суженіи привратника.

Судорога входа въ желудокъ, судорога привратника (спазмъ привратника) ср. стр. 162, недостаточное замыканіе привратника (*incontinentia pylori*), жвачка (*ruminatio*). При всѣхъ этихъ неврозахъ обратитъ вниманіе на лечение основной болѣзни. Водолеженіе: влажныя обертыванія съ термоформомъ (40—44°) на область желудка, теплые или горячіе компрессы, гальванизация; діета въ зависимости отъ особенностей каждаго случая.

Волчій голодъ (*bulimia*), нервная анорексія (*anorexia nervosa*) и извращенія вкуса (*parageusia*) наблюдаются при истеріи, психозахъ, неврастеніи, парорексія особенно у беременныхъ и хлоротическѣ. Лечение основной болѣзни, гидротерапію (см. выше), при нервной анорексіи — орексинъ (см. выше).

Гиперхлоргидрія (*hyperaciditas*). Усиленное отдѣленіе соляной кислоты, чувство жженія въ желудкѣ, кислая отрыжка, изжога, рвота кислыми массами, большею частью чистый языкъ, хорошій аппетитъ, запоры. Наклонность къ образованію эрозій и язвы желудка. Лечение. Діета съ обильнымъ количествомъ бѣлковъ и жировъ: мясо, яйца, молоко, коровье масло, сливки, прованское масло. Изъ углеводовъ лучше всего хлѣбъ. Спустя нѣкоторое время послѣ приѣма пищи — двууглекислый натрій или жженая магнезія на кончикъ ножа; кромѣ того, минеральныя воды (*Karlsbad*, *Vichy*). Промыванія желудка не всегда хорошо переносятся. Изъ лекарственныхъ средствъ белладонна ведетъ къ уменьшенію секреціи:

Rp. *Extract. Belladonnae* 0,02, *Sacch. albi* 0,5. M. f. pulv. D. tal. dos. Nr. 10. D. S. По 1 порошку 1—2 раза въ день.

Чрезмѣрное отдѣленіе желудочнаго сока (*gastrosuccorrhoea*), болѣзнь Рейхмана. Въ желудкѣ отдѣляется и натошакъ желудочный сокъ, содержащій обильное количество соляной кислоты; поэтому въ желудочномъ содержимомъ, добытомъ утромъ, находятъ значительное количество соляной кислоты. Часто ощущеніе жженія въ желудкѣ, кислая отрыжка, рвота, головокруженіе, головная боль. — Наступающее въ видѣ приступовъ усиленное отдѣленіе желудочнаго сока (*gastroxynsis paroxysmalis*); наблюдается довольно часто при спинной сухоткѣ. Лечение, какъ при гиперхлоргидріи. Хорошо дѣйствуютъ промыванія желудка по утрамъ теплой водой съ прибавленіемъ одной чайной ложки двууглекислаго натра или Карлсбадской соли.

нымъ образомъ заболѣванія и разстройства въ женской половой сферѣ). Поэтому относить къ ней также рвоту при такихъ болѣзняхъ, какъ опухоли мозга, менингита и т. п., едва ли правильно. Въ подобныхъ случаяхъ лучше говорить о рвотѣ центрального происхожденія, причины которой могутъ быть различны, напр. повышеніе внутричерепного давленія при опухоляхъ мозга и менингитѣ, интоксикація и, можетъ быть, также отекъ мозга при уреміи и т. п.

Прим. ред.

Гипохлоргидрія, *sabaciditas* и *anaciditas nervosa*. Уменьшеніе количества соляной кислоты или полное отсутствіе ея во время пищеваренія. Часто потеря аппетита и недостаточное перевариваніе бѣлковъ. Этотъ чисто секреторный неврозъ слѣдуетъ отличать отъ симптоматической гипохлоргидріи при органическихъ заболѣваніяхъ желудка (ракъ, хроническій катарръ). Важна наличность другихъ признаковъ общаго невроза и измѣнчивость симптомовъ. Лечение. Соляная кислота, промыванія желудка растворомъ поваренной соли, лечение общаго невроза.

Болѣзни кишокъ и брюшины.

Предварительныя общія діагностическія замѣчанія.

Изъ субъективныхъ симптомовъ извѣстное діагностическое значеніе имѣетъ боль. Она бываетъ очень сильной и ощущается въ области всего живота при остромъ перитонитѣ, причѣмъ она усиливается отъ давленія въ противоположность болямъ, наступающимъ въ видѣ приступовъ при кишечной коликѣ (энтеральгія или свинцовая колика). Локализція боли въ опредѣленномъ мѣстѣ наблюдается при ограниченномъ перитонитѣ, аппендицитѣ, опухоляхъ брюшной полости, непроходимости кишокъ (*ileus*) и заболѣваніяхъ толстыхъ кишокъ. Коликообразныя боли съ выдѣленіемъ трубчатыхъ слизистыхъ массъ бываютъ при *colica mucosa*. Боли при язвахъ кишокъ мало характерны.—Большее діагностическое значеніе имѣетъ характеръ испражнений и изслѣдованіе живота.

Испражненія. Цвѣтъ, количество и консистенція зависятъ главнымъ образомъ отъ способа питанія. При мясной пищѣ испражненія бываютъ темнобурого цвѣта, плотныя и мало обильны, при растительной пищѣ они желтоватого цвѣта, кашицеобразны и обильны, при молочной пищѣ—желтовато-бѣлаго цвѣта и довольно плотны.—Измѣненія цвѣта: калъ, окрашенный при нормальныхъ условіяхъ въ бурый цвѣтъ, подъ вліяніемъ измѣненнаго желчнаго пигмента, принимаетъ чернѣе при кровотеченіи изъ желудка или изъ верхнихъ отдѣловъ кишечника (дегтеобразныя испражненія), затѣмъ при употребленіи пищевыхъ веществъ, содержащихъ дубильную кислоту, послѣ введенія препаратовъ желѣза или висмута; испражненія зеленого цвѣта бываютъ послѣ приѣма каломеля (сѣрнистая ртуть и желчный пигментъ) и при дѣтской холерѣ, желтаго цвѣта—послѣ приѣма ревеня и александрійскаго листа, глинистаго цвѣта—при затрудненномъ поступленіи желчи въ кишечникъ. Кровь, мало измѣненная на видъ, происходитъ изъ прямой или ободочной кишки (геморрой, ракъ, дизентерія). Опредѣленіе крови производится такъ же, какъ въ рвотныхъ массахъ (см. выше).—Кромѣ того кровь встрѣчается въ испражненіяхъ при застоѣ въ системѣ воротной вены, эмболии брыжеечной артеріи (*art. mesaraica*), болѣзняхъ печени, кишечныхъ язвахъ, отравленіяхъ (фосфоромъ), болѣзняхъ крови и конституціональныхъ заболѣваніяхъ.—Измѣненія консистенціи испражнений наблюдаются при поносахъ (см. ниже) и запорахъ (см. ниже); измѣненія формы: лентообразный калъ (толщиной съ карандашъ) при суженіи кишокъ и при спастическомъ запорѣ, калъ въ видѣ овечьяго помета также очень часто при спастическомъ запорѣ. Жировыя испражненія (при желтухѣ и амилоидѣ кишокъ) бываютъ сѣробѣлаго цвѣта, глинистаго вида, марки и имѣютъ гнило-стой запахъ. Слизь въ испражненіяхъ въ видѣ бѣловатаго, прозрачнаго слоя встрѣчается при заболѣваніяхъ прямой или ободочной кишки, въ видѣ клочьевъ, хлопьевъ или комочковъ, похожихъ на разбухшія зерна саго, часто окрашенныхъ желчью и тѣсно смѣшанныхъ съ каломъ главнымъ образомъ при катаррѣ тонкихъ кишокъ. Трубчатые или лентообразныя слизистыя массы бываютъ при *colica mucosa*. Присутствіе, гноя, крови, свертковъ фибрина и клочьевъ тканей указываетъ на дизентерію, дифтеритическій или язвенный процессъ въ толстыхъ кишкахъ.—Присутствіе въ испражненіяхъ неизмѣненнаго желчнаго пигмента и клочьевъ соединительной ткани говоритъ за катарръ тонкихъ кишокъ.—Изъ остатковъ пищи при микроскопическомъ изслѣдованіи можно найти непереваренныя мышечныя волокна (поперечнополосатыя и окрашенныя въ желтый цвѣтъ гидробилирубиномъ), остатки растительныхъ клѣтокъ, зерна крахмала (окрашиваются въ синій цвѣтъ растворомъ іода въ іодистомъ калии), клочки соединительной ткани, эластическія волокна, жировыя капли и игольчатые кристаллы жирныхъ кислотъ, толстые кристаллы или большія глыбки омыленныхъ жирныхъ кислотъ, лейкоциты, красныя кро-

вяныя тѣльца, эпителиальныя клѣтки, кристаллы Charcot-Leyden'a, кристаллы триплъфосфатовъ въ видѣ гробовыхъ крышекъ и пр. Кромѣ того иногда встрѣчаются кишечныя глисты, protozoa, бактеріи кишечные камни, желчные камни, желчный песокъ (см. ниже главу объ общей діагностикѣ болѣзней печени).

Рвота, составляющая обычное явленіе при непроходимости кишекъ, наступаетъ тѣмъ раньше, чѣмъ выше въ кишечникѣ находится препятствіе. Каловой характеръ рвота пріобрѣтаетъ только при закупоркѣ нижнихъ отдѣловъ тонкихъ кишекъ или толстыхъ кишекъ. Кромѣ того рвота наблюдается при перитонитѣ, причемъ сначала рвотныя массы состоятъ изъ содержимаго желудка, позже изъ желчи, но никогда не пріобрѣтаютъ калового характера. Часто рвота бываетъ также при холерѣ и отравленіи мышьякомъ.—Вздутіе живота газами имѣетъ большое діагностическое значеніе въ томъ отношеніи, что прекращеніе отхожденія кишечныхъ газовъ является симптомомъ непроходимости кишекъ. Помимо непроходимости кишекъ симптомъ этотъ наблюдается при перитонитѣ и перитифлитѣ вслѣдствіе паралича нижнихъ отдѣловъ кишечника.—При усиленіи процесса гніенія бѣлковыхъ веществъ въ кишечникѣ образуется индолъ, выдѣляющійся въ мочѣ въ формѣ индоксилъ-сѣрнокислаго калія, индикана. Индиканурія наблюдается поэтому при непроходимости кишекъ, при перитонитѣ, равно какъ при болѣзняхъ желудка и кишекъ, сопровождающихся усиленнымъ разложеніемъ кишечнаго содержимаго.

Животъ. Ладьеобразное втягиваніе брюшныхъ покрововъ (менингитъ, свинцовая колика, энтеральгія) общее вздутіе живота вслѣдствіе скопленія газовъ въ кишкахъ (метеоризмъ), проникновеніе воздуха въ брюшную полость (прободной перитонитъ), скопленіе жидкости въ полости живота (асцитъ) или развитіе новообразованія. Скопленіе газовъ въ кишкахъ (метеоризмъ intestinalis) наблюдается часто при употребленіи пучащей пищи, неврозѣхъ (истеріи), катаррѣ кишекъ, брюшномъ тифѣ (на 1-й и 2-й недѣлѣ), острымъ и хроническомъ перитонитѣ, суженіи и непроходимости кишекъ.

Относительно проникновенія воздуха въ брюшную полость см. «Прободной перитонитъ».

Скопленіе свободной жидкости въ брюшной полости (асцитъ) наблюдается или вслѣдствіе общей водянки при болѣзняхъ сердца и почекъ, или какъ симптомъ заболѣваній печени, воротной вены или брюшины. Въ послѣднемъ случаѣ бываетъ либо только асцитъ, либо къ нему впослѣдствіи присоединяется отекъ конечностей. При асцитѣ животъ при положеніи на спинѣ бываетъ выпяченъ по бокамъ и уплощенъ въ области пупка; въ сидячемъ положеніи животъ выпячивается впередъ и внизъ. На мѣстѣ скопленія жидкости получается притупленный, а выше нея (въ положеніи на спинѣ—въ области пупка) тимпаническій перкуторный звукъ. Граница притупленія мѣняется при перемѣнѣ положенія тѣла. (Признакъ этотъ можетъ отсутствовать при срощеніяхъ брюшины). При перитонитическомъ эксудатѣ животъ бываетъ сильнѣе напряженъ и чувствителенъ при давленіи, граница жидкости образуетъ неправильную линію и благодаря перитонитическимъ склейкамъ и срощеніямъ или совершенно не измѣняется при перемѣнѣ положенія тѣла, или измѣняется мало. При хроническомъ перитонитѣ (карциноматозъ, туберкулезъ) чувствительность живота при давленіи можетъ быть сравнительно незначительной. Если имѣется застойный асцитъ, то большею частью замѣчается набуханіе венъ брюшныхъ стѣнокъ, преимущественно вокругъ пупка (caput Medusae). Удѣльный вѣсъ асцитической жидкости, добытой проколомъ, не превышаетъ 1012 (застойный трансудатъ), удѣльный вѣсъ перитонитической жидкости равняется 1018 и болѣе (серозный эксудатъ). Выпячиваніе всего живота можетъ быть обусловлено кистой яичника, а болѣе или менѣе ограниченное выпячиваніе—гидронефрозомъ или эхинококкомъ. Содержимое яичниковой кисты часто бываетъ слизистымъ или густымъ, содержитъ бѣлокъ и псевдомуцины (осаждается только при прибавленіи алкоголя) и имѣетъ удѣльный вѣсъ отъ 1010 до 1024. При эхинококкѣ жидкость большею частью бываетъ прозрачной, не содержитъ бѣлка, но зато содержитъ поваренную соль и янтарную кислоту; удѣльный вѣсъ ея 1018—1014. При гидронефрозѣ жидкость бываетъ свѣтлой и содержитъ бѣлокъ, мочевины и мочевую кислоту; удѣльный вѣсъ ея 1010—1018.

Опухоли брюшной полости, достигшія большихъ размѣровъ, ведутъ къ неравномѣрному выпячиванію живота. На мѣстѣ опухоли опредѣляется притупленіе. При опухоляхъ яичниковъ и при беременности тупость простирается отъ малаго таза вверхъ, образуя выпуклую кверху линію; боковыя части живота даютъ ясный тимпаническій звукъ. Граница тупости не измѣняется при перемѣнѣ положенія тѣла. Опухоль въ надчревной области бываетъ чаще всего

при ракъ желудка, а опухоль въ правой повздошной области—при аппендицитѣ и перитифлитѣ; при аппендицитѣ наиболѣе чувствительна при давленіи точка, лежащая на срединѣ между *spina anterior superior* и пупкомъ (точка Mc. Burney). Относительно опухолей въ области печени см. «Болезни печени». Для опредѣленія мѣстоположенія локализациі опухоли, если оно не можетъ быть установлено одной перкуссіей и пальпацией, прибѣгаютъ къ вдуванію воздуха въ толстыя кишки *per rectum* посредствомъ кишечной трубки. Подробности см. въ главѣ. Ракъ кишекъ. Каловыя опухоли отличаются отъ другихъ опухолей живота тѣмъ, что онѣ расположены по ходу толстыхъ кишекъ, бываютъ мягче на-ощупь, и послѣ обильной клизмы измѣняются въ своей формѣ или совсѣмъ исчезаютъ. Во всѣхъ случаяхъ суженія и непроходимости кишекъ, а также при опухоляхъ брюшной полости нужно изслѣдовать чрезъ прямую кишку, а у женщинъ также чрезъ влагалище; кромѣ того необходимо изслѣдовать грыжевыя отверстія.

Общая терапія болѣзней кишекъ.

Діета при болѣзняхъ кишекъ различна въ зависимости отъ рода и формы заболѣванія. Подробнѣе объ этомъ будетъ сказано поэтому при разсмотрѣніи отдѣльныхъ заболѣваній, въ частности запора и поноса.

Большое значеніе имѣетъ установленіе точныхъ сроковъ для приѣма пищи. Слѣдуетъ ли принимать пищу почаще и небольшими порціями или сохранить обычные сроки для приѣма пищи, это зависитъ отъ особенностей даннаго заболѣванія. И при болѣзняхъ кишекъ важно, чтобы больной ѣлъ медленно и хорошо разжевывалъ пищу. Ношеніе узкаго платья очень сильно отражается на дѣятельности брюшныхъ органовъ. Покой способствуетъ успѣху леченія при болѣзняхъ кишечника; при привычномъ запорѣ, напротивъ, благоприятное вліяніе оказываютъ регулярныя тѣлесныя движенія. Въ происхожденіи или улучшеніи болѣзней кишекъ большую роль играетъ, какъ извѣстно, простуда (перемѣна погоды, особенно весной и осенью). Поэтому важно держать въ теплѣ животъ при помощи набрюшника, носить шерстяное бѣлье и содержать въ теплѣ ноги.

Кишечное вливаніе (энтероклизма) имѣетъ цѣлью ввести жидкость возможно высоко въ кишечный каналъ (даже въ тонкія кишки). Наиболѣе важныя показанія для него слѣдующія: 1. Удаленіе каловыхъ массъ изъ прямой, ободочной и слѣпой кишки при копростазѣ, устраненіе запора при перитонитѣ (масло или мыльная вода). 2. Возстановленіе проходимости кишекъ при закупоркѣ ихъ каловыми камнями, при инвагинаціи кишекъ, заворотѣ кишекъ, ущемленіи внутренней грыжи (вливаніе большого количества масла съ послѣдующимъ вливаніемъ мыльной воды или раствора двууглекислаго натра). 3. Противокатаральное дѣйствіе (вливаніе углекислыхъ натуральныхъ минеральныхъ водъ или раствора двууглекислаго натра въ водѣ (1 столовая ложка на 1—2 литра воды). 4. Вяжущее дѣйствіе (5—10—20 грм. таннина на 1½—2 литра воды 38—40°, иногда съ прибавленіемъ 30—50 грм. *Gummi arabic.* или 20—30 капель *Tinct. Opii*) при хроническомъ катаррѣ тонкихъ или толстыхъ кишекъ, сопровождающемся поносомъ и отдѣленіемъ слизи, resp. также при кишечныхъ язвахъ. 5. Дезинфицирующее дѣйствіе путемъ прибавленія азотнокислаго серебра (0,2—

1,0 : 1000), таннина (5,0 : 1000), солянокислаго хинина (1,5 : 1000), известковой воды (50,0 : 1000) или резорцина (5,0 : 1000). Такія клизмы примѣняются при инфекціонныхъ катаррахъ кишекъ, сопровождающихся сильнымъ броженіемъ, при дизентеріи, холерѣ и брюшномъ тифѣ. 6. Пониженіе температуры тѣла при сильной лихорадкѣ. Прекрасное средство при жаровомъ ударѣ. 7. Повышеніе температуры тѣла путемъ вливанія воды въ $38-40^{\circ}$, особенно въ алгидной стадіи холеры. 8. Изгнаніе кишечныхъ глистъ (см. Helminthiasis). 9. Питательные клистиры (см. ниже). 10. Для введенія лекарственныхъ веществъ, если таковыя не могутъ быть введены per os (хининъ, салициловый натръ, іодистый калий). Количество вливаемой жидкости различно въ зависимости отъ показаній. Для обыкновенной клизмы достаточно $\frac{1}{2}$ —1 литра жидкости, для промыванія кишечника и для лекарственныхъ клизмъ необходимо 2 литра и болѣе. Послѣ вливанія жидкости больной долженъ лежать на спинѣ и постараться, какъ можно дольше, удержать введенную жидкость. Чистыя масляныя клизмы (у дѣтей до 50, у взрослыхъ 100—400 куб. см. теплаго очищеннаго прованскаго масла) особенно рекомендуются при хроническихъ запорахъ, коликахъ въ ободочной кишкѣ, равно какъ при кишечныхъ язвахъ, а также при чувствительныхъ неврозахъ кишекъ и при желчнокаменной болѣзни.

Электризація кишекъ производится или чрезъ брюшныя покровы (анодъ на спину, катодъ по ходу ободочной кишки), или черезъ прямую кишку, въ которую вводится электродъ на 8—12 см. Примѣняется какъ гальванизація, такъ и фарадизація, а именно при неврозахъ кишекъ (гастральгія, энтеральгія, усиленная перистальтика, спазмъ кишекъ, ректальныя кризы, параличъ сфинктера) и при атоніи кишечника.

Массажъ кишекъ примѣняется при слабости и атоніи кишекъ, сопровождающейся запорами и метеоризмомъ. Важнѣйшія манипуляціи: для возбужденія перистальтики круговыя поглаживанія вокругъ пупка, для воздѣйствія на печень и поперечную часть ободочной кишки—поглаживаніе, начиная отъ восходящей части ободочной кишки вдоль печени и поперечной части ободочной кишки къ нисходящей части, для воздѣйствія на слѣпую кишку и восходящую часть ободочной кишки—поглаживаніе надъ областью слѣпой кишки снизу вверхъ, затѣмъ особый приѣмъ для массажа S-образной кривизны, разминаніе живота, сотрясеніе желудка и поперечной части ободочной кишки.

Гимнастика является важнымъ средствомъ для устраненія запора: вольныя упражненія или гимнастика на приборахъ, затѣмъ прогулки, бѣганіе, плаванье, гребля, восхожденіе на горы, ѣзда на велосипедѣ, верховая ѣзда. Слѣдуетъ однако избѣгать всякаго переутомленія.

Водолечебныя процедуры примѣняются съ успѣхомъ при болѣзняхъ кишекъ, особенно при хроническомъ запорѣ и поносѣ, аппендицитѣ, острыхъ заболѣваніяхъ кишечника и геморроѣ. (Подробности см. въ

отдѣлѣ частной діагностики и терапіи). При неврозахъ кишекъ, связанныхъ съ общимъ неврозомъ, слѣдуетъ воздерживаться отъ мѣстнаго водолечения и примѣнять общія водолечебныя процедуры, назначаемыя обыкновенно при неврастеніи, т. е. полуванны, обертыванія и обтиранія (см. Неврастенія).

При леченіи водами примѣняются въ общемъ тѣ же источники, какъ при болѣзняхъ желудка. Наиболѣе сильнымъ слабительнымъ дѣйствіемъ обладаютъ горькія воды съ большимъ содержаніемъ сѣрнокислой магнезій (Franz-Josefsquelle, Hunyadi-Janos въ Венгріи, Friedrichshall), затѣмъ идутъ холодныя щелочно-глауберовыя воды (содержащія сѣрнокислый натръ), въ особенности Мариенбадскія воды. Слабѣе дѣйствуютъ теплыя источники, напр. Карлсбадскіе, примѣняемые также и при хроническихъ катаррахъ толстыхъ кишекъ, сопровождающихся поносами. Въ общемъ слабительныя воды не оказываютъ длительного дѣйствія при запорѣ. Для успокоенія болей и уменьшенія перистальтики примѣняются слабыя воды поваренной соли, напр. Wiesbaden, Baden-Baden, Kissingen, Soden, причѣмъ всѣ эти воды слѣдуетъ пить небольшими порціями и въ горячемъ видѣ; то же относится и къ Карлсбадскому источнику Sprudel; при анеміи рекомендуются также железистыя воды—Franzensbad, Elster, Tarasp, Pyrmont, Reinerz, Bocklet (возлѣ Киссингена), Schwalbach.

При леченіи болѣзней кишекъ лекарственныя средства стоятъ на второмъ планѣ въ сравненіи съ гигиенически-діететическими мѣрами. Тѣмъ не менѣе совершенно обойтись безъ нихъ нельзя, и примѣненные въ надлежащее время и въ надлежащемъ видѣ они даютъ прекрасныя результаты. Въ особенности это относится къ слабительнымъ средствамъ, которыми впрочемъ больные нерѣдко злоупотребляютъ. Слабительныя усиливаютъ перистальтику и вызываютъ болѣе частыя и жидкія испражненія. По степени дѣйствія различаютъ aperitiva, которыя лишь въ большихъ дозахъ вызываютъ кашицеобразныя испражненія безъ болей, laxantia или purgantia, вызывающія кашицеобразный или жидкій стулъ, и drastica, вызывающія водянистыя испражненія съ сильными коликообразными болями и тенезмами. Діететическими слабительными средствами являются компотъ, черносливъ, винныя ягоды, сиропъ изъ калифорнійскихъ винныхъ ягодъ (Califig), тамаринды (Pulpa tamarindorum), манна (sirupus Mannae), медъ, молочный сахаръ, простокваша, сыворотка, кефиръ *). Къ нѣжнымъ слабительнымъ средствамъ принадлежатъ касторовое масло (1—2 столовыхъ ложки), каломель (по 0,01—0,2 нѣсколько разъ въ день), жженая магнезія (нѣсколько разъ въ день на кончикѣ ножа), пургенъ (фенолфталеинъ)—въ таблеткахъ по 0,05 для дѣтей и по 0,1—0,5 для взрослыхъ, регулинъ (агаръ-

*) Слабительно дѣйствуетъ лишь однодневный кефиръ или, еще лучше, 12-часовой; трехдневный кефиръ вызываетъ скорѣе запоръ, двухдневный же дѣйствуетъ индифферентно.

агаръ и *extract. cascarae sagradae*) отъ 1 чайной ложки до 2 столовыхъ ложекъ въ день въ яблочномъ муссѣ или въ картофельномъ пюре, *pulvis Liquiritiae compositus* (грудной порошокъ Kurella) по 1—2 чайныхъ ложки нѣсколько разъ въ день, особенно утромъ натощакъ, различные препараты ревеня (см. Запоръ, отчасти принадлежать къ *drastica*).

Изъ слабительныхъ солей наичаще употребляются глауберова соль (*Natricumsulfuricum*, полную столовую ложку соли на $\frac{1}{4}$ литра теплой воды), главная составная часть искусственной Карлсбадской соли, *Sal Carolinum factitium* (1 чайную ложку на 2 чашки теплой воды, выпить натощакъ), горькая англійская соль (*Magnesium sulfuricum*, 1 столовую ложку на стаканъ воды), кромѣ того горькія воды (Hunyadi-Janos, Franz-Josefsquelle, Apena Friedrichshall). Къ *drastica* въ узкомъ смыслѣ слова принадлежатъ сабуръ, ремень, *cascara sagrada*, сенна, коллоидинъ, кротонное масло, подофиллинъ, ялаппа. Слабительныхъ средствъ не слѣдуетъ давать при непроходимости или суженіи кишекъ; при запорахъ ихъ нужно примѣнять лишь въ томъ случаѣ, когда измѣненіе діеты (фрукты, овощи, медъ, черный хлѣбъ) не оказываетъ достаточнаго дѣйствія. При этомъ сначала слѣдуетъ попытаться опорожнить кишечникъ посредствомъ клизмы или слабительныхъ суппозиторій (изъ мыла или глицерина). При продолжительномъ употребленіи слабительныхъ часто наступаетъ привыканіе; съ другой стороны нѣкоторые больные въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ могутъ съ одинаковымъ успѣхомъ прибѣгать къ одному и тому же слабительному средству. Важно примѣненіе слабительныхъ для удаленія вреднаго содержимаго или ядовитыхъ веществъ изъ кишекъ (при отравленіяхъ и инфекціяхъ, напр. при инфекціонномъ энтеритѣ, отравленіи мяснымъ и колбаснымъ ядомъ, дизентеріи). Правда, во всѣхъ этихъ случаяхъ большею частью уже бываетъ поносъ, но онъ оказывается недостаточнымъ для удаленія вредно дѣйствующихъ веществъ. Далѣе слабительныя примѣняются для удаленія кишечныхъ глистъ, при водянкѣ и съ отвлекающей цѣлью (напр. при болѣзняхъ глаза, уха или головного мозга).

Что касается противопоносныхъ средствъ, то въ острыхъ случаяхъ часто нельзя обойтись безъ нихъ. Если есть основаніе предполагать, что поносъ вызванъ вредными пищевыми средствами, раздражающими слизистую оболочку кишекъ, или ядовитыми веществами, то слѣдуетъ сперва дать для удаленія ихъ касторовое масло и затѣмъ уже принять мѣры противъ поноса. Изъ діететическихъ средствъ слѣдуетъ указать на желудевый какао, желудевый кофе, рисовый отваръ, сухую чернику, черничное вино, сухія винныя ягоды, затѣмъ крахмальные клизмы, *Gummigabicum* (*Mixtura gummosa*, черезъ 2 часа по столовой ложкѣ), Salep (*Mucilago Salep*, по чайной или столовой ложкѣ); изъ лекарственныхъ веществъ на первомъ планѣ слѣдуетъ поставить опій (*Tinct. Opii simpl.*, по 10—15 капель нѣсколько разъ въ день), затѣмъ идутъ препараты таннина (таннигенъ, таннальбинъ), висмутъ, *Radix Colombo*,

пих vomica, Plumb. acet. (Подробности см. въ главѣ Поносъ). При обильномъ скопленіи газовъ въ кишкахъ, которое можетъ зависѣть отъ ненормальныхъ процессовъ броженія въ кишкахъ при плохомъ пищевареніи или нецѣлесообразномъ питаніи, или же отъ нервныхъ причинъ (ипохондрія, истерія), слѣдуетъ прежде всего запретить всякіе напитки, содержащіе углекислоту, а также пищевыя средства, способствующія образованію газовъ (капуста, стручковые плоды, вообще овощи, мучныя блюда сладкіе компоты); напротивъ, слѣдуетъ рекомендовать мясо, бульонъ, чай, красное вино, слегка поджаренный бѣлый хлѣбъ, масло. Въ качествѣ средства, поглощающаго газы, хорошо дѣйствуетъ жженая магнезія:

Rp. Magnes. ustae 10,0, Elaeosacch. Foenic. 5,0. M. f. pulv. D. in scat. S. Нѣсколько разъ въ день на кончикѣ ножа.

Кромѣ того въ качествѣ вѣтрогонныхъ средствъ часто примѣняются отваръ изъ мяты, тмина, укропа, валеріаны и аниса, мятное масло (Ol. menthae piper. по 1—3 капли на приемъ), анисовое масло (Ol. Anisi, по 1—6 капель на приемъ).

При истеріи и атоніи кишекъ—Tinct. Strychni:

Rp. Tinct. Valerian. 30,0, Tinct. Strychni 3,0. M. D. S. По 20 капель 3 раза въ день.

При кишечномъ кровотеченіи — полный покой, пузырь со льдомъ на животъ, ледяныя клизмы (въ случаѣ надобности съ прибавленіемъ 10—20 грм. танина на 2 литра воды); жидкая, охлажденная пища (молоко, слизистые супы), опійная настойка, Liqueur ferri sesquichlorat., по 1—2 капель въ овсяномъ отварѣ, сначала черезъ каждыя $\frac{1}{4}$ часа, а затѣмъ черезъ 2 часа, Extract. fluid. Hydrastis canadens., по 15 капель нѣсколько разъ въ день, эрготинъ, желатина (см. выше), Plumb. acet.:

Rp. Plumb. acet. 0,03, Opii puri 0,01, Sacch. albi 0,3. M. f. pulv. D. tal. dos. 10. S. По 1 порошокъ черезъ каждыя 2—3 часа.

Относительно геморроидальныхъ кровотеченій см. ниже.

Частная діагностика и терапія болѣзней кишекъ и брюшины.

Общимъ симптомомъ болѣзней кишекъ и брюшины являются боли въ животѣ; при болѣзняхъ кишекъ бываютъ кромѣ того въ большинствѣ случаевъ неправильности стула (поносъ, запоръ, измѣненіе характера испраженій). При нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ кишекъ боли обыкновенно наступаютъ приступами. Нѣкоторыя инфекціонныя болѣзни, какъ азіатская холера, cholera nostras, дизентерія и брюшной тифъ, протекаютъ подъ видомъ тяжелой болѣзни кишекъ, точно также и нѣкоторыя отравленія (мышьякъ). По главнымъ симптомамъ болѣзни кишекъ и брюшины можно распределить въ слѣдующія группы:

1. Болѣзни, характеризующіяся поносомъ.
2. Болѣзни, при которыхъ главнымъ симптомомъ является запоръ.

3. Болѣзни, сопровождающіяся болями въ животѣ, появляющимися въ видѣ приступовъ.

4. Болѣзни, характеризующіяся общей или отграниченной чувствительностью живота при давленіи и болями.

1 группа. Болѣзни кишекъ, характеризующіяся поносомъ.

Поносъ (*diarrhoea*) наблюдается или въ качествѣ симптома при болѣзняхъ кишекъ (острый катарръ кишекъ, нѣкоторыя формы хроническаго кишечнаго катарра, язвы кишекъ, амилоидъ), а также при нѣкоторыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ (холера, дизентерія, брюшной тифъ, паратифъ, сепсисъ), или въ видѣ болѣе или менѣ самостоятельнаго состоянія въ зависимости отъ нервныхъ вліяній (душевные волненія, неврастенія), простуды живота (простудный поносъ), употребленія неподходящей пищи (*diarrhoea ex ingestis*), отравленій или употребленія слабительныхъ средствъ; наконецъ поносъ бываетъ при скопленіи ядовитыхъ веществъ въ крови (уремія) и при застояхъ въ системѣ воротной вены. Относительно леченія поноса см. сказанное выше, а также послѣдующія главы.

1. Острый катарръ кишекъ (*Enteritis catarrhalis acuta*).

Острый катарръ кишекъ характеризуется анатомически болѣе или менѣ распространенной гипереміей и припуханіемъ слизистой оболочки кишекъ, обильнымъ отдѣленіемъ слизи, опуханіемъ лимфатическихъ фолликуловъ, а въ тяжелыхъ случаяхъ также образованіемъ катарральныхъ язвъ. Нерѣдко поражается также и желудокъ (*gastroenteritis*).—Къ острому энтериту не слѣдуетъ относить случаи остраго поноса (вслѣдствіе перистальтики, употребленія слабительныхъ средствъ и т. п.), безъ анатомическихъ измѣненій. Наиболѣе частыми причинами остраго энтерита являются погрѣшности въ пищѣ, простуда, инфекции и отравленія.

Главные симптомы. Если, какъ это и бываетъ въ большинствѣ случаевъ, катарръ распространяется также и на толстыя кишки, то наблюдаются поносы, которые могутъ отсутствовать при катаррѣ однѣхъ только тонкихъ кишекъ. При катаррѣ двѣнадцатиперстной кишки часто бываетъ желтуха. Поносъ сопровождается болями и урчаніемъ въ животѣ. Въ жидкихъ, часто перемѣшанныхъ съ твердымъ каломъ испражненіяхъ находятся часто непереваренные остатки пищи (*lienteria*) и слизь. Часто наблюдается метеоризмъ и обильное отхожденіе газовъ, отсутствіе аппетита, сильная жажда, разбитость, у дѣтей часто судороги и лихорадка. Если катарръ распространился также на нижніе отдѣлы кишечника, то обыкновенно бываютъ тенезмы и испражненія содержатъ много слизи, изрѣдка кровь. Иногда бываетъ *herpes labialis*. Обыкновенно черезъ нѣсколько дней или недѣль наступаетъ выздоровленіе. У дѣтей и лицъ преклоннаго возраста возможенъ коллапсъ.

Діагнозъ сводится главнымъ образомъ къ выясненію этиологическаго момента для того, чтобы установить, лежитъ ли въ основѣ энтерита инфекціонное воспаленіе кишечника (отравленіе мяснымъ или колбаснымъ ядомъ, стрептококковая инфекция, дизентерія) или отравленіе (мышьякомъ).

Лечение. Въ легкихъ случаяхъ достаточно легкой діеты (см. ниже), ношенія набрюшника и назначенія нѣсколькихъ капель опійной настойки. При сильныхъ боляхъ, очень частыхъ испражненіяхъ, общей слабости, а также при наличности лихорадки предписать покойное положеніе въ постели, кромѣ того примѣняютъ теплые компрессы или грѣлки на животъ. Для очистки кишечника отъ вреднаго содержимаго дѣлаютъ клизмы изъ 1—2 литровъ воды, къ которой можно прибавить 10—20 грм. танина; при явленіяхъ отравленія — промыванія желудка. вмѣсто клизмъ въ большинствѣ случаевъ достаточно дать 1—2 столовыя ложки касторового масла или каломель:

Rp. Calomelanos 0,2. Sacch. lact. 0,5. M. f. pulv. D. tal. dos. 2. S.
Принять оба порошка въ теченіе дня.

Большое значеніе имѣетъ діететическое лечение. Въ первые дни исключительно жидкая пища (овсяный, рисовый отваръ и т. п.); для питья—обыкновенный чай, отваръ ромашки, липоваго цвѣта; немного сухарей, англійское печенье. Кромѣ того можно разрѣшить говяжій бульонъ, красное вино, коньякъ, какао. Изъ минеральныхъ водъ: Bilin, Fachingen, Gieshübel. По мѣрѣ улучшенія поноса — теплое кипяченое молоко, молоко съ кофе, слегка поджаренная, черствая булка, рисовая каша, отваръ черники, телячьи мозги, сладкое мясо, сырое скобленое мясо, скобленая нѣжная ветчина.

Послѣ опорожненія кишечника посредствомъ слабительнаго или промывательнаго примѣняютъ противопоносныя средства, прежде всего опіи: Tinct. Opіi simplex, 3 раза въ день по 15—20 капель (избѣгать у маленькихъ дѣтей). Далѣе:

Rp. Tannigen. 10,0. D. in scat. S. 3—6 разъ въ день на кончикѣ ножа.

Rp. Tannalbin. 15,0. D. in scat. S. 3—8 разъ въ день на кончикѣ ножа.

Rp. Bismuthi subnit. 5,0, Natr. bicarbon. 10,0. M. f. pulv. D. in scat. S. По $\frac{1}{2}$ чайной ложки 3 раза въ день.

Rp. Tinct. Kreosoti 30,0 (Kreosoti 6,0, Tinct. Gentianae 24,0). S. По 5 капель 3 раза въ день.

Rp. Tinct. antidiarrhoica 15,0 (Tinct. Strychni 2,0, Tinct. Op. simpl. 3,0, Tinct. Cascarillae 10,0). S. По 15 капель 3 раза въ день.

Rp. Xeroform 10,0 (Bismuthi tribromphenyl). S. 3—6 разъ въ день на кончикѣ ножа.

Rp. Decoct. rad. Colombo 10,0:150,0, Sir. simpl. 30,0. M. D. S. По 1 столовой ложкѣ черезъ каждые 2 часа.

Всѣ эти противопоносныя средства слѣдуетъ оставить, коль скоро поносъ прекратился. Набрюшникъ и теплое бѣлье слѣдуетъ носить и послѣ прекращенія поноса. При коллапсѣ—вино, коньякъ, Spirit. aether.; камфорное масло подъ кожу.

2. Разстройства пищеваренія у грудныхъ дѣтей.

Заболѣванія пищеварительнаго аппарата у грудныхъ дѣтей бываютъ вызваны или нецѣлесообразной по своему составу и количеству пищей, или содержащимися въ пищѣ микроорганизмами. Но оба эти момента могутъ дѣйствовать и совместно, причемъ нецѣлесообразное питаніе подготавливаетъ почву для инфекціи, создавая повышенное предрасположеніе. Такого происхожденія бываетъ, вѣроятно, большею частью очень острый желудочно-кишечный катарръ, развивающійся у грудныхъ дѣтей въ жаркіе лѣтніе мѣсяцы (дѣтская холера cholera infantum).

tum). Острый катарръ кишекъ наблюдается преимущественно у дѣтей, вскармливаемых искусственно и находящихся въ неблагопріятныхъ гигиеническихъ условіяхъ.

Симптомы. Болѣзнь начинается явленіями диспепсіи, затѣмъ появляются обильныя водянистыя испражненія (въ видѣ рисоваго отвара); иногда бываетъ лихорадка. Количество мочи уменьшено, наступаетъ прогрессирующій коллапсъ, конечности становятся холодными, наблюдается нитевидный пульсъ съ перебоями, затрудненное дыханіе, ціанозъ, западеніе родничковъ, потускнѣніе роговицы, старческое выраженіе лица. Нерѣдко бываютъ также явленія какъ бы менингита (гидроцефалоидъ): безпокойное состояніе, сведеніе затылка, судороги, отсутствіе реакціи зрачковъ, закатываніе глазъ, жевательныя движенія. Въ отличіе отъ менингита существуетъ субнормальная температура и западеніе родничковъ. Исходъ болѣею частью неблагопріятный. Въ другихъ случаяхъ явленія, правда, улучшаются, появляется аппетитъ, испражненія становятся нормальными, но ребенокъ плохо поправляется и не прибавляется въ вѣсѣ. Въ такихъ случаяхъ имѣется дѣло съ дѣтской атрофіей, которая можетъ быть устранена только при кормленіи грудью. Болѣе хроническія разстройства питанія и кишечныя разстройства у грудныхъ дѣтей бываютъ вызваны исключительно нецѣлесообразнымъ питаніемъ, въ особенности перекармливаніемъ молокомъ или мучной пищей. При перекармливаніи коровьимъ молокомъ постепенно появляется разстройство общаго состоянія и прогрессирующая апатія; мускулатура становится дряблою, кожа—блѣдною, калъ оказывается свѣтлымъ, сухимъ, крошковатымъ, имѣетъ щелочную реакцію и содержитъ комочки щелочноземельныхъ мылъ, что указываетъ на разстройство усвоенія жира. При леченіи необходимо ограничить количество молока и давать слизистые отвары, мучные супы или, еще лучше, солодовый супъ Kelleger'a (смѣсь солодоваго экстракта съ мукой и молокомъ). Въ дальнѣйшемъ, если ребенокъ плохо поправляется, надо перейти къ кормленію грудью.—Разстройства пищеваженія, вслѣдствіе перекармливанія мукой, наблюдаются рѣже, но носятъ болѣе тяжелый характеръ. Въ подобныхъ случаяхъ замѣчается повышеніе тонуса мускулатуры и повышенная рефлекторная возбудимость ея. Калъ бываетъ кашицеобразнымъ, сильно окрашенъ желчью и имѣетъ кислую реакцію; въ дальнѣйшемъ въ немъ появляются продукты гниlostнаго разложенія. Вѣсѣ тѣла сильно прибываетъ, а затѣмъ падаетъ. Часто присоединяются осложненія: воспаленіе средняго уха, бронхитъ, пневмонія, катарръ мочевого пузыря (циститъ, вызванный *bacterium coli*). Вслѣдствіе этихъ осложненій исходъ часто неблагопріятный. Въ другихъ случаяхъ наблюдается прогрессирующее исхуданіе. Лечение: кормленіе грудью, въ противномъ случаѣ вскармливаніе разбавленнымъ коровьимъ молокомъ.

Лечение остраго кишечнаго катара у грудныхъ дѣтей. Въ первые 1—2 дня нужно прекратить всякое введеніе пищи и давать только слабый чай или холодную отварную воду. Если вся вводимая жидкость извергается рвотой, то слѣдуетъ постоянно смачивать губы и ротъ ребенка и вводить жидкость по каплѣ посредствомъ пипетки. Если наступило уже сильное обезвоживаніе организма, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ подкожнымъ вливаніямъ физиологическаго раствора поваренной соли (0,9 поваренной соли на 100 частей воды), лучше всего въ области обоихъ подреберій. Обыкновенно вливаютъ 100 куб. см. 1—2 раза въ день, лучше всего изъ воронки, соединенной посредствомъ резиновой трубки съ полой иглой. При маломъ пульсѣ и угрожающемъ коллапсѣ подкожныя впрыскиванія камфорнаго масла или горчичныя обертыванія (стр. 104). Внутри для поднятія дѣятельности сердца дигаленъ съ Liqu. Ammonii anisati:

Rp. Liqu. Ammon. anisat. 4,0, Digalen. 1,0, Aq. dest. ad 10,0.
M. D. S. По 10 капель 3 раза въ день.

Для удаленія остатковъ пищи, могущихъ еще находиться въ желудочно-кишечномъ каналѣ, промываніе желудка стерильнымъ растворомъ поваренной соли (0,9:100), нагрѣтымъ до 35°, и такія же промыванія кишекъ. Кромѣ того горячія ванны въ 40°, продолжительностью въ 10 минутъ, съ послѣдующимъ закутываніемъ во фланель и согрѣваніемъ посредствомъ грѣлокъ, приложенныхъ съ обоихъ боковъ. — Начиная съ 2-го или 3-го дня и до 5-го жидкій отваръ муки (1:20), затѣмъ жидкое, содержащее мало жира молоко (1:10), небольшими порціями по 30—50 грм. или обезжиренное грудное молоко, если такое возможно имѣть. Грудное молоко можно замѣнить сывороткой коровьяго молока (створаживаніе молока посредствомъ сычужной эссенціи). Всегда однако заслуживаетъ предпочтенія грудное молоко (дать ребенку отсосать только первыя порціи молока, содержащія сравнительно мало жира). Въ дальнѣйшемъ переходятъ къ сильно разбавленному коровьему молоку съ прибавленіемъ молочнаго сахара.

3. Хроническій катарръ кишекъ (*Enteritis chronica*).

Частью гиперплазія, частью атрофія слизистой оболочки кишекъ (которая бываетъ часто аспидно-сѣраго цвѣта). Атрофіи подвергается большею частью слизистая оболочка слѣпой и восходящей части ободочной кишки. Причины: предшествовавшій острый катарръ, продолжительное нецѣлесообразное питаніе, застойный катарръ (на почвѣ болѣзни сердца или печени).

Главные симптомы. Большею частью упорные запоры, чередующіеся съ поносами, чувство давленія и полноты въ животѣ, особенно послѣ ѣды. Отсутствие аппетита, обложенный языкъ, тяжесть въ головѣ, иногда головокруженіе, ипохондрическое настроеніе. Иногда отдѣльныя мѣста живота чувствительны при давленіи, при ощупываніи присутствіе каловыхъ массъ. Прогрессирующее исхуданіе, дряблая кожа. Важно изслѣдованіе кала. При катаррѣ нижнихъ отдѣловъ толстыхъ кишекъ каловыя массы часто бываютъ покрыты слоемъ слизи; если поражены и верхніе отдѣлы толстыхъ кишекъ, то въ калѣ находятъ слизь также въ видѣ комочковъ, замѣтныхъ невооруженнымъ глазомъ или только при микроскопическомъ изслѣдованіи. При хроническомъ катаррѣ тонкихъ кишекъ слизь бываетъ обыкновенно тѣсно смѣшана съ каломъ. Особую форму, встрѣчающуюся главнымъ образомъ у нервныхъ или истерическихъ лицъ, представляетъ *colica mucosa* (*enteritis membranacea*), при которой послѣ приступа коликообразныхъ болей выдѣляются куски слизи въ видѣ трубокъ. Въ жидкихъ испражненіяхъ находятся непереваренные остатки пищи. При катаррѣ прямой кишки бываютъ слизистыя, иногда также кровянистыя испражненія и тенезмы.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ хроническій поносъ бываетъ нервного происхожденія, въ другихъ онъ зависитъ отъ недостаточнаго желудочнаго пищеваренія; въ послѣднемъ случаѣ испражненія содержатъ большею частью много остатковъ соединительной ткани.

Діагнозъ основывается главнымъ образомъ на изслѣдованіи испражненій. Кромѣ того слѣдуетъ принять во вниманіе все теченіе болѣзни и частую смѣну запоровъ и поносовъ. При поносѣ нервного происхожденія находятъ и другіе признаки невроза. Сходныя явленія могутъ наблюдаться также при амилоидѣ и ракѣ кишекъ (см. соотв. главы).

Леченіе преимущественно діететическое. Слѣдуетъ избѣгать тяжелой пищи, механически раздражающей кишечникъ, содержащей много клѣтчатки или соединительной ткани и дающей много кала, (грубые овощи, стручковые плоды, салаты, черный хлѣбъ, свѣжее жирное печенье, грубое, жилистое, копченое, сырое и жирное мясо, сало, колбасы, жирная рыба и т. п.). Напротивъ можно разрѣшить: супы съ овсяной мукой, рисомъ, саго и манной крупой, немного говяжьяго бульона, нѣжную телятину, нѣжную скобленную ветчину, цыплята, мясо голубей (безъ кожи), телячьи мозги, сладкое мясо, нежирную рыбу, сухари, англійское печенье, черствую булку, жидкую рисовую, манную и овсяную кашу, картофельное пюре, шпинатъ, винное желе; изъ компотовъ при запорахъ яблочный мусъ, черносливъ, при поносахъ черничный супъ. Для питья чай, при поносахъ желудевый какао, желудевый кофе, обыкновенный какао, красное

вино съ водой. Если молоко хорошо переносится, то можно разрѣшить кипяченое, въ случаѣ надобности немного разбавленное молоко, а также простоквашу; изъ минеральныхъ водъ—Bilin или Fachingen. При катаррѣ толстыхъ кишекъ клизмы изъ отвара ромашки или раствора танина (10:1000). При хроническомъ поносѣ—противопоносныя средства, перечисленные выше. Если, напротивъ, преобладаютъ запоры, то слѣдуетъ бороться съ ними путемъ соотвѣтственной діеты (см. выше), клизмъ (см. выше) или лекарственныхъ средствъ (см. стр. 183). Кромѣ того лечение водами въ Карлсбадѣ, Мариенбадѣ, Киссингенѣ, Гомбургѣ, Висбаденѣ и Нейенарѣ (также и при хроническихъ поносахъ). Изъ водолечебныхъ процедуръ рекомендуются сидячія ванны, полуванны (30—35°), обтиранія; при *colica mucosa* слѣдуетъ обратить вниманіе на лечение основного страданія (неврастенія, истерія), кромѣ того, примѣняютъ теплыя сидячія или общія ванны (продолжительностью въ $1\frac{1}{2}$ —1 часъ), обертыванія, горячіе компрессы, клизмы (иногда съ прибавленіемъ танина 10:1000).

Добавленіе.

Хроническій катарръ кишекъ у маленькихъ дѣтей сопровождается очень характерными явленіями, какъ-то: сильное исхуданіе, блѣдность и сухость кожи, старческой видъ, западеніе родничковъ, сильное вздутіе живота (лягушечій животъ), иногда лихорадка, опуханіе паховыхъ железъ, опрѣлость, фурункулезъ, прогрессирующая атрофія. Аппетитъ колеблется, существуетъ сильная жажда, беспокойство, бессонница. Испражненія не особенно обильныя, слизистыя, при сильномъ пораженіи солитарныхъ фолликуловъ, также слѣды крови или гноя. Теченіе часто неблагоприятное.

Лечение. Прежде всего слѣдуетъ установить причину пищевой интоксикаціи и устранить ее, т. е. или ограничить питаніе молокомъ и замѣнить послѣднее желудевымъ какао и овсянкой, или, если ребенокъ раньше питался мукой, надо давать молоко въ соотвѣтственномъ разведеніи или желудевый какао, прибавляя къ нему постепенно молоко или сливки. Кромѣ того даютъ черничный сокъ (изъ сухой или свѣжей черники) съ сахариномъ (но безъ сахара). Наилучшій способъ питанія, разумѣется, вскармливаніе грудью. Кромѣ того промыванія кишечника, теплыя ванны, согрѣвающий компрессъ на животъ. Въ качествѣ *goborantia* вино, говяжій бульонъ. Внутрь таннальбинъ или отваръ Colombo.

Rp. Tannalbin. 0,5. D. tal. dos. № 12. S. По одному порошку 3 раза въ день. (Груднымъ дѣтямъ по 0,25).

Rp. Decoct. rad. Colombo 10,0:170,0, Sir. Cort. Aurant. 20,0. M. D. S. По 1 столовой ложкѣ черезъ 2 часа.

4. Кишечныя язвы.

Кишечныя язвы могутъ протекать безъ всякихъ симптомовъ и довольно часто распознаются лишь тогда, когда появляется кишечное кровотеченіе или въ испражненіяхъ появляются гной, кровь и клочья слизистой оболочки. Иногда въ области локализациі кишечныхъ язвъ существуютъ боли и ограниченная чувствительность при давленіи. При язвахъ въ прямой кишкѣ или въ толстыхъ кишкахъ бываютъ большею частью поносы, при язвахъ тонкихъ кишекъ поносы чередуются съ запорами или не бываетъ никакихъ особенныхъ измѣненій стула.

Язва двѣнадцатиперстной кишки (*ulcus duodeni pepticum*) встрѣчается довольно рѣдко и трудно поддается распознаванію. Наблюдаются боли и чувствительность при надавливаніи болѣе вправо отъ привратника, появляющіяся нѣсколько позже послѣ приѣма пищи, чѣмъ при язвахъ желудка. Кровавой рвоты не бываетъ, но иногда существуетъ кровь въ испражненіяхъ (дегтеобразныя испражненія). Осложненіе: прободеніе и перитонитъ. Лечение такое же, какъ при язвахъ желудка.

Язвы тонкихъ кишекъ съ кишечнымъ кровотеченіемъ наблюдаются иногда при обширныхъ ожогахъ кожи.

Катарральныя язвы, преимущественно на мѣстѣ солитарныхъ фолликуловъ въ тонкихъ и толстыхъ кишкахъ, равно какъ на мѣстѣ Пейеровыхъ бляшекъ, большею частью не даютъ никакихъ симптомовъ; кромѣ того въ толстыхъ кишкахъ встрѣчаются пролежневые язвы вслѣдствіе давленія, оказываемаго твердыми каловыми массами.

Эмболическія язвы (сепсисъ, эндокардитъ), язвы при амилоидѣ кишекъ, при болѣзняхъ крови и конституціональныхъ заболѣваніяхъ не даютъ характерныхъ явленій.

Сифилитическія язвы прямой кишки бываютъ преимущественно у женщинъ. Обыкновенно онѣ расположены непосредственно надъ заднепроходнымъ отверстіемъ. Неправильная гноящаяся поверхность съ мозолистыми краями. Позже плотный, сильно суживающій просвѣтъ кишки рубецъ. Гной и кровь въ испражненіяхъ, тенезмы. Лечение специфическое. Промываніе прямой кишки, при тенезмахъ свѣчки съ опіемъ (см. ниже), забота о жидкомъ стулѣ; при стенозѣ расширение суженнаго мѣста бужами.

Тифозныя язвы помѣщаются въ нижнемъ отдѣлѣ подвздошной кишки и могутъ повести къ сильному кишечному кровотеченію въ концѣ 3-й недѣли болѣзни. См. «Брюшной тифъ».

Дизентерійныя язвы въ толстыхъ кишкахъ, см. «Дизентерія».

Дифтеритическія язвы наблюдаются преимущественно въ толстыхъ кишкахъ. Этиологія: отравленіе сулемой, холера, сепсисъ, оспа, уремия.

Туберкулезныя язвы помѣщаются въ области Баугиніевой за-
слонки въ подвздошной и въ толстыхъ кишкахъ, отличаются обыкновенно кольцеобразной формой и образуются на поверхности туберкулезнаго инфильтрата, занимающаго преимущественно фолликулы и Пейеровы бляшки. Туберкулезъ кишекъ развивается обыкновенно вторично при бугорчаткѣ легкихъ, первично же чаще въ дѣтскомъ возрастѣ, причемъ происходитъ инфекція лимфатическаго аппарата кишечника и развивается инфильтрація брыжеечныхъ железъ и кишечныхъ фолликуловъ. Главныя симптомы: упорные поносы, часто чередующіеся съ запорами. Въ испражненіяхъ иногда находятъ туберкулезныя бациллы (они могутъ быть однако проглочены съ мокротой), кровь и обильное количество слизи. Нерѣдко ограниченная чувствительность при давленіи, особенно въ области правой подвздошной ямки, гдѣ прощупывается и опухоль. У дѣтей удается иногда прощупать черезъ брюшныя покровы пакеты увеличенныхъ брыжеечныхъ железъ. Животъ большею частью вздутъ, рѣже втянутъ. Постепенно усиливающееся исхуданіе (*tabes mesaraica*).—Течение большею частью неблагоприятное. Иногда язвы заживаютъ и ведутъ къ образованію суженій. Діагнозъ. Отъ хроническаго катарра туберкулезъ кишекъ отличается почти постоянно имѣющей (гектической) лихорадкой. Кромѣ того часто наблюдается бугорчатка другихъ органовъ (легкихъ). Лечение. Назначеніе діеты, какъ при хроническомъ катаррѣ кишекъ (см. выше), устраненіе поносовъ (см. выше), гидropатическія процедуры (теплые компрессы, сидячія ванны, полуванны). Относительно леченія при кишечномъ кровотеченіи см. выше.

Добавленіе.

5. Заболѣванія прямой кишки.

Проктитъ и перипроктитъ. Воспаленіе прямой кишки и окружающей ее клѣтчатки протекаетъ въ видѣ остраго или хроническаго заболѣванія и возникаетъ подъ вліяніемъ травмы, инородныхъ тѣлъ, толстыхъ комковъ

кала, прогрессирующаго воспаленія сосѣднихъ органовъ, геморроя, язвъ прямой кишки и гонорройной или сифилитической инфекціи. Симптомы: жжение въ заднемъ проходѣ, иррадирующія боли, тенезмы, слизистое и даже гнойное истечение, иногда съ примѣсью крови, боли при дефекаціи. Если вредные моменты не устранены, то воспаление и припухлость переходятъ на окружающія части. Могутъ образоваться абсцессы и свищи. Діагнозъ ставится на основаніи данныхъ осмотра и изслѣдованія пальцемъ. Лечение. Устраненіе вреднаго момента (инородныхъ тѣлъ, комки кала). Осторожныя промыванія отваромъ ромашки или теплымъ $\frac{1}{2}$ —1% растворомъ поваренной соли, при обильномъ отдѣленіи слизи промываніе 1% растворомъ таннина, при нагноеніи—1% растворомъ уксуснокислаго глинозема. Ледяные компрессы на область задняго прохода. Иногда, напротивъ, продолжительныя сидячія ванны. Противъ тенезмовъ свѣчки:

Rp. Opіi puri 0,2, Butyri Cacao 2,0. M. f. supposit. D. t. dos. № 6. S.

По 1 свѣчкѣ 2—3 раза въ день.

Діета: овсянка, нѣжное мясо, запретить пряности и спиртные напитки. Заботиться о мягкомъ стулѣ (см. «Геморрой»). При образованіи абсцесса ускорить процессъ посредствомъ теплыхъ припарокъ. Вскрыть абсцессъ, расщепить свищевые ходы.

Геморрой. Варикозное расширеніе венъ прямой кишки, преимущественно возлѣ задняго прохода, образующееся вслѣдствіе застоя крови. При хроническомъ запорѣ, давленіи каловыхъ массъ, сидячемъ образѣ жизни или застоѣ въ области воротной и нижней полوی вены вслѣдствіе болѣзней печени, сердца и легкихъ. Большею частью имѣется одновременно и катарръ сосѣдней слизистой оболочки прямой кишки. Симптомы: шишки въ области задняго прохода, выдѣленіе слизи изъ прямой кишки, поврежденіе кровотеченіе. При діагнозѣ слѣдуетъ исключить ракъ прямой кишки (см. стр. 183). Лечение. Заботиться о мягкомъ стулѣ, предписывая pulv. Liquirit. compos., по чайной ложкѣ нѣсколько разъ въ день, или горькія воды (Hunyadi Janos, Franz-Josefsquelle и др., см. выше), по стакану утромъ натощакъ, продолжительныя движенія на воздухѣ, сидячія ванны, обмываніе задняго прохода послѣ всякой дефекаціи, нераздражающую нѣжную пищу (запретить спиртные напитки). При напряженныхъ и болѣзненныхъ шишкахъ холодныя примочки изъ свинцовой воды. Кромѣ того рекомендуются анузоловые (юдъ-резорцинъ-сульфоновокислый висмутъ) суппозитории. Смазываніе мазью (ланолинъ, перуанскій бальзамъ). Благопріятное вліяніе оказываетъ холодильникъ для прямой кишки по Arzbergerу (охлажденіе происходитъ благодаря циркулирующей въ аппаратѣ водѣ, продолжительность 15 минутъ). Вправить выпавшія шишки, предварительно сдавивъ ихъ тряпочкой, смоченной въ маслѣ, и придавъ больному боковое или колѣно-локтевое положеніе. Противъ кровотеченій холодныя сидячія ванны, клизмы изъ ледяной воды, тампонада. Кромѣ того внутрь Hamamelis virginiana:

Rp. Extr. Hamamelis fluid. 30,0. S. По чайной ложкѣ 2 раза въ день.

Prolapsus ani. Чаще всего у дѣтей, кромѣ того иногда при наличности камней мочевого пузыря, затѣмъ у женщинъ, перенесшихъ нѣсколько родовъ подрядъ, и у стариковъ вслѣдствіе разслабленія мускулатуры. Выпавшую слизистую оболочку слѣдуетъ вправить, осторожно надавливая на образовавшуюся изъ слизистой оболочки воронку указательнымъ пальцемъ, обвернутымъ тряпочкой, смоченной въ маслѣ или въ холодной водѣ, и придавъ больному лучше всего колѣно-локтевое положеніе. Послѣ вправленія слѣдуетъ сжать ягодичы и удерживать въ такомъ положеніи посредствомъ полосокъ липкаго пластыря.

Fissura ani. Небольшія, но болѣзненные трещины въ области продольныхъ складокъ слизистой оболочки прямой кишки (геморрой, запоры, экзема). Довольно часто также и изъязвленіе. Судорога сфинктера при дефекаціи. Лечение. Заботиться о жидкомъ стулѣ. Мѣстное лечение прижиганіями ляписомъ. При судорогѣ сфинктера свѣчки съ кокаиномъ:

Rp. Cocain. hydrochlor. 0,03, Butyri Cacao 2,0. M. f. supposit. D. t. dos. № 5.

Часто единственнымъ средствомъ является разрѣзъ сфинктера.

2 группа. Болѣзни кишекъ, при которыхъ главнымъ симптомомъ является запоръ.

6. Привычный запоръ.

Встрѣчается въ качествѣ самостоятельной болѣзни (атоническій или спастическій запоръ), или какъ симптомъ цѣлаго ряда другихъ

болезней: новообразований кишечника, хронического катарра кишечника, болезней желудка и печени, менингита, хлороза, отравления свинцом, энтероптоза, перитонита. — Атоническая форма запора характеризуется слабостью или парезом мускулатуры кишечника и слабостью брюшных стенок. Появлению ее способствует питательная, дающая мало отбросов пища (много мяса, мало растительной пищи), недостаток движений на свежем воздухе, задержка позыва на-низъ. Часто наблюдается у многорожавших женщин вследствие дряблости брюшных покровов. Симптомы: слишком редкая или недостаточная дефекация, большею частью совершаемая съ трудомъ, взтры, чувство полноты въ животѣ, отсутствіе аппетита, частыя головныя боли, подавленное настроеніе духа. Испражнения отличаются твердой консистенціей, содержатъ мало воды, окрашены въ темный цвѣтъ. Черезъ брюшныя покровы часто удается прощупать каловыя массы, особенно по ходу толстыхъ кишечника. При спастической формѣ имѣется дѣло съ запоромъ, который возникаетъ вслѣдствіе спазма кишечной мускулатуры и долженъ быть разсматриваемъ, какъ неврозъ. Испражнения (такъ же, какъ и при органическомъ стенозѣ) имѣютъ видъ узкихъ лентъ (толщиной съ карандашъ) или овечьяго кала. При объективномъ изслѣдованіи иногда удается прощупать спастически сокращенныя петли по ходу толстыхъ кишечника, въ особенности въ области S-образной кривизны. Разстройства въ общемъ такія же, какъ при атонической формѣ. Въ отличіе отъ послѣдней имѣются позывы нанизъ, и притомъ большею частью и послѣ дефекаціи. Часто удается найти также и другіе признаки невроза. Діагнозъ атоническаго запора ставится на основаніи особенностей, испытываемыхъ больнымъ разстройствъ и прощупыванія каловыхъ массъ. Иногда трудно рѣшить вопросъ, имѣется ли дѣло съ самостоятельнымъ заболѣваніемъ или съ симптомомъ какого-либо другого страданія (см. выше). Спастическій запоръ представляетъ въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ сходство съ органическимъ суженіемъ кишечника. Длительность заболѣванія, отсутствіе усиленія симптомовъ и частое появленіе и исчезаніе спазма кишечника говоритъ за простой запоръ. Если можно подозрѣвать высоко расположенный ракъ прямой кишки, слѣдуетъ прибѣгнуть къ ректо-романоскопіи. Лечение. При атонической формѣ запора прежде всего слѣдуетъ назначить растительную пищу, дающую больше отбросовъ; кромѣ того рекомендуются движенія на свежемъ воздухѣ, гимнастика, массажъ живота, привыканіе къ дефекаціи въ опредѣленное время, даже при отсутствіи позыва на-низъ. Въ списокъ рекомендуемыхъ блюдъ слѣдуетъ включить: фруктовые супы, супы изъ обыкновеннаго или бѣлаго пива, бѣлаго вина, яблочнаго вина, говяжій бульонъ. Поменьше мяса, притомъ лучше всего жирное и обильно приправленное. Яйца въ небольшомъ количествѣ. Изъ рыбныхъ блюдъ можно разрѣшить все, но въ небольшомъ количествѣ. Побольше жира, въ особенности масла и сливокъ, гусинаго и говяжьяго сала. Побольше хлѣба, лучше всего чернаго. Мучныхъ блюдъ поменьше, лучше всего сладкія съ

большимъ количествомъ фруктоваго сока, медъ, медовые пряники, фруктовые пирожныя. Грубые овощи, какъ капуста, рѣпа, салатъ, затѣмъ чечевица, горохъ, бобы, компотъ и фрукты въ большомъ количествѣ. Для питья побольше воды (каждый день утромъ стаканъ холодной воды натощакъ), фруктовые соки, лимонадъ, яблочное вино, мозельвейнъ, обыкновенное и бѣлое пиво, немного кофе, немного молока съ молочнымъ сахаромъ.—Избѣгать слизистыхъ суповъ, какао, черники, красныхъ винъ, бѣлаго хлѣба, большого количества молока и мяса. Относительно массажа и электризаціи живота см. выше. Изъ водолечебныхъ процедуръ примѣняютъ при атонической формѣ запора шотландскій душъ на животъ, полуванны съ обливаніемъ живота, обтираній всего тѣла. Въ теченіе первой недѣли леченія слѣдуетъ способствовать правильному опорожненію кишечника обыкновенными или масляными клизмами. Начиная съ 2-й недѣли больной долженъ стараться испражняться самостоятельно. Относительно примѣненія слабительныхъ см. выше. Къ слабительнымъ слѣдуетъ прибѣгать лишь, какъ къ временной мѣрѣ, если другими мѣрами не удастся добиться достаточнаго опорожненія кишечника. Помимо перечисленныхъ выше слабительныхъ, наиболѣе употребительны слѣдующія:

Rp. Extract. Cascarae Sagradae fluid., Sirup. Cortic. Aurant, Aq. dest. aa 20,0. S. По чайной ложкѣ черезъ 2 часа до дѣйствія.

Rp. Infus. Sennae compos. 50,0. S. По 1—2 столовыхъ ложки (взрослымъ).

Rp. Tinct. Rhei vinos. 50,0. S. По $\frac{1}{2}$ чайной ложки 2—3 раза въ день до ѣды.

Rp. Pilul. laxant. F. M. B. (Aloës 5,0, Tub. Jalap. pulv. 2,5, Spirit. Sapon. q. s. F. pilul. № 50). S. По 2 пилюли въ случаѣ надобности.

Rp. Pilul. Rhei F. M. B. (Rad. Rhei pulv. 10,0, Glycerini 5,0. F. pil. № 50). S. По 2 пилюли въ случаѣ надобности.

Rp. Calomelan. 0,2, Sacch. lact. 0,5. M. f. pulv. D. t. dos. № 6. S. По 1—3 порошка въ день до дѣйствія.

Спастическая форма запора требуетъ совершенно другого леченія. Діета такая же, но менѣе строгая: много жира, сливокъ, масла, мягкихъ овощей; избѣгать грубой пищи, напр. стручковыхъ плодовъ, сырыхъ фруктовъ.—Не дѣлать массажа живота.—Болѣе нѣжная гидротерапія: теплыя ванны съ сосновымъ экстрактомъ, теплые компрессы на животъ, обертыванія.—Не принимать никакихъ слабительныхъ, а для устраненія спазма, въ случаѣ надобности, прибѣгнуть къ опійной настойкѣ (по 5 капель 2 раза въ день). Кромѣ того свѣчки съ белладонной:

Rp. Extract. Belladonnae 0,03, Olei Cacao 2,0. M. f. suppos. D. t. dos. № 4. S. Согласно предписанію врача.

При скопленіи въ кишкахъ большого количества кала клизмы изъ отвара ромашки или изъ масла.

7. Ракъ кишечника.

Въ общемъ наблюдаются тѣ же формы рака, какъ и въ желудкѣ, главнымъ образомъ цилиндроклѣточный ракъ въ видѣ аденокарциномы. Наиболѣе частой локализацией рака являются прямая кишка, затѣмъ S-образная кривизна, flexurae coli, слѣпая кишка, рѣже тонкія кишки и двѣнадцатиперстная кишка.

Обыкновенно имѣется дѣло съ первичнымъ ракомъ, нерѣдко образуются метастазы въ печени. Благодаря кольцеобразному росту возникаетъ суженіе кишки съ расширеніемъ выше расположеннаго участка, застоемъ кала и изъязвленіемъ слизистой оболочки. Суженіе можетъ временно уменьшиться при язвенномъ распадѣ новообразованія. Иногда прободеніе и образованіе свища, сообщающагося съ другими органами.

Симптомы и діагнозъ. Постепенно образующійся стенозъ кишекъ; скопленіе кала и газовъ выше мѣста суженія, запустѣваніе и истонченіе ниже расположенныхъ отдѣловъ кишекъ. Запоры, иногда рвота. Прогрессирующая кахексія, которая однако можетъ совершенно отсутствовать, особенно при ракѣ прямой кишки. — Чаше всего встрѣчается ракъ прямой кишки, расположенный большею частью въ среднемъ или въ верхнемъ отдѣлѣ прямой кишки и констатируемой при изслѣдованіи пальцемъ или ректо-романоскопией въ видѣ твердой, бугристой опухоли, часто кольцеобразно суживающей просвѣтъ кишки. Позже прямая кишка сростается съ окружающими частями. Большое значеніе имѣетъ появленіе варикозныхъ расширеній венъ прямой кишки, часто ошибочно принимаемыхъ за обыкновенный геморрой. Усиливающіеся запоры, выдѣленіе кровянисто-гнилостной жидкости изъ задняго прохода, тенезмы, тупыя иррадирующія боли въ крестцѣ и въ спинѣ. Исходъ только тогда сравнительно благопріятный, если ракъ рано распознанъ и своевременно удаленъ оперативнымъ путемъ. Ракъ толстыхъ кишекъ часто удается прощупать черезъ брюшные покровы въ видѣ опухоли. Для того, чтобы исключить каловую опухоль слѣдуетъ повторно очистить кишечникъ клизмами. Отъ другихъ опухолей брюшной полости опухоли кишекъ большею частью удается отличить посредствомъ вдуванія воздуха и кишечныхъ вливаній. Калъ часто въ видѣ лентъ или въ видѣ овечьяго кала. Появленіе повременамъ поноса съ выдѣленіемъ слизи, гноя и крови при распадѣ раковаго новообразованія подкрѣпляетъ діагнозъ. Въ остальномъ такія же явленія, какъ при суженіи или непроходимости кишекъ (см. ниже). Раковыя опухоли толстыхъ кишекъ, въ особенности поперечной части ободочной кишки, большею частью подвижны, пока онѣ не срослись съ окружающими частями. — Наибольшей подвижностью отличается болѣе рѣдко встрѣчающійся ракъ тонкихъ кишекъ, при которомъ симптомы непроходимости кишекъ обыкновенно бываютъ менѣе рѣзко выражены. Ракъ двѣнадцатиперстной кишки въ общемъ даетъ такія же явленія, какъ и ракъ привратника. Иногда наблюдается желтуха. Чрезвычайно важное значеніе имѣетъ съ точки зрѣнія своевременной операціи раннее распознаваніе рака кишечника, прежде чѣмъ разовьется сильное суженіе или станетъ прощупываться опухоль въ животѣ. Ракъ кишекъ нужно заподозрить въ томъ случаѣ, если у здороваго субъекта старше 40 лѣтъ появляются признаки суженія кишекъ. Лечение. Если оперативное лечение уже невозможно, то слѣдуетъ позаботиться о томъ, чтобы по возможности облегчить страданія больного (см. ракъ желудка).

Добавленіе.

Изъ другихъ злокачественныхъ опухолей кишекъ слѣдуетъ упомянуть о саркомѣ, которая протекаетъ въ общемъ такъ же, какъ ракъ, но даетъ менѣе рѣзко выраженные явленія съуженія; изъ доброкачественныхъ опухолей слѣдуетъ упомянуть о полипахъ прямой кишки, часто вызывающихъ кровотеченія и диагностируемыхъ точно такъ же, какъ и ракъ прямой кишки.

8. Съуженіе (стенозъ) и непроходимость кишекъ (ileus).

Въ зависимости отъ свойства препятствія различаютъ нѣсколько формъ, большею частью отличающихся другъ отъ друга и по своей клинической картинѣ:

1. Стенозъ или непроходимость вслѣдствіе съуженія просвѣта кишки:
 - а) вслѣдствіе заболѣваній кишечной стѣнки: опухоли (ракъ), рубцы послѣ дизентерійныхъ, сифилитическихъ, туберкулезныхъ и тифозныхъ язвъ;
 - б) вслѣдствіе сдавленія кишки снаружи опухолью, смѣщеннымъ органомъ (блуждающая почка, печень, матка), перитонитическими спайками;
 - в) вслѣдствіе закупорки просвѣта кишки желчными камнями, каловыми камнями, твердыми каловыми массами, кишечными паразитами.
2. Съуженіе или непроходимость вслѣдствіе ущемленія (странгуляціи) петли кишекъ:
 - а) вслѣдствіе ущемленія кишки въ наружной паховой, бедренной, пупочной грыжѣ, или вслѣдствіе внутренняго ущемленія (*hernia obturatoria*, *ischiadica*, *diaphragmatica*, *duodeno-jejunalis* и т. п.);
 - б) вслѣдствіе заворота кишечнаго узла (*volvulus*), преимущественно между *flexura sigmoidea* и петлями тонкихъ кишекъ, рѣже между различными петлями тонкихъ кишекъ или вслѣдствіе перекручиванія (*torsio*), чаще всего въ области S-образной кривизны;
 - в) вслѣдствіе инвагинаціи (*intussusceptio*, внѣдреніе кишекъ), какъ въ области тонкихъ кишекъ, такъ и толстыхъ, чаще всего вслѣдствіе внѣдренія подвздошной кишки въ слѣпую или ободочную, большею частью у дѣтей.
3. Стенозъ или непроходимость вслѣдствіе паралича кишечника (рѣже вслѣдствіе спазма кишечника), паралитическая непроходимость кишекъ въ противоположность механическому *ileus*, указанному подъ пунктами 1-мъ и 2-мъ. Наблюдается при перитонитѣ, при эмболии брыжеечныхъ артерій (геморрагическій инфарктъ, сопровождающійся кровянистымъ стуломъ и такими же явленіями, какъ при инвагинаціи, — при болѣзняхъ кровеносной системы), послѣ брюшныхъ операций (чревосѣченіе, выпускание асцитической жидкости), при хроническихъ заболѣваніяхъ кишечника, при желчной коликѣ, неврозахъ и поврежденіяхъ спинного мозга.

Главные симптомы. Съуженіе, неполная и постепенно усиливающаяся непроходимость сказывается запорами, иногда чередующимися съ поносами, лентообразными или похожими на овечій калъ испражненіями, отрыжкой, метеоризмомъ, коликообразными болями въ опредѣленномъ мѣстѣ, усиленной видимой или ощущаемой перистальтикой кишекъ, расположенныхъ выше съуженія. Всѣ эти явленія усиливаются при прогрессирующемъ съуженіи; отрыжка газами, имѣющими запахъ кала, каловая рвота (*miserege*), прекращеніе отхожденія вѣтровъ, метеоризмъ, усиливающаяся перистальтика, урчанье и шумъ плеска въ петляхъ кишекъ, расположенныхъ выше съуженія, постепенно прогрессирующій коллапсъ.

Гораздо болѣе бурныя явленія наблюдаются въ томъ случаѣ, когда непроходимость кишекъ обусловлена ущемленіемъ, перекручиваніемъ, заворотомъ или инвагинаціей. Внезапно появляющаяся чрезвычайно сильная боль въ опредѣленномъ мѣстѣ, рвота сначала желтыми, а потомъ зеленоватыми и наконецъ каловыми массами, тяжелое общее состояніе, шокъ, коллапсъ. Кромѣ того метеоризмъ (вздутіе сред-

нихъ отдѣловъ живота говорить за непроходимость такихъ кишекъ, вздутіе боковыхъ частей—за непроходимость толстыхъ кишекъ); иногда удается различить при осмотрѣ или ощупываніи перетянутую сильно вздутую кишечную петлю, въ которой не замѣтно никакихъ перистальтическихъ движеній. — При инвагинаціи обыкновенно уже съ перваго дня наблюдается выдѣленіе изъ задняго прохода кровянисто-слизистой жидкости, сопровождающееся сильными болями въ животѣ; кромѣ того тенезмы, рвота и вздутіе живота. Иногда удается прощупать внѣдренную часть кишки черезъ брюшные покровы въ видѣ колбасовиднаго, подвижнаго и чувствительнаго при давленіи тяжа: рѣже внѣдренная часть кишки доходитъ до прямой кишки.

При паралитическомъ ileus непроходимость кишекъ часто является лишь временной (за исключеніемъ непроходимости при эмболии кишечныхъ сосудовъ). Газы обыкновенно отходятъ. Если причиной является перитонитъ, то наблюдаются лихорадка, вздутіе всего живота, напряженіе мышцъ (*défense musculaire*) и другіе симптомы характерные для перитонита (см. соотв. главу).

При постановкѣ діагноза прежде всего слѣдуетъ установить причину непроходимости; поэтому обязательно надо изслѣдовать грыжевыя отверстія и произвести изслѣдованіе черезъ прямую кишку, а у женщинъ также черезъ влагалище. Кромѣ того ректо-романоскопія. Важно изслѣдованіе мочи на индиканъ (индиканурія): количество индикана увеличено при непроходимости тонкихъ кишекъ, затѣмъ при осложненіи перитонитомъ; при непроходимости толстыхъ кишекъ индиканъ отсутствуетъ или находится въ небольшомъ количествѣ въ первые дни заболѣванія, въ дальнѣйшемъ же индиканурія появляется и при непроходимости толстыхъ кишекъ. Суточное количество мочи сильно падаетъ при непроходимости тонкихъ кишекъ и не такъ рѣзко при непроходимости толстыхъ кишекъ. Въ общемъ при суженіи тонкихъ кишекъ рвота появляется раньше, чѣмъ при суженіи толстыхъ кишекъ. Вздутіе верхней части живота и области желудка говоритъ за локализацию стеноза въ верхнихъ отдѣлахъ тонкихъ кишекъ, вздутіе средней части живота—за суженіе въ среднихъ отдѣлахъ тонкихъ кишекъ, вздутіе боковыхъ частей живота—за суженіе въ толстыхъ кишкахъ.

Леченіе. Въ случаяхъ остраго странгуляціоннаго ileus (при ущемленныхъ грыжахъ), а также при явленіяхъ заворота и перекручиванія кишекъ слѣдуетъ какъ можно раньше приступить къ оперативному вмѣшательству; то же необходимо и въ большинствѣ случаевъ инвагинаціи кишекъ. При медленно развивающейся непроходимости, напр. при опухоляхъ и рубцовыхъ суженіяхъ кишечной стѣнки, при сдавленіи кишки опухолью, расположенной внѣ ея, при закупоркѣ просвѣта кишекъ, вначалѣ слѣдуетъ придерживаться выжидательнаго образа дѣйствій и попытаться устранить непроходимость внутренними средствами, если только удаленіе новообразованія (ракъ) уже само по себѣ не является достаточнымъ показаніемъ къ оперативному вмѣшательству.

При паралитической непроходимости хирургическое вмешательство показано лишь при эмболии кишечныхъ сосудовъ, сопровождающейся гангреной кишки и кровянисто-слизистымъ стуломъ.—Внутреннее лечение съуженія кишекъ заключается въ назначеніи надлежащей діеты (мягкая, кашицеобразная, дающая мало испражнений пища: питательные супы, говяжій бульонъ, яйца, питательные препараты) или иногда питательныхъ клизмъ, въ примѣненіи клизмъ изъ теплой воды или нагрѣтаго масла (приблизительно въ $\frac{1}{2}$ литра), горячихъ или теплыхъ компрессовъ на животъ при наличности болей; внутрь даютъ опійную настойку, вначалѣ по 20—30 капель, а затѣмъ меньше. Если имѣется дѣло съ остро протекающей полной непроходимостью кишекъ, то слѣдуетъ отказаться совершенно отъ введенія какой бы то ни было пищи, а давать больному только кусочки льда. Кромѣ того высокія клизмы, питательные клистиры, опій, согрѣвающий компрессъ. При коллапсѣ подкожное вливаніе раствора поваренной соли. Слабительныя безусловно противопоказаны. Белладонна въ суппозиторіяхъ:

Rp. Extract. Belladonnae, Opіi puri \overline{aa} 0,03, Butyri Cacao 2,0. M. f. Suppos. D. tal. dos. Nr. 4 S. Согласно предписанію врача.

9. Энтероптозъ (болѣзнь Glénard'a).

Опущеніе брюшныхъ внутренностей, желудка и двѣнадцатиперстной кишки (см. «Гастроптозъ»); толстыхъ кишекъ и S-образной кривизны, печени, селезенки, почекъ (см. «Нефроптозъ») вслѣдствіе разслабленія брюшныхъ стѣнокъ (частые роды, исхуданіе, грыжи, операціи, выпусканіе асцитической жидкости) или вслѣдствіе сильнаго шнурованія. Разстройства пищеваренія, запоры, анемія, ипохондрія, нервныя явленія. Чаше у женщинъ. Во многихъ случаяхъ удается доказать ненормальную подвижность 10-го ребра. Лечение: ношеніе эластическаго бинта для поддержанія брюшныхъ внутренностей, водолечебныя процедуры, какъ при атоніи кишекъ, фарадизація и массажъ живота. Лечение кишечныхъ явленій и общей нервозности.

3 группа. Заболѣванія кишекъ, отличающіяся болями въ животѣ, появляющимися въ видѣ приступовъ (пароксизмовъ).

10. Энтеральгія (кишечная колика).

Сильныя боли въ животѣ, большею частью въ видѣ приступа, часто иррадирующія въ спину и въ бедра и въ отличіе отъ болей, вызываемыхъ органическими страданіями кишекъ (воспаленіе, болѣзни кишекъ, кишечныя извы, опухоли) исчезающія совершенно или ослабѣвающія при надавливаніи. Животъ напряженъ, часто ладьеобразно втянутъ, иногда слегка вздутъ. Часто ясно видимая перистальтика. Обыкновенно имѣются запоры. Температура не повышена. Причиной этого невроза

является непосредственное раздраженіе кишечныхъ нервовъ неподходящей пищей, сильными слабительными средствами, глистами, каловыми массами, ядовитыми веществами (свинецъ, мѣдь), рефлекторное раздраженіе при простудѣ, болѣзняхъ печени, почекъ, женскихъ половыхъ органовъ, затѣмъ въ видѣ чистаго невроза при неврастеніи, истеріи, страданіяхъ спинного мозга.

Особую форму энтеральгіи представляетъ свинцовая колика. Она появляется въ видѣ обыкновенной кишечной колики. При этомъ полное отсутствіе аппетита, *foetor ex ore*, рѣзко замедленный, напряженный пульсъ, свинцово-сѣрая кайма на деснахъ, сначала возлѣ рѣзцовъ. См. «Отравленіе свинцомъ». Существуетъ спастическій запоръ, улучшающійся подѣ влияніемъ опія.

Леченіе обыкновенной кишечной колики прежде всего должно быть направлено противъ основного страданія (неврозы) или противъ отдѣльных вредныхъ моментовъ. Особенно хорошо дѣйствуютъ общія водолечебныя процедуры (обертыванія, полуванны, обтиранія), какъ это будетъ описано болѣе подробно при разсмотрѣніи неврозовъ; напротивъ, мѣстное гидротатическое леченіе большею частью противопоказано. Если въ качествѣ этиологическаго момента играетъ роль простуда, то умѣстны продолжительныя теплыя ванны и потогонное леченіе посредствомъ питья отвара ромашки или бузиноваго чая. Вредные остатки пищи должны быть удалены слабительнымъ (касторовое масло). Въ другихъ случаяхъ не слѣдуетъ прибѣгать къ слабительнымъ, а надо скорѣе давать опійную настойку, по 20—25 капель.

При свинцовой коликѣ—устраненіе вреднаго вліянія профессіи (работѣ по металлу, наборщики, маляры); противъ болѣй морфіи, опіи, белладонны; кромѣ того вдыханіе амилнитрита, по 5 капель (ср. стр. 79).

Rp. Extract. Belladonnae 0,2, Extract. Strychni 0,1, Extract. Opii 0,2, Pulv. et succi Liquirit. q. s. ut f. pil. Nr. 30. S. По 1 пилюль 3 раза въ день.

Rp. Tinct. Opii simpl. 2,5, Kal. bromat. 10,0, Aq. dest. ad 200,0. D. S. Черезъ 2 часа по столовой ложкѣ.

Кромѣ того іодистый калий внутрь и сѣрныя ванны. См. «Отравленіе свинцомъ».

Коликообразные приступы боли могутъ быть вызваны также желчными камнями и инфекціоннымъ воспаленіемъ желчныхъ путей; въ смыслѣ распознаванія большею частью имѣетъ значеніе локализациа болѣй и нерѣдко встрѣчающіяся другія явленія (увеличеніе печени, желтуха, камни и желчный песокъ въ испраженіяхъ (см. «Желчные камни»).— При почечной коликѣ боли локализируются больше въ поясницѣ, иррадируютъ въ бедра и въ область таза и пупка; кромѣ того часто бываютъ явленія со стороны мочевого пузыря (тенезмы, скудное отдѣленіе мочи, иногда примѣсь крови, мочевоі песокъ, равно какъ и камни (см. «Почечные камни»). Относительно перитонита см. ниже.

4 группа. Болѣзни кишекъ, характеризующіяся разлитой для ограниченной чувствительностью живота при давленіи и болями.

Къ этой группѣ относится прежде всего воспаленія брюшины; послѣднее или распространяется на всю брюшину (острый или хроническій разлитой перитонитъ), или, благодаря образованію сращеній или спаекъ, ограничивается, послѣ предшествовавшаго часто общаго раздраженія брюшины (ранній выпотъ), первоначальной исходной точкой, преимущественно областью слѣпой кишки, матки и ея придатковъ, поддиафрагмальной областью (острый или хроническій ограниченный перитонитъ). Причиной перитонита является большею частью инфекция (стрептококки, пневмококки, кишечная палочка, стафилококки, гонококки), иногда способствующимъ моментомъ бываетъ травма или механическое раздраженіе. Большею частью инфекция брюшины является вторичной, исходя изъ кишекъ, желудка, другихъ брюшныхъ внутренностей, половыхъ органовъ; иногда она является и первичной благодаря поврежденіямъ или безъ опредѣленной причины (гематогенная, идиопатическая инфекция).—Хроническая форма разлитого перитонита большею частью зависитъ отъ туберкулезной инфекции или имѣетъ въ основѣ раковое пораженіе.

II. Острый разлитой перитонитъ (*Peritonitis acuta diffusa*).

Гиперемія и помутнѣніе серозной оболочки, довольно быстро покрывающейся тонкимъ слоемъ клейкаго эксудата; затѣмъ слѣдуетъ развитіе серознаго, гнойнаго или гнилоснаго выпота. Фибринозные и серозные выпоты ведутъ къ образованію спаекъ—перитонитическихъ спаекъ, также къ сращеніямъ и перегибу кишечныхъ петель; гнойные выпоты могутъ инкапсулироваться или прорваться. Наиболѣе частыми причинами разлитого перитонита являются прободеніе язвы желудка, кишечныя язвы, червеобразнаго отростка, желчнаго пузыря, абсцессовъ брюшныхъ органовъ, непроходимость кишекъ, ракъ, заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ, мочевого пузыря, почекъ, почечныхъ лоханокъ, печени, селезенки, брыжеечныхъ железъ, плевры; кромѣ того перитонитъ встрѣчается какъ одно изъ явленій общаго сепсиса, особенно послѣ родовой горячки, равно какъ при инфекціонныхъ болѣзняхъ.

Главные симптомы. Сильныя боли во всемъ животѣ или болѣе ограниченныя при перфоративномъ перитонитѣ; кромѣ того рѣзкая чувствительность при давленіи и усиленіе болей при малѣйшемъ движеніи. При наличности жидкаго эксудата притупленіе въ боковыхъ частяхъ живота, при наличности фибринозныхъ отложеній перитонитическій шумъ тренія. Постепенно усиливающийся метеоризмъ съ уменьшенной печеночной тупости, при прободномъ перитонитѣ полное исчезновеніе печеночной тупости. Поверхностное, почти исключительно грудное дыханіе. Рѣзкое напряженіе брюшныхъ мышцъ (*défense musculaire*). Атонія кишечника и запоры, рѣже (при туберкулезныхъ и тифозныхъ язвахъ) поносы. Иногда явленія паралитической непроходимости кишекъ (см. выше). Часто задержка мочи, мучительная икота. Отсутствіе аппетита, обложенный языкъ, частая рвота. Сильная жажда. Лихорадка постояннаго типа, при сепсисѣ также потрясающіе ознобы. При нарастающемъ коллапсѣ—холодный потъ, осунувшійся видъ, впалые глаза, холодныя ко-

нечности. Пульсъ, съ самого начала учащенный и мягкій, становится неправильнымъ.—Течение безъ раннего оперативнаго вмѣшательства обыкновенно неблагоприятное. Лучшій прогнозъ даютъ перитониты, вызванные пневмококками, преимущественно у дѣтей, равно какъ гонорройные перитониты, исходящіе изъ матки и ея придатковъ, вначалѣ дающіе довольно рѣзко выраженные явленія, но затѣмъ вскорѣ обнаруживающіе значительное улучшение.

При постановкѣ діагноза, не возбуждающаго никакихъ сомнѣній при наличности рѣзко выраженныхъ симптомовъ, слѣдуетъ рѣшить вопросъ, имѣется ли дѣло съ разлитымъ перитонитомъ или лишь съ общимъ раздраженіемъ брюшины (ранній выпотъ) на почвѣ ограниченаго перитонита. Локалізація болей и напряженія мышцъ, равно какъ анамнезъ указываютъ на исходную точку заболѣванія; то же относится къ мѣсту прободенія при прободномъ перитонитѣ. Возможно раннее распознаваніе имѣетъ огромное значеніе для своевременнаго оперативнаго вмѣшательства.

Лечение. Хирургическое вмѣшательство въ свѣжихъ случаяхъ прободнаго перитонита до появленія признаковъ коллапса, съ цѣлью сдѣлать доступнымъ мѣсто прободенія и рационально бороться съ воспаленіемъ. Во всѣхъ другихъ случаяхъ, въ особенности если въ основѣ перитонита лежитъ сепсисъ или общее заболѣваніе, или если невозможно опредѣлить исходную точку воспаленія,—внутреннее лечение. Безусловно покойное положеніе, лучше всего на водяной подушкѣ; не давать никакой пищи, при сильной жаждѣ—небольшіе кусочки льда, въ болѣе легкихъ случаяхъ изрѣдка столовую ложку бѣлковой воды или ячменнаго отвара. Осторожно прикладывать компрессы изъ ледяной воды къ животу, если только больной переноситъ ихъ; въ другихъ случаяхъ больные предпочитаютъ согревающіе компрессы. Противъ болей опій *per os* въ видѣ *Tinct. Opii simpl.*, по 25—30 капель нѣсколько разъ въ день, или въ свѣчкахъ при склонности къ рвотѣ:

Rp. Opii puri 0,05, Butyri Cacao 2,0. M. f. Suppos. D. t. dos. № 6. S. По 1 свѣчкѣ 3 раза въ день.

Кромѣ того морфій подъ кожу (по 0,015—0,02). При угрожающемъ коллапсѣ подкожныя инъекціи камфорнаго масла. Затѣмъ вливанія фізіологическаго раствора поваренной соли, по 200 куб. см. въ обѣ подключичныя ямки, нѣсколько разъ въ день. При вздутіи живота газами ввести трубку въ прямую кишку.

12. Хроническій перитонитъ (*Peritonitis chronica, exsudativa, tuberculosa, carcinomatosa*).

а) Хроническій эксудативный перитонитъ развивается изъ остраго перитонита послѣ долго существовавшаго асцита, послѣ травмъ или въ зависимости отъ аппендицита, кишечныхъ язвъ. Главные симптомы. Медленное накопленіе эксудата, отличающагося незначительной подвижностью вслѣдствіе имѣющихся болѣею частью сращеній. Послѣднія иногда удается прощупать черезъ брюшные покровы. Болѣею частью

имѣются разстройства пищеваренія, запоры, иногда поносъ. Боли значительно меньшія, нежели при острой формѣ перитонита. Лихорадка можетъ совершенно отсутствовать; обыкновенно она наблюдается при хроническомъ перитонитѣ, развившемся изъ острой формы. Исходъ можетъ быть относительно благопріятнымъ, благодаря рассасыванію эксудата и образованію сросшеній и спаекъ; напротивъ, при гнойномъ эксудатѣ (превращающемся постепенно въ творожистую массу) обыкновенно развивается въ концѣ-концовъ сепсисъ или піемія, кончающіеся смертью. Лечение. Для поддержанія силъ больного питательная легковаримая, преимущественно жидкая пища: крѣпкій бульонъ, beeftea, супъ съ виномъ и съ саго, молочный или обыкновенный супъ съ овсяной крупой, саго или желтками; сладкое мясо, телячьи мозги, немного скобленого мяса, пептонъ (по 50—100 грм. въ супѣ 2 раза въ день), мясной растворъ Leube-Rosenthal'я, соматоза, много молока, немного шпината или картофельнаго пюре, фруктовое, винное или молочное желе, коньякъ съ желтками, вино, какао, кофе, чай. Кромѣ того рекомендуются мѣстные отвлекающія средства; втираніе въ животъ зеленого (калійнаго) мыла, оставляемаго на кожѣ въ теченіе 10 минутъ и затѣмъ смываемаго теплой водой. Затѣмъ согрѣвающіе компрессы. При появленіи раздраженія кожи втиранія слѣдуетъ на время оставить. Нѣкоторые авторы рекомендуютъ компрессы изъ фанго, лечение горячимъ воздухомъ, а также электрическія свѣтовые ванны. — При значительномъ асцитѣ—проколъ. Лучшихъ результатовъ можно достигнуть путемъ чревосѣченія, иногда ведущаго къ длительному выздоровленію.

б) Туберкулезный перитонитъ большею частью наблюдается въ видѣ вторичнаго заболѣванія при туберкулезѣ кишекъ, брыжеечныхъ железъ, легкихъ и половыхъ органовъ, также при милиарномъ туберкулезѣ, иногда при циррозѣ печени. Различаютъ двѣ формы туберкулезнаго перитонита: эксудативный съ болѣе или менѣе свободнымъ выпотомъ и слипчивый. Встрѣчается чаще всего у дѣтей. Главные симптомы въ общемъ такіе же, какъ при обыкновенномъ эксудативномъ перитонитѣ. Часто наблюдаются перитонитическіе шумы тренія. При слипчивомъ перитонитѣ нерѣдко наблюдаются значительныя разстройства дѣятельности кишекъ вслѣдствіе сросшеній и перегибовъ кишекъ. У дѣтей характерно постепенно усиливающееся исхуданіе, сильное увеличеніе живота, представляющее рѣзкій контрастъ съ тонкими исхудавшими нижними конечностями. Обыкновенно бываютъ тяжелыя общія явленія и лихорадка. Запоры чередуются съ поносами (кишечныя язвы). Часто удается прощупать довольно крупныя опухоли (брыжеечныя железы), кромѣ того иногда прощупывается пораженный бугорчаткой сальникъ въ видѣ твердаго тяжа.—Теченіе при эксудативной формѣ перитонита въ общемъ благопріятнѣе, чѣмъ при слипчивой. Лечение такое же, какъ при peritonitis exsudativa chronica. Оперативное вмѣшательство (чревосѣченіе) нерѣдко ведетъ къ полному излеченію при эксудативной формѣ, а при

слипчивой лишь тогда, когда сращения не являются слишкомъ обширными.—Внутрь:

Rp. Guajacol. carbon. (Duotal) 0,5. D. t. dos, Nr. 20. S. По 1 порошку 3 раза въ день послѣ ѣды.

Rp. Thiocol. (гваяколь-сульфокислый калий) 1,0. D. tal. dos. № 20. S. По 1 порошку нѣсколько разъ въ день (Sirolin = 10% растворъ тиокола въ Sirup. Cort. Aurant, по 3—4 столовыхъ ложки въ день).

Въ видѣ послѣдовательнаго леченія пребываніе въ горной мѣстности; разсольныя ванны и морскія купанья не всегда переносятся.

с) Карциноматозный перитонитъ большею частью развивается вторично при ракъ желудка, кишекъ или матки, рѣже метастатическимъ путемъ въ видѣ множества мелкихъ узелковъ (милиарный карцинозъ) или въ видѣ опухоли, сопровождающейся накопленіемъ экссудата. Милиарный карцинозъ часто даетъ поразительно мало клиническихъ явленій. Въ общемъ симптомы такіе же, какъ при туберкулезномъ перитонитѣ. Лечение симптоматическое: облегченіе болей, питательная, легковаримая пища. См. «Ракъ желудка» и «Хроническій экссудативный перитонитъ».

Изъ ограниченныхъ перитонитовъ о хроническихъ формахъ было уже вкратцѣ упомянуто въ послѣднемъ отдѣлѣ. Остается еще рассмотреть острые формы ограниченаго перитонита, изъ которыхъ наиболѣе частыми являются воспаленіе брюшины въ области червеобразнаго отростка и поддиафрагмальный абсцессъ.

13. Аппендицитъ, перитифлитъ (воспаленіе червеобразнаго отростка, воспаленіе слѣпой кишки).

Воспаленіе червеобразнаго отростка развивается (подъ вліяніемъ различныхъ инфекціонныхъ возбудителей) вслѣдствіе застоя секрета, наличности каловыхъ камней, рѣже присутствія инородныхъ тѣлъ. Происходитъ катарральное воспаленіе слизистой оболочки, образованіе поверхностныхъ, а позже проникающихъ въ глубину язвъ (часто въ видѣ пролежней отъ давленія каловыхъ камней) и прободеніе. Съ усиленіемъ воспаленія появляется раздраженіе брюшины, которое вначалѣ можетъ быть весьма незначительнымъ, а затѣмъ (даже и безъ прободенія) можетъ повести къ образованію выпота, склейкамъ и сращениямъ (перитифлитъ). Особенно остро и бурно протекающій перитонитъ возникаетъ при прободеніи червеобразнаго отростка. Благодаря сращениямъ, успѣвшимъ образоваться въ окружности больного отростка, перитонитъ остается ограниченнымъ; если нѣтъ сращеній, то большею частью быстро развивается разлитой перитонитъ. — Простой, неосложненный аппендицитъ часто протекаетъ скрытно и даетъ лишь тогда явленія, когда въ воспалительный процессъ вовлекается брюшина. Внѣшнимъ поводомъ для такого осложненія можетъ послужить травма, сотрясеніе живота, простуда. Иногда червеобразный отростокъ облитерируется на нѣкоторомъ протяженіи, что ведетъ къ образованію водянки или эмпиемы въ периферическомъ концѣ. Въ виду всего этого разли-

часть простой катарральный, язвенный, гнойный и гангренозный аппендицитъ, кромѣ того серозный и гнойный перитифлитъ. Послѣ разсасыванія серознаго эксудата большею частью остаются перитонитическія спайки, которыя могутъ причинять боли и вести къ разстройствамъ дѣятельности кишечника; при наличности гнойнаго эксудата образуется абсцессъ, который можетъ прорваться въ брюшную полость, въ просвѣтъ кишки или наружу, если его не вскрыть путемъ разрѣза. Иногда образуется абсцессъ въ клѣтчаткѣ позади слѣпой кишки (паратифлитъ) или между діафрагмой и печенью (поддіафрагмальный абсцессъ). Нѣкоторые выдѣляютъ въ особую форму катарральное воспаленіе слизистой оболочки слѣпой кишки (*typhlitis stercoralis*), сопровождающееся застоемъ кала въ области слѣпой кишки, метеоризмомъ и легкимъ повышеніемъ температуры.

Главные симптомы. Клинически отличить различныя формы аппендицита часто невозможно. Обыкновенно заболѣваніе начинается сильными болями, локализирующимися въ области слѣпой кишки, рѣзкой чувствительностью живота при давленіи, особенно посрединѣ между пупкомъ и *spina anterior superior* (точка Mc. Burney'a); иногда въ правой подвздошной области ясно прощупывается опухоль и наблюдается притупленіе перкуторнаго звука, равно какъ усиленное напряженіе мышцъ живота въ томъ же мѣстѣ (*défense musculaire*). Запоры, иногда поносы, также рвота, отсутствіе аппетита, обложенный языкъ и большею частью лихорадка. Больные часто держатъ правое бедро согнутымъ въ тазобедренномъ суставѣ, нерѣдко правая паховая складка слегка отечна. Пульсъ большею частью остается полнымъ и напряженнымъ, учащаясь соразмѣрно съ повышеніемъ температуры тѣла; напротивъ, въ тяжелыхъ случаяхъ съ очень острымъ началомъ, при прободеніи и нагноеніи пульсъ становится сильно учащеннымъ, малымъ, мягкимъ и часто неправильнымъ. Въ большинствѣ случаевъ опухоль въ правой подвздошной области развивается лишь спустя нѣсколько дней послѣ начала заболѣванія и опредѣляется при ощупываніи въ видѣ болѣе или менѣе толстаго тяжа или въ видѣ разлитой резистентности стѣнокъ живота, а также путемъ перкуссіи. Часто явленія аппендицита улучшаются и опухоль постепенно уменьшается и даже совершенно исчезаетъ; въ другихъ случаяхъ опухоль увеличивается, и общія явленія, лихорадка, свойства пульса и лейкоцитозъ говорятъ за образованіе гнойника. Число лейкоцитовъ въ 1 куб. мм. крови, обыкновенно колеблющееся между 6000 — 8000, сильно возрастаетъ при гнойномъ воспаленіи брюшины, достигая 20.000 и болѣе (гиперлейкоцитозъ). Поэтому опредѣленіе числа лейкоцитовъ служитъ вспомогательнымъ діагностическимъ средствомъ для констатированія нагноенія при аппендицитѣ. Гиперлейкоцитоза не бываетъ, а, напротивъ, наблюдается даже лейкопенія (паденіе числа лейкоцитовъ ниже 6000) при очень быстро протекающемъ воспаленіи и при прободеніи.

Отклонения отъ обычнаго теченія наблюдаются при ненормальномъ положеніи червеобразнаго отростка въ области печени (смѣшеніе съ желчными коликами), около средней линіи тѣла, въ полости малаго таза или вблизи promontorium. Въ послѣднихъ двухъ случаяхъ, равно какъ вообще во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ надо обязательно произвести изслѣдованіе черезъ прямую кишку, а у женщинъ также черезъ влагалище. При прободеніи и при отсутствіи сращеній въ окружности воспаленнаго отростка быстро развивается картина разлитого прободнаго перитонита. Рецидивы наблюдаются часто, и даже въ промежуточное время между приступами больной не вполне освобождается отъ своихъ страданій.

Діагнозъ представляетъ затрудненія въ случаяхъ ненормальнаго положенія червеобразнаго отростка. Желчная и почечная колика имѣетъ болѣе пароксизмальный характеръ; кромѣ того при нихъ отсутствуетъ напряженіе мышцъ живота, указывающее при аппендицитѣ на участіе брюшины въ воспалительномъ процессѣ. Опухоли въ правой подвздошной области на почвѣ туберкулеза, рака и актиномикоза образуются постепенно и протекаютъ болѣе медленно.

Леченіе. Хирургическое леченіе во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ очень острое начало, явленія коллапса, плохой пульсъ, постоянная рвота и напряженіе мышцъ заставляютъ предполагать прободеніе или разлитой перитонитъ. Оперативное леченіе показано также, если увеличеніе опухоли въ правой подвздошной области, повышенная температура, учащенный, мягкій пульсъ и гиперлейкоцитозъ указываютъ на образованіе абсцесса, или если приступы часто повторяются и даже въ промежуточное время больной постоянно чувствуетъ боли въ области слѣпой кишки. Во всѣхъ прочихъ случаяхъ должно быть примѣнено внутреннее леченіе, которое, какъ показываютъ наблюденія, даетъ хорошіе результаты. Полный покой въ постели въ первые дни, воздержаніе отъ всякой пищи, затѣмъ жидкая пища, небольшой пузырь со льдомъ (на обручѣ) на область слѣпой кишки. Нѣкоторые больные лучше переносятъ согревающие компрессы или горячія припарки. При сильныхъ боляхъ Tinct. Opii simpl., 20—25 капель, позже нѣсколько меньше; при отсутствіи болей не давать никакихъ лекарствъ, въ особенности воздерживаться отъ назначенія слабительныхъ средствъ. Для опорожненія кишечника можно прибѣгать черезъ день къ небольшой клизмѣ изъ тепловатой воды или отвара ромашки. Въ теченіе первыхъ недѣль легкая діета, кромѣ того немного молока. Для питья обыкновенный чай или отваръ ромашки или липоваго цвѣта. Въ періодъ выздоровленія молочная изъ риса каша или тапиоки, яйцо въ смятку, телячьи мозги, сладкое мясо, цыплята или мясо голубей безъ кожи. Если клизмы плохо переносятся, то можно подождать съ опорожненіемъ кишечника недѣлю и дольше. Если введеніе пищи per os является затруднительнымъ, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ питательнымъ клистирамъ (см. выше).

Для послѣдовательнаго леченія послѣ приступа аппендицита, съ цѣлью рассасыванія остатковъ эксудата, рекомендуются рассольныя ванны; цѣле-

сообразно сочетать такое лечение съ леченіемъ водами, напр. въ Киссингенъ; полезно также лечение грязевыми ваннами (Marienbad, Franzensbad, Kudowa, Muskau, Flinsberg).

14. Поддіафрагмальный абсцессъ.

Скопленіе фибринозно-гнойнаго эксудата между печенью и грудобрюшной преградой или между селезенкой, желудкомъ и діафрагмой, большею частью въ забрюшинной клѣтчаткѣ съ накопленіемъ воздуха или безъ него (pyopneumothorax subphrenicus). Причиной абсцесса являются заболѣванія брюшныхъ органовъ, особенно печени, желчныхъ путей, слѣпой кишки, желудка (прободающая язва желудка, ракъ желудка), почекъ и почечныхъ лоханокъ. Нерѣдко наблюдается одновременно выпотной плевритъ на той же сторонѣ. Діагнозъ. Симптомы (лихорадка, потрясающіе ознобы, тупая боль, притупленіе) сами по себѣ не характерны. Большое значеніе имѣетъ анамнезъ, указывающій на заболѣваніе одного изъ перечисленныхъ выше органовъ. При отсутствіи плеврита удастся доказать подвижность легкихъ надъ тупостью, которая зависить, слѣдовательно, отъ процесса, расположеннаго подъ діафрагмой. При скопленіи воздуха опредѣляется надъ тупостью полоса тимпаническаго звука, отдѣляющая при наличности плеврита верхнюю и нижнюю тупость. При пробномъ проколѣ въ области нижней тупости обыкновенно получается гнойная жидкость, а въ области верхней тупости—серозная. Исходъ зависить отъ свойства основного заболѣванія и отъ возможности оперативнаго вмѣшательства. Абсцессъ можетъ прорваться въ сосѣдніе органы. Лечение—хирургическое.

Добавленіе.

15. Кишечныя глисты (Helminthiasis).

а) Ленточныя глисты.

Taenia mediocanellata s. *saginata*. Длина 3—5 метровъ, головка (scolex) нѣсколько больше булавочной головки, снабжена 4 присосками, безъ вѣнчика изъ крючьевъ. Матка отдаетъ множество тонкихъ развѣтвленій. Половое отверстіе расположено сбоку. Отдѣльные членики толстые, ближе къ головкѣ болѣе квадратные, затѣмъ болѣе длинные и болѣе узкіе. Яйца овальныя съ радіарно-исчерченной оболочкой, содержатъ крючья. Финна встрѣчается въ мясѣ рогатаго скота. Наиболѣе часто встрѣчающаяся ленточная глιστα.

Taenia solium. Длина 2—3 метра, головка величиной въ булавочную головку, снабжена 4 присосками и вѣнчикомъ изъ крючьевъ. Матка не такъ сильно развѣтвляется, половое отверстіе сбоку. Членики такіе же, какъ у *t. mediocanellata*, но нѣсколько тоньше. Яйца, какъ у *t. mediocanellata*, но нѣсколько меньше. Финна встрѣчается въ свининѣ. Встрѣчается рѣже, чѣмъ *t. mediocanellata*, но опаснѣе ея, такъ какъ финны (благодаря проникновенію зародышей въ общій токъ крови) могутъ развиваться въ различныхъ органахъ человѣка (напр. въ мозгу, въ глазу).

Bothriosephalus latus. Длина 5—8 метров. Головка нѣсколько больше булавочной головки, уплощена, снабжена 2 присосками, не имѣетъ вѣнчика изъ крючьевъ. Матка имѣетъ видъ розетки, половое отверстіе лежитъ на средней линіи. Яйца овальные, снабжены тонкой оболочкой и крышкой на одномъ концѣ. Отдѣльные членики значительно больше въ ширину, нежели въ длину. Финна встрѣчается въ мясѣ лосося и щуки.

Симптомы: неопредѣленные диспептическія явленія, боли въ животѣ, отсутствіе аппетита, иногда неутолимый голодъ, блѣдность, подавленное состояніе духа, рѣже рефлекторныя явленія (судорожныя подергиванія, головокруженіе, припадки эпилепсіи) *). Діагнозъ можетъ быть поставленъ лишь на основаніи присутствія члениковъ или яицъ въ испражненіяхъ.

Леченіе. Глистогонное леченіе: наканунѣ днемъ даютъ слабительное (1—2 столовыхъ ложки кастороваго масла, 0,4 каломеля, горькую воду), вечеромъ селедку или селедочный салатъ съ лукомъ. На другой день утромъ даютъ глистогонное (10 грм. *Extract. fil. maris*) въ горячемъ черномъ кофе и затѣмъ черезъ 2 часа снова слабительное. Вытяжка папоротника можетъ быть также принята въ желатиновыхъ капсулахъ по 1,0 въ каждой, въ продолженіе $\frac{1}{2}$ —1 часа **). Во время пріема глистогоннаго больной долженъ оставаться въ постели и сохранять спокойное положеніе на спинѣ во избѣжаніе тошноты и рвоты. Противъ тошноты коньякъ.—Дѣтямъ прописываютъ столько полуграммовъ *Extract. fil.*, сколько имъ лѣтъ. Кромѣ того *Flor. Koso* въ видѣ каши. Изъ другихъ средствъ слѣдуетъ упомянуть *Cortex Granati*, *Pelletierinum tannicum*, *Kamala*, *Semina Cucurbitae* (растереть 50—100 свѣжихъ сѣмянъ итальянской тыквы съ сахаромъ и молокомъ):

Rp. *Extract. filic. maris aether. recenter parat.* 10,0. D. S. Взболтать передъ пріемомъ съ горячимъ кофе.

Rp. *Extract. filic. maris aether. recent. parat. ab aether. liberat.* 1,0 ad capsul. gelat. D. tal. capsul. № 10. D. S. Принять утромъ натошакъ въ продолженіе $\frac{1}{2}$ —1 часа.

Rp. *Flor. Koso, Mel. depurati aa* 20,0. M. f. *electuarium*. D. S. Принять въ 2 пріема въ продолженіе часа.

Отхожденіе головки облегчается тѣмъ, что усаживаютъ больного во время изгнанія ленточной глисты на горшокъ съ теплой водой. Если головку не удастся найти, то, раньше чѣмъ приступить къ новому курсу леченія, слѣдуетъ выждать нѣсколько мѣсяцевъ.

б) Круглая глисты.

Ascaris lumbricoides, струнецъ. Самецъ длиною до 20 см., самка до 40 см., похожъ на обыкновеннаго дождевого червя, снабженъ

*) Широкий лентецъ нерѣдко вызываетъ картину злокачественнаго малокровія. Рѣже оно наблюдается и при другихъ ленточныхъ глистахъ.

Прим. ред.

**) Взамѣнъ *extr. fil. maris aether.* предложенъ въ новѣйшее время филмаронъ, который дается въ формѣ *Oleum Filmaroni* (1:10 *Ol. Ricini*), взрослымъ по 7,0—10,0, дѣтямъ по 3,0—5,0, въ два пріема съ промѣжуткомъ въ $\frac{1}{2}$ часа.

Прим. ред.

4 продольными полосками. Яйца овальные съ двойной скорлупой и съ извилистой оболочкой. Аскариды могутъ вызывать, особенно у дѣтей, такія же явленія, какъ и ленточныя глисты *).

Лечение: сантонинъ.

Rp. Trochisci Santonini à 0,025 (—0,05). № 6. S. По 2—3 лепешки въ день (спустя 3 дня слабительное!).

Rp. Santonini, Kalomelanos aa 0,03, Sacch. albi 0,5. M. f. pulv. D. tal. dos. № 6. S. По 1 порошокъ утромъ и вечеромъ.

Oxyuris vermicularis, острица. Самецъ длиною до 5 мм., самка до 10 мм., имѣетъ видъ тонкой нити. Яйца уплощены, встрѣчаются вокругъ задняго прохода. Острицы часто выходятъ изъ кишечника заползаютъ въ окружающія части (*vulva*) и причиняютъ при этомъ сильный зудъ **). Лечение: Сантонинъ и слабительныя средства не всегда ведутъ къ изгнанію острицъ. Лучше прибѣгать къ частымъ клизмамъ изъ настоя чеснока или мыльной воды (3 грм. зеленого мыла на $\frac{1}{2}$ литра воды). Втираніе въ область задняго прохода сѣрой ртутной мази.

Trichoscephalus dispar, власоглавъ, хлыстовикъ, достигаетъ въ длину до 5 см., головной конецъ вытянутъ въ видѣ тонкой нити; хвостовой утолщенъ. Яйца овальные, снабжены толстой скорлупой, оба полюса снабжены пугловатымъ вздутіемъ (по виду напоминаютъ лимонъ въ миниатюрѣ). Живетъ въ толстыхъ кишкахъ и можетъ иногда вызывать анемію, головокруженіе и явленія какъ бы менингита. Лечение: глистогонныя, слабительныя и высокія клизмы. Дѣйствіе всѣхъ этихъ средствъ однако ненадежно.

Anchylostoma duodenale, сросноустка. Самецъ длиною до 10, самка до 18 мм., нитевидной формы, сѣровато-бѣлый цвѣтъ, самка нѣсколько толще. Яйца овальные, буроватаго цвѣта, съ одной скорлупой и съ сегментаціонными шарами. Яйца встрѣчаются въ очень большомъ количествѣ въ испражненіяхъ, самыя же глисты лишь послѣ пріема глистогоннаго. Обитаетъ въ тонкихъ кишкахъ и вызываетъ тяжелое малокровіе. (Анхилостоміазъ, тропическій хлорозъ, анемія рабочихъ С.-Готардскаго туннеля, болѣзнь рудокоповъ). Развитие зародышей изъ яицъ совершается внѣ человѣческаго тѣла. Зараженіе черезъ кожу или рег. ос. Лечение. Большое значеніе имѣетъ профилактика: соблюденіе педантической чистоплотности, мытье и дезинфекція рукъ передъ ѣдой, дезинфекція испражненій. Глистогонное лечение, какъ при ленточныхъ глистахъ; кромѣ того лечение анеміи (см. соотв. главу).

О трихинозѣ см. выше.

*) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ струнцы могутъ вызвать очень опасныя состоянія, напр. задушеніе вслѣдствіе заползанія или попаданія ихъ при рвотѣ въ гортань, явленія *ileus* вслѣдствіе закупорки кишечника клубкомъ ихъ и т. п.

Прим. ред.

**) Вслѣдствіе вызываемаго ими зуда острицы могутъ давать поводъ къ онанизму; у дѣвочекъ онѣ могутъ быть причиной вульво-вагинита.

Прим. ред.

Болезни печени.

Общая диагностическая замечания.

Функциональные расстройства. Печень вырабатывает желчь; кроме того она превращает всасываемый в кишечник и доставляемый ей сахар в гликоген, образует большую часть мочевины, задерживает и отчасти нейтрализует приносимые из кишечника ядовитые вещества. При заболеваниях печени эти важные функции нарушаются в большей или меньшей степени.

Расстройство отделения желчи и поступление ее в кровь является одним из самых частых симптомов при болезнях печени.

Желтуха (icterus). Она развивается при закупорке желчных путей вследствие катара, стенозов, камней, струнцов, давления опухолей, при заболеваниях паренхимы печени (застойная желтуха), далее при отравлениях (фосфор, мышьяк, бертолетова соль, змеиный яд) вследствие обильного распада красных кровяных телец и обусловленного этим чрезмерного образования желчных пигментов; наконец желтуха наблюдается при инфекционных заболеваниях (септицемия, пневмония, желчный тиф, малярия, желтая лихорадка). При последней форме, при желтухе вследствие полихемии или плейохромии, в испражнения попадает еще достаточно желчи, чтобы придать им нормальную окраску, между тем как при застойной желтухе желчь не поступает в кишечник, испражнения не содержат гидробилирубина и, благодаря одновременному нарушению всасывания жиров, приобретают характерный ахолический вид: свѣтлосѣрый, салыный, глиныстый. При обѣих формах желтухи в мочѣ появляется красящее вещество желчи—билирубинъ, продуктъ его окисленія — биливердинъ, а иногда также продуктъ возстановленія—уробилинъ (способъ опредѣленія см. ниже). Моча окрашена въ бурый пивной цвѣтъ и при взбалтываніи даетъ желтую пѣну (при взбалтываніи съ хлороформомъ послѣдній окрашивается въ желтый цвѣтъ).—Желтушная окраска распространяется не только на кожу, но и на слизистыя оболочки, въ особенности соединительныя оболочки глазъ: желтое окрашиваніе склеры часто бываетъ первымъ, а въ легкихъ случаяхъ и единственнымъ признакомъ желтухи. При искусствѣнномъ освѣщеніи легко можно просмотрѣть желтуху.—Въ качествѣ сопутствующихъ явленій при желтухѣ часто наблюдаются запоръ, кожный зудъ, замедленіе пульса, желтое окрашиваніе видимыхъ предметовъ; въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ, вследствие недостаточной дѣятельности печени и аутоинтоксикаціи, развивается коматозное состояніе, бредъ, судороги (icterus gravis) или геморрагическій діатезъ (кровонизліянія въ кожѣ, слизистыхъ оболочкахъ, желудкѣ, кишкахъ), альбуминурія и мозговыя явленія (холемія). О желтухѣ при различныхъ болезняхъ печени см. спеціальную часть.—Желтая окраска кожи (но безъ желтаго окрашиванія соединительныхъ оболочекъ склеры) встрѣчается также при отравленіи сантониномъ и пикриновой кислотой, при тяжелой анеміи, хло-

розѣ и кахексіи. Жировыя испражнения наблюдаются иногда при туберкулезѣ кишечника, при творожистомъ перерожденіи брыжеечныхъ железъ, хроническомъ нефритѣ, тяжелой анеміи, амилоидномъ перерожденіи кишечника.

Въ качествѣ признака, указывающаго на застой въ области воротной вены, развивается при цѣломъ рядѣ заболѣваній печени и воротной вены брюшная водянка; чаще всего она наблюдается при циррозѣ печени (во 2-й стадіи), тромбозѣ воротной вены и ракѣ печени. Другіе признаки расстройства кровообращенія воротной вены суть: увеличеніе селезенки, расширеніе венъ кожи живота (*caput medusae*) и прямой кишки, застойная гиперемія желудка и кишокъ (поносы, рвота, нерѣдко съ примѣсью крови).

Объективное изслѣдованіе. Абсолютная (не покрытая легкимъ) верхняя граница печени соотвѣтствуетъ по средней линіи основанію мечевиднаго отростка, по сосковой линіи лежитъ на 6-мъ ребрѣ, по средней подмышечной линіи на 8-мъ, по лопаточной на 10-мъ ребрѣ; нижняя граница пересѣкаетъ по правой сосковой линіи реберную дугу, по средней линіи проходитъ посрединѣ между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ и достигаетъ 6-го ребра въ срединѣ между лѣвыми пригрудинной и сосковой линіями (въ области верхушки сердца).—Вырѣзка, въ которой лежитъ желчный пузырь, находится въ разстояніи 5 см. отъ средней линіи приблизительно по правой пригрудинной линіи.—При нормальныхъ условіяхъ печень недоступна ошупыванію; при увеличеніи же печени можно прощупать ея нижній край, выступающій изъ-подъ реберной дуги. При помощи рентгеноскопическаго изслѣдованія можно опредѣлить положеніе купола діафрагмы, а вмѣстѣ съ тѣмъ также положеніе выпуклой поверхности печени; кромѣ того опредѣляется величина экскурсій грудобрюшной преграды, которыя часто бываютъ уменьшены при поддіафрагмальномъ нарывѣ или воспалительныхъ заболѣваніяхъ печеночной ткани. При скопленіи жидкости въ желчномъ пузырьѣ онъ иногда прощупывается въ видѣ грушевидной опухоли у нижняго края печени; наоборотъ, желчные камни прощупываются только въ исключительныхъ случаяхъ, и при рентгеноскопіи ихъ можно увидѣть только въ томъ случаѣ, если они принадлежатъ къ рѣдко встрѣчающимся известковымъ камнямъ. Печеночная тупость смѣщается при дыханіи книзу; при вертикальномъ положеніи изслѣдуемаго она лежитъ ниже, чѣмъ въ лежачемъ положеніи, особенно при вялыхъ брюшныхъ покровахъ. При подвижной печени на мѣстѣ печеночной тупости получается ясный звукъ, а при прободномъ перитонитѣ, когда между печенью и передней грудной стѣнкой скопляется воздухъ, получается ясный или тимпаническій звукъ.—Печень смѣщается внизъ при правостороннемъ плевритическомъ экссудатѣ, пневмотораксѣ и эмфиземѣ; наоборотъ, она отбъивается вверхъ при повышеніи внутрибрюшнаго давленія (асцитъ, метеоризмъ, беременность, опухоли); при этомъ она нѣсколько поворачивается вокругъ своей

продольной оси (краевое положеніе), благодаря чему уменьшается область печеночной тупости. Такое же уменьшеніе тупости может наблюдаться въ томъ случаѣ, если легкое (эмфизема) или вздутая ободочная кишка (метеоризмъ) покрываютъ печень. — Дѣйствительное уменьшеніе печени тупости наблюдается при острой желтой атрофіи, во 2-й стадіи атрофическаго цирроза и сифилиса; при всѣхъ остальныхъ болѣзняхъ печени она бываетъ увеличена. При увеличеніи печени ея верхняя поверхность большею частью бываетъ гладкою; она представляется бугристой при ракъ и многокамерномъ эхинококкѣ, дольчатой или бугристой—въ 1-й стадіи сифилиса. Важно еще опредѣлить состояніе селезенки: она бываетъ увеличена всегда при атрофическомъ циррозѣ и почти всегда при острой желтой атрофіи печени, амилоидной печени, гипертрофическомъ циррозѣ, многокамерномъ эхинококкѣ и болѣзни Weil'a.

Общая терапія болѣзней печени.

Леченіе болѣзней печени сводится главнымъ образомъ къ уменьшенію и устраненію функціональных разстройствъ: задержки оттока желчи, разстройствъ кровообращенія въ системѣ воротной вены и тяжелыхъ общихъ явленій, зависящихъ отъ аутоинтоксикаціи (*icterus gravis*, холемія). Для этого служатъ тщательное соблюденіе діеты, устраненіе запоровъ путемъ возбужденія перистальтики при помощи лекарственныхъ средствъ, минеральныхъ водъ или цѣлаго курса леченія минеральными водами; кромѣ того поддерживаютъ діурезъ и при появленіи признаковъ аутоинтоксикаціи вводятъ обильное количество жидкости.

При нарушеніи отдѣленія желчи, при желтухѣ, особенно важенъ способъ питанія: не содержащая жира, легко переваримая пища и увеличенное введеніе жидкости. Должны быть запрещены всѣ виды жировъ, какъ-то: масло, топленый жиръ, сало, колбаса, жирные соусы, свинина, копченое мясо, гусь, утка, яйца, жирныя мучныя блюда, жирное печенье, цѣльное молоко, сливки, сыръ, рыба, въ особенности лососина, угорь, копченая селедка, омары, раки, далѣ простой хлѣбъ, стручковые плоды, различные виды капусты, сырые фрукты, алкогольные напитки, кофе, пряности.—Слѣдуетъ рекомендовать слѣдующее меню: простые супы, приготовленные на водѣ изъ овсянки, муки, риса, крупы, старыхъ булокъ, нежирный мясной супъ, фруктовые супы. Немного тощей мягкой говядины (до 200 грм. въ день, въ скобленномъ видѣ), курица, голубь, сладкое мясо, телячьи мозги, скобленная сырая ветчина. Сухари, черствая булка, кэксъ; легкія мучныя блюда изъ риса, саго, крупы, мондамина (безъ жира, сливокъ и яицъ); затѣмъ протертый картофель, шпинатъ, салатъ безъ масла, яблочный мусъ, черносливъ.—Въ большемъ количествѣ даются напитки: простая вода, сельтерская, *Bilin*, *Fachingen*, фруктовые воды, жидкій чай.—Кромѣ того полезно давать утромъ за полчаса до завтрака 3—4 рюмки Карлсбадской воды—*Mühlbrunnen* (въ тепловатомъ видѣ)

или искусственную Карлсбадскую соль (1 чайную ложку на 2 чашки воды); этотъ растворъ тоже подогреваютъ и выпиваютъ въ теченіе полу-часа. Изъ лекарственныхъ средствъ назначаютъ слѣдующія:

Rp. Inf. rad. Rhei 8,0:180,0, Natr. bicarbon. 10,0, Elaeosassh. Menth. pip. 3,0. M. D. S. Черезъ 2 часа по столовой ложкѣ.

Rp. Pulv. rad. Rhei, Magnes. ustae aa 5,0, Natr. bicarbon., Sacch. lact. aa 20,0. M. f. pulv. D. ad. scat. S. 3 раза въ день по чайной ложкѣ.

Rp. Saturat. citric. e citro uno 180,0, Sir. Cort. Aurant. 20,0. M. D. S. Черезъ 2 часа по столовой ложкѣ.

Кромѣ того, назначаются горькія воды и нѣжныя слабительныя. Ср. выше.

Что касается бальнеотерапевтическаго леченія желтухи, то прежде всего заслуживаютъ вниманія щелочно-глауберовыя источники Karlsbad, Marienbad, Tarasp, затѣмъ простые щелочные источники Vichy, Neuenahr (Bilin и Fachingen употребляются въ домашнемъ курсѣ леченія), щелочно-соляные источники Ems и источники поваренной соли Kissingen, Homburg.

При недостаточномъ діурезѣ даютъ въ большомъ количествѣ напитки, содержащіе углекислоту (сельтерская вода), лимонный сокъ по 50 грм. ежедневно, Liqueur Kali acet. 30,0:200,0, черезъ 2 часа по столовой ложкѣ.

Противъ кожного зуда примѣняютъ длительныя тепловатыя ванны съ отваромъ изъ отрубей или солода или прохладныя обмыванія, причемъ къ водѣ можно прибавить уксусъ, лимонный сокъ, карболовую кислоту (1⁰/о); рекомендуются также втиранія спирта съ тимоломъ (Thymol. 1,0, Spiritus ad 100,0). Внутрь назначается бромистый натрій.

Rp. Sol. Natrii. bromati. 20,0:200,0. S. 3 раза въ день по столовой ложкѣ.

Чтобы скорѣе устранить желтуху, рекомендуются повторныя вливанія въ толстую кишку 1¹/₂—2 литровъ тепловатой воды, которую больной долженъ возможно дольше задерживать.

При наступленіи аутоинтоксикаціи (холемія)—обильное введеніе жидкости: нѣсколько разъ въ день впрыскиваютъ подъ кожу подключичныхъ ямокъ по 250 куб. см. стерильнаго 0,9⁰/о раствора поваренной соли (для этого удобенъ аппаратъ Sahli, который можно стерилизовать). При явленіяхъ коллапса—возбуждающія, крѣпкое вино, пузырь со льдомъ, горчичники на затылокъ.

Rp. Acidi benzoici 0,2, Camphor. trit. 0,05, Sacch. alb. 0,5. M. f. pulv. (in chart. cerat.). S. Черезъ 2 часа по порошокъ.

Подъ кожу—Ol. camphoratum.

При расстройствахъ кровообращенія въ системѣ воротной вены назначается такая же діета, какъ и при нарушеніи отдѣленія желчи; только введеніе жидкостей должно быть ограничено, и слѣдуетъ безусловно запретить употребленіе спиртныхъ напитковъ и пряностей. Чтобы способствовать выдѣленію жидкости, цѣлесообразнымъ является отвлеченіе на кишечникъ. Для этой цѣли пользуются слабительными, перечисленными выше; особенно рекомендуются горькія воды —

утромъ и вечеромъ, прогуливаясь, больной выпиваетъ 1—2 стакана (150 грм.), за 1—2 часа передъ ѣдой (Hunyadi-Janos, Franz-Josef, Friedrichshall). Затѣмъ назначаются мочегонныя средства, особенно діуретикъ, *liqu. kalii acet.*, кофеинъ, теофиллинъ, наперстянка (см. выше) и потогонныя процедуры: выпивъ горячаго молока или горячей лимонной воды, больной весь или на три четверти закутывается, чтобы вызвать потоотдѣленіе; примѣняются также горячія ванны съ послѣдующимъ завертываніемъ. При брюшной водянкѣ важно во-время произвести проколъ; уменьшеніе давленія на брюшныя внутренности влечетъ за собой улучшеніе пищеваренія и всасыванія пищи, облегчаетъ развитіе коллатеральныхъ путей кровообращенія и способствуетъ всасыванію жидкости въ брюшной полости. Мѣстомъ для прокола обыкновенно служитъ середина линіи, проведенной отъ пупка къ лѣвой *spina ilei super.*; однако, чтобы избѣжать пораненія *arteriae epigastricae*, полезно отступить еще немного кнаружи отъ названной точки. Жидкость выпускается въ нѣсколько приѣмовъ и въ общемъ не болѣе, какъ въ количествѣ 3—5 литровъ. Послѣ прокола накладывается давящая повязка. Проколъ можно производить какъ въ лежачемъ, такъ и въ сидячемъ положеніи больного, но всегда на лѣвой сторонѣ, чтобы не повредить печени. Посредствомъ постукиванія или лучше при помощи пробнаго прокола предварительно слѣдуетъ убѣдиться въ наличности жидкости на мѣстѣ прокола. Дезинфекція и асептика соблюдаются, какъ вообще при операціяхъ. — Гепатогенный асцитъ является главнѣйшимъ показаніемъ для производства такъ наз. ранняго прокола, между тѣмъ какъ при брюшной водянкѣ сердечнаго или почечнаго происхожденія сперва проводится лекарственное леченіе, если только угрожающіе жизни симптомы, обусловленные давленіемъ на брюшныя и грудныя органы, или замедленіе всасыванія не потребуютъ скорѣйшаго производства прокола. — Часто приходится повторять проколъ. — Наилучшіе результаты проколъ даетъ при циррозѣ печени безъ значительнаго сморщиванія, а также при хроническомъ перитонитѣ. Здѣсь можно достигнуть излеченія. Менѣе надежны результаты при циррозѣ печени со сморщиваніемъ, при общей водянкѣ сердечныхъ и почечныхъ больныхъ, при туберкулезномъ перитонитѣ; исключительно палліативное дѣйствіе оказываетъ проколъ при ракѣ печени и брюшины. — Чтобы облегчить развитіе коллатеральныхъ путей кровообращенія воротной вены, можно пришить сальникъ къ брюшной стѣнкѣ (операція Talma).

О бальнеотерапіи болѣзней печени см. спеціальныи отдѣлъ.

Частная діагностика и терапія болѣзней желчныхъ путей, паренхимы печени и воротной вены.

Главнѣйшіе симптомы болѣзней печени суть желтуха, увеличеніе или уменьшеніе печени, измѣненіе ея поверхности и консистенціи (если печень прощупывается), иногда увеличеніе селезенки. Затѣмъ заслуживаетъ вниманія теченіе болѣзни, острое или хроническое, и появленіе болей въ

видѣ приступовъ. Соотвѣтственно этому можно раздѣлить болѣзни печени на слѣдующія группы:

1. Острыя болѣзни желчныхъ путей, паренхимы печени и воротной вены, сопровождающіяся обыкновенно желтухой и иногда увеличеніемъ печени.

2. Острыя болѣзни паренхимы печени съ желтухой и уменьшеніемъ печени.

3. Болѣзни желчныхъ путей съ болѣзненностью при давленіи на область желчнаго пузыря или съ приступами болей въ правомъ подреберьѣ.

4. Хроническія болѣзни паренхимы печени съ увеличеніемъ ея (при атрофическомъ циррозѣ и сифилисѣ въ позднѣйшей стадіи—уменьшеніе печени).

1 группа. Острыя болѣзни желчныхъ путей, паренхимы печени и воротной вены, протекающія большею частью съ желтухой и иногда съ увеличеніемъ печени.

1. Катарральная желтуха (*Icterus, Cholangitis catarrhalis*).

Задержка желчи вслѣдствіе катаррального воспаленія и припуханія слизистой оболочки желчныхъ путей. Большею частью присоединяется къ желудочно-кишечному катарру на почвѣ тѣхъ же вредныхъ моментовъ, которые вызываютъ острый катарръ желудка (погрѣшности въ діетѣ, простуда, интоксикаціи, инфекціи).

Главные симптомы. Начинается съ разстройства пищеваренія: потеря аппетита, запахъ изо рта, обложенный языкъ, болѣзненность при давленіи на область желудка, неправильности стула. Въ слѣдующіе дни появляется желтая окраска соединительныхъ оболочекъ склеры и кожи; интенсивность окрашиванія постепенно растетъ. См. «Желтуха» на стр. 198. Испражненія безцвѣтны, содержатъ жиръ; часто наблюдается замедленіе пульса, иногда лихорадка, рѣдко—увеличеніе селезенки. Моча темная, содержитъ красящее вещество желчи. Иногда печень бываетъ немного увеличена и болѣзненна при давленіи. Нерѣдко наблюдается кожный зудъ.—Теченіе благопріятное; болѣзнь длится нѣсколько недѣль. Болѣе продолжительное существованіе желтухи указываетъ на осложненія или послѣдовательныя заболѣванія (измѣненія печени, камни).

Діагнозъ вытекаетъ изъ хода развитія симптомовъ: желудочно-кишечный катарръ съ послѣдующей желтухой. Увеличеніе селезенки говоритъ за инфекціонное происхожденіе желтухи (см. болѣзнь Weil'a); при продолжительномъ существованіи желтухи у пожилыхъ людей слѣдуетъ имѣть въ виду возможность рака. Приступы болей съ проходящей желтухой указываютъ на желчнокаменную колику.

Леченіе. Не содержащая жировъ, легко переваримая пища, какъ указано на стр. 200. Срвн. общее леченіе желтухи (стр. 200) и острого катарра желудка (см. выше). Противъ диспепсін назначаютъ соляную кислоту:

Rp. Sol. acid. hydrochlor. 1,0:180,0, Sir. Rub. Idae 20,0. M. D. S. Черезъ 2 часа по столовой ложкѣ.

Rp. Acid. hydrochlor. dil. 10,0. D. S. По 10 капель въ 2 столовыхъ ложкахъ сахарной воды послѣ ѣды.

При запорахъ—настой ревеня:

Rp. Infus. rad. Rhei 8,0:180,0, Natr. bicarbon. 10,0. Elaeosacch. Menth. pip. 3,0. M. D. S. Черезъ 2 часа по столовой ложкѣ.

Гидротерапевтическія процедуры: горячіе компрессы, грѣлка на верхнюю область живота, влажныя обертыванія туловища (влажной простыней обертываютъ туловище отъ подкрыльцовыхъ впадинъ до лобка, затѣмъ заворачиваютъ въ шерстяное одѣяло, оставляютъ на нѣсколько часовъ и повторяютъ въ теченіе дня). Кромѣ того для скорѣйшаго устраненія желтухи рекомендуется обильное питье прохладной воды и ежедневная очистка кишечника 1—2 литрами тепловатой воды.

2. Гнойное воспаленіе желчныхъ путей (*Cholangitis suppurativa*).

Наблюдается чаще всего при ущемленіи желчныхъ камней, при паразитахъ, нарывѣ, далѣе при брюшномъ тифѣ, піеміи, дизентеріи, маляріи и, можетъ быть, вслѣдствіе инфекции кишечной палочкой. Симптомы часто отступаютъ на задній планъ передъ картиной основной болѣзни. На гнойное воспаленіе желчныхъ путей указываютъ желтуха, увеличеніе печени, ознобы. Діагнозъ большею частью бываетъ очень неувѣреннымъ. Терапія симптоматическая. Лечение основной болѣзни. Хирургическое лечение.

3. Болѣзнь Weil'я (*Icterus infectiosus*).

Инфекціонное заболѣваніе, развивающееся иногда эпидемически. Возбудителемъ, можетъ быть, является *bac. proteus*. Внезапно начинается лихорадкой, головной болью, диспепсіей. Затѣмъ мышечныя боли, желтуха, увеличеніе селезенки, часто альбуминурія, рѣже *herpes labialis*, носовыя кровотеченія. Обыкновенно очень плохое самочувствіе. На второй недѣлѣ симптомы обыкновенно ослабѣваютъ, и температура литически падаетъ. Часто наблюдаются возвраты и затяжное теченіе болѣзни. Лечение: постельное содержаніе, пузырь со льдомъ при головной боли и помраченіи сознанія; діета и лекарственное лечение, какъ при катарральной желтухѣ.

4. Острое воспаленіе печени (конгестивная гиперемія печени, *Hepatitis acuta diffusa*).

Рѣзко выраженная активная (конгестивная) гиперемія печени съ увеличеніемъ ея; иногда также измѣненіе печеночныхъ клѣтокъ (мутное набуханіе, жировое перерожденіе). Этиологія: въ тропическихъ странахъ является частымъ осложненіемъ маляріи и дизентеріи, у насъ наблюдается иногда при брюшномъ тифѣ, септицеміи, острыхъ экзантемахъ, интоксикаціяхъ (фосфоръ, хлороформъ, отравленіе грибами); затѣмъ развивается въ качествѣ послѣдовательнаго состоянія съ болѣе хроническимъ характеромъ при роскошномъ образѣ жизни, чрезмѣрномъ употребленіи алкоголя, частыхъ погрѣшностяхъ въ діетѣ (острыя пряности, нецѣлесообразное

питаніе). Главные симптомы и діагнозъ. Чувство полноты и тупая боль въ области печени, увеличеніе печеночной тупости; острый гладкій край печени выдается изъ-подъ реберной дуги. Иногда желтуха, поносы. Лихорадка зависитъ отъ основной болѣзни. Острая форма характеризуется быстрымъ развитіемъ и обыкновенно такимъ же быстрымъ ослабленіемъ болѣзненныхъ явленій. Хроническое воспаленіе печени трудно отличить отъ начинающагося цирроза. Лечение зависитъ отъ основной болѣзни. При тропическомъ гепатитѣ—продолжительное пребываніе въ умѣренномъ климатѣ, при маляріи—хининъ и мышьякъ. Полезны сухія банки или пиявки на область печени, а также горчичники. Если въ основѣ болѣзни лежатъ погрѣшности въ діетѣ, то слѣдуетъ запретить всѣ спиртные напитки, пряности, кофе, жирныя и трудно переваримыя блюда (срвн. „Циррозъ печени“). Необходимы въ достаточномъ количествѣ тѣлесныя движенія; кромѣ того назначаютъ виноградное лечение (Montreux, Meran, Assmannshausen, Dürkheim); лечение молочной сывороткой (Reichenhall, Berchtesgaden, Gries, Meran, Charlottenbrunn, Salzbrunn, Reinerz) или лечение фруктами. При запорахъ легкія слабительныя средства (см. выше).

5. Острое воспаленіе воротной вены (Pylephlebitis suppurativa).

Возникаетъ большею частью вторично при нагноеніи въ области корней воротной вены: при аппендицитѣ, язвахъ кишекъ или желудка, заболѣваніяхъ прямой кишки, дизентеріи, гнойномъ воспаленіи желчныхъ путей. Главные симптомы и діагнозъ. Боль въ подложечной области, увеличеніе печени и болѣзненность ея при давленіи, увеличеніе селезенки, желтуха, лихорадка и потрясающіе ознобы; тяжелыя общія явленія. Продолжительность—нѣсколько недѣль; исходъ неблагоприятный. Подобныя же явленія наблюдаются иногда при нарывѣ печени, но при этомъ отсутствуетъ увеличеніе селезенки. У новорожденныхъ воспаленіе воротной вены можетъ развиться вслѣдствіе инфекціи пупочныхъ венъ. Лечение должно быть направлено противъ основной болѣзни и отдѣльных симптомовъ.

6. Острый перигепатитъ (Perihepatitis acuta).

Серозное, фибринозное или гнойное воспаленіе брюшиннаго покрова печени развивается иногда вслѣдствіе травмы, чаще вторично при язвахъ желудка, плевритѣ, нарывѣ печени, циррозѣ, эхинококкѣ, воспаленіи желчнаго пузыря. Симптомы: большею частью сильныя боли и болѣзненность при давленіи на печеночную область. Часто—лихорадка, шумъ тренія въ области печени, иногда желтуха. Лечение. Постельное содержаніе, теплые компрессы, сухія банки на область печени, смазываніе іодомъ, втираніе ртутной мази.

Дополненіе. Симптомы хроническаго перигепатита бываютъ слабо выражены; только шумъ тренія обыкновенно рѣзче слышны, благодаря

болѣе значительному образованію мозолистыхъ утолщеній. Хроническій перигепатитъ нерѣдко сопутствуетъ циррозу, сифилису, раку и другимъ хроническимъ болѣзнямъ печени. Лечение такое же, какъ и при основной болѣзни.

2 группа. Острыя болѣзни паренхимы печени съ желтухой и уменьшеніемъ печени.

7. Острая желтая атрофія печени (Hepatitis parenchymatosa acuta diffusa).

Жировое перерожденіе и распадъ печеночныхъ клѣтокъ; быстрое всасываніе продуктовъ распада ведетъ къ уменьшенію и дряблости печени. Вѣроятно, инфекціонное заболѣваніе, вызываемое неизвѣстными еще возбудителями или ихъ токсинами. Въ качествѣ другихъ причинъ называютъ септицемию, брюшной и возвратный тифы, остеоміэлитъ, отравленіе грибами и колбаснымъ ядомъ.

Рѣдкая болѣзнь, чаще наблюдается у женщинъ.

Симптомы. Начинается съ диспептическихъ явленій. Затѣмъ сильная желтуха. Иногда лихорадка. На 2-й недѣлѣ признаки недостаточной дѣятельности печени и аутоинтоксикація: безпокойство, бредъ, сонливость, геморрагическій діатезъ. Быстрое уменьшеніе печени; печеночная тупость почти совсѣмъ исчезаетъ. Обезцвѣченные испражненія, увеличеніе селезенки, желтушная моча, въ осадкѣ которой содержатся круглые кристаллы лейцина и кристаллы тирозина въ видѣ пучковъ иглъ. Часто кровавая рвота. Діагнозъ основывается на быстро прогрессирующемъ уменьшеніи печени и сильной желтухѣ. При отравленіи фосфоромъ печень увеличена, при циррозѣ—хроническое теченіе болѣзни и слабо выраженная желтуха. Лечение—симптоматическое. Слабительныя (ревень, александрійскій листь, каломель, горькія воды). Питаніе молокомъ и жидкой пищей, обильное введеніе воды, повторныя вливанія въ кишечникъ, промыванія желудка, теплыя ванны съ прохладными обливаніями, подкожныя вливанія раствора поваренной соли. При мозговыхъ явленіяхъ—ледяные компрессы и морфіи, при коллапсѣ—подкожныя вприскиванія камфоры, при рвотѣ—глотаніе кусочковъ льда, при кровотеченіяхъ—клизмы съ желатиной (см. выше).

3 группа. Болѣзни желчныхъ путей съ болѣзненностью при давленіи на область желчнаго пузыря или съ приступами болей въ правомъ подреберѣ

8. Воспаленіе желчнаго пузыря (Cholecystitis).

Скопленіе гноя въ желчномъ пузырьѣ, чаще всего при изъязвленіяхъ, вызванныхъ желчными камнями, и закупоркѣ пузырянаго протока; при этомъ можетъ произойти значительное растяженіе желчнаго пузыря; наблюдается также при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ (дизентерія, брюшной тифъ). Часто образуются сращенія съ окружающими органами. Симптомы: боли, болѣзненность при давленіи, иногда опухоль въ области желчнаго пузыря, лихорадка и потрясающіе ознобы. Лечение: постельное

содержаніе, теплые компрессы или пузырь со льдомъ. Морфій, опій. Иногда приходится прибѣгать къ операціи: разрѣзу желчнаго пузыря (cholecystostomia) или эксцизии его (cholecystektomia).

Прибавленіе. Водянкой желчнаго пузыря (*Hydrops vesicae felleae*) называютъ скопленіе въ немъ серозной или содержащей муцинъ жидкости. Симптомы: черезъ брюшные покровы прощупывается болѣе или менѣе большая, гладкая, упругая, флюктуирующая опухоль, имѣющая форму желчнаго пузыря. Лихорадки не бываетъ, и въ общемъ наблюдается мало ясно выраженныхъ симптомовъ. Только въ томъ случаѣ, если существуютъ болѣе значительныя разстройства, показано оперативное леченіе.

9. Желчные камни (*Cholelithiasis*).

Подъ вліяніемъ катарра слизистой оболочки, застоя желчи, а также, можетъ быть, вслѣдствіе инфекціи въ желчныхъ путяхъ часто образуются конкременты въ видѣ болѣе или менѣе крупнаго песка или въ видѣ камней, достигающихъ величины голубинаго яйца. Они состоятъ главнымъ образомъ изъ холестерина, желчныхъ пигментовъ и органически связанной съ ними известью, билирубиновою известью. Форма ихъ бываетъ крайне разнообразная: кругловатая, цилиндрическая, многогранная, гладкая или бугристая. Холестериновые камни овальны, мягки, бѣловаты; пигментные камни малы, крѣпки, тверды, темны (желчный песокъ); смѣшанные камни бываютъ различной формы, зеленоватаго или буроватаго цвѣта (скорлупа изъ пигмента, бѣловатое ядро изъ холестерина), большею частью состоятъ изъ концентрическихъ слоевъ или лучей. Этиологія: къ застою желчи и вмѣстѣ съ тѣмъ къ образованію желчныхъ камней располагаетъ роскошный образъ жизни (спиртные напитки, мясо, пряности), недостатокъ тѣлесныхъ движеній, стягивающая одежда, вѣроятно, также инфекціи. Чаше наблюдаются у женщинъ и послѣ 40 лѣтъ

Главные симптомы. Пока камни спокойно лежатъ въ желчномъ пузырьѣ, они не причиняютъ никакихъ разстройствъ. Послѣднія обнаруживаются лишь, когда камни проходятъ черезъ пузырьный или общій желчный протокъ или когда желчный песокъ вызываетъ раздраженіе слизистой оболочки желчныхъ путей. Желчнокаменная колика (наступающая чаще всего ночью) начинается сильными, часто появляющимися въ видѣ приступовъ болями въ области печени; отсюда боль распространяется въ бокъ, въ спину или въ конечности. Часто наблюдается ознобъ и рвота, чувство страха, потъ. Приступъ обыкновенно повторяется и длится нѣсколько часовъ, рѣже нѣсколько дней. Брюшные покровы напряжены и болѣзненны. При закупоркѣ общаго желчнаго протока развивается желтуха. Послѣ приступа важно изслѣдовать испражненія, чтобы найти въ нихъ желчные камни или песокъ (пропускаютъ черезъ сито).—Прохождение камня начинается либо самопроизвольно, либо вслѣдъ за тѣлесными движеніями, кишечнымъ катарромъ, менструаціей, психическимъ волненіемъ.—Большіе камни попадаютъ въ кишечникъ не всегда по желчнымъ путямъ, а иногда черезъ свищъ, который можетъ постепенно образоваться между желчнымъ пузыремъ и кишкой, послѣ того какъ стѣнки ихъ склеивались воспалительнымъ процессомъ. Въ видѣ осложненийъ можетъ возникнуть воспаленіе и изъязвленіе желчныхъ путей,

перихолециститъ, образованіе свищей, прободеніе черезъ брюшные покровы, въ кишечникъ, въ желудокъ, въ полость брюшины, нарывъ печени.

Діагнозъ бываетъ безспорнымъ, если въ испражненіяхъ обнаруживаются желчные камни или песокъ,—что впрочемъ удастся сравнительно рѣдко. Типическіе приступы болей, локализациа ихъ въ области желчнаго пузыря, проходящая желтуха указываютъ на вѣроятность желчно-каменной колики. — Часто случается, что легкіе приступы желчно-каменной колики принимаются за желудочныя боли или судорогу желудка, тѣмъ болѣе, что въ большемъ числѣ случаевъ желчныхъ камней желтуха вовсе не наблюдается. Подобныя же боли могутъ наблюдаться при аппендицитѣ, свинцовой коликѣ, блуждающей почкѣ. Здѣсь вопросъ рѣшается точной локализацией болей, объективными данными и анамнезомъ.

Леченіе. Во время приступа—горячіе компрессы на область печени, морфій подъ кожу 0,015—0,02, постельное содержаніе, жидкая пища (молоко, супы) въ большомъ количествѣ даютъ пить Bilin, Gieshübel, Vichy, Karlsbad.—Послѣ приступа—infusum Rhei.—Въ дальнѣйшемъ назначаютъ воды Karlsbad, Neuenahr, Vichy или домашній курсъ леченія Карлсбадской водой (6—8 стакановъ по 100 грм. или меньше въ теченіе дня, въ горячемъ видѣ; при этомъ до и послѣ обѣда въ теченіе 3 часовъ лежать въ постели и прикладывать горячія припарки изъ льняного сѣмени на область печени. Продолжительность леченія 4 недѣли).—Для удаленія имѣющихся еще желчныхъ камней рекомендуется Durande'овское средство (Olei Terebinth. rectif., Aether aa 7,5. M. D. S. Три раза въ день по 10—15 капель), затѣмъ оливковое масло, которое принимается въ количествѣ 150,0—200,0 въ восемь приемовъ въ теченіе 2—3 часовъ, Natrium salicyl. (Sol. Natr. salicyl. 8,0:200,0. D. S. Черезъ 2 часа по столовой ложкѣ), таблетки хологена (содержать подофиллинъ и каломель), три раза въ день по одной таблеткѣ. Однако дѣйствіе всѣхъ этихъ средствъ ненадежно. — При желчныхъ камняхъ необходима легкая діета (ср. стр. 200), слѣдуетъ избѣгать жирныхъ и тяжелыхъ блюдъ и спиртныхъ напитковъ; необходимо слѣдить за правильной дѣятельностью кишечника и совершать достаточно движеній. Далѣе полезно употребленіе вышеназванныхъ источниковъ. Если приступы повторяются и не уступаютъ леченію діетой и минеральными водами, или если развиваются опасные для жизни симптомы, то, при хорошемъ общемъ состояніи, показано хирургическое леченіе. Смотра по обстоятельствамъ, образуютъ между желчнымъ пузыремъ и брюшными покровами свищъ, который впослѣдствіи закрываютъ (cholecystostomia), удаляютъ желчный пузырь (cholecystectomy), вскрываютъ его, удаляютъ камни и зашиваютъ, пришивъ его къ брюшной стѣнкѣ (cholecystotomy).

4 группа. Хроническія болѣзни паренхимы печени съ увеличеніемъ печени (при атрофическомъ циррозѣ и сифилисѣ въ позднѣйшей стадіи—уменьшеніе печени).

10. Циррозъ печени. (Зернистая атрофія печени, *Hepatitis interstitialis chronica*).

Разростаніе интерстиціальной соединительной ткани съ послѣдующимъ сморщиваніемъ ея, атрофіей паренхимы и запусѣніемъ капилляровъ воротной вены. Причины: привычное употребленіе водки (печень пьяницъ), рѣже хроническія инфекціонныя болѣзни, сифилисъ, маларія, а также хроническое отравленіе фосфоромъ и свинцомъ. Чаще встрѣчается у мужчинъ.

Главные симптомы. Начинаясь исподоволь съ явленій желудочно-кишечнаго катарра: обложенный языкъ, чувство давленія въ области желудка, неправильности со стороны стула. Постепенно прогрессирующее увеличеніе печеночной тупости, достигающей иногда до пупка; поверхность печени на-ощупь плотная, гладкая; часто печень болѣзненна при давленіи. Подкожный жировой слой исчезаетъ, кожа принимаетъ сѣровато-желтоватую окраску; иногда наблюдается слегка желтушное окрашиваніе соединительныхъ оболочекъ. Прогрессирующее увеличеніе селезенки, появленіе брюшной водянки безъ отека нижнихъ конечностей, который присоединяется лишь въ позднѣйшей стадіи. Извилистость венъ брюшныхъ покрововъ и *sarut medusae*. Образование геморроидальныхъ шишекъ. Хроническій катарръ кишекъ, иногда кровавая рвота и кровь въ испражненіяхъ. Количество мочи уменьшено; она содержитъ иногда бѣлокъ, а также сахаръ.—Наступающее вслѣдъ за гипертрофіей сморщиваніе печени характеризуется главнымъ образомъ рѣзкимъ уменьшеніемъ лѣвой доли печени, уменьшеніемъ печеночной тупости вообще и измѣненіемъ поверхности, которая становится плотной и бугристой. Однако въ виду брюшной водянки эти явленія можно обнаружить только послѣ прокола. Обыкновенно послѣ прокола жидкость снова скоро скопляется въ брюшной полости.—Продолжительность болѣзни—1—2 года; исходъ неблагоприятный при явленіяхъ аутоинтоксикаціи (коматозное состояніе, бредъ, судороги).

Діагнозъ вытекаетъ изъ характерныхъ симптомовъ (первичный асцитъ, увеличеніе селезенки, желтовато-сѣрая окраска кожи, желудочныя и кишечныя кровотеченія, вначалѣ увеличеніе, а впослѣдствіи уменьшеніе печеночной тупости; послѣдній симптомъ часто не поддается опредѣленію въ виду наличности брюшной водянки). Ракъ печени отличается отсутствіемъ увеличенія селезенки, кахексіей, наличностью раковой опухоли въ другихъ органахъ; на сифилисъ указываетъ анамнезъ и гнѣздныя пораженія, кромѣ того при сифилисѣ неровности на поверхности печени представляются болѣе крупными, съ втягиваніями и буграми; при перитонитѣ наблюдается другое теченіе, болѣзненность при давленіи на животъ.

Леченіе. Слѣдуетъ ограничить употребленіе спиртныхъ напитковъ, но нѣтъ надобности совершенно запрещать ихъ. Легкая, не раздражаю-

щая, но питательная пища: молоко, яйца, мясной супъ, мягкое тощее мясо, рыба (но не жирная, слѣдовательно щука, карпъ, судакъ), фрукты, шпинатъ, картофельное пюре; овощи, образующіе много газовъ въ кишечникѣ, запрещаются (капуста, стручковые плоды). При начинающемся увеличеніи печени рекомендуется леченіе минеральными водами въ Karlsbad'ѣ, Marienbad'ѣ и Kissingen'ѣ. Дома пьютъ воды Karlsbad и Bilin. Принимаются мочегонныя средства: *kaliun aceticum*, *species diureticae*, диуретинъ (см. выше). Хорошее дѣйствіе часто оказываетъ каломель, который даютъ въ теченіе нѣсколькихъ дней по 0,2—0,3 три раза въ день. Затѣмъ назначаютъ также іодистый калий:

Rp. Sol. Kalii iodati 5,0:200,0. D. S. 3 раза въ день по столовой ложкѣ.

При брюшной водянкѣ не слѣдуетъ долго медлить съ проколомъ (см. выше). Необходимо также повторять проколъ. Если предшествовалъ сифилисъ, то назначаютъ противосифилитическое леченіе.

11. Гипертрофическій циррозъ печени (*Cirrhose hypertrophique avec ictère*).

Значительное увеличеніе печени вслѣдствіе разрастанія соединительной ткани главнымъ образомъ вокругъ внутريدольковыхъ желчныхъ ходовъ, безъ наклонности къ сморщиванію. Причины: алкоголизмъ, застой желчи (желчный циррозъ), вслѣдствіе камней, рубцовъ, опухолей.

Главные симптомы. Желтуха, увеличеніе селезенки, но безъ брюшной водянки. Прогрессирующее увеличеніе печени безъ послѣдующаго сморщиванія. Иногда повышеніе температуры. Обыкновенно не бываетъ ни геморроидальныхъ шишекъ, ни *caput medusae*, ни кишечныхъ кровотеченій. — Встрѣчается гораздо рѣже, чѣмъ атрофическій циррозъ, и имѣетъ болѣе медленное теченіе. Леченіе въ общемъ такое же, какъ и при желтухѣ (см. выше), въ остальномъ — симптоматическое.

12. Болѣзнь Banti (*Splenomegalia* и циррозъ печени).

Начинается анеміей и увеличеніемъ селезенки. Во 2-й стадіи диспептические симптомы, поносъ, геморрой, уменьшеніе количества мочи. Въ 3-й стадіи медленно увеличивающаяся брюшная водянка, легкая желтуха, прогрессирующее малокровіе. Продолжительность 1—3 года и больше. Леченіе симптоматическое.

13. Нарывъ печени (*Hepatitis suppurativa*).

Одинъ или нѣсколько гнойныхъ очаговъ въ паренхимѣ печени. Чѣмъ больше нарывовъ, тѣмъ меньше каждый изъ нихъ въ отдѣльности; одиночные гнойные очаги могутъ достигнуть величины головы ребенка. Печень болѣе или менѣе увеличена; на поверхности иногда прощупываются возвышенія. Рѣдко развивается первично вслѣдствіе травмы, чаще вторично, особенно въ видѣ тропического нарыва (язвы при дизентеріи, амёбная дизентерія), затѣмъ при другихъ заболѣваніяхъ въ области корней воротной вены (кишечныя и желудочныя язвы, аппендицитъ, заболѣванія послѣродового періода), при гнойныхъ катаррахъ желчныхъ ходовъ, желчныхъ камняхъ. Въ гноѣ встрѣчаются стрептококки, стафилококки, кишечная палочка, амёбы.

Главные симптомы и діагнозъ. Симптомы весьма различны въ зависимости отъ этиологій, величны и положенія нарыва (большею частью въ правой долѣ). Множественные метастатическіе нарывы часто не распознаются и отступаютъ на задній планъ передъ явленіями піэміи. При наличности одного большого нарыва у поверхности прощупывается опухоль болѣе или менѣе шаровидной формы, упругой консистенціи, иногда флюктуирующая. Часто боли въ печени, распространяющіяся въ правое плечо и правую руку, и рѣзкая болѣзненность при давленіи. Печеночная тупость обыкновенно увеличена, иногда имѣетъ неправильныя очертанія. — Селезенка не увеличена, или же ея увеличеніе обусловливается первичною болѣзью. Желтуха развивается только при сдавленіи желчныхъ путей. Большею частью лихорадка, часто ознобы. Брюшной водянки въ большинствѣ случаевъ не бываетъ. Обыкновенно наблюдаются тяжелыя диспептические явленія и разстройство общаго состоянія. — Теченіе различно въ зависимости отъ основной болѣзни. Одиночные нарывы, медленно увеличивающіеся и не сопровождаемые лихорадкой, часто остаются не распознанными въ теченіе долгаго времени. Иногда нарывъ вскрывается черезъ кожу, въ полость брюшины, въ легкое или кишечникъ. Осложненія: перитонитъ, плевритъ, піэмія.

Леченіе. Выздоровленіе или улучшеніе возможно только при хирургическомъ вмѣшательствѣ. Если внѣшнія условія не позволяютъ оперировать, то внутреннее леченіе ограничивается тѣмъ, что поддерживаютъ силы больного (питательная жидкая пища, молоко, яйца, вино), понижаютъ лихорадку (хининъ, ванны), облегчаютъ боли (теплые компрессы, припарки или пузырь со льдомъ, смазываніе *tinct. jodi, unguent. ciner.*, горчичники) и устраняютъ диспептическія разстройства.

14. Сифилисъ печени.

Наслѣдственный сифилисъ проявляется въ видѣ милиарныхъ гуммъ, а иногда также въ видѣ разлитого интерстиціального воспаленія печени (циррозъ). Въ третичномъ періодѣ приобрѣтеннаго сифилиса измѣненія заключаются въ гуммозныхъ узлахъ, достигающихъ величины яблока. Гуммы располагаются особенно часто по поверхности, вначалѣ вызываютъ увеличеніе печени, а въ послѣдствіи, сморщиваясь, обусловливаютъ ея уменьшеніе и дольчатое строеніе поверхности вслѣдствіе глубокихъ втягиваній.

Главные симптомы приобрѣтеннаго сифилиса печени зависятъ отъ характера и положенія измѣненій. Сифилисъ печени можетъ протекать, не вызывая никакихъ симптомовъ. Но большею частью удастся прощупать на поверхности вначалѣ увеличенной, а затѣмъ уменьшенной печени бугры, достигающіе величины куриного яйца. Въ виду одновременнаго существованія перигепатита печень очень болѣзненна при давленіи. Въ послѣдствіи развиваются явленія атрофическаго цирроза: брюшная водянка, увеличеніе селезенки, разстройства со стороны желудочно-кишечнаго канала. Желтуха наблюдается только приблизительно въ $\frac{1}{3}$ случаевъ. — Для діагноза важно найти другія сифилитическія измѣненія (зѣвъ, кожа, кости, железы).

При ракъ печени селезенка обыкновенно не увеличена, опухоли плотнѣе, притомъ отсутствуютъ характерныя втягиванія.—Если болѣзнь подвергается леченію только въ ея позднѣйшихъ стадіяхъ, то исходъ болѣею частью неблагоприятный.

Во вторичномъ періодѣ приобретеннаго сифилиса также наблюдаются иногда пораженія печени, протекающія подъ видомъ разлитого воспаления съ желтухой.

Леченіе. Въ каждомъ случаѣ слѣдуетъ какъ можно скорѣе приступить къ специфическому леченію (сальварзанъ, іодистый калий, втиранія). Ртуть иногда плохо переносится. Конечно, нельзя ожидать существеннаго улучшенія (метасифилитическихъ) цирротическихъ измѣненій. Въ этихъ случаяхъ леченіе такое же, какъ и при атрофическомъ циррозѣ.

15. Ракъ печени.

Рѣдко развивается первично, гораздо чаще вторично при ракъ въ области корней воротной вены (желудокъ, пищеводъ, прямая кишка, поджелудочная железа, матка). Чаще всего встрѣчается мозговидный ракъ, рѣже скирръ и эпителиальный ракъ. Наблюдаются или разлитая раковая инфильтрація, или чаще множественные узлы величиною отъ горошины до яблока, расположенные частью въ ткани печени, частью по поверхности. Послѣдніе часто имѣютъ посрединѣ вдавленіе.

Главные симптомы и діагнозъ. Увеличеніе печени; черезъ кожу прощупывается острый плотный край и вблизи него плотные болѣзненные при давленіи узлы. При пораженіи или сдавленіи желчныхъ ходовъ (приблизительно въ $1\frac{1}{2}$ случаевъ)—желтуха. Обыкновенно развивается брюшная водянка (часто геморрагическая) вслѣдствіе застоя въ области воротной вены, затѣмъ раковое пораженіе брюшины и кахексія. Селезенка обыкновенно не увеличена. Часто наблюдается раковое опуханіе надключичныхъ лимфатическихъ железъ, особенно справа. При одновременномъ ракъ желудка—кровавая рвота.—Если раковые узлы не прощупываются, то діагнозъ основывается на наличности желтухи, кахексии, отсутствіи увеличенія селезенки и, по возможности, на опредѣленіи первичной раковой опухоли въ другомъ органѣ. Поэтому необходимо тщательно изслѣдовать желудокъ (желудочный сокъ), пищеводъ, поджелудочную железу, прямую кишку, грудныя железы.

Леченіе только симптоматическое. Срвн. ракъ желудка и циррозъ печени. При первичномъ ракъ, въ особенности при ракъ желчнаго пузыря, возможно хирургическое леченіе.

16. Застойная печень (венозная застойная гиперемія).

Вслѣдствіе расстройства кровообращенія при болѣзняхъ сердца, легкихъ, при хроническихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ (маларія), алкоголизмѣ развивается застой въ печеночныхъ венахъ. (На разрѣзѣ центры долекъ представляются темнокрасными благодаря расширеннымъ центральнымъ венамъ, по периферіи же дольки—свѣтлобурого цвѣта вслѣдствіе отложенія жира: мускатная печень).

Главные симптомы и діагнозъ. Увеличеніе гладкой, мало чувствительной къ давленію печени, величина которой часто

крайне быстро мѣняется, что большею частью можно обнаружить при помощи постукиванія и ощупыванія. Иногда легкая желтуха. Брюшная водянка развивается лишь какъ частное явленіе общей водянки, послѣ появленія отека на голеняхъ. Однако впослѣдствіи асцитъ можетъ стать главнымъ симптомомъ въ картинѣ болѣзни. Больные жалуются на чувство полноты и давленія въ области печени. Для діагноза важно установить основное страданіе, обуславливающее застой.

Леченіе должно быть направлено противъ основной болѣзни. См. общую терапію болѣзней сердца. Относительно діеты см. общую терапію болѣзней печени. Слѣдуетъ избѣгать спиртныхъ напитковъ, пряностей, всѣхъ жирныхъ и тяжелыхъ блюдъ. Противъ болей мѣстное примѣненіе горчичниковъ, банокъ или пузыря со льдомъ.

17. Жирная печень.

Отложеніе жира (инфильтрація) въ печени при общемъ ожирѣніи, избыточномъ питаніи, алкоголизмѣ, отравленіяхъ (фосфоръ), инфекціонныхъ заболѣваній (тифъ), малокровіи, кахексіи (ракъ, чахотка).

Главные симптомы и діагнозъ. Постукиваніемъ и ощупываніемъ можно обнаружить увеличеніе мягкой, гладкой, не чувствительной къ давленію печени. Застойныя явленія (асцитъ, увеличеніе селезенки) и желтуха отсутствуютъ. Обыкновенно наблюдаются диспептическія разстройства.—Важно установить этиологическіе моменты. Амилоидная печень отличается болѣе плотной консистенціей и сопровождается амилоиднымъ перерожденіемъ другихъ органовъ (увеличеніе селезенки, альбуминурія), циррозъ сопровождается застойными явленіями. Леченіе должно быть направлено противъ основной болѣзни.

18. Амилоидная печень (сальная печень).

Частное явленіе общаго амилоиднаго перерожденія, въ особенности брюшныхъ органовъ (селезенка, почка, кишечникъ) при хроническихъ нагноеніяхъ костей или кожи, туберкулезѣ, эмпіемѣ, кахексіи (ракъ, малярія, сифилисъ); характеризуется отложеніемъ походяго на бѣлокъ вещества въ стѣнкахъ внутريدольковыхъ кровеносныхъ сосудовъ. Значительное увеличеніе и плотность печени; поверхность разрыва ея имѣетъ сальный блескъ. Отъ прибавленія раствора іода и іодистаго калия амилоидное вещество окрашивается въ бурокрасный цвѣтъ, а отъ послѣдующаго прибавленія разбавленной сѣрной кислоты—въ синевато-фіолетовый.

Главные симптомы. Печень увеличена, очень плотна, гладка, нечувствительна къ давленію. Желтухи нѣтъ; брюшная водянка отсутствуетъ или присоединяется въ качествѣ явленія общей водянки. Обыкновенно наблюдается увеличеніе селезенки (амилоидная селезенка) и альбуминурія (амилоидныя почки), иногда также поносы (амилоидъ кишечника). У больного большею частью кахектическій, анемичный видъ.—Исходъ неблагоприятный. Діагнозъ. Характерна чрезвычайная плотность печени; важно выяснитъ причины и обнаружить амилоидное перерожденіе другихъ органовъ.

Леченіе. Леченіе основной болѣзни. Питательная, легкая пища (см. выше). При туберкулезѣ рыбій жиръ, при сифилисѣ іодистый калий, сѣрныя ванны, при маляріи хининъ или хининъ съ желѣзомъ.

Rp. Pilulae Chinini cum ferro F. M. B. (Chinin. sulf. 1,5, Ferri reducti 5,0, Rad. Gentian. 0,5, Extr. Gentian. 2,5. F. pil. № 50. D. S. 3 раза въ день по 2 пилюли).

19. Эхинококкъ печени.

Если яйца собачьей глисты *taenia echinosoccus* попадаютъ въ желудокъ человѣка и не погибаютъ, то по кровеноснымъ сосудамъ они заносятся въ другіе органы, гдѣ и происходитъ развитіе эхинококка; чаще всего въ печени, головномъ мозгу, легкихъ и почкахъ. Обыкновенно наблюдается однокамерный эхинококкъ (дочерніе пузыри внутри первичнаго пузыря), гораздо рѣже многокамерный (дочерніе пузыри на наружной стѣнкѣ первичнаго пузыря).

Главные симптомы и діагнозъ. Лишь болѣе значительные пузыри могутъ быть распознаны, мелкіе обыкновенно не вызываютъ никакихъ симптомовъ. При ощупываніи и постукиваніи опредѣляется напряженная, упругая, не чувствительная къ давленію опухоль, смѣщающаяся при дыхательныхъ движеніяхъ. Иногда въ опухоли замѣчается зыбленіе и дрожаніе гидатидъ (дрожащій шумъ при постукиваніи). Пробный проколъ въ общемъ слѣдуетъ производить только непосредственно передъ операціей; жидкость нерѣдко содержитъ головки (сколексы), крючья, куски кутикулы, янтарную кислоту, но не содержитъ бѣлка. Обыкновенно не бываетъ ни желтухи, ни асцита, ни увеличенія селезенки. Однако послѣдніе симптомы почти всегда наблюдаются при многокамерномъ эхинококкѣ, пузыри котораго разрастаются вдоль лимфатическихъ и кровеносныхъ сосудовъ и даютъ картину, похожую на гипертрофическій циррозъ. — Однокамерный эхинококкъ отличается отъ нарыва печени отсутствіемъ лихорадки. Только при нагноеніи эхинококка тоже присоединяются лихорадка и ознобы. Діагнозъ подтверждается результатомъ пробнаго прокола. Леченіе хирургическое.

Прибавленіе.

Тромбозъ воротной вены (Pylethrombosis).

Съуженіе или закупорка воротной вены кровянымъ сверткомъ при заболѣваніяхъ сосудистой стѣнки, циррозѣ печени, сифилисѣ печени, давленіи опухолей или брюшинныхъ сросненій. Слѣдствіемъ являются застойныя явленія въ области корней воротной вены: брюшная водянка, которая быстро снова возобновляется послѣ прокола, увеличеніе селезенки, расширеніе венъ брюшныхъ покрововъ, рвота, поносъ (часто съ кровью). Печень иногда увеличена. Характерно быстрое развитіе застойныхъ явленій. Желтухи обыкновенно не бываетъ. Леченіе должно быть направлено противъ основной болѣзни.

Измѣненія положенія и формы печени.

20. Подвижная печень.

Частное явленіе энтероптоза (см. о немъ). Опущеніе печени, которую можно узнать при пальпаціи, въ особенности по вырѣзкѣ между долями. Отсутствіе печеночной тупости на обычномъ мѣстѣ. Печень легко смѣщается и передвигается на нормальное мѣсто. Боли, разстройства пище-

варенія и питанія. Лечение: соотвѣтственный бандажъ, поддерживающій брюшную стѣнку и печень (какъ при энтероптозѣ).

21. Шнуровая печень.

Узкіе платья и корсеты обусловливаютъ иногда образованіе борозды на печени. Если эта борозда глубока или покрыта кишечными петлями, то нижнюю часть печени (обыкновенно нижнюю часть доли) можно принять за самостоятельную опухоль и смѣшать съ другими опухолями, въ особенности съ подвижной почкой. Клиническіе симптомы незначительны. Въ лечебномъ отношеніи возможны только профилактическія мѣры.

Болѣзни поджелудочной железы.

При тяжелыхъ заболѣваніяхъ поджелудочной железы нарушается расщепленіе и всасываніе жира и перевариваніе мяса. Появляются жировыя испражненія (стеаторрея), содержащія мышечныя волокна, ядра которыхъ остались неперевавшими и потому доступны окраскѣ. Перевариваніе углеводовъ также нарушается. Удаленіе поджелудочной железы влечетъ за собой диабетъ.—Обыкновенно наблюдаются боли въ верхней брюшной области, потеря аппетита; исхуданіе. При новообразованіяхъ или кистахъ удаётся прощупать опухоль въ верхней области живота позади желудка и двѣнадцатиперстной кишки.—Въ общемъ клиническіе симптомы столь неопредѣленны, что едва ли позволяютъ поставить съ увѣренностью діагнозъ. Острое воспаленіе поджелудочной железы, развивающееся обыкновенно вслѣдствіе перехода процесса съ сосѣднихъ органовъ, сопровождается лихорадкой, болями, болѣзненностью при давленіи, рвотой и большею частью быстро оканчивается смертью. При образованіи нарыва возможно оперативное лечение. Хроническое воспаленіе наблюдается при сифилисѣ и алкоголизмѣ; оно вызываетъ желтуху, жировыя испражненія, гликозурию. Хроническое интерстиціальное воспаленіе и простую атрофію поджелудочной железы особенно часто находятъ у марантическихъ субъектовъ, погибшихъ отъ диабета.—Въ поджелудочной железнѣ наблюдаются внезапныя обширныя кровоизліянія съ апоплектиформнымъ разрушеніемъ железистой паренхимы, претерпѣвшей еще до этого жировое перерожденіе. Симптомы: тошнота, рвота желчными массами, боль въ верхней брюшной области, коллапсъ. Эти явленія похожи на картину, наблюдающуюся при внутреннихъ ущемленіяхъ, желчнокаменной и почечной колики. Исходъ обыкновенно смертельный. Кисты поджелудочной железы (ретенціонныя кисты вслѣдствіе давленія опухолей, камней поджелудочной железы) часто прощупываются въ видѣ болѣе крупной опухоли въ верхней брюшной области. Оперативное удаленіе.—Самое частое заболѣваніе—ракъ поджелудочной железы, большею частью головки ея, развивается либо первично, либо переходитъ съ сосѣднихъ органовъ (желудокъ, двѣнадцатиперстная кишка, печень). Опухоль часто прощупывается справа отъ позвоночника на уровнѣ пупка. Кахексія, жировыя испражненія, иногда вслѣдствіе давленія на желчныя пути или воротную вену развивается желтуха и асцитъ.

Лечение симптоматическое; можно испытать препараты поджелудочной железы. Иногда возможно оперативное лечение.

Rp. Pankreon in tabl. 0,25. D. tal. dos № 50. D. S. 3 раза въ день по 2 таблетки во время ѣды.

Болезни селезенки.

Нормальная селезеночная тупость лежитъ слѣва между 9-мъ и 11-мъ ребромъ, спереди достигаетъ линіи, соединяющей лѣвый грудино-ключичный суставъ съ концомъ 11-го ребра (*linea costochondralis*), сзади доходитъ до позвоночника. По средней подмышечной линіи ширина селезеночной тупости—въ среднемъ 6 см. При увеличеніи селезенки область притупленія звука расширяется и переходитъ за лѣвую реберную дугу. Еще вѣрнѣе увеличеніе селезенки опредѣляется при пальпации: передній конецъ селезенки прощупывается подъ реберной дугой, въ особенности при глубокомъ вдыханіи.—Отграниченіе селезеночной тупости затрудняется при скопленіи кала въ прилегающей части ободочной кишки, затѣмъ при эмфиземѣ легкихъ и при смѣщеніи селезенки вверхъ вслѣдствіе метеоризма, асцита или опухолей.

Острое увеличеніе селезенки наблюдается въ качествѣ симптома при многихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, чаще всего при маларіи, брюшномъ, сыпномъ и возвратномъ тифѣ, при септицеміи. Застойная селезенка наблюдается, какъ слѣдствіе застоя въ системѣ воротной вены, при цѣломъ рядѣ болѣзней печени (см. о нихъ); амилоидная селезенка (сальная, саговая селезенка) встрѣчается при амилоидномъ перерожденіи другихъ органовъ—при хроническихъ нагноеніяхъ, туберкулезѣ, сифилисѣ.—Хроническое увеличеніе селезенки часто развивается при хроническихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ (маларія, сифилисъ) и при конституціональныхъ болѣзняхъ (лейкемія, псевдолейкемія); при этомъ увеличеніе органа иногда достигаетъ значительной степени. Геморрагическій инфарктъ возникаетъ вслѣдствіе эмболии при эндокардитѣ, склерозѣ аорты. Иногда наблюдается развитіе нарыва въ селезенкѣ, который характеризуется притупленіемъ звука, чувствомъ давленія и болями въ лѣвомъ подреберьѣ, флюктуацией и лихорадкой; при этомъ боли распространяются въ лѣвое плечо. При рѣдко встрѣчающемся эхинококкѣ тоже прощупывается флюктуирующая опухоль подъ лѣвой реберной дугой. Какъ эхинококкъ, такъ и нарывъ селезенки требуютъ оперативнаго леченія. Саркома и ракъ даютъ плотныя опухоли селезенки, иногда съ выпячиваніемъ лѣвой реберной дуги. Смѣщеніе ихъ при дыхательныхъ движеніяхъ служитъ отличіемъ отъ опухолей лѣвой почки, надпочечной железы и забрюшинныхъ лимфатическихъ железъ. Слѣдуетъ испытать оперативное леченіе.—Подвижная селезенка наблюдается обыкновенно въ качествѣ частнаго явленія энтероптоза и характеризуется наличностью опухоли, имѣющей форму селезенки (выемки, пульсирующая селезеночная артерія), книзу и медиально отъ лѣваго подреберья, отсутствіемъ нормальной селезеночной тупости, подвижностью; селезенка легко можетъ быть смѣщена на нормальное мѣсто. Разстройства большею частью незначительны. Леченіе, какъ при энтероптозѣ, заключается въ ношеніи соотвѣтственнаго бандажа и усиленномъ питаніи, чтобы способствовать отложенію жира; въ упорныхъ случаяхъ—хирургическое леченіе.

Болѣзни мочевыхъ органовъ.

Общія діагностическія замѣчанія.

При болѣзняхъ почекъ субъективные симптомы, какъ, напр., боли въ области почекъ, очень непостоянны, и діагностическая цѣнность ихъ невелика. Внезапная боль съ гематуріей при одновременной болѣзни сердца говоритъ за геморрагическій инфарктъ почки. Приступы рѣзкихъ болей характерны для почечной колики; однако подобные приступы могутъ возникнуть на чисто нервной почвѣ. Процессы нагноенія въ почкѣ и почечной лоханкѣ часто сопровождаются сильными болями, распространяющимися на область пупка, въ половые органы и ноги. Опухоль почки тоже часто обусловливаетъ похожіе на невралгію боли благодаря давленію на лежащее вблизи сплетеніе нервовъ. Паранефритъ характеризуется рѣзкою чувствительностью къ давленію и болью въ поясничной области. Катарръ мочевого пузыря, въ особенности острый, вызываетъ рѣжущія, жгучія боли въ области пузыря и усиленный позывъ къ мочеиспусканію. Если расстройства усиливаются при движеніяхъ и сотрясеніи тѣла, а при покоѣ и возвышенномъ положеніи таза исчезаютъ, если притомъ въ конечномъ отдѣлѣ мочеиспускательнаго канала часто появляется чувство щекотанія и жженія, то всѣ эти признаки указываютъ на присутствіе камней въ мочевомъ пузырьѣ. Самостоятельныя боли въ области мочевого пузыря наблюдаются при новообразованіяхъ (ракъ) и туберкулезѣ пузыря.

Функциональныя расстройства при болѣзняхъ почекъ выражаются въ измѣненіяхъ состава мочи (альбуминурія, форменныя составныя части) и часто также въ расстройствахъ, поражающихъ весь организмъ (измѣненія органовъ кровообращенія, гипертрофія сердца, ретинитъ и уремія, какъ слѣдствіе недостаточности почекъ).

Альбуминурія. При всѣхъ болѣзняхъ почекъ вслѣдствіе увеличенной проходимости почечнаго эпителія, особенно въ клубочкахъ, происходитъ выдѣленіе бѣлка (сероальбуминъ и сероглобулинъ). Помимо того въ мочѣ можетъ оказаться бѣлокъ вслѣдствіе примѣси крови, гноя или отдѣленія половыхъ органовъ (ложная или случайная альбуминурія въ отличіе отъ настоящей или почечной); обыкновенно въ такихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ піелитомъ, циститомъ или уретритомъ. Альбумозы (пропептоны); въ отличіе отъ бѣлка не осаждающіяся при кипяченіи, представляютъ продукты перевариванія бѣлковъ и обнаруживаются при болѣзняхъ печени, пневмоніи, гнойномъ менингитѣ, эмпіемѣ, язвахъ кишечника, въ послѣродовомъ періодѣ, при отравленіи фосфоромъ. Присутствіе альбумозъ (доказывается біуретовой реакціей послѣ удаленія другихъ бѣлковыхъ тѣлъ) въ общемъ говоритъ за нагноеніе, но въ діагностическомъ отношеніи не имѣетъ большого значенія. Бѣлковое тѣло, осаждающееся только при прибавленіи уксусной кислоты, представляетъ собою нуклеоальбуминъ — продуктъ, который, вѣроятно, образуется изъ слищающагося эпителія слизистой оболочки мочевыхъ путей. Онъ появляется въ мочѣ также при лихорадочныхъ заболѣваніяхъ, ортостатической альбуминурії и почечныхъ болѣзняхъ, но не имѣетъ діагностическаго значенія.—Одной уксусной кислотой осаждается также муцинъ. Настоящая (почечная) альбуминурія встрѣчается, кромѣ болѣзней почекъ, при лихорадочныхъ, особенно инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, при расстройствахъ кровообращенія (болѣзни сердца и легкихъ), болѣзняхъ крови, кахексін и конституціональныхъ болѣзняхъ (діабетъ,

подагра), при болѣзняхъ головного мозга и эпилепсiи въ зависимости отъ нервныхъ влiяній, при отравленiяхъ и при извѣстной слабости конституціи (юношеская, періодическая, ортостатическая альбуминурия).

Опредѣленіе бѣлка въ мочѣ. Передъ изслѣдованіемъ мочу слѣдуетъ профильтровать.

1. Проба съ кипяченіемъ. Мочу кипятятъ и прибавляютъ нѣсколько капель разведенной (2%) уксусной или азотной кислоты. Муть, исчезающая при нагрѣваніи, зависитъ отъ кислаго мочекаислаго натра; появленіе мути, растворяющейся отъ прибавленія кислоты, обусловливается фосфорнокислой известью. Появляющаяся послѣ прибавленія кислоты и остающаяся муть указываетъ на присутствіе бѣлка. Если уже безъ нагрѣванія моча мутнѣетъ отъ прибавленія уксусной кислоты, то это указываетъ на присутствіе муцина или нуклеоальбумина (особенно при раздраженіи слизистой оболочки пузыря).

2. Проба Heller'a. Мочу осторожно наливаютъ въ косо наклоненную пробирку съ концентрированной азотной кислотой. На мѣстѣ соприкосновенія обѣихъ жидкостей образуется кольцевидная муть.—Въ сильно концентрированной мочѣ похожее помутнѣніе можетъ образоваться отъ азотнокислой мочевины или мочевой кислоты, а также отъ смолистыхъ кислотъ (послѣ приѣма копейскаго бальзама, скипидара); однако въ этомъ случаѣ муть выражена слабѣе, нерѣдко ограничена и стоитъ выше.

3. Проба съ уксусной кислотой и желтой кровяной солью. Къ холодной мочѣ прибавляютъ уксусной кислоты и 3—5 капель 10% раствора желтой кровяной соли; образуется муть или осадокъ. Эту реакцію даютъ также альбумозы. Если уже при прибавленіи уксусной кислоты получается помутнѣніе, то это зависитъ отъ муцина или нуклеоальбумина (см. выше). Въ такомъ случаѣ мочу слѣдуетъ отфильтровать или лучше произвести другую пробу.

4. Биуретовая проба. Мочу подщелачиваютъ нѣсколькими каплями ѣдкаго кали; отъ прибавленія нѣсколькихъ капель 1% раствора сѣрнокислой мѣди получается красное окрашиваніе въ присутствіи бѣлка, альбумозъ и пептоновъ.

Для приблизительнаго количественнаго опредѣленія бѣлка служитъ альбуминиметръ Esbach'a. Фильтрованную мочу наливаютъ до мѣтки U, реактивъ Esbach'a (1 грм. пикриновой кислоты и 2 грм. лимонной кислоты на 100,0 воды)—до мѣтки R, закрываютъ стеклянку резиновой пробкой, взбалтываютъ содержимое и оставляютъ на 24 часа. Уровень осадка по шкалѣ указываетъ на количество бѣлка.

Проба съ кипяченіемъ тоже позволяетъ приблизительно опредѣлить количественное содержаніе бѣлка: если осадокъ занимаетъ весь столбъ мочи, то бѣлка 2—3%; при осадкѣ въ половину столба—1% бѣлка; въ треть столба—0,5%, въ четверть столба—0,25%, въ $\frac{1}{10}$ столба—0,1%; если осадокъ покрываетъ только дно пробирки, то бѣлка 0,05%; если осадка нѣтъ, а есть только помутнѣніе, то бѣлка 0,01% и менѣе.

Для опредѣленія небольшихъ количествъ бѣлка необходимо изслѣдовать отдѣльныя порціи мочи, выпущенныя въ различное время дня.

Гематурия. Кровь, содержащаяся въ мочѣ, происходитъ либо изъ почекъ, либо изъ мочевыхъ путей. Подробности см. въ спеціальному отдѣлѣ. Если кровь происходитъ изъ почекъ, то въ мочѣ содержится больше бѣлка, чѣмъ это соответствуетъ содержанію крови, и встрѣчаются цилиндры изъ кровяныхъ тѣлецъ; при этомъ красныя кровяныя тѣльца блѣдны, выщелочены или измѣнена ихъ форма. Преходящая гематурия наблюдается при почечномъ инфарктѣ. При кровотеченіи изъ мочевыхъ путей содержаніе крови въ мочѣ неравномѣрно; въ началѣ и въ концѣ мочеиспусканія выдѣляется больше крови. Моча, содержащая красящее вещество крови, представляется свѣтло-красной или похожа на мясные помои, съ зеленоватымъ отливомъ; иногда она окрашена въ темный буровато-красный цвѣтъ (вслѣдствіе перехода оксигемоглобина въ метгемо-

глобинъ). При сильныхъ кровотеченіяхъ встрѣчаются кровяные свертки, имѣющіе часто червеобразную форму.

Гемоглобинурія. Моча содержитъ въ растворѣ красящее вещество крови, но не содержитъ кровяныхъ тѣлецъ. Красящее вещество крови можетъ появиться вслѣдствіе растворенія красныхъ кровяныхъ тѣлецъ; однако при настоящей гемоглобинурии отдѣленіе гемоглобина отъ стромы происходитъ уже въ крови (гемоглобинемія), и растворенный гемоглобинъ переходитъ изъ крови въ мочу. Моча представляется свѣтло-красной или темной буровато-красной. — Гемоглобинурія бываетъ при отравленіяхъ (бертолетова соль, фенолъ, мышьяковистый водородъ, анилинъ, ядъ сморчковъ), при обширныхъ ожогахъ, инфекціонныхъ заболѣваніяхъ (особенно при тропической маляріи въ видѣ гемоглобинурийной лихорадки) и, наконецъ, въ качествѣ самостоятельной болѣзни — пароксизмальной гемоглобинурии. Причины этой болѣзни неизвѣстны; случайными причинами являются сильное охлажденіе тѣла, напряженія и, можетъ быть, перенесенныя инфекціонныя болѣзни (сифилисъ, малярія). Приступы гемоглобинурии наступаютъ обыкновенно въ теченіе холоднаго времени года, часто сопровождаются ознобомъ, плохимъ общимъ самочувствіемъ, болями въ спинѣ, чувствительностью къ давленію верхней области живота и характерными измѣненіями мочи. Въ осадкѣ содержится аморфное красящее вещество крови, буроватые гемоглобиновые цилиндры, а иногда и другіе цилиндры. Иногда можно обнаружить гемоглобинемію (красная окраска сыворотки, блѣдныя красныя кровяныя тѣльца). Приступъ длится нѣсколько часовъ; затѣмъ всѣ явленія быстро исчезаютъ. — Продолжительность болѣзни — нѣсколько лѣтъ; исходъ благоприятный. — Лечение. Слѣдуетъ остерегаться простуды и чрезмѣрныхъ напряженій. Если предшествовала малярія или сифилисъ, показано специфическое лечение. Въ промежуткахъ между приступами укрѣпляющее лечение: прохладныя ванны, холодныя обтиранія, желѣзо, мышьякъ.

Опредѣленіе красящаго вещества крови въ мочѣ.

1. **Проба Heller'a.** Мочу кипятятъ, прибавивъ къ ней $\frac{1}{4}$ объема ѣдкаго кали или натра. Въ осадкѣ выпадаютъ фосфаты извести и магнезій, которые въ присутствіи крови увлекаютъ съ собой гематинъ и потому окрашиваются въ красный цвѣтъ. (Такая же реакція можетъ получиться послѣ приѣма ревеня, сенны или сантонина; но при этомъ красное окрашиваніе исчезаетъ отъ прибавленія уксусной кислоты).

2. **Терпентинно-гваяковая проба.** Къ мочѣ осторожно прибавляютъ смѣсь 3% свѣжей гваяковой настойки и стараго (содержащаго озонъ) терпентиннаго масла; на мѣстѣ соприкосновенія жидкостей образуется бѣлое кольцо, которое постепенно становится синимъ. Вмѣсто скипидара можно воспользоваться смѣсью Hünefeldt'a (Acid. acet. glac. 2,0, Aq. dest. 1,0, Ol. Terebinth., Alkohol abs., Chloroform. aa 100,0). Гной даетъ эту же реакцію, но она получается также безъ скипидара: при кипяченіи синее окрашиваніе, зависящее отъ гноя, исчезаетъ; если же синяя окраска зависитъ отъ гемоглобина, то она остается *).

*) Для опредѣленія красящаго вещества крови въ мочѣ примѣняется также бензидиновая реакція: смѣшиваютъ 10—15 к. с. изслѣдуемой мочи съ половиннымъ количествомъ ледяной уксусной кислоты и взбалтываютъ съ эфиромъ. Къ эфирной вытяжкѣ, которую сливаютъ, прибавляютъ 2 к. с. 3% раствора перекиси водорода, нѣсколько капель уксусной кислоты и 2 к. с. на-

3. Спектроскопическое опредѣленіе крови. Пробирку съ мочей ставятъ передъ щелью карманнаго спектроסקопа. Оксигемоглобинъ даетъ 2 полосы поглощенія въ желтомъ и зеленомъ полѣ (между Фраунгоферовыми линиями D и E), возстановленный гемоглобинъ въ этой же части спектра даетъ одну широкую полосу, метгемоглобинъ даетъ одну рѣзкую узкую полосу въ красномъ полѣ (между линиями C и D), 2 слабыя полосы въ желтомъ и зеленомъ полѣ и одну слабую широкую полосу между зеленымъ и синимъ полемъ.

Примѣсь самаго незначительнаго количества крови обнаруживается при микроскопическомъ изслѣдованіи осадка по присутствію въ немъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Желчные пигменты. Красящее вещество желчи, билирубинъ, который при окисленіи измѣняетъ свой цвѣтъ на зеленый (биливердинъ), фіолетовый и красный, появляется въ мочѣ при желтухѣ. Продуктъ возстановленія билирубина—уробилинъ (гидробилирубинъ) въ небольшомъ количествѣ содержится въ нормальной мочѣ; содержаніе его увеличено при болѣзняхъ печени, особенно при циррозѣ, при застояхъ и всасываніи значительныхъ кровопизліаній.

Опредѣленіе билирубина.

1. Реакція Gmelin'a. Не содержащую бѣлка и отфильтрованную мочу осторожно приливаютъ въ пробирку съ концентрированной азотной кислотой, къ которой прибавлено нѣсколько капель дымящейся азотной кислоты. На мѣстѣ соприкосновенія образуется цвѣтной слой, который сперва принимаетъ зеленую окраску, затѣмъ фіолетовую, красную и желтую.

2. Видоизмѣненіе Rosenbach'a. Мочу фильтруютъ и на влажный, расправленный фильтръ наносятъ смѣсь азотной кислоты, употребляющуюся при реакціи Gmelin'a. При этомъ образуются вышеуказанныя цвѣтныя кольца.

3. Проба Rosin'a. Къ мочѣ осторожно приливаютъ разведенную въ 10 разъ іодную настойку. Въ присутствіи красящаго вещества желчи образуется зеленое кольцо.

Опредѣленіе уробилина.

Мочу подщелачиваютъ амміакомъ, прибавляютъ 8—10 капель 10% раствора хлористаго цинка и фильтруютъ. При большомъ содержаніи уробилина получается флуоресценція: при падающемъ свѣтѣ фильтратъ представляется зеленымъ, при проходящемъ свѣтѣ—краснымъ. Въ спектроскопѣ разбавленная моча, содержащая уробилинъ, даетъ полосу поглощенія между зеленымъ и синимъ полями.

Опредѣленіе винограднаго сахара. Срвн. «Діабетъ». Въ мочѣ здоровыхъ виноградный сахаръ встрѣчается лишь временно послѣ обильнаго введенія сахара, при привычномъ употребленіи пива (пищевая гликозурия), при болѣзняхъ печени и артеріосклерозѣ. Если послѣ пріема пищи, богатой углеводами, въ мочѣ появляется сахаръ или въ теченіе продолжительнаго времени моча содержитъ $\frac{1}{2}$ ‰ и болѣе сахара, то мы имѣемъ дѣло съ діабетомъ.—Всѣ реакціи на сахаръ требуютъ, чтобы моча не содержала бѣлка; при помощи кипяченія съ уксусной кислотой мочу освобождаютъ отъ бѣлка.

сыщеннаго спиртнаго раствора бензидина (benzidinum puriss.). При положительномъ результатѣ реакціи получается красивое зеленое окрашиваніе.

Точную и надежную реакцію представляетъ геминъ реакція Teichmann'a. Для этой реакціи пользуются или засохшей на предметномъ стеклѣ каплей кровянистой мочи, или незначительнымъ количествомъ мочевого осадка, содержащаго кровь. Къ засохшей каплѣ мочи или къ предварительно высушенному осадку прибавляютъ крупинку поваренной соли и накрываютъ покровнымъ стеклышкомъ. Между предметнымъ и покровнымъ стекломъ пропускаютъ затѣмъ уксусной кислоты и осторожно подогреваютъ надъ небольшимъ пламенемъ, пока вся указанная кислота не улетучится. Послѣ охлажденія находятъ при микроскопическомъ изслѣдованіи бурочерные ромбическіе кристаллы хлористаго гемина.

Прим. ред.

1. Проба Мооге'a. Къ мочѣ прибавляютъ $\frac{1}{3}$ объема ѣдкаго кали и кипятятъ нѣсколько минутъ. Появляется сперва желтое, потомъ бурое окрашивание. Если содержаніе сахара ниже 0,5%, реакція не получается.

2. Пробы съ возстановленіемъ. а) Проба Trommer'a. Мочу смѣшиваютъ съ $\frac{1}{3}$ объема ѣдкаго кали или натра и по каплямъ прибавляютъ 10% раствора сѣрнокислой мѣди до тѣхъ поръ, пока синій осадокъ при взбалтываніи растворяется. Если моча содержитъ сахаръ, то при нагрѣваніи верхнихъ слоевъ до 70°, слѣдовательно еще до кипѣнія, образуется красный осадокъ закиси мѣди или желтокрасный осадокъ гидрата закиси мѣди.—Слабое желтое окрашивание безъ осадка появляется вслѣдствіе незначительнаго возстановляющаго дѣйствія мочевоы кислоты, креатинина и опредѣленныхъ лекарственныхъ веществъ (хлораль, хлороформъ, скипидаръ, бензойная кислота, салициловая кислота, копейскій бальзамъ, кубеба).

б) Проба съ растворомъ Fehling'a. Послѣдній состоитъ изъ 2 растворовъ: а) 34,639 грм. кристаллической сѣрнокислой мѣди на 500 к. стм. дистиллированной воды; б) 173,0 грм. сегнетовой соли (виннокаменноокислый калий-натрій) и 100,0 оффициальнаго ѣдкаго натра на 500 к. с. дистил. воды. Для приблизительнаго количественнаго опредѣленія винограднаго сахара отмѣриваютъ въ пробирку по 1 к. с. того и другого раствора и разбавляютъ 20 к. с. воды. Окись мѣди, содержащаяся въ этомъ количествѣ раствора, требуетъ для своего возстановленія 0,01 грм сахара. Растворъ Fehling'a нагрѣваютъ до кипѣнія (если уже при этомъ выпадаетъ осадокъ закиси, то растворъ испорченъ) и прибавляютъ по каплямъ мочу. Послѣ каждой капли смотрятъ при проходящемъ свѣтѣ, не обезцвѣтилась ли жидкость. Въ необходимомъ для обезцвѣчиванія количествѣ капель мочи содержится 0,01 сахара (1 к. с. мочи—20 каплямъ). Для облегченія расчета служитъ слѣдующая таблица:

Капли мочи=% сахара.	Капли мочи=% сахара.	Капли мочи=% сахара.
1 20	11 1,8	25 0,8
2 10	12 1,6	30 0,6
3 6,6	13 1,5	40 0,5
4 5,0	14 1,4	50 0,4
5 4,0	15 1,3	60 0,3
6 3,3	16 1,2	70 0,28
7 2,8	17 1,15	80 0,25
8 2,5	18 1,1	90 0,21
9 2,2	19 1,05	100 0,20
10 2,0	20 1,0	

При высокомъ содержаніи сахара необходимо мочу разбавить въ 5 разъ.

с) Проба Böttger-Nylander'a. Реактивъ: сегнетовой соли (виннокаменноокислый калий-натрій) 4,0, азотнокислаго висмута 2,0, 10% раствора ѣдкаго натра 100,0—слегка нагрѣть и по охлажденіи профильтровать. При кипяченіи мочи съ $\frac{1}{10}$ объема этого реактива получается въ присутствіи сахара бурочерная окраска вслѣдствіе выдѣленія металлическаго висмута. Бѣлковыя тѣла должны быть предварительно выдѣлены. Реакція получается при 0,05 сахара.

3. Бродильная проба. Мочу смѣшиваютъ съ кускомъ свѣжихъ пресованныхъ дрожжей, величиною съ горошину, и смѣсь наливаютъ въ бродильную трубку такъ, чтобы вертикальная трубка не содержала воздуха. Мѣсто перегиба заполняется ртутью. При комнатной температурѣ или скорѣе при 37° образуется углекислый газъ благодаря броженію сахара. Въ виду того, что дрожжи, сами подвергаясь броженію, могутъ дать углекислоту, рекомендуется поставить контрольный опытъ съ дрожжами и водой и еще одинъ опытъ съ дрожжами и 1% растворомъ винограднаго сахара, чтобы испытать дѣйствіе дрожжей.

Ацетонъ и ацетоуксусная кислота (а также β -оксимасляная кислота) содержатся въ мочѣ при болѣзняхъ, сопровождающихся распадомъ бѣлка, особенно при тяжеломъ сахарномъ мочеизнуреніи.

Опредѣленіе ацетона при помощи пробы Legal'a. Къ мочѣ прибавляютъ 3 капли свѣжаго раствора нитропруссиднаго натрія и ѣдкаго натра до рѣзко щелочной реакціи: получается пурпурно-красная окраска, переходящая въ желтую. (Эта реакція наблюдается во всякой мочѣ благодаря содержанію креатинина). Если по каплямъ прибавлять уксусную кислоту, то на мѣстѣ соприкосновенія образуется алое или пурпурное окрашивание въ присутствіи ацетона.

Определение ацетоуксусной кислоты посредством пробы Gerhardt'a. От прибавления раствора полуторохлористаго желѣза въ мочѣ образуется сѣровато-бѣлый осадокъ фосфатовъ. Если въ мочѣ содержится ацетоуксусная кислота, то получается красное цвѣта бордо окрашиваніе, исчезающее отъ прибавленія сѣрной кислоты.

Индиканъ въ незначительномъ количествѣ содержится во всякой мочѣ. Содержаніе его увеличено при усиленіи процессовъ гніенія въ кишечникѣ, при перитонитѣ, при непроходимости тонкихъ кишекъ (см. выше) и гнилостныхъ нагноеніяхъ. Определе́ніе индикана. Мочу смѣшиваютъ съ равнымъ объемомъ концентраціи чистой соляной кислоты; затѣмъ, сильно взбалтывая, прибавляютъ по каплямъ свѣжій растворъ хлорной извести (1:20). При большомъ содержаніи индикана получается синеватое окрашиваніе. Взбалтывая съ эфиромъ или хлороформомъ, можно извлечь индиго. Очень темную мочу предварительно обезцвѣчиваютъ прибавленіемъ небольшого количества уксуснокислаго свинца и фильтрованіемъ.

Діазореакція. При нѣкоторыхъ лихорадочныхъ заболѣваніяхъ, главнымъ образомъ при брюшномъ тифѣ, затѣмъ при пневмоніи, милиарномъ туберкулезѣ, септицеміи и въ тяжелыхъ случаяхъ легочной чахотки въ мочѣ появляются ароматическія тѣла, которыя съ сульфодіазобензоломъ даютъ опредѣленную цвѣтную реакцію. Реактивы: а) Acid. sulfanilic. 5,0, Acid. hydrochl. pur. 50,0, Aq. dest. ad 1000,0. б) Natr. nitros. 0,5, Aq. dest. 100,0. Смѣшиваютъ 25 к с. раствора а) съ 10 каплями раствора б); эту смѣсь прибавляютъ къ равному объему мочи и ко всему прибавляютъ еще $\frac{1}{8}$ объема амміака. При положительной реакціи появляется рѣзкое красное окрашиваніе пѣны.

Салициловая кислота и салолъ. Послѣ приѣма этихъ средствъ моча даетъ фіолетовое окрашиваніе отъ прибавленія liquor ferri sesquichlorati.—Такъ какъ салолъ разлагается лишь въ кишечникѣ, то эта проба можетъ быть примѣнена для изслѣдованія двигательной функціи желудка. При двигательной слабости реакція на салицилутовую кислоту получается только спустя 2—5 часовъ вмѣсто того, чтобы появиться черезъ $\frac{3}{4}$ —1 часъ.

Если моча содержитъ жиръ (хилурія), то при этомъ часто она представляется молочномутной. Помутнѣніе исчезаетъ отъ прибавленія ѣдкаго кали и при взбалтываніи съ эфиромъ. Подъ микроскопомъ обнаруживаются жировые шарики. Болѣзнь чаще встрѣчается въ тропическихъ странахъ (въ зависимости отъ *filaria sanguinis*). Хилурія наблюдается также при болѣзняхъ поджелудочной железы, ожирѣніи и діабетѣ.

Среди форменныхъ элементовъ мочевого осадка (бѣлыя и красныя кровяныя тѣльца, эпителий почекъ, почечныхъ лоханокъ и пузыря, плоскій эпителий влагалища) особенно характерны мочевые цилиндры. Они встрѣчаются почти при всякой почечной альбуминуриі. 1. Гіалиновые цилиндры прозрачны, однородны, со слабо очерченными контурами. Кромѣ нефрита, встрѣчаются при лихорадкѣ, желтухѣ, застояхъ; рѣдко и въ небольшомъ количествѣ попадаютъ въ мочѣ здоровыхъ. Нерѣдко они бывають покрыты кровяными тѣльцами, жировыми каплями, эпителиальными клѣтками, зернышками (мочекислыя соли). 2. Эпителиальные цилиндры состоятъ изъ склеившихся клѣтокъ почечнаго эпителия и наблюдаются только при нефритѣ. 3. Зернистые цилиндры, состоящіе изъ мелкозернистаго вещества, встрѣчаются тоже только при почечной альбуминуриі. 4. Цилиндры изъ склеившихся красныхъ кровяныхъ тѣлецъ наблюдаются при почечныхъ кровотеченияхъ. 5. Восковые цилиндры—желтоватые, блестящіе, однородные, съ неясными контурами—встрѣчаются при тяжеломъ хроническомъ нефритѣ.—Кромѣ того, при діабетѣ иногда наблюдаются многочисленные короткіе

цилиндры, предвѣщающіе, какъ полагають, наступленіе коматознаго состоянія.

Водянка почечнаго происхожденія отличается отъ другихъ водянокъ тѣмъ, что она распространяется на всю поверхность тѣла и часто сперва появляется на лицѣ, въ особенности на вѣкахъ, между тѣмъ какъ при болѣзняхъ сердца водянка обыкновенно начинается съ нижележащихъ частей, со ступней и голеней, а при болѣзняхъ печени и воротной вены сперва развивается брюшная водянка до появленія отека подкожной ткани.—Лишь въ послѣдствіи, особенно при наличности пораженія сердца, у почечныхъ больныхъ развиваются другія водяночныя явленія: отекъ кожи туловища, половыхъ органовъ, ногъ, отекъ слизистыхъ оболочекъ, водянка брюшной и грудной полости. Причина почечной водянки заключается не только въ задержкѣ воды и другихъ составныхъ частей (напр. поваренной соли), но, вѣроятно, также въ болѣзненномъ измѣненіи и увеличенной, проходимости стѣнокъ сосудов.—О другихъ измѣненіяхъ органовъ кровообращенія и о *retinitis albuminurica* см. спеціальный отдѣлъ.

Уремія. При разлитыхъ заболѣваніяхъ почекъ, особенно при сморщенной почкѣ и остромъ нефритѣ, иногда возникаетъ тяжелый токсическій симптомокомплексъ, зависящій, вѣроятно, отъ недостаточнаго выдѣленія ядовитыхъ конечныхъ продуктовъ обмѣна веществъ. Обыкновенно уремія протекаетъ остро, рѣже хронически. Начинается съ головной боли, рвоты, усталости и сонливости. Иногда дѣло ограничивается этими болѣе легкими симптомами, но большею частью вскорѣ присоединяются эпилептиформныя судороги, затѣмъ коматозное состояніе, стерторозное дыханіе, иногда также Cheyne-Stokes'овское дыханіе. Часто наблюдается ціанозъ. Температура иногда повышена, иногда ниже нормы. Пульсъ замедленный, напряженный, во время приступовъ судорогъ—ускоренный, малый. Количество мочи передъ приступомъ обыкновенно уменьшается.—Продолжительность приступа—нѣсколько минутъ; но часто одинъ приступъ слѣдуетъ быстро за другимъ, и коматозное состояніе продолжается. Часто наблюдается смертельный исходъ; въ другихъ случаяхъ иногда остаются разстройства зрѣнія, параличи и другія мозговія явленія (бредъ), которыя въ послѣдствіи исчезаютъ. Иногда возникаютъ упорныя разстройства со стороны желудочно-кишечнаго канала, одышка, головная боль, психозы. Эти хроническіе случаи, въ теченіе которыхъ могутъ наступить новые судорожные приступы, часто имѣютъ неблагоприятный исходъ.

При тяжелыхъ заболѣваніяхъ почекъ, особенно при появленіи уремическихъ симптомовъ, точка замерзанія крови, соотвѣтствующая въ среднемъ— $0,56^{\circ}$, понижается до $-0,7^{\circ}$ и больше, благодаря тому, что въ кровяной плазмѣ вълѣдствіе нарушенія дѣятельности почекъ содержится больше солей и продуктовъ обмѣна веществъ, чѣмъ обыкновенно.

Наоборотъ, моча почечныхъ больныхъ обыкновенно содержитъ меньше

солей и продуктовъ обмѣна веществъ, а потому точка замерзанія ея бываетъ понижена только до $-0,5^{\circ}$ и менѣе, тогда какъ точка замерзанія нормальной мочи колеблется отъ -1° до -2° . Эти отклоненія отъ нормы, особенно при сравненіи точекъ замерзанія крови и мочи, позволяютъ вывести заключеніе о недостаточности почекъ. — Точка замерзанія опредѣляется при помощи аппарата Вескманна (криоскопія). Однако получаемые результаты еще слишкомъ ненадежны, чтобы можно было ими пользоваться въ практикѣ. Поэтому дальнѣйшія теоретическія соображенія здѣсь не приводятся.

Объективное изслѣдованіе. Почки лежатъ позади брюшины рядомъ съ позвоночникомъ, простираясь отъ 12-го грудного до 3-го поясничнаго позвонка. Правая почка граничитъ сверху съ печенью, лѣвая — съ селезенкой. Перкуссия почекъ даетъ ненадежные результаты; всего яснѣе опредѣляются нижняя и наружная границы; послѣдняя отстоитъ отъ остистыхъ отростковъ приблизительно на 10 см. Почечная тупость увеличена при опухоляхъ почекъ (см. о нихъ) и гидронефрозѣ, отсутствуетъ при блуждающей почкѣ. О значеніи рентгенографіи срвн. «Блуждающая почка» (см. ниже). Почки и почечныя опухоли смѣщаются при дыхательныхъ движеніяхъ, но въ гораздо меньшей степени, чѣмъ печень и селезенка. — Путемъ ощупыванія опредѣляется увеличеніе почекъ, опухоли и блуждающая почка; ощупываніе производится двумя руками, изъ которыхъ одна сзади оттѣсняетъ почку навстрѣчу другой рукѣ, ощупывающей спереди черезъ брюшныя покровы. — Болѣзненность при давленіи иногда наблюдается при опухоляхъ, почечныхъ камняхъ и воспаленіи. Обь отношеніи ободочной кишки къ опухолямъ почки см. «Ракъ почки» (см. ниже). Мочевой пузырь выдается надъ симфизомъ только при сильномъ наполненіи, и въ этомъ случаѣ онъ опредѣляется путемъ ощупыванія и постукиванія. Опухоли кромѣ того можно опредѣлить посредствомъ изслѣдованія двумя руками (палецъ одной руки вводятъ въ прямую кишку или влагалище, а другую руку кладутъ на животъ). Задержка мочи съ сильнымъ растяженіемъ пузыря можетъ наблюдаться при камняхъ, рубцовыхъ суженіяхъ, гипертрофіи предстательной железы, болѣзняхъ спинного мозга и у больныхъ съ помраченнымъ сознаніемъ. Поэтому особенно у послѣднихъ необходимо всегда слѣдить за степенью наполненія мочевого пузыря.

Общая терапія болѣзней почекъ.

Наибольшее значеніе имѣетъ регулированіе діеты. При остромъ нефритѣ назначаютъ главнымъ образомъ молоко въ количествѣ приблизительно 1—1½ литра; для вкуса можно прибавить немного кофе или чая. Однако нѣтъ необходимости предписывать исключительно молочную діету; кромѣ молока можно давать простые (безъ соли) супы, вареные на водѣ изъ риса, муки, саго, крупы, мондамина, булокъ, фруктовые супы; затѣмъ сухари, булки, кэксъ съ несоленнымъ масломъ, каша изъ риса и мондамина, картофельное пюре; апельсины, медъ; сахарная и лимонная вода, фруктовые соки, лимонады. Вмѣсто молока можно давать молочные супы, пахтанье, кефиръ. — Исключительно молочную діету нельзя назначать при склонности къ рвотѣ. Къ спиртнымъ напиткамъ слѣдуетъ прибѣгать только при явленіяхъ сердечной слабости. Запрещаются всѣ пряности, соль, перецъ, горчица, хрѣнь, лукъ. — По мѣрѣ ослабленія воспалительныхъ явленій и увеличенія діуреза разрѣшаютъ ѣсть молодые и свѣжіе овощи: брюкву, шпинатъ, цвѣтную капусту, зеленый горошекъ и бобы, фруктовое желе, мучныя блюда и яйца. — По выздоровленіи разрѣшаются слѣдующія мясныя блюда: телячьи мозги, сладкое мясо,

курица, голубь, телятина, изъ рыбъ—форель, карпъ, судакъ, но только въ небольшомъ количествѣ.—Изъ напитковъ: Bilin, Fachingen и Wildungen. Только при слабомъ діурезѣ и начинающейся водянкѣ слѣдуетъ ограничить введеніе жидкостей. Въ этихъ случаяхъ особеннаго вниманія заслуживаетъ также отсутствіе поваренной соли въ пищѣ. Поэтому даютъ вышеназванные овощи, рисъ, муку, фрукты, сахаръ, картофель (все это готовится безъ соли), введеніе же молока (точно также, конечно, и мяса) ограничиваютъ. Масло и хлѣбъ только безъ соли. Слѣдуетъ избѣгать мясныхъ суповъ, копченого и соленого мяса, колбасныхъ продуктовъ.—Строго проводить такое питаніе безъ соли, которое часто неблагоприятно отзывается на аппетитъ больныхъ, можно только въ томъ случаѣ, если при этомъ достигается уменьшеніе отековъ и паденіе вѣса тѣла. Если этого результата не наблюдается, не слѣдуетъ продолжать этотъ способъ питанія. При хроническомъ нефритѣ еще труднѣе, чѣмъ при остромъ, ограничить питаніе въ теченіе болѣе продолжительнаго времени. Слѣдуетъ по возможности стараться и здѣсь довести ежедневное употребленіе молока до 1—2 литровъ; въ остальномъ можно разрѣшить всѣ пищевыя средства: мясо въ количествѣ 200—400 грм. ежедневно, яйца же лучше запретить. Изъ овощей можно ѣсть все, кромѣ капусты, брюквы и стручковыхъ плодовъ. Запрещаются спиртные напитки и пряности. Соль въ умѣренномъ количествѣ. Пища должна быть разнообразной; слѣдуетъ ѣсть небольшими порціями. Напитки тѣ же, что и при остромъ нефритѣ: сахарная или лимонная вода, Bilin, Fachingen, Gieshübel въ умѣренномъ количествѣ; немного кофе или чая съ молокомъ.—У водяночныхъ больныхъ можно ограничить введеніе жидкости, но лишь до тѣхъ поръ, пока это хорошо переносится.

Изъ гидротерапевтическихъ приѣмовъ во многихъ случаяхъ остраго воспаленія почекъ примѣняются потогонныя процедуры въ постели: заворачиваніе въ согрѣтыя шерстяныя одѣяла на 1—2 часа послѣ теплой въ 38° ванны продолжительностью въ 20 минутъ (въ ванну больного нужно переносить), или передъ заворачиваніемъ больному даютъ горячаго молока, горячей лимонной воды или бузиннаго чая. При хронической болѣзни почекъ и при сморщенной почкѣ дѣлаютъ нѣсколько разъ въ недѣлю теплую ванну; затѣмъ полезны суховоздушныя ванны въ теченіе нѣсколькихъ минутъ съ послѣдующимъ растираніемъ тѣла и теплой водяной ванной. Потогонное леченіе примѣняется также при хроническихъ болѣзняхъ почекъ съ отеками, но при этомъ нужна большая осторожность (вино, камфора), особенно въ случаѣ осложненій со стороны сердца; могутъ также наступить уремическія явленія.—При уреміи полезны влажныя обертыванія всего тѣла на 1—2 часа; если имѣется въ виду потогонное дѣйствіе, дѣлаютъ горячія обертыванія (40°—44°); затѣмъ примѣняются еще горячія ванны съ холодными обливаніями затылка и головы. При водянкѣ (помимо названныхъ потогонныхъ процедуръ) назначаютъ мочегонныя средства: коффеинъ,

диуретикъ, теофиллинъ (также агуриъ, теонинъ; прим. ред.), species diureticae, fructus juniperi, liquor kalii acetici; при одновременномъ поражении сердца даютъ одну наперстянку или въ мѣстѣ съ мочегонными. См. выше. Кромѣ того, можно испытать отвлекающее дѣйствіе нѣжныхъ слабительныхъ средствъ (кромѣ каломеля). См. выше. О кожномъ дренажѣ при отекаѣ кожи см. выше.

Въ отношеніи уреміи важна профилактика: если количество мочи уменьшается, назначаютъ мочегонныя средства (см. выше). При маломъ неправильномъ пульсѣ, указывающемъ на сердечную слабость, назначаютъ наперстянку, лучше всего въ видѣ клизмы (см. выше), камфору съ flor. Benzoes (см. выше) или oleum camphoratum подѣ кожу. Въ большомъ количествѣ даютъ кислые напитки, какъ напр. лимонадъ. — Чтобы вызвать жидкія испражненія, даютъ слабительныя (за исключеніемъ каломеля) (см. выше). — При остромъ приступѣ уреміи хорошее вліяніе оказываетъ иногда кровопусканіе (200 — 300 куб. см.), въ другихъ случаяхъ благоприятные результаты получаются отъ подкожныхъ вливаній раствора поваренной соли (см. выше). О гидротерапіи см. выше. — Противъ судорогъ примѣняютъ хлороформный наркозъ или хлораль-гидратъ въ видѣ клизмы (Chlorali hydrati 2,0, Aq. dest., Mucil. Amyli trit. aa 50,0. M. D. S. Для клизмы), морфіи подѣ кожу 0,01 — 0,02. Однако эти средства слѣдуетъ примѣнять съ осторожностью въ виду возможности наступленія упадка сердечной дѣятельности. Противъ уремической астмы назначаютъ тоже морфіи подѣ кожу и вдыханія амилнитрита (см. выше). Противъ явленій хронической уреміи (головная боль, тошнота, рвота, кожный зудъ) примѣняютъ симптоматическое леченіе, имѣя при этомъ въ виду основное страданіе.

Бальнеотерапія болѣзней почекъ не простирается на острые воспалительныя заболѣванія, требующія постельнаго содержанія и ухода на дому или въ лечебномъ заведеніи. Больные съ значительной альбуминуріей тоже не подходятъ для леченія въ курортѣ. Зато оно оказываетъ часто хорошее вліяніе въ тѣхъ случаяхъ хроническаго нефрита, которые сопровождаются умѣренной или небольшой альбуминуріей. Въ этомъ отношеніи заслуживаютъ вниманія тѣ минеральные источники, которые отличаются высокимъ содержаніемъ солей извести и магnezіи и богаты углекислотой. Въ качествѣ лечебнаго средства при хроническомъ воспаленіи почекъ, мочекислыхъ конкрементахъ и катаррѣ пузыря наибольшей славой пользуются воды Wildungen (Georg-Victorquelle и Helenenquelle) и Marienbad (Rudolfsquelle). Затѣмъ часто хорошо вліяетъ леченіе въ курортахъ Wiesbaden, Nauheim, Baden-Baden, Karlsbad, а также пребываніе зимой въ Италіи, на о. Корсикѣ, въ Алжирѣ, Египтѣ.

Общая терапія болѣзней мочевого пузыря.

Въ профилактическомъ отношеніи необходимо избѣгать всѣхъ моментовъ, вызывающихъ приливы крови къ тазовымъ органамъ и мочевому пузырю: слѣдуетъ устранять запоры, лечить геморрой, избѣгать

всякихъ эксцессовъ, остерегаться простуды, не пить холодныхъ и спиртныхъ напитковъ, держать въ теплѣ ноги. Далѣе необходимо заботиться о полномъ опорожненіи пузыря; если полному опорожненію препятствуютъ гипертрофія предстательной железы, болѣзни спинного мозга или суженія, слѣдуетъ прибѣгнуть къ асептической катетеризаціи. Въ этихъ случаяхъ, а также при хроническомъ катаррѣ пузыря и послѣ операций (удаленіе камней или опухолей) хорошее дѣйствіе оказываютъ промыванія мочевого пузыря. Передъ промываніемъ пузырь опорожняютъ. Вводятъ приблизительно 150 куб. см. жидкости; выпускаютъ ее обратно черезъ катетеръ, и такъ продолжаютъ до тѣхъ поръ, пока промывная жидкость не останется ясной. Чаще всего примѣняютъ *argentum nitricum* въ растворахъ 1:5000—1:1000. Начинаютъ съ слабого раствора и постепенно переходятъ къ болѣе крѣпкимъ растворамъ; обыкновенно промываніе производятъ черезъ день. Другія жидкости для промыванія: *Acid. boricum* 40,0:1000, поваренная соль 8,0:1000, *Acid. salicyl.* 3,0:1000; въ особенности при туберкулезѣ съ осторожностью примѣняютъ сулему 0,1—0,2:1000.—При кровотеченияхъ изъ мочевого пузыря (независимо отъ внутреннихъ средствъ, какъ-то: желатины, *secale cornutum*, см. выше) пользуются для промыванія болѣе крѣпкимъ растворомъ азотнокислаго серебра до 1:500.

Въ отношеніи діеты слѣдуетъ руководиться общимъ правиломъ: бѣдная азотомъ пища не должна содержать раздражающихъ и способствующихъ запору веществъ. Запрещаются пряности, алкоголь, холодные напитки. Даютъ меньше соли. — Супы, приготовленные на молокѣ или водѣ изъ риса, муки, мондамина, крупы, саго, булокъ, картофеля; мясной супъ только изрѣдка и безъ соли. Немного мягкаго и тощаго мяса: курица, голубъ, телятина, говядина, баранина, фазанъ, куропатка, козуля. Запрещаютъ острые и жирные соусы. Немного рыбы (форель, карпъ, щука, камбала, судакъ). Въ небольшомъ количествѣ яйца въ смятку. Больше масла. Булки, кэксъ. Блюда изъ риса, крупы, картофеля, макаронъ. Изъ овощей свѣжая морковь, шпинатъ, цвѣтная капуста, зеленый горошекъ, бобы. Затѣмъ компотъ и свѣжій салатъ (безъ уксуса). Разрѣшаются фрукты. Въ обильномъ количествѣ напитки: сахарная и лимонная вода, при желаніи съ небольшимъ количествомъ краснаго вина. Молоко, лимонады, чай изъ ромашки, бузины, липоваго цвѣта. Особенно слѣдуетъ запретить: заправленное пряностями, копченое и соленое мясо, колбасу, соленый окорокъ, копченныя и соленныя рыбы, икру, сало, паштеты, майонезы, стручковые плоды, огурцы, кофе, чай, крѣпкій бульонъ.

Изъ водолечебныхъ процедуръ при остромъ и хроническомъ катаррѣ пузыря и особенно при болѣзненныхъ задержкахъ мочи и тенезмахъ очень хорошо дѣйствуютъ общія или сидячія теплыя ванны въ 37°, а также мѣстное примѣненіе теплыхъ компрессовъ (припарки, горячая вода, горячіе платки, грѣлка). При воспаленіи предстательной железы хорошіе результаты получаются отъ тепловатыхъ или прохладныхъ

сидячихъ и соленыхъ ваннъ въ 34° — 26° ; кромѣ того на предстательную железу можно дѣйствовать со стороны прямой кишки при помощи аппарата Argberger'a, черезъ который пропускаютъ горячую или холодную воду или воду переменной температуры; иногда хорошо вліяютъ горячіе компрессы, въ другихъ случаяхъ лучше переносится примѣненіе холода.

О примѣненіи внутреннихъ средствъ и о бальнеотерапіи болѣзни мочевого пузыря см. въ спеціальному отдѣлѣ. Спеціальная мѣстная терапия приводится въ соответственныхъ учебникахъ.

Частная діагностика и терапия болѣзни мочевыхъ органовъ.

Разлитые, распространяющіеся обыкновенно на весь органъ и двусторонніе воспалительные процессы почекъ (*morbus Brightii*) подраздѣляются слѣдующимъ образомъ въ зависимости отъ ихъ теченія, клиническихъ явленій и патолого-анатомическихъ измѣненій:

1. Острый нефритъ характеризуется острымъ началомъ и теченіемъ (отъ нѣсколькихъ недѣль до нѣсколькихъ мѣсяцевъ). Жировое перерожденіе почечнаго эпителія и болѣе или менѣе сильное слущиваніе его; въ качествѣ воспалительнаго явленія фибринозный экссудатъ въ мочевыхъ канальцахъ, клубочкахъ (гіалиновые цилиндры) и интерстиціальной ткани; встрѣчаются также кровоизліянія. Почки часто увеличены.

2. Хроническій паренхиматозный нефритъ и его исходное состояніе—вторичная сморщенная почка. Хроническій нефритъ обыкновенно развивается первично, какъ таковой; рѣже онъ является слѣдствіемъ остраго нефрита. Анатомическія измѣненія въ начальныхъ стадіяхъ болѣзни тѣ же, какъ и при остромъ нефритѣ. Почки увеличены, сумка отчасти сросшена съ ними, корковый слой утолщенъ. При большой бѣлой почкѣ поверхность разрѣза представляется мутно-желтой, водянисто-сѣрой съ болѣе краснымъ мозговымъ веществомъ; при хронической геморрагической формѣ. большой сѣровато-красной или пестрой почкѣ поверхность разрѣза окрашена въ равномерный сѣровато-красный цвѣтъ, или красныя пятна (кровоизліянія) перемежаются съ сѣро-желтыми участками (анемическіе или жирно-перерожденные).—Въ позднѣйшемъ стадіи часто происходитъ разрастаніе интерстиціальной соединительной ткани съ частичной гибелью мочевыхъ канальцевъ; почка въ этой стадіи бываетъ немного уменьшена и имѣетъ сморщенную поверхность: вторичная сморщенная почка.

3. Первичная сморщенная почка, зернистая атрофія почекъ, хроническій интерстиціальнй нефритъ. Отличается отъ вторичной сморщенной почки, помимо своего первичнаго развитія, также нѣкоторыми особенностями въ клиническихъ проявленіяхъ. Анатомическія измѣненія: почки часто уменьшены наполовину, сумка ихъ сросшена, поверхность бугристая. На разрѣзѣ замѣчается сильное истонченіе коркового слоя, частичная гибель почечной паренхимы, разрастаніе и сморщиваніе интер-

стиціальной соединительной ткани. Часто встрѣчаются кисты. Почечныя артеріи нерѣдко представляютъ явленія склероза и бываютъ сужены (артеріосклеротическая сморщенная почка).

1. Острый нефритъ.

Этіологія. Чаще всего развивается вслѣдъ за инфекціонными заболѣваніями, вѣроятно, подъ вліяніемъ токсиновъ: послѣ скарлатины (glomerulonephritis), ангины, дифтеріи, брюшного тифа, септицеміи, рожи, холеры. Токсическій нефритъ наблюдается при отравленіяхъ шпанскими мушками, бертолетовой солью, скипидаромъ и др.; затѣмъ при наружномъ употребленіи шпанскихъ мушекъ, препаратовъ дегтя, нафтола, іодоформа, карболовой кислоты. Сюда слѣдуетъ причислить также нефритъ, развивающійся во время беременности и послѣ обширныхъ ожоговъ кожи. Наконецъ, острый нефритъ можетъ возникнуть первично послѣ простуды и промоканія.

Главные симптомы. Измѣненія мочи и обыкновенно также отеки. Количество мочи рѣзко уменьшено (иногда анурія); моча мутная, сѣро-краснаго цвѣта или похожа на мясную воду, высокаго удѣльнаго вѣса (большею частью выше нормальнаго максимума 1025), съ большимъ содержаніемъ бѣлка и съ осадкомъ, въ которомъ при микроскопическомъ изслѣдованіи находятъ цилиндры всѣхъ родовъ, жирно-перерожденные эпителиальныя клѣтки, лейкоциты и красныя кровяныя тѣльца. Водянка начинается съ отека лица, особенно нижнихъ вѣкъ, которыя выглядятъ припухшими и блестящими; позже появляется отекъ въ области лодыжекъ, на ногахъ, мошонкѣ, рѣже наблюдается отекъ слизистыхъ и серозныхъ оболочекъ. Въ видѣ осложненій иногда развивается плевритъ и перикардитъ. Другіе симптомы: общая слабость, головная боль, расстройства пищеваренія, иногда лихорадка и боли въ области почекъ.— При болѣе продолжительномъ существованіи болѣзни иногда наступаетъ гипертрофія сердца или расширеніе его въ связи съ повышеннымъ напряженіемъ пульса.—Могутъ присоединиться легкія или тяжелыя уремическія явленія; однако они наблюдаются гораздо рѣже, чѣмъ при хроническомъ нефритѣ и сморщенной почкѣ. Retinitis albuminurica встрѣчается рѣдко.—Большею частью наступаетъ выздоровленіе, причемъ діурезъ увеличивается, альбуминурия уменьшается и отеки исчезаютъ. Рѣже наблюдается переходъ въ хроническую форму. Смерть можетъ наступить вслѣдствіе уреміи, слабости сердца, осложненій.

Діагнозъ основывается на остромъ началѣ болѣзни, измѣненіяхъ мочи и появленіи отековъ. — Въ отличіе отъ хроническаго нефрита вначалѣ отсутствуютъ измѣненія органовъ кровообращенія.

Леченіе. Абсолютный постельный покой. Питаніе, какъ указано на стр. 224). При водянкѣ (безъ пораженія сердца)—потогонное леченіе (срвн. стр. 225). Потогонныя процедуры повторяютъ ежедневно или черезъ день. Если нельзя перенести больного въ ванну, можно ограничиться завертываніями въ теплыя шерстяныя одѣяла, послѣ того какъ больной выпилъ горячаго бузиннаго чая или горячаго молока. Впрыскиванія пилокарпина слѣдуетъ примѣнять только въ исключительныхъ случаяхъ въ виду непріятнаго побочнаго дѣйствія (слюнотеченіе, рвота).

Rp. Pilocarpini hydrochlor. 0,2, Aq. dest. 10,0. M. D. S. Подъ кожу $\frac{1}{2}$ —1 шприцъ.

Изъ мочегонныхъ средствъ назначаютъ кофеинъ, диуретинъ, liquor kalii acetici. См. выше. — О леченіи уремiи см. стр. 225. Во время и послѣ выздоровленія необходимо часто производить изслѣдованія мочи и измѣрять суточное количество ея; больному разрѣшаютъ встать съ постели лишь послѣ того, какъ въ теченіе продолжительнаго времени въ мочѣ не наблюдалось бѣлка, или если по истеченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ становится несомнѣннымъ переходъ въ хроническую форму. Больной долженъ остерегаться простуды и физическихъ напряженій.

2. Хроническій паренхиматозный нефритъ.

(Прибавленіе: вторичная сморщенная почка).

Этіологія. Обыкновенно развивается первично и постепенно подъ вліяніемъ повторныхъ простудъ, въ сырыхъ душныхъ квартирахъ, часто безъ видимыхъ причинъ. Иногда развивается вторично вслѣдъ за острымъ нефритомъ или при маларіи, туберкулезѣ, сифилисѣ (иногда вмѣстѣ съ амилоидомъ почки), анеміи, болезняхъ обмѣна веществъ, отравленіяхъ (алкоголь, свинецъ, ртуть).

Главные симптомы и діагнозъ. Начинается постепенно. Отекъ сперва появляется въ области лодыжекъ, затѣмъ распространяется по всему тѣлу; развивается также водянка полостей. Обыкновенно бросается въ глаза блѣдность кожи.

Характерныя измѣненія мочи: количество ея большею частью уменьшено, удѣльный вѣсъ повышенъ; моча содержитъ много бѣлка, представляется мутной, желтоватой или красноватой; въ осадкѣ встрѣчаются цилиндры (также и восковые), большое количество жирно-перерожденныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ (жировыя капли), при геморрагической формѣ—много красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Часто наблюдаются головныя боли, слабость, разстройства пищеваренія. Обыкновенно существуетъ гипертрофія сердца, напряженный пульсъ, прогрессирующая гидремія. Нерѣдко развивается retinitis albuminurica (помутнѣніе и набуханіе соска, звѣздчатые бѣловатыя пятна въ окружности желтаго пятна, бѣлыя полосы вдоль сосудовъ, кровоизліянія). Можетъ наступить уремія; однако она наблюдается рѣже, чѣмъ при первичной сморщенной почкѣ. — Исходъ неблагоприятный; продолжительность болѣзни—одинъ или нѣсколько лѣтъ.

Леченіе. Слѣдуетъ избѣгать всякихъ физическихъ напряженій; въ случаѣ надобности постельное содержаніе. Питаніе, какъ указано на стр. 224. Пища должна приготовляться безъ пряностей, съ небольшимъ количествомъ соли. Спиртные напитки запрещаются; кофе или чай въ небольшомъ количествѣ. Необходимо считаться съ основною болѣзнію, если таковая имѣется, и съ этіологіей (отравленія). Леченіе водянки см. выше, о водолеченіи см. стр. 225. Потогонныя процедуры при обширной водянкѣ и асцитѣ не всегда хорошо переносятся (одышка). Мочегонныя примѣняются, какъ при остромъ нефритѣ; при слабости сердца назначаютъ наперстянку. О леченіи уреміи см.

стр. 225. При малокровіи назначаютъ желѣзо и мышьякъ (см. ниже), или желѣзистыя минеральныя воды (см. ниже). Слѣдуетъ остерегаться простуды и теплѣ одѣваться. О курортахъ см. стр. 226.

Прибавленіе. Вторичная сморщенная почка представляетъ конечную стадію нѣкоторыхъ случаевъ хроническаго паренхиматознаго нефрита. При этомъ измѣняются свойства мочи: количество мочи увеличивается, удѣльный вѣсъ падаетъ иногда ниже нормы (1012), содержаніе бѣлка и форменныхъ элементовъ уменьшается. (Но эти измѣненія мочи никогда не достигаютъ такой степени, какъ при первичной сморщенной почкѣ.—Гипертрофія сердца, твердый пульсъ, умѣренная водянка, блѣдность кожи, иногда уремія, нерѣдко *retinitis albuminurica*.—Если хроническій паренхиматозный нефритъ переходитъ во вторичную сморщенную почку, то теченіе болѣзни можетъ затянуться на нѣсколько лѣтъ. Можетъ также наступить временное улучшеніе. Причиною смерти является уремія, слабость сердца, осложненія. Лечение такое же, какъ при хроническомъ нефритѣ.

3. Первичная сморщенная почка (зернистая атрофія почекъ, хроническій интерстиціальныи нефритъ).

Этіологія. Чаше всего наблюдается при подагрѣ (подагрическая почка), хроническихъ отравленіяхъ (свинецъ, алкоголь), артеріосклерозѣ, иногда при діабетѣ, сифилисѣ, туберкулезѣ; развивается также вслѣдъ за острымъ нефритомъ (особенно послѣ скарлатины), въ другихъ случаяхъ безъ видимыхъ причинъ.

Главные симптомы. Характерныя измѣненія мочи, гипертрофія сердца, твердый пульсъ, повышеніе кровяного давленія, отсутствіе отековъ или лишь незначительныя отеки. Часто развивается исподоволь и протекаетъ безъ симптомовъ; лишь при осложненіяхъ (уремія, разстройства сердечной дѣятельности, ретинитъ) случайно обнаруживается основное страданіе. Въ другихъ случаяхъ наблюдается головная боль, мигрень, разстройства зрѣнія, диспептическія явленія, носовыя кровотеченія. Затѣмъ сердцебіеніе, наклонность къ одышкѣ, усиленный позывъ къ мочеиспусканію, особенно ночью, жажда. Обыкновенно бросается въ глаза блѣдность кожи. Въ 20 — 30% всѣхъ случаевъ наблюдается *retinitis albuminurica*. Очень велика опасность развитія уреміи. Нерѣдко наблюдаются болѣе легкія явленія хронической уреміи: тошнота, рвота, головная боль, поносы, кожный зудъ. Количество мочи увеличено (до 2—3000 куб. с. и болѣе), удѣльный вѣсъ ея низкій (1010—1005); моча свѣтлая, водянистая, съ небольшимъ содержаніемъ бѣлка (0,1% и меньше) и съ очень скуднымъ осадкомъ, въ которомъ обыкновенно можно обнаружить единичныя мочевые цилиндры, бѣлыя и красныя кровяныя тѣльца. — Въ случаяхъ артеріосклеротической сморщенной почки вначалѣ часто существуетъ только поліурія безъ альбуминурии. — По мѣрѣ усиленія сердечной слабости количество мочи уменьшается, а содержаніе бѣлка и удѣльный вѣсъ повышаются. — Часто на первый планъ въ картинѣ болѣзни выступаютъ

измѣненія сердца (гипертрофія особенно лѣваго желудочка), измѣненія пульса (проволочный пульсъ) и повышенное кровяное давленіе (видимая пульсація артерій). — Отеки либо вовсе отсутствуютъ, либо бываютъ незначительны (въ области лодыжекъ); лишь съ усиленіемъ сердечной слабости появляется застойная водянка. Осложненія: уремія, кровоизліяніе въ мозгъ, воспаленіе серозныхъ оболочекъ. — Теченіе можетъ быть очень хроническимъ: болѣзнь длится иногда до 10 лѣтъ и долѣе.

Діагнозъ. Сморщенная почка часто просматривается или обнаруживается случайно. Въ случаяхъ сердцебіенія, поліурія, усиленной жажды необходимо производить изслѣдованіе мочи; при неврастеническихъ жалобахъ, артеріосклерозѣ, подагрѣ тоже нужно имѣть въ виду сморщенную почку.

Леченіе такое же, какъ при хроническомъ нефритѣ. Въ остальномъ леченіе направляютъ противъ основной болѣзни (артеріосклерозъ, подагра, сифилисъ). Умѣренный моціонъ безъ утомленія, теплая одежда; питаніе, какъ при хроническомъ нефритѣ (см. стр. 224), но иногда разрѣшается болѣе питательная пища (жаркое) и немного алкоголя (вино, хорошее пиво). Затѣмъ назначаютъ отваръ хины, желѣзо. При сердечной слабости наперстянка (см. выше), коффеинъ, возбуждающія. Леченіе уреміи см. стр. 225.

Прибавленіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ долго существуетъ незначительная альбуминурия (съ выдѣленіемъ небольшого количества цилиндровъ и другихъ форменныхъ элементовъ); при этомъ всѣ другіе симптомы или осложненія сморщенной почки, какъ-то измѣненія органовъ кровообращенія, отеки, уремія, ретинитъ, отсутствуютъ, и предсказаніе слѣдуетъ считать вполне благоприятнымъ. Вѣроятно, здѣсь мы имѣемъ дѣло съ ограниченными или очень медленно протекающими случаями сморщенной почки.

4. Юношеская альбуминурія.

Въ періодѣ возмужанія нерѣдко наблюдается незначительная альбуминурия съ единичными цилиндрами или безъ форменныхъ элементовъ; она появляется иногда періодически (циклическая альбуминурия), иногда при переѣмѣ горизонтальнаго положенія тѣла на вертикальное (ортостатическая альбуминурия). Кромѣ того она появляется послѣ обильнаго пріема пищи и послѣ физическихъ напряженій. Часто подобная альбуминурия наблюдается у малокровныхъ субъектовъ съ нѣжнымъ сложеніемъ. Измѣненій сердца и отековъ не бываетъ. Нерѣдко наблюдается усталость, диспепсія. Обыкновенно всѣ явленія исчезаютъ съ возрастомъ. Леченіе. Если хроническій нефритъ исключенъ, назначаютъ укрѣпляющую легкую діету (срвн. ниже), отваръ хины, желѣзо при малокровіи. Полезно пребываніе на свѣжемъ воздухѣ, но слѣдуетъ избѣгать рѣзкихъ физическихъ напряженій.

5. Амилоидная почка (сальная почка).

Обыкновенно развивается въ качествѣ одного изъ явленій общаго амилоиднаго перерожденія внутреннихъ органовъ (печень, селезенка, кишечникъ) при легочномъ туберкулезѣ, продолжительныхъ нагноеніяхъ костей и железъ, сифилисѣ. Часто наблюдается вмѣстѣ съ хроническимъ нефритомъ. При амилоидномъ перерожденіи (отъ прибавленія слабаго раствора іода перерожденные участки окрашиваются въ краснобурый цвѣтъ, а отъ послѣдующаго прибавленія слабой сѣрной кислоты—въ синевато-фіолетовый) поражаются стѣнки всѣхъ почечныхъ сосудовъ, но главнымъ образомъ страдаютъ сосуды клубочковъ.

Главные симптомы и діагнозъ. Альбуминурія, часто водянка, амилоидное перерожденіе печени, селезенки. Гипертрофія сердца, ретинитъ, уремическія явленія отсутствуютъ при чистомъ амилоидѣ почекъ. Количество мочи и удѣльный вѣсъ бываютъ различны; содержаніе бѣлка колеблется, но большею частью бываетъ значительнымъ (1⁰/о); цилиндровъ мало. Однако картина мѣняется при одновременномъ существованіи хроническаго нефрита или сморщенной почки. Важно доказать наличность амилоида печени (увеличенная, твердая, гладкая), селезенки (увеличенная) и кишечника (поносы). — Исходъ зависитъ отъ основнаго страданія, большею частью неблагоприятный.

Леченіе. Хирургическое леченіе заболѣваній костей и суставовъ можетъ остановить развитіе болѣзни и вызвать улучшеніе. Леченіе основной болѣзни (туберкулезъ, сифилисъ). Укрѣпляющая легкая діета (см. выше), рыбій жиръ, препараты желѣза. — При одновременномъ существованіи хроническаго нефрита видоизмѣняютъ леченіе соотвѣтственнымъ образомъ.

6. Застойная почка.

Венозный застой при заболѣваніяхъ сердца (пороки клапановъ, сердечная слабость, міокардитъ, перикардитъ) или легкихъ (эмфизема, хроническій бронхитъ, сморщиваніе легкихъ, плевритъ), рѣже при сдавленіи нижней полой вены или почечныхъ венъ вслѣдствіе асцита, опухолей.

Главные симптомы и діагнозъ. Небольшое количество мочи (500—600 куб. с. и менѣе), повышенный удѣльный вѣсъ (около 1030), большею частью мало бѣлка, въ осадкѣ большое количество кислаго мочекислаго натра (осадокъ въ видѣ толченаго кирпича) и кристалловъ мочевоы кислоты) въ формѣ точильныхъ брусковъ, гребней, копій), наоборотъ, мало цилиндровъ. — Обыкновенно сопутствуютъ застойныя явленія въ другихъ органахъ (отеки, особенно на ногахъ, ціанозъ, застойная печень). — Важна наличность первичнаго заболѣванія (сердце, легкія). — Уремическія явленія никогда не наблюдаются. Симптомы застойной почки часто имѣютъ временный характеръ и исчезаютъ съ устраненіемъ разстройства кровообращенія (укрѣпленіе сердечной мышцы, наперстянка, проколъ при асцитѣ).

Леченіе направляютъ противъ основной болѣзни. Примѣняютъ наперстянку (см. выше), кофеинъ и мочегонныя (см. выше), затѣмъ возбуждающія (камфора, вино). При склонности къ запорамъ уместны легкія слабительныя средства, если состояніе силъ удовлетворительное.

7. Геморрагическій инфарктъ почки.

Развивается обыкновенно вслѣдствіе закупорки почечной артерій, либо сверткомъ фибрина при эндокардитѣ и артеріосклерозѣ, либо инфекціоннымъ веществомъ при септицеміи, язвенномъ эндокардитѣ (см. нарывъ почки). Симптомы: внезапная боль въ области одной почки, гематурія. Лечение симптоматическое.

8. Нарывъ почки (гнойное воспаленіе почекъ).

Наблюдается либо въ видѣ множества мелкихъ гнойниковъ, возникающихъ обыкновенно путемъ эмболии при септицеміи, эндокардитѣ, либо въ видѣ болѣе крупныхъ нарывовъ, развивающихся при распространеніи инфекціи съ мочевыхъ путей (уретритъ, циститъ, піелитъ), при переходѣ гнойнаго воспаленія съ сосѣднихъ органовъ (аппендицитъ, паранефритъ, псоитъ, костоѣда позвоночника) и послѣ раненій.

Главные симптомы и діагнозъ. Множественные мелкіе нарывы гематогеннаго (эмболическаго) происхожденія обыкновенно не поддаются распознаванію и отступаютъ на задній планъ передъ основной болѣзью. При другихъ нарывахъ наблюдаются ознобы, потъ тяжелое общее состояніе, мѣстные боли и болѣзненность при давленіи. Въ мочѣ появляется гной, если нарывъ вскрывается въ почечную лоханку и если мочеточникъ свободенъ. При осумкованномъ нарывѣ моча не представляетъ измѣненій, равно какъ при одностороннемъ нарывѣ съ закупоркой мочеточника на больной сторонѣ. Если присоединяется нефритъ, въ мочѣ появляются цилиндры и больше бѣлка, чѣмъ это соотвѣтствуетъ содержанію гноя. Рѣдко въ мочѣ обнаруживаются куски почечной паренхимы. Лишь рѣдко удается прощупать въ области почки флюктуирующую опухоль. Последняя отличается отъ гидронефроза и паранефрита тѣмъ, что она менѣе разлитая и легче можетъ быть ограничена; въ отличіе отъ опухолей печени и селезенки, она менѣе или вовсе не смѣщается въ зависимости отъ дыхательныхъ движеній.—При эмболическихъ нарывахъ исходъ не благопріятный; при другихъ формахъ можно достигнуть излеченія путемъ оперативнаго вмѣшательства, или же выздоровленіе наступаетъ самопроизвольно, если весь гной переходитъ въ мочу. Причиной смерти можетъ быть піемія или вскрытіе нарыва въ брюшную или грудную полость. Иногда нарывъ вскрывается черезъ кожу, въ кишечникъ или влагалище.

Лечение крупныхъ нарывовъ хирургическое, въ остальныхъ случаяхъ симптоматическое. Противъ болей пузырь со льдомъ, морфій. Принимаютъ мѣры противъ лихорадки и сердечной слабости.

9. Кистозное перерожденіе почекъ.

Кистозное перерожденіе поражаетъ большею частью обѣ почки и обыкновенно является врожденнымъ, рѣже приобретеннымъ (поврежденія, закупорка мочеточниковъ камнями). Въ кистахъ содержится прозрачная, слизистая, желтоватая или буроватая жидкость, въ которой содержатся составныя части мочи, бѣлокъ и различные кристаллы. Лишь болѣе крупныя кисты опредѣляются въ видѣ флюктуирующихъ опухолей почки, особенно если онѣ двустороннія. При одновременномъ заболѣваніи почекъ

наблюдается альбуминурія и гематурія.—Исходъ часто бываетъ неблагопріятнымъ въ виду развитія уреміи. Лечение хирургическое, если поражена только одна почка. Можно достигнуть улучшенія посредствомъ прокола. Внутреннее лечение симптоматическое.

10. Эхинококкъ почки.

Рѣдкое заболѣваніе, большею частью одностороннее. Возникаетъ вслѣдствіе проглатыванія яицъ *taenia echinosoccus*. Мелкіе пузыри обыкновенно остаются незамѣченными, большіе представляютъ упругія флюктуирующія почечныя опухоли (ср. гидронефрозъ и ракъ почки). О содержимомъ пузырей см. «Эхинококкъ печени». При вскрытіи пузыря въ почечную лоханку наблюдаются симптомы, похожіе на почечную колику. Въ мочѣ могутъ появиться пузыри, крючья и сколексы. При закупоркѣ мочеточника развиваются явленія гидронефроза. — Послѣ изгнанія пузырей можетъ наступить выздоровленіе, въ другихъ случаяхъ — смертельный исходъ вслѣдствіе вскрытія пузыря въ сосѣдніе органы. Лечение. Если не наступаетъ произвольное опорожненіе, прибѣгаютъ къ хирургическому вмѣшательству. Въ остальномъ лечение такое же, какъ при почечной коликѣ или гидронефрозѣ.

11. Туберкулезъ почекъ.

Независимо отъ той формы, которая развивается при общей милиарной бугорчаткѣ и клинически протекаетъ безъ характерныхъ симптомовъ въ виду тяжелой общей картины болѣзни, туберкулезъ почекъ возникаетъ чаще всего вторично, присоединяясь къ туберкулезу мочевыхъ путей, яичекъ и ихъ придатковъ, предстательной железы, яичниковъ, матки, легкихъ и другихъ органовъ; однако иногда бугорчатка почекъ развивается, повидимому, первично. Въ такихъ случаяхъ въ почкахъ образуются творожистыя гнѣзда, достигающія иногда значительной величины (чахотка почекъ). Часто поражаются также почечныя лоханки и мочеточники. Туберкулезный процессъ можетъ распространиться внизъ на мочеточники и мочевой пузырь или вверхъ, поражая эти органы въ обратномъ порядкѣ.

Главные симптомы. Гнойная моча, содержащая иногда творожистые хлопья съ большимъ количествомъ туберкулезныхъ бациллъ. Однако при пораженіи одной почки и закупоркѣ мочеточника моча временно можетъ быть нормальной. Мелкіе очаги иногда тоже не вызываютъ никакихъ измѣненій.—При изслѣдованіи двумя руками иногда удается прощупать увеличенную и чувствительную къ давленію почку. Часто наблюдаются боли въ области почекъ. Для діагноза важно обнаружить въ осадкѣ творожистые хлопья, содержащіе туберкулезныя бациллы. (Способъ окраски см. выше; необходимо основательно обезцвѣтить препаратъ посредствомъ алкоголя, чтобы можно было исключить нерѣдко встрѣчающіеся въ мочѣ, тоже кислотоупорныя бациллы смегмы, которые очень походятъ на туберкулезныя, но легче обезцвѣчиваются алкоголемъ). Наличие туберкулеза другихъ органовъ подтверждаетъ правильность діагноза. Опухоль и боли въ области почекъ характеризуютъ туберкулезъ почки въ отличіе отъ туберкулеза мочевого

пузыря; оба заболѣванія часто встрѣчаются одновременно.—Иногда наступает самопроизвольное выздоровленіе, но большею частью исходъ неблагопріятный.

Леченіе. Если съ увѣренностью доказано, что поражена преимущественно одна почка, можно прибѣгнуть къ нефректоміи. Въ противномъ случаѣ гигиенически-діететическое и симптоматическое леченіе, какъ изложено при описаніи легочнаго туберкулеза.

12. Ракъ (и саркома) почки.

Чаще всего развивается вторично (и въ такомъ случаѣ часто на обѣихъ сторонахъ) при ракѣ брюшныхъ внутренностей, половыхъ органовъ и грудной железы. Обыкновенно мозговидный ракъ. Первичный ракъ почки наблюдается относительно часто въ дѣтскомъ возрастѣ, равно какъ и саркома почки. По мѣрѣ увеличенія опухоли почка достигаетъ значительныхъ размѣровъ.

Главные симптомы и діагнозъ. Въ области почекъ прощупывается плотная бугристая опухоль, которая не смѣщается (за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда ракъ поражаетъ подвижную почку). Частая и обильная, періодическая гематурія. Стрѣляющія боли въ области почекъ. Раковая кахексія. — При распространеніи опухоли на позвоночникъ появляются невралгіи, парѣстезіи, параличи. Увеличеніе лимфатическихъ железъ. — Кусочки раковой опухоли рѣдко обнаруживаются въ мочѣ. — Посредствомъ перкуссіи (и пальпаціи) часто удается отграничить опухоль отъ печени и селезенки благодаря тому, что часть ободочной кишки прилегаетъ къ опухоли и даетъ поясъ тимпанического звука. Поэтому съ діагностической цѣлью можно, въ случаѣ надобности, прибѣгнуть къ вдуванію воздуха въ ободочную кишку. Отъ другихъ брюшныхъ опухолей ракъ почки отличается наличностью гематуріи.

Леченіе. Экстирпація пораженной почки, пока новообразование ограничивается одной почкой, пока другая почка не затронута и состояніе сердца удовлетворительно. Въ противномъ случаѣ симптоматическое леченіе. При гематуріи полный покой въ постели, ледъ на область почекъ, прохладные кислые напитки, клизмы съ желатиной, *acid. tannic., liq. ferri*:

Rp. *Acid. tannic.* 0,05, *Sacchar. albi* 0,5. *M. f. pulv. D. tal. dos. № 10.*
S. Черезъ 2 часа по одному порошку.

Rp. *Liqu. ferri sesquichlorat.* 10,0. *D. S.* 5 капель на чашку овсянаго супа. Вначалѣ черезъ часъ, потомъ рѣже.

13. Гидронефрозъ (піонефрозъ).

Расширеніе почечной лоханки и почечныхъ чашекъ со скопленіемъ мочи (или гноя) вслѣдствіе механической задержки оттока мочи. Наблюдается чаще всего при закупоркѣ мочеточника конкрементами, кусочками опухоли, гноемъ, затѣмъ при перегибахъ и сдавленіи снаружи при брюшныхъ опухоляхъ, беременности, подвижной почкѣ, при измѣненіяхъ стѣнокъ мочеточника вслѣдствіе катаррального припуханія, суженій, изъязвленій, рѣже при опухоляхъ мочевого пузыря или очень сильныхъ суженіяхъ мочеиспускательнаго канала. Кромѣ того встрѣчается врожденный гидронефрозъ вслѣдствіе аномаліи развитія. При рѣзко выраженномъ гидронефрозѣ почечная ткань подвергается атрофіи, и почка превращается въ многокамерный мѣшокъ, достигающій иногда величины дѣтской головы.

Главные симптомы и діагнозъ. Флюктуирующая, гладкая, неболѣзненная, неподвижная опухоль, исходящая изъ области почекъ и мало или вовсе не смѣщающаяся при дыхательныхъ движеніяхъ. Въ зависимости отъ своей величины опухоль обуславливаетъ растяженіе подреберья, поясничной области или живота. Если закупорка мочеточника перемежается съ проходимостью его, то величина опухоли мѣняется (періодическій или перемежающійся гидронефрозъ), особенно при подвижной почкѣ, при закупоркѣ мочеточника гноемъ, кровью или кусочками опухоли. Въ этихъ случаяхъ колеблется также количество мочи, и иногда наступаетъ почечная колика.—Перкуссия и пальпація при гидронефрозѣ обнаруживаютъ то же соотношеніе между опухолью и ободочной кишкой, какъ и при ракѣ почки.—Общее состояніе часто мало нарушается. Легкія степени гидронефроза протекаютъ незамѣтно. Двусторонній гидронефрозъ можетъ вызвать уменьшеніе количества мочи, анурію и уремию.—При развитіи піелита или вслѣдствіе инфекции возникаетъ піонефрозъ, который въ отличіе отъ простого гидронефроза обыкновенно сопровождается лихорадкой, болями и нарушеніемъ общаго состоянія.—Опухоли яичника отличаются ихъ связью съ половыми органами (исслѣдованіе черезъ влагалище и прямую кишку); кромѣ того ободочная кишка не покрываетъ ихъ. Опухоли селезенки лежатъ всегда передъ нисходящей ободочной кишкой. Опухоли печени смѣщаются при дыханіи внизъ; и ихъ нельзя при ощупываніи отграничить отъ печени, что нерѣдко удается сдѣлать въ отношеніи опухолей почекъ. Перемежающійся гидронефрозъ характеризуется тѣмъ, что при пальпаціи иногда опредѣляется значительное уменьшеніе опухоли.

Леченіе. Если увеличеніе мѣшка причиняетъ боли, то временнаго улучшенія можно достигнуть посредствомъ прокола (внѣбрюшиннымъ путемъ, по задней подмышечной линіи).—Если не удастся устранить причину гидронефроза обычными способами леченія (ср. піелитъ, почечные камни, блуждающая почка), то слѣдуетъ прибѣгнуть къ нефротоміи или, если другая почка вполне здорова, а пораженная атрофирована, къ нефректоміи.

14. Паранефритъ.

Воспаленіе богатой жиромъ околопочечной клѣтчатки, переходящее обыкновенно въ нагноеніе. Причины: піелитъ, піелонефритъ, нарывъ почки, переходъ воспалительнаго процесса съ окружающихъ органовъ (аппендицитъ, пери- и параметритъ, гнойное воспаленіе Фаллопиевыхъ трубъ, костоѣда позвонковъ, поддіафрагмальный нарывъ), метастазы (септицемія, перипроктитъ), иногда травмы. Иногда, повидимому, наблюдается и первично.

Главные симптомы и діагнозъ. Лихорадка и потрясающіе ознобы, боли въ поясничной области и рѣзкая болѣзненность при давленіи, опухоль въ той же области; кожа надъ опухолью представляется вначалѣ гладкой, блестящей, а затѣмъ сильно покраснѣвшей и флюктуирующей. Опухоль неподвижна, границы ея неясны. Пробный проколъ обнаруживаетъ гной.—Моча часто не представляетъ никакихъ измѣненій;

при травматической формѣ въ мочѣ обыкновенно содержится кровь, а при піэлитѣ и нарывѣ—гной.—При своевременномъ вскрытіи нарыва исходъ большею частью благоприятный.

Лечение. Вначалѣ прикладываютъ ледъ; діета, какъ при лихорадкѣ (см. выше). Если опухоль увеличивается и локализуется, примѣняютъ припарки. При появленіи флюктуаціи широкій разрѣзъ въ самомъ тонкомъ мѣстѣ стѣнки нарыва подъ ложными ребрами и дренажъ.

15. Піэлитъ (піэлонефритъ).

Воспаленіе слизистой оболочки почечной лоханки возникаетъ при почечныхъ камняхъ (*P. calculosa*), при восходящемъ распространеніи инфекціи со стороны мочевого пузыря и мочеиспускательнаго канала (гоноррея, *P. gonorrhoea*), при задержкѣ мочи вслѣдствіе гипертрофіи предстательной железы или паралича мочевого пузыря при болѣзняхъ спинного мозга; причиною піэлита могутъ быть также токсическія вліянія (шпанскія мушки, скипидаръ) и иногда травмы. Предрасположеніе создаютъ простуды. Иногда поражается также почечная ткань: піэлонефритъ.

Главные симптомы. Боль или чувство давленія въ области почекъ. Вначалѣ наблюдается обыкновенно лихорадка. Усиленный позывъ къ мочеиспусканію. Моча содержитъ гной и слизь. Въ осадкѣ большое количество гнойныхъ тѣлецъ; часто встрѣчаются также черепицеобразно расположенныя, хвостатыя клѣтки эпителія почечной лоханки. При воспаленіи почки въ осадкѣ содержатся цилиндры. При перемежающемся гидро- или піонефрозѣ моча повременамъ не представляетъ никакихъ измѣненій. Въ этихъ случаяхъ иногда удается прощупать опухоль въ области почекъ.—Въ видѣ осложненій могутъ развиваться уремическія явленія и при амміачномъ разложеніи мочи—аммоніемія (рвота, коматозное состояніе). Протекаетъ остро въ теченіе нѣсколькихъ недѣль или мѣсяцевъ или переходитъ въ хроническую форму (тупая боль въ области почекъ, повременамъ лихорадка). Піэлитъ гораздо чаще встрѣчается у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ (причина инфекціи—кишечная палочка). Діагнозъ. Легкія формы часто остаются незамѣченными.—Если моча обнаруживаетъ вышеописанныя измѣненія, то не всегда представляется возможнымъ рѣшить вопросъ, откуда происходитъ гной: изъ почечныхъ лоханокъ или изъ мочевого пузыря. Щелочная реакція мочи говоритъ въ пользу катарра пузыря. По локализациі болей тоже можно судить о мѣстоположеніи болѣзненнаго процесса. Въ сомнительныхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ катетеризаціи мочеточниковъ и цистоскопіи.

Лечение. При острой формѣ постельное содержаніе, питаніе молоко, слизистыми супами; даютъ также немного нѣжнаго мяса, яйца, жидкій чай, воду съ краснымъ виномъ. При піэлонефритѣ такая же діета, какъ при остромъ или хроническомъ нефритѣ (см. выше). Въ большомъ количествѣ даются углекислыя (*Selters, Apollinaris, Gieshübel*) или щелочно-углекислыя воды (*Vichy, Bilin, Fachingen, Ems*). При сильныхъ боляхъ морфіи подъ кожу 0,01—0,015, теплые или горячіе

компрессы на область почекъ. Часто благоприятное дѣйствіе оказываетъ потогонное леченіе или продолжительныя теплыя ванны, а въ хроническихъ случаяхъ соленыя ванны. Изъ внутреннихъ средствъ съ успѣхомъ примѣняются слѣдующія:

- Rp. Hexamethylentetramin (Urotropin) въ таблеткахъ по 0,5. D. tal. dos. № 20. D. S. 2—3 раза въ день по одной таблеткѣ съ сельтерской водой.
 Rp. Acid. tannici 0,05. Sacch. albi 0,5. M. f. pulv. D. tal. dos. № 10. D. S. Черезъ 2—3 часа по одному порошку.
 Rp. Natrii benzoici 10,0, Aq. dest. 170,0, Sir. Cort. Aurant. 20,0. M. D. S. Черезъ 2 часа по столовой ложкѣ.
 Rp. Fol. Uvae ursi 30,0. D. S. Столовую ложку заварить на 2 чашки. 3 раза въ день по одной чашкѣ чая.

При продолжительномъ тяжеломъ нагноеніи оперативное или мѣстное специальное леченіе (катетеризація мочеточниковъ, промыванія). — Въ хроническихъ случаяхъ леченіе минеральными водами въ Neuenahr, Billin, Obersalzbrunn, Fachingen, Vichy, Ems.

16. Почечные камни (камни мочевого пузыря).

Въ почечной лоханкѣ или въ почечныхъ чашкахъ, рѣже въ мочевомъ пузырьѣ образуются конкременты въ видѣ мелкозернистаго осадка (мочевой песокъ), которые состоятъ изъ мочевой кислоты, мочекислыхъ солей, щавелевокислой извести, фосфорнокислыхъ земель и могутъ достигнуть болѣе крупной величины: отъ булавочной головки до горошины (мочевой хрящъ, мочевые камни). Чрезмѣрному образованію названныхъ составныхъ частей мочи и ихъ недостаточной растворимости благоприятствуетъ нарушеніе обмена веществъ (обильная, богатая азотомъ пища, подагра), а также, можетъ быть, свойства питьевой воды. Кромѣ того имѣютъ значеніе наследственность и предрасположеніе. Чаще всего встрѣчаются камни изъ мочевой кислоты и мочекислыхъ солей (кругловатые, желтобурые, гладкіе, твердые), затѣмъ камни изъ щавелевокислыхъ солей (кругловатые, но съ бугристой поверхностью, темно-бурые, очень твердые) и фосфатовъ (широховатые, желтовато-бѣлые, мягкіе). Рѣдко встрѣчаются камни изъ углекислыхъ солей, цистина и ксантина. Часто наблюдаются смѣшанныя формы (ядро изъ мочевой кислоты и оксалатовъ, а скорлупа образуется въ мочевомъ пузырьѣ изъ фосфатовъ).

Главные симптомы. Уже мелкіе конкременты въ видѣ песка или хряща могутъ, благодаря раздраженію слизистой оболочки, вызвать боли, гематурію, частые позывы къ мочеиспусканію и способствовать внѣдренію возбудителей инфекціи. Если болѣе крупные камни поступаютъ изъ почечной лоханки въ мочеточникъ (самопроизвольно или вслѣдъ за движеніемъ, сотрясеніемъ), то получается картина почечно-каменной колики (Nephrolithiasis): рѣзкія коликообразныя, непрерывныя или перемежающіяся боли, распространяющіяся изъ поясничной области на мочевой пузырь, мочеиспускательный каналъ, яички и бедра. При этомъ часто наблюдается гематурія. Кромѣ того тошнота, рвота, частые позывы къ мочеиспусканію, малый учащенный пульсъ, иногда коллапсъ. — Приступъ длится до тѣхъ поръ, пока камень не пройдетъ черезъ мочеточникъ. Осложненія: инфекція, піелитъ, циститъ, гидро- или піонефрозъ. Камни мочевого пузыря обуславливаютъ боли въ области пузыря (распространяющіяся на мочеиспускательный каналъ, головку полового члена и яички, особенно при движеніяхъ), частые позывы къ мочеиспу-

сканію, прерываніе струи мочи, которое устраняется при перемѣнѣ положенія, и гематурию.

Діагнозъ. Почечная колика можетъ быть вызвана также кровянымъ сверткомъ, гноемъ или частицами опухоли; поэтому необходимо обнаружить въ мочѣ конкременты, чтобы поставить діагнозъ почечныхъ камней. (Мочу пропускаютъ сквозь сито; подвергаютъ микроскопическому изслѣдованію мочевой осадокъ, чтобы найти кристаллическія образованія, въ особенности копьевидные кристаллы мочевой кислоты). Гематурия имѣетъ діагностическое значеніе; однако она наблюдается также при травмѣ, нефритѣ, эмболии, застоѣ, ракѣ и туберкулезѣ. Чрезвычайно важное значеніе имѣетъ рентгенографія, съ помощью которой при достаточно совершенной technikѣ можно всегда обнаружить почечные камни и часто также камни мочевого пузыря.

Леченіе. При приступѣ коликъ выпрыскиваніе морфія 0,015 — 0,02, опій внутрь или въ видѣ суппозиторій (см. выше), горячіе компрессы, горячія ванны. Иногда приѣмъ глицерина въ количествѣ 100—150 грм., повидимому, устраняетъ боль и способствуетъ прохожденію камней. (Чтобы предотвратить рвоту, даютъ послѣ глицерина коньякъ или лимонадъ). При гематуріи прикладываютъ ледъ, даютъ внутрь эрготинъ, hydrastis (см. выше). — При выдѣленіи въ большомъ количествѣ мочевой кислоты рекомендуется моціонъ, растительная діета (фрукты, салатъ, овощи, виноградъ) съ ограниченіемъ употребленія мяса; запрещается алкоголь (срвн. «Подагра»); въ большомъ количествѣ слѣдуетъ пить щелочныя воды (Vichy, Neuenahr, Bilin, Obersalzbrunn, Fachingen); полезны также щелочно-глауберовыя источники (Karlsbad, Marienbad, Tarasp), источники, содержащіе литій (Assmannshausen, Dürkheim, Elster, Salzschlirf) и щелочно-земельныя воды (Wildungen). — При камняхъ изъ оксалатовъ слѣдуетъ избѣгать фруктовъ, овощей, салата, какао, чая; изъ водъ болѣе умѣстны простыя углекислыя источники (Selters, Apollinaris, Gieshübel). — Камни изъ фосфатовъ требуютъ мясной пищи, введенія растительныхъ кислотъ, соляной кислоты (см. выше); слѣдуетъ избѣгать щелочныхъ минеральныхъ водъ. — Всѣмъ страдающимъ конкрементами рекомендуется обильное введеніе жидкости. Въмѣсто натуральныхъ минеральныхъ водъ можно пользоваться гораздо болѣе дешевыми искусственными (напр., соли Sadow'a). — При назначеніи діеты необходимо принимать во вниманіе конституціональныя особенности (тучность или осложненія [подагра]). Внутрь назначаютъ средства, растворяющія мочевую кислоту, и мочегонныя, уротропинъ (см. выше) или слѣдующія:

Rp. Uricedin 1,0. D. tal. dos. № 12. D. S. 2 раза въ день по одному порошку.

Rp. Lithii carbon. 2,5, Sacch. albi ad 50,0. M. f. pulv. D. in scatula. S. $\frac{1}{4}$ чайной ложки на рюмку сельтерской воды.

При продолжающихся серьезныхъ разстройствахъ и кровотеченіяхъ оперативное леченіе. Равнымъ образомъ при камняхъ мочевого пузыря

обыкновенно требуется специальное лечение или хирургическое вмешательство.

17. Подвижная почка (*Ren mobilis*).

Опущение и ненормальная подвижность одной почки (обыкновенно правой) наблюдается, какъ одно изъ проявленій энтероптоза (см. о немъ); затѣмъ вызывается травмами, сильными сотрясеніями, частыми родами, ношеніемъ узкой одежды. Чаше встрѣчается у женщинъ.

Главные симптомы и діагнозъ. При изслѣдованіи двумя руками (одной рукой производятъ ощупываніе черезъ брюшные покровы подъ реберной дугой, а другой рукой оттягиваютъ почку впередъ со стороны поясничной области подъ послѣднимъ ребромъ) черезъ брюшные покровы подъ реберной дугой прощупывается чувствительная къ давленію опухоль, имѣющая форму почки; обыкновенно ее легко удастся смѣстить на прежнее мѣсто, однако при движеніяхъ она вскорѣ снова опускается. Иногда удастся также прощупать рядомъ съ опухолью пульсирующую почечную артерію.—Обыкновенно наблюдаются чувство давленія и тянущія боли въ животѣ, диспептическія разстройства, частые позывы къ мочеиспусканію, нервные явленія. Вслѣдствіе перекручиванія мочеточника могутъ возникнуть явленія ущемленія (ознобъ, рвота, анурія), которыя спустя нѣкоторое время исчезаютъ или ведутъ къ развитію гидронефроза.—При рентгенографіи обнаруживается отсутствіе тѣни почки на одной сторонѣ; при перкуссии на соответственномъ мѣстѣ обыкновенно получается тимпанический звукъ.

Лечение. Смѣщенную почку приводятъ въ нормальное положеніе и фиксируютъ при помощи брюшного бандажа, какъ при энтероптозѣ. Исхудавшимъ больнымъ назначаютъ усиленное питаніе. При явленіяхъ ущемленія клизмы, подкожныя впрыскиванія морфія, препараты опія. При анеміи желѣзо, мышьякъ.

Прибавленіе. Вкратцѣ слѣдуетъ упомянуть о невральгіяхъ почки, о похожихъ на почечную колику кризахъ при спинной сухоткѣ и неврозахъ, затѣмъ о рѣдкомъ отсутствіи одной почки и о такъ назыв. подковообразной почкѣ—аномалии, заключающейся въ томъ, что обыкновенно нижніе концы почекъ соединяются соединительнотканнымъ или паренхиматознымъ мостикомъ.

18. Катарръ мочевого пузыря. *Cystitis*.

При остромъ катаррѣ наблюдается краснота и припухлость слизистой оболочки пузыря, которая покрыта слизью или гноемъ; кромѣ того сморщиваніе эпителія, иногда кровоизліянія. При хроническомъ катаррѣ происходитъ утолщеніе слизистой оболочки, подслизистаго слоя и часто также мышечнаго слоя; слизистая оболочка принимаетъ сѣро-красную аспидную окраску. Иногда гипертрофированная мускулатура выступаетъ въ видѣ сѣти на внутренней поверхности пузыря (пузырь съ перекладинами). Въ тяжелыхъ случаяхъ наблюдается изъязвленіе, дифтеритическія, некротическія и гнилостныя измѣненія слизистой оболочки, нарывы въ стѣнкѣ мочевого пузыря и флегмонозное воспаленіе окружающихъ частей. Этиологія. Наиболѣе частая причина—инфекція вслѣдствіе введенія нечистыхъ инструментовъ, особенно при гонорреѣ; у женщинъ короткій и широкій мочеиспускательный каналъ облегчаетъ проникновеніе инфекціоннаго начала со стороны влагалища или прямой кишки (*coli cystitis* при зараженіи кишечной палочкой; кромѣ того возможно зараженіе стафилококками и стрептококками); воспалительный процессъ можетъ

также перейти на мочевой пузырь съ соседнихъ органовъ (матка, предстательная железа, кишечникъ, почечная лоханка); наконецъ циститъ наблюдается при туберкулезѣ, опухляхъ и камняхъ мочевого пузыря. Другими причинами могутъ быть: простуда, употребленіе холодныхъ бродящихъ напитковъ, молодого пива и острыхъ приностей, шпанскія мушки, задержка мочи при гипертрофіи предстательной железы, параличъ мочевого пузыря, особенно при болезняхъ спинного мозга, при суженіяхъ, наконецъ инфекціонныя заболѣванія (тифъ, пізмія).

Главные симптомы. Разстройства мочеиспусканія, боль и болезненность при давленіи въ области мочевого пузыря, измѣненія мочи. Въ началѣ остраго катарра наблюдаются частые позывы къ мочеиспусканію (*tenesmus vesicae*), рѣзущія боли въ области мочевого пузыря, распространяющіяся на мочеиспускательный каналъ, промежность и яички, болезненность при давленіи, иногда лихорадка. Темная, мутная, кислая, а потомъ щелочная моча выдѣляется въ скудномъ количествѣ; удѣльный вѣсъ ея повышенъ; она содержитъ слизь и обильный осадокъ, состоящій изъ гнойныхъ тѣлецъ, красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, клѣтокъ плоскаго эпителія мочевого пузыря, кристалловъ, мочеиспала натра (кристаллы въ видѣ ягодъ дурмана) и фосфорнокислой амміакъмагнезійи (кристаллы въ видѣ гробовыхъ крышекъ); обѣ послѣднія формы кристалловъ наблюдаются въ особенности при амміачномъ разложеніи мочи. При гонорреѣ моча содержитъ трипперныя нити и гонококки. Количество бѣлка относительно невелико и соотвѣтствуетъ содержанію гноя.—При амміачномъ броженіи мочи, содержащей гной, въ осадкѣ образуется студенистая тягучая масса. При гангренезной и гнилостной формахъ въ мочѣ, часто очень темной, съ гнилостнымъ запахомъ, появляются обрывки слизистой оболочки. При изъязвленіи или нагноеніи стѣнки пузыря наблюдаются тяжелыя общія явленія, лихорадка, ознобы.—Обыкновенный острый катарръ продолжается отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ недѣль, иногда переходитъ въ хроническую форму. Хроническій катарръ характеризуется тѣми же явленіями, какъ и острый; только всѣ симптомы отличаются меньшей интенсивностью. Моча обыкновенно имѣетъ щелочную реакцію и содержитъ меньше форменныхъ элементовъ; часто, благодаря амміачному броженію, встрѣчается вышеуказанный студенистый осадокъ. Иногда наблюдается задержка мочи и истеченіе ея каплями, особенно при катаррахъ, развивающихся при гипертрофіи предстательной железы. Въ мочевомъ пузырьѣ задерживается часть мочи, пузырь растягивается и гипертрофируется. Осложненія: уремія, аммоніемія (лихорадка, диспепсія, запахъ мочи изо рта, одышка, коматозное состояніе), нефритъ, анемическія состоянія, кахеція.—Діагнозъ основывается на описанныхъ симптомахъ.

Леченіе. При остромъ катаррѣ постельное содержаніе, теплыя компрессы на область пузыря, теплыя общія или сидячія ванны въ 37°, продолжительностью въ $1\frac{1}{2}$ —2 часа; жидкая, не раздражающая пища, молоко, слизистые супы, какъ при остромъ нефритѣ (см. выше); чай изъ бузины или липоваго цвѣта; запрещаются алкоголь, приности, кофе. При

запорѣ нѣжныя слабительныя средства. При сильныхъ тенезмахъ суппозиторіи съ опиумъ, белладонной, кокаиномъ:

Rp. Extr. Belladonnae, Opii puri \overline{aa} 0,03, Butyri Cacao 2,0. M. f. Suppos.; D. tal. dos. № 4.

Rp. Cocain. muriat. 0,03, Butyri Cacao 2,0. M. f. Suppos. D. tal. dos. № 5.

Когда стихнутъ первыя острыя явленія, назначаютъ внутрь иготропинъ, helmitol, salol:

Rp. Hexamethylentetramin (Urotropin) въ таблеткахъ по 0,5. D. tal. dos. № 20. S. 2—3 раза въ день по одной таблеткѣ въ сельтерской водѣ. (Такъ же прописывается Helmitol = Neu-Urotropin).

Rp. Salol., Sacch. lact. \overline{aa} 1,0. M. f. pulv. D. tal. dos. № 10. S. 3 раза въ день по одному порошку.

Кромѣ того примѣняютъ fol. Uvae ursi (см. выше), при гонорреѣ—копайскій бальзамъ.

Rp. Balsam Copaiv., Extract. Cubeb. \overline{aa} 0,6. D. tal. dos. (in caps. gelat.) № 50. S. 3 раза въ день по 2—3 капсулы.

При хроническомъ катаррѣ — такое же леченіе; кромѣ того, слѣдуетъ обратить вниманіе на основное заболѣваніе (камни, гипертрофія предстательной железы, болѣзни спинного мозга). Необходимо также имѣть въ виду мѣры, указанныя въ обзорѣ общей терапіи болѣзней мочевого пузыря (см. выше).

19. Туберкулезъ мочевого пузыря.

Часто сопутствуетъ туберкулезу почекъ; развивается иногда первично, иногда вторично при туберкулезѣ легкихъ или кишечника. Поражается обыкновенно дно пузыря; поэтому боли локализируются въ области дна мочевого пузыря. Кромѣ того наблюдаются тенезмы; моча содержитъ кровь и гной. Діагнозъ основывается на присутствіи туберкулезныхъ бациллъ въ осадкѣ (см. выше). Цистоскопія. Леченіе. При помощи Гуион'овскаго шприца съ катетеромъ впускаютъ по каплямъ 2—3 куб. см. раствора сулемы 1:10.000 1:5000 въ область дна мочевого пузыря. Послѣ первоначальной болѣзненной реакціи вскорѣ обыкновенно всѣ симптомы ослабѣваютъ. Леченіе гематуріи см. выше, леченіе тенезмовъ см. стр. 242.

20. **Ракъ**, папиллома (сосочковые полипы) мочевого пузыря обыкновенно влекутъ за собой повторныя кровотеченія, боли и разстройства мочеиспусканія. Леченіе симптоматическое и хирургическое.

21. Судорога мочевого пузыря (Cystospasmus).

Причины: невроты (истерія), болѣзни головного и спинного мозга, простуда, употребленіе молодого вина или пива, болѣзни пузыря и половыхъ органовъ.—Приступы сильныхъ болей въ шейкѣ пузыря, распространяющихся на весь мочеиспускательный каналъ, частые позывы къ мочеиспусканію, болѣзненность мочеиспусканія, причемъ выдѣляется лишь скудное количество мочи (dysuria spastica). Послѣ приступа при чистомъ невротѣ выдѣляется свѣтлая, какъ вода, моча (urina spastica).

Лечение. Устраненіе причинныхъ моментовъ. Теплые компрессы на область мочевого пузыря, теплыя сидячія или общія ванны, суппозитории съ опиумъ или кокаиномъ (стр. 243), при неврозахъ противосудорожныя средства (см. стр. 252).

22. Параличъ мочевого пузыря (Cystoplegia).

Причины: болѣзни спинного мозга, прогрессивный параличъ, помраченіе сознания (инфекціонныя болѣзни, апоплексія, коматозное состояніе). При параличѣ *m. detrusoris* наблюдается растяженіе пузыря и неполное опорожненіе его, при параличѣ сфинктера—недержание мочи. При одновременномъ параличѣ *m. detrusoris* и сфинктера наблюдается сильное наполненіе и растяженіе пузыря и непроизвольное истеченіе мочи по каплямъ (*ischuria paradoxa*). Лечение должно быть направлено противъ основной болѣзни. У больныхъ съ помраченнымъ сознаниемъ необходимо слѣдить за состояніемъ пузыря и заботиться объ его регулярномъ опорожненіи (асептическая катетеризація). Ношеніе мочепріемниковъ, гальванизація или фардизація, стрихнинъ.

Rp. Strychnini nitrici 0,05, Aq. dest. 10,0. D. S. Для подкожныхъ впрыскиваній. Начиная съ $\frac{1}{5}$ шприца (1 миллигр.), постепенно повышаютъ дозу.

23. Ночное недержание мочи (Enuresis nocturna).

Анестезія мочевого пузыря или парезъ сфинктера. Чаше всего встрѣчается въ возрастѣ отъ 3 до 10 лѣтъ, особенно у мальчиковъ. Непроизвольное мочеиспусканіе обыкновенно у мальчиковъ. Непроизвольное мочеиспусканіе обыкновенно происходитъ во время глубокаго сна спустя нѣсколько часовъ послѣ засыпанія. Причины: невропатическое предрасположеніе (истерія, неврастенія), анемія, фимозъ, острицы, почечныя камни. Лечение. Наряду съ леченіемъ основной болѣзни примѣняютъ діететическія мѣры: назначаютъ сухую діету и запрещаютъ пріемъ жидкости вечеромъ за два часа передъ сномъ. Опорожненіе мочевого пузыря передъ сномъ. Прохладная жесткая постель. Высокое положеніе таза. Холодныя обмыванія. При узкой крайней плоти или узкомъ мочеиспускательномъ каналѣ—растяженіе. Фардизація черезъ день (одинъ электродъ въ прямую кишку, другой—на промежность) или гальванизація (анодъ на поясничный отдѣлъ позвоночника, катодъ на промежность). Изъ внутреннихъ средствъ примѣняютъ стрихнинъ и *Rhus aromatica*.

Rp. Tinct. Strychni 1,0, Tinct. ferri pomat. ad 10,0. M. D. S. 2 раза въ день по 10 капель.

Rp. Extract. fluid. Rhois aromat, 10,0. S. 3 раза въ день по 5 капель.

Тѣлесныя наказанія и чрезмѣрная строгость часто ведутъ къ ухудшенію болѣзненнаго состоянія.

Болѣзни нервной системы.

Общія діагностическія замѣчанія.

Нервная система состоитъ изъ гангліозныхъ клѣтокъ, нервныхъ волоконъ и невроглии; въ анатомическомъ и функциональномъ отношеніяхъ нервная система распадается на отдѣльныя элементарныя образованія—нейроны, изъ которыхъ каждый представляетъ анатомическую, функциональную и нутритивную единицу. Каждый нейронъ состоитъ изъ гангліозной клѣтки и ея отростковъ: одного длиннаго, снабженнаго осевымъ цилиндромъ отростка (неврита, нервный отростокъ), который проводитъ возбужденіе изъ клѣтки, и нѣсколькихъ древовидно развѣтвляющихся отростковъ (дендриты), проводящихъ возбужденіе къ клѣткѣ. Отъ нервнаго отростка отходятъ боковыя вѣтви (коллатерали), посредствомъ которыхъ рядомъ расположенные нейроны соединяются между собой. Всѣ эти отростки (невриты, дендриты, коллатерали) оканчиваются тончайшими развѣтвленіями (концевыя деревца, telodendria). Каждое концевое деревцо вступаетъ въ связь съ концевымъ деревцомъ другого нейрона; при этомъ концевое деревцо нервнаго отростка, отводящаго возбужденіе, соединяется съ концевымъ деревцомъ приводящаго возбужденіе дендрита другого нейрона. Такимъ образомъ длинные нервные пути между центромъ и периферіей и обратно составляются изъ послѣдовательно соединенныхъ между собою нейроновъ. Соединеніе рядомъ лежащихъ нейроновъ достигается, какъ уже указано, при посредствѣ коллатералей.

Двигательный нервный путь состоитъ изъ двухъ нейроновъ: центрального, простирающагося отъ коры большого мозга (gyrus praе- и postcentralis) до переднихъ роговъ спинного мозга (а въ отношеніи черепныхъ нервовъ до ихъ ядеръ въ мозговомъ стволѣ), и периферическаго нейрона, который слагается изъ двигательнаго ядра въ переднемъ рогѣ спинного мозга (или двигательнаго ядра въ мозговомъ стволѣ) и периферическаго двигательнаго нерва (неврита), достигающаго мышцы. Въ составъ чувствительнаго нервнаго пути входитъ периферическій нейронъ, дендритомъ котораго является чувствительный нервъ, направляющійся отъ периферіи къ ганглию; гангліозная клѣтка этого нейрона лежитъ въ межпозвоночномъ узлѣ (а въ отношеніи чувствительныхъ черепныхъ нервовъ—въ соотвѣтственномъ ганглии). Нервный отростокъ, отводящій возбужденіе изъ ганглія, примыкаетъ къ первому центральному чувствительному нейрону, за которымъ, вѣроятно, слѣдуютъ еще другіе центральные чувствительные нейроны, передающіе возбужденіе мозговой корѣ.

Такъ какъ всякій нейронъ представляетъ нутритивную единицу и трофическій центръ расположенъ въ ганглии, то въ случаѣ гибели гангліозной клѣтки перерождаются также всѣ ея отростки. Если невритъ въ теченіе продолжительнаго времени отдѣленъ отъ своей гангліозной клѣтки, то перерождается отдѣленная часть, а связанная съ клѣткою часть не измѣняется. Если дѣло касается периферическаго двигательнаго нерва (неврита), то это «вторичное перерожденіе» распространяется также на соотвѣтственные мышечныя волокна, трофическимъ центромъ которыхъ является та же самая гангліозная клѣтка. Въ случаѣ гибели гангліозной клѣтки въ головномъ или спинномъ мозгу возрожденіе соотвѣтственнаго нерва и мышцы невозможно и перерожденіе ихъ представляется стойкимъ; напротивъ, при поврежденіи или перерѣзкѣ периферическаго (двигательнаго или чувствительнаго) нерва можетъ наступить возрожденіе. Анатомическій ходъ двигательнаго пути: двигательный путь начинается въ психомоторныхъ центрахъ мозговой коры и проходитъ черезъ бѣлое вещество полушарій (лучистый вѣнецъ), черезъ переднія двѣ трети задняго отдѣла внутренней капсулы (заднюю треть занимаетъ чувствительный путь), черезъ основаніе мозговой ножки (средняя треть), черезъ Варолиевъ мостъ (соединеніе двигательныхъ волоконъ, образующихъ пирамиды), черезъ продолговатый мозгъ (здѣсь отдѣляются и перекрещиваются двигательныя волокна черепныхъ нервовъ, тогда какъ бѣлая часть волоконъ пирамиднаго пучка перекрещивается лишь при переходѣ въ спинной мозгъ) и далѣе въ спинной мозгъ. Здѣсь перекрещенныя волокна спускаются внизъ, образуя боковой пирамидный путь, а менѣе многочисленныя неперекрещенныя волокна образуютъ передній пирамидный путь. Какъ тѣ, такъ и другія волокна вступаютъ на различныхъ уровняхъ въ сѣрое вещество переднихъ роговъ, соединяются съ двигательными гангліозными клѣтками (трофическій центръ периферическихъ двигательныхъ спинномозговыхъ нервовъ, между тѣмъ какъ трофическій центръ пирамидныхъ путей

находится въ большомъ мозгу, а трофическій центръ черепныхъ нервовъ—въ соответственныхъ сѣрыхъ ядрахъ головного мозга), вступаютъ въ передніе корешки и переходятъ въ периферическіе нервы. — Чувствительные пути направляются къ спинному мозгу черезъ задніе корешки (трофическій центръ находится въ межпозвоночныхъ гангліяхъ); далѣе они отчасти проходятъ въ заднихъ столбахъ той же стороны до продолговатаго мозга и перекрещиваются въ петлевомъ слѣѣ, отчасти проходятъ въ заднихъ рогахъ, перекрещиваются и идутъ вверхъ въ основныхъ пучкахъ боковыхъ столбовъ. Кромѣ того существуютъ еще другіе чувствительные пути, которые вмѣстѣ съ указанными оканчиваются въ мозговой корѣ.

Рефлексы. Рефлекторная дуга состоитъ изъ чувствительнаго проводящаго пути, расположеннаго въ спинномъ мозгу (или въ мозговомъ стволѣ) центра (гдѣ происходитъ соединеніе между чувствительнымъ и двигательнымъ проводниками при посредствѣ коллатерали чувствительнаго неврита, вступающей въ связь съ двигательнымъ неврономъ) и двигательнаго проводящаго пути, идущаго къ мышцѣ. Такимъ образомъ раздраженіе чувствительнаго пути можетъ быть передано двигательному пути и мышцѣ, причемъ, слѣдовательно, мышечное сокращеніе наступаетъ помимо воли. Если рефлекторная дуга въ какомъ-либо мѣстѣ прерывается, то рефлексъ исчезаетъ. Изъ большого мозга спускаются къ рефлекторной дугѣ задерживающіе пути, вліяніе которыхъ можетъ ослабить и подавить рефлексъ. Рефлексы бываютъ повышены при перерывѣ задерживающихъ путей (напр. при церебральныхъ параличахъ и болѣзняхъ спинного мозга съ перерожденіемъ боковыхъ пирамидныхъ пучковъ, при перерывѣ спинного мозга выше рефлекторной дуги), затѣмъ при повышенной возбудимости нервовъ (неврозы, невриты). Рефлексы исчезаютъ либо при гнѣздномъ пораженіи спинного мозга, либо при поврежденіи или заболѣваніи периферическихъ нервовъ. Слѣдуетъ различать кожные рефлексы и рефлексы слизистыхъ оболочекъ, съ одной стороны, и сухожильные рефлексы, съ другой стороны (или поверхностные и глубокіе рефлексы). Къ кожнымъ рефлексамъ относятся рефлексъ брюшныхъ покрововъ, подошвенный рефлексъ (раздраженіе подошвы вызываетъ подошвенное сгибаніе пальцевъ), рефлексъ cremaster'a; къ рефлексамъ слизистыхъ оболочекъ принадлежатъ конъюнктивальный и роговичный рефлексы (замыканіе глазной щели), глоточный рефлексъ (тошнотное движеніе при прикосновеніи къ задней стѣнкѣ зѣва или къ корню языка), чиханіе и кашель. Патологическимъ кожнымъ рефлексомъ является рефлексъ Babinsk'аго: при раздраженіи подошвы пальцы не подвергаются подошвенному сгибанію, а наоборотъ, круто поднимаются вверхъ, въ особенности большой палецъ. Этотъ рефлексъ наблюдается при церебральной гемиплегіи, склерозѣ боковыхъ столбовъ, поперечныхъ пораженіяхъ спинного мозга; но онъ не имѣетъ патологическаго значенія у дѣтей въ возрастѣ 2—3 лѣтъ.—Изъ сухожильныхъ рефлексовъ наиболѣе важными являются колѣнный рефлексъ и рефлексъ Ахиллова сухожилья. Отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ (симптомъ Westphal'a) чаще всего встрѣчается при спинной сухоткѣ и различныхъ формахъ міелита *); колѣнные

*) У діабетиковъ тоже нерѣдко отсутствуютъ колѣнные рефлексы.

рефлексы бываютъ повышены при множественномъ склерозѣ, склерозѣ боковыхъ столбовъ, амиотрофическомъ боковомъ склерозѣ, церебральной гемиплегіи. При повышеніи обоихъ названныхъ рефлексовъ одновременно наблюдается клонусъ колѣнной чашки и клонусъ стопы; оба эти явленія относятся къ патологическимъ признакамъ.—Нарушеніе функцій мочевого пузыря и прямой кишки наблюдается при заболѣваніяхъ поясничнаго отдѣла спинного мозга (перерывъ путей, передающихъ волевые импульсы и проходящихъ изъ головного мозга черезъ спинной мозгъ); расстройства половыхъ рефлексовъ наблюдаются при этихъ же заболѣваніяхъ, затѣмъ при діабетѣ и состояніяхъ слабости. Зрачковый рефлексъ. Мышцу, суживающую зрачекъ, иннервируетъ глазодвигательный нервъ, а мышцу, расширяющую зрачекъ,—симпатическій нервъ. Центръ рефлекса находится въ нижней части шейнаго отдѣла спинного мозга. Расширеніе зрачка наступаетъ вслѣдствіе паралича глазодвигательнаго нерва или раздраженія симпатическаго нерва (*Mydriasis paralytica* и *spastica*); суженіе зрачка наблюдается при параличѣ симпатическаго нерва или при раздраженіи глазодвигательнаго нерва (*Myosis paralytica* и *spastica*). Въ качествѣ ранняго симптома при спинной сухоткѣ и прогрессивномъ параличѣ наблюдается рефлекторная неподвижность зрачковъ при сохраненіи реакціи на аккомодацию; при этомъ часто зрачки бываютъ сужены и имѣютъ неодинаковую величину (симптомъ *Robertson'a*).

Двигательные параличи. Параличемъ называютъ полную потерю двигательной способности, парезомъ—неполную потерю этой способности или двигательную слабость; моноплегіей называютъ параличъ отдѣльныхъ мышечныхъ группъ или одной конечности, гемиплегіей—параличъ одной половины тѣла, параплегіей—параличъ симметрическихъ частей тѣла (обѣихъ рукъ, обѣихъ ногъ). Необходимо обращать вниманіе на состояніе мышечнаго тонуса, который можетъ быть повышенъ (гипертонія), или пониженъ (гипотонія), или можетъ вовсе отсутствовать; соотвѣтственно этому параличъ бываетъ спастическимъ или вялымъ. Спастические параличи имѣютъ центральное происхожденіе и обыкновенно бываютъ связаны съ перерывомъ путей, задерживающихъ рефлексы, слѣдовательно, съ повышеніемъ рефлексовъ; поэтому они наблюдаются при церебральныхъ параличахъ (апоплексія), множественномъ склерозѣ, спастическомъ спинальномъ параличѣ и перерожденіи боковыхъ столбовъ. Вялые параличи имѣютъ периферическое происхожденіе и обусловливаются пораженіемъ периферическихъ нервовъ (невритъ, травма) или заболѣваніями переднихъ роговъ спинного мозга, напр., при дѣтскомъ спинальномъ параличѣ. При этомъ рефлексы ослаблены или отсутствуютъ. При параличѣ ограниченной мышечной области нерѣдко развиваются контрактуры вслѣдствіе преобладанія антагонистовъ (*pes equinus*, когтеобразная кисть).—Трофическое состояніе парализованныхъ мышцъ соотвѣтствуетъ въ общемъ состоянію ихъ тонуса. Если причина паралича лежитъ центральнѣе

сѣрыхъ переднихъ роговъ (спастическій параличъ), то дегенеративная атрофія не наступаетъ (развивается только атрофія вслѣдствіе бездѣятельности мышцы); при пораженіи же сѣраго вещества переднихъ роговъ или периферическаго двигательнаго нерва (вялый параличъ) наблюдается рѣзко выраженная гибель мышечныхъ волоконъ вслѣдствіе дегенеративной атрофіи. Наконецъ при центральныхъ параличахъ въ большинствѣ случаевъ отсутствуетъ реакція перерожденія (см. ниже), между тѣмъ какъ она обнаруживается въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ периферическихъ параличей.—Пораженіе центрального двигательнаго нейрона влечетъ за собой, слѣдовательно, повышеніе рефлексовъ, спастическія явленія или спастическій параличъ; при этомъ не бываетъ дегенеративной атрофіи (а только атрофія вслѣдствіе бездѣятельности) и реакція перерожденія. Напротивъ, пораженіе периферическаго двигательнаго нейрона характеризуется потерей рефлексовъ, и вялымъ параличемъ, дегенеративной атрофіей и реакціей перерожденія.—При функціональныхъ параличахъ, въ противоположность органическимъ, отсутствуютъ какія-либо анатомическія измѣненія. Въ частности истерическіе параличи распространяются большею частью на отдѣльныя конечности, захватывая ихъ цѣликомъ (безъ паралича черепныхъ нервовъ и безъ афазіи, сопутствующихъ церебральнымъ пораженіямъ); кромѣ того отсутствуютъ разстройства со стороны мочевого пузыря и прямой кишки, но зато имѣются на-лицо другіе признаки невроза (срвн. «Истерія»).

Атаксія (разстройство координаціи) представляетъ утрату способности управлять сокращеніемъ мышцъ при производствѣ сложныхъ движеній (какъ, напр., ходьба, писаніе). Атаксія замѣтно усиливается при отсутствіи контроля глазъ (въ темнотѣ, при закрытыхъ глазахъ). Атаксія возникаетъ при перерывѣ чувствительныхъ проводящихъ путей въ спинномъ или головномъ мозгу или периферическихъ нервахъ, а также при утратѣ мышечнаго чувства или при пораженіи нервовъ лабиринта; она наблюдается при спинной сухоткѣ, при заболѣваніяхъ мозговой коры, мозжечка (мозжечковая атаксія) и периферическихъ нервовъ. Объ атактической походкѣ, объ интентіонномъ дрожаніи, о симптомѣ Romberg'a см. ниже.

Судороги см. спеціальн. отдѣлъ.

Для изслѣдованія электрической возбудимости мышцъ пользуются фарадическимъ (прерывистымъ) и гальваническимъ (постояннымъ) токомъ, причемъ примѣняется какъ прямое, непосредственное раздраженіе самой мышцы, такъ и непрямое раздраженіе черезъ нервъ. Нормальная мышца отвѣчаетъ на электрическое раздраженіе при замыканіи и размыканіи тока короткимъ, молніеобразнымъ сокращеніемъ; при изслѣдованіи гальваническимъ токомъ устанавливаютъ, при какой наименьшей силѣ тока наступаетъ первое мышечное сокращеніе. Въ нормальныхъ условіяхъ наблюдается слѣдующее соотношеніе: наименьшая сила тока требуется, чтобы вызвать сокращеніе при замыканіи катода;

болѣе сильный токъ вызываетъ сокращеніе при размыканіи анода, затѣмъ появляется сокращеніе при замыканіи анода, тетаническое (длительное) сокращеніе при замыканіи катода и при наибольшей силѣ тока наступаетъ сокращеніе при размыканіи катода. При периферическихъ параличахъ съ дегенеративной атрофіей электрическая возбудимость мышцъ представляетъ существенныя измѣненія, извѣстныя подъ именемъ реакціи перерожденія. Электрическая возбудимость нерва въ отношеніи фарадическаго и гальваническаго токовъ быстро понижается и черезъ двѣ недѣли совершенно угасаетъ; возбудимость самой мышцы понижается лишь по отношенію къ фарадическому току и тоже угасаетъ въ теченіе того же промежутка времени. Наоборотъ, прямая гальваническая возбудимость мышцъ повышается черезъ 2—3 недѣли; мышечныя сокращенія наступаютъ уже при меньшей силѣ тока, но представляются не короткими, быстрыми, а медленными, вялыми, и вышеприведенная «формула сокращеній» подвергается измѣненіямъ: сокращеніе при замыканіи анода наступаетъ при той же или меньшей силѣ тока, чѣмъ сокращеніе при замыканіи катода, и сокращеніе при размыканіи катода появляется почти при той же силѣ тока, какъ и сокращеніе при размыканіи анода. Приблизительно черезъ 2 мѣсяца понижается также прямая гальваническая возбудимость и, наконецъ, совершенно угасаетъ.—Эти измѣненія возбудимости по отношенію къ обоимъ видамъ электрическаго тока характеризуютъ полную реакцію перерожденія (тяжелое поврежденіе или заболѣваніе периферическаго нерва или его трофическаго центра, т. е. переднихъ роговъ спинного мозга или, въ отношеніи черепныхъ нервовъ, слѣбыхъ ядеръ). Въ этихъ тяжелыхъ случаяхъ предсказаніе болѣею частью неблагоприятно; выздоровленіе наступаетъ лишь поздно или вовсе не наступаетъ.—Въ болѣе легкихъ случаяхъ наблюдается только частичная реакція перерожденія, которая заключается въ вышеуказанныхъ измѣненіяхъ прямой гальванической возбудимости, между тѣмъ какъ непрямая фарадическая и гальваническая возбудимость и прямая фарадическая возбудимость не представляютъ никакихъ измѣненій. Въ случаяхъ съ частичной реакціей перерожденія предсказаніе въ общемъ благоприятно.—Между тѣмъ какъ эти качественныя измѣненія электрической возбудимости наступаютъ только при дегенеративной атрофіи, количественное измѣненіе (пониженіе) наблюдается при простой атрофіи вслѣдствіе бездѣятельности при длительныхъ параличахъ, напр. при гемиплегіи, при хроническихъ болѣзняхъ суставовъ, переломахъ костей. Простое повышеніе электрической возбудимости наблюдается при тетаніи. По отношенію къ болѣе важнымъ нервамъ при непрямомъ раздраженіи мышцъ установлены предѣльныя и среднія величины силы тока въ милліамперахъ (для гальваническаго тока) и въ сантиметрахъ разстоянія катушекъ (для фарадическаго тока) (см. спеціальныя учебники). Чувствительность. Различаютъ слѣдующіе виды чувствительности: чувство прикосновенія, чувство мѣста (способность локализовать ощущенія), чув-

ство давленія, температурная и болевая чувствительность; кромѣ того различаютъ еще чувствительность сухожилій, мышцъ и суставовъ (чувство силы, ощущеніе движеній и положенія частей тѣла въ пространствѣ, способность стереогностическаго узнаванія предметовъ). Пониженіе всѣхъ видовъ кожной чувствительности наблюдается главнымъ образомъ при пораженіи периферическихъ нервовъ, нарушеніе же только одного вида чувствительности (диссоціація разстройствъ чувствительности)—при спинномозговыхъ болѣзняхъ. Подробнѣе см. спеціальнѣйшій отдѣлъ. — Замедленіе болевого ощущенія встрѣчается при спинной сухоткѣ.

Къ явленіямъ чувствительнаго паралича принадлежатъ анестезія и гипестезія (утрата и пониженіе кожной чувствительности), термоанестезія (утрата температурной чувствительности), аналгезія (потеря болевой чувствительности); къ чувствительнымъ явленіямъ раздраженія относятся гиперестезія (повышеніе кожной чувствительности), парестезіи (ненормальныя ощущенія, какъ-то покалываніе, зудъ, жженіе, ползаніе мурашекъ, чувство пояса [спинная сухотка]) и невральгіи.

При периферической анестезіи разстройство чувствительности ограничивается областью развѣтвленія пораженнаго нерва; при заболѣваніяхъ спинного мозга анестезія часто распространяется симметрично на обѣ половины тѣла (параанестезія), и по ея протяженію можно опредѣлить уровень пораженія, соотвѣтственный сегментъ спинного мозга. Разстройство чувствительности на одной половинѣ тѣла — геміанестезія наблюдается при органическихъ заболѣваніяхъ головного мозга и часто выражается въ утратѣ лишь нѣкоторыхъ видовъ чувствительности (см. выше). Геміанестезія или анестезія отдѣльныхъ конечностей особенно часто наблюдается при истеріи.

Объ афазіи см. ниже.

Общая терапія нервныхъ болѣзней.

Изъ пищи нервно-больныхъ должны быть исключены всѣ блюда и напитки, которые могутъ дѣйствовать возбуждающимъ образомъ. Слѣдуетъ ограничить употребленіе мяса и запретить употребленіе спиртныхъ напитковъ, кофе, чая, острыхъ пряностей (перецъ, горчица), соленаго мяса и консервовъ. Въ большинствѣ случаевъ допустимы слѣдующія блюда: супы, приготовленные на водѣ и молокѣ изъ муки, риса, крупы, саго, мондамина; супы изъ вина, вина и саго, свѣтлаго пива. Немного мяса, рыбы, яицъ, безъ острыхъ соусовъ. Въ большомъ количествѣ даютъ жиры (масло, сало, шпекъ), овощи, мучныя блюда и печенье (за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда имѣется тучность), фрукты, компотъ; изъ напитковъ рекомендуются простая вода и минеральныя воды, молоко, лимонады, чай изъ липоваго цвѣта, бузины, мяты, валеріаны (*species peruvinae*), немного легкаго пива, немного легкаго бѣлаго или краснаго вина.

Электротерапія. Гальваническій (постоянный) токъ обладаетъ освѣжающимъ дѣйствіемъ и способствуетъ питанію и всасыванію (особенно въ отношеніи центральной нервной системы); въ другихъ случаяхъ онъ оказываетъ успокаивающее, противосудорожное дѣйствіе (главнымъ образомъ при невралгіяхъ); наконецъ гальваническій токъ примѣняется въ качествѣ раздражающаго средства для возбужденія мышечныхъ сокращеній при вялыхъ параличахъ съ реакціей перерожденія, а также для раздраженія чувствительныхъ нервовъ при общихъ неврозахъ и анестезіяхъ. Фарадическій токъ примѣняется преимущественно, какъ раздражающее средство: фарадизація двигательныхъ нервовъ примѣняется при атрофіяхъ вѣдствие бездѣятельности и при параличахъ, фарадизація чувствительныхъ нервовъ—при периферическихъ анестезіяхъ.—Способъ примѣненія гальваническаго тока заключается въ слѣдующемъ: чтобы получить успокаивающее дѣйствіе, прикладываютъ анодъ (большую пластинку) къ болѣзненному мѣсту или къ точкѣ соотвѣстнаго нерва, а катодъ ставятъ на индифферентное мѣсто (грудина, затылокъ). Наоборотъ поступаютъ, если имѣется въ виду раздражающее дѣйствіе тока: катодъ прикладываютъ къ тому мѣсту, гдѣ требуется сообщить раздраженіе парализованной мышцѣ или нерву. Можно также, особенно при вялыхъ параличахъ съ реакціей перерожденія, приложить оба электрода къ мышцѣ и попеременно замыкать и размыкать токъ. При этомъ либо держатъ оба электрода неподвижно на ихъ мѣстахъ (стабильная гальванизация), либо передвигаютъ катодъ вдоль мышцы или нерва, оставляя анодъ на одномъ и томъ же мѣстѣ. Для гальванизации головы слѣдуетъ пользоваться большими электродами и начинать съ слабыхъ токовъ. Не слѣдуетъ мѣнять направленія тока. Сила тока опредѣляется при помощи гальванометра. Сеансъ продолжается 5—10 минутъ; вначалѣ производятъ гальванизацию 2—3 раза въ недѣлю, затѣмъ чаще. При примѣненіи фарадическаго тока оба влажные электрода прикладываются къ мышцѣ или нерву; или же, особенно при раздраженіи чувствительныхъ нервовъ, ставятъ одинъ большой влажный электродъ на грудину, а другой сухой раздражающій электродъ (пуговчатый электродъ, кисточку, щетку) прикладываютъ къ больному участку.—Для общей электризаціи пользуются какъ фарадическимъ, такъ и гальваническимъ токомъ; при этомъ одинъ электродъ (катодъ) остается неподвижно на ногахъ или ягодицахъ, а другой электродъ (анодъ) передвигаютъ по всему тѣлу. При такъ наз. центральной гальванизации ставятъ катодъ на грудину, а анодъ прикладываютъ къ различнымъ мѣстамъ позвоночника или головы.—Объ электротерапіи отдѣльных болѣзней см. специальный отдѣлъ.

Гидротерапевтическое леченіе нервныхъ болѣзней будетъ изложено при описаніи частной терапіи ихъ. Въ общемъ слѣдуетъ различать два вида лечебныхъ процедуръ, въ зависимости отъ того, имѣемъ ли мы дѣло съ состояніемъ повышенной или пониженной возбудимости. Въ первомъ случаѣ успокаивающимъ средствомъ являются сухія за-

вертыванія на $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ часа, причемъ завертываютъ не все тѣло, а только $\frac{3}{4}$ его, до подкрыльцовыхъ впадинъ; затѣмъ теплыя (не горячія) ванны въ 34 — 36° , продолжительностью $\frac{1}{2}$ — 1 часъ (длительныя ванны); температуру ванны поддерживаютъ на одной и той же высотѣ, осторожно приливая теплую воду къ ногамъ. Успокаивающимъ дѣйствіемъ обладаютъ также влажныя обертыванія приблизительно въ 22° , напр. обертываніе туловища. Продолжительность ихъ нельзя точно установить, такъ какъ больные реагируютъ различно; сперва наступаетъ ощущеніе тепла, затѣмъ ощущеніе холода; когда появилось ощущеніе тепла, слѣдуетъ развернуть больного. Успокаивающее, снотворное дѣйствіе оказываютъ также фарадическія водяныя ванны въ 34 — 36° и продолжительностью въ 8 — 15 минутъ. При всѣхъ этихъ процедурахъ (холодныхъ и теплыхъ) необходимо всегда заботиться объ охлажденіи головы, чтобы предотвратить легко могущее наступить переполненіе кровеносныхъ сосудовъ черепной полости; въ виду этого примѣняютъ холодныя компрессы, резиновые мѣшки съ холодной водой. Только при анеміи головного мозга не слѣдуетъ принимать этихъ мѣръ, такъ какъ здѣсь желательно вызвать приливъ крови къ головѣ. — Въ качествѣ возбуждающихъ процедуръ при состояніяхъ истощенія нервной системы примѣняются: обмыванія по утрамъ и вечерамъ (начинаютъ съ 22° и спускаются до 18° или 16°), растиранія всего тѣла (при этомъ больной становится въ ножную ванну съ теплой водой 40°); затѣмъ влажныя растиранія (больного завертываютъ въ смоченную простыню и растираютъ, поливая водой). Кромѣ того примѣняютъ дождевыя души, начиная съ 38° и постепенно понижая температуру до 22 — 18° ; сеансъ продолжается до тѣхъ поръ, пока не покраснѣетъ кожа; при этомъ голова не должна подвергаться дѣйствію душа, необходимо осторожно дозировать и постепенно выключать душъ, сеансъ не долженъ длиться слишкомъ долго. Возбуждающимъ дѣйствіемъ обладаютъ также прохладныя полуванны, которыя дѣлаютъ въ большой ваннѣ, съ послѣдовательными, болѣе холодными на 2 градуса обливаніями; иногда присоединяютъ еще массажъ.

Лекарственная терапія будетъ подробнѣе изложена въ спеціальному отдѣлѣ. Чтобы избѣгать повтореній, здѣсь будутъ указаны только общепотребительныя средства.

Въ качествѣ успокаивающихъ нервную систему средствъ при рѣзкой раздражительности, при нервной безсонницѣ и нервныхъ головныхъ боляхъ примѣняются:

Rp. Kalii bromati. Natrii bromati aa 8,0, Ammonii bromati 4,0, Aq. dest. ad 200,0. M. D. S. 3 раза въ день по столовой ложкѣ на полъ-стакана сельтерской воды.

Rp. Sol. Kalii bromat. 20,0 : 200,0. D. S. 3 раза въ день по столовой ложкѣ съ водой или валеріановымъ чаемъ. (Точно такъ же употребляется Natr. bromatum).

Rp. Natrii jodati 3,0, Natrii brom. 5,0, Aq. dest. 10,0. S. D. M. 3 раза въ день по 20 капель съ водой или молокомъ.

Употребляется также шипучая бромистая соль Sandow'a для приготовления углекислой бромистой воды.

Специфическими снотворными средствами являются:

- Rp. Sulfonal 1,0. D. tal. dos. № 5. S. За полчаса до отхода ко сну принять 1 порошокъ съ теплой жидкостью.
 Rp. Trional (Methylsulfonal) 1,0. D. tal. dos. № 5. S. Вечеромъ 1 порошокъ.
 Rp. Veronal 0,5, in tabl. (въ оригинальной упаковкѣ). S. Черезъ день вечеромъ 1 таблетку съ горячимъ чаемъ.
 Rp. Sol. Chlorali hydrati 10,0:150,0. D. S. Вечеромъ 1—2 столовыхъ ложки на стаканъ краснаго вина или пива.

При невралгіяхъ и невритическихъ боляхъ:

- Rp. Chinini sulfur. 0,5. D. tal. dos. (ad capsul. amylac.). S. За 1—2 часа передъ приступомъ 1—2 порошка.
 Rp. Antipyridini 0,5—1,0. D. tal. dos. № 10. S. 1—2 раза въ день по 1 порошку. (Дешевле, если прописывается, какъ Pyrazolonum phenyldimethylicum).
 Rp. Phenacetini 0,5. D. tal. dos. № 10. S. 3 раза въ день по одному порошку.
 Rp. Pyramidon. 0,3. D. tal. dos. № 10. S. 2—3 раза въ день по одному порошку.

При сильныхъ боляхъ примѣняютъ внутрь или подъ кожу морфій 0,01—0,015.

Кромѣ того, въ качествѣ нервныхъ средствъ, особенно при параличахъ и невралгіяхъ, часто примѣняются препараты мышьяка, стрихнинъ, азотнокислое серебро и, если подозрѣваютъ наличность сифилиса въ анамнезѣ, препараты іода и ртути.

- Rp. Sol. arsenical. Fowleri, Aq. Amygd. amar. aa 7,5. M. D. S. 3 раза въ день по 2 капли, постепенно повышая дозу до 8 капель три раза въ день.
 Rp. Acid. arsenicosi 0,5, Piperis nigri 5,0, Mucil. Gummi arab. q. s. M. f. pil. № 100. S. 2 раза въ день по одной, затѣмъ по 2—3 пилюли.
 Rp. Pilulae ferri arsenicosi F. M. B. (Ferri reducti 3,0, acid. arsenicosi 0,05, Piperis nigri pulv., Rad. Liquirit. pulv. aa 1,5, Muc. Gummi arab. q. s. f. pil. № 50). D. S. 3 раза въ день по 2 пилюли.
 (Препараты мышьяка слѣдуетъ принимать только за ѣдой или послѣ ѣды).

Хорошіе результаты получаются также отъ употребленія воды Levisco, содержащей мышьякъ. Сперва даютъ слабую воду, 2—3 раза въ день послѣ ѣды по столовой ложкѣ на полъ-рюмки простой воды; послѣ двухъ бутылокъ слабой воды выпиваютъ двѣ бутылки крѣпкой воды и затѣмъ снова двѣ бутылки слабой воды.

- Rp. Strychnin. nitr. 0,06, Aq. fervid. q. s. ad solut., Extract. Liquirit. Pulv. rad. Liquirit. aa 2,0. F. pil. № 30. Consp. Lycopod. D. S. По 2 пилюли въ день, постепенно повышая до 6 пилюль въ день.
 Rp. Argent. nitr. 1,0, Boli albae 10,0. Aq. glycerin. q. s. ut f. pilul. № 100. D. S. 3 раза въ день по 1 пилюль.
 Rp. Sol. Kalii jodati 8,0:200,0. D. S. 3 раза въ день по одной столовой ложкѣ съ молокомъ.

Бальнеотерапія. При центральныхъ и периферическихъ параличахъ, а также при самыхъ разнообразныхъ невралгіяхъ часто оказываютъ благоприятное вліяніе индифферентныя теплыя источники (акратотермы)

Wildbad (въ Виртембергѣ), Gastein, Pfäfers-Ragaz, Schlangenbad, Tep-litz, Warmbrunn, углекислыя ванны въ курортахъ Elster, Franzensbad, Marienbad, Teinach, теплыя разсолныя ванны Baden-Baden и Wiesbaden, холодныя разсолныя источники Colberg, Reichenhall, Salzungen, Kreuznach (съ содержаніемъ іода и брома), Aussee, богатые углекислотой теплыя разсолныя источники Nauheim и Oeynhausen, а также Kissingen, Münster am Stein, Rehme, Soden; послѣдніе источники особенно полезны при повышенной возбудимости спинного мозга (irritatio spinalis), при неврозахъ, истерическихъ или травматическихъ параличахъ. Если въ основѣ болѣзни лежитъ сифилисъ, то назначаютъ теплыя сѣрнистыя ванны, а также употребляютъ сѣрнистыя воды для питья въ курортахъ Aachen, Nenndorf, Weilbach. Углекислыя ванны примѣняются при невралгіяхъ и периферическихъ параличахъ въ курортахъ Driburg, Franzensbad, Homburg, Marienbad, Nauheim, Pyrmont. При анемическихъ состояніяхъ полезны желѣзистыя воды Pyrmont, Kudowa, Reinerz, Schwalbach, Driburg, Elster. Во многихъ случаяхъ могутъ принести пользу песочныя ванны (спеціальныя заведенія въ Blasewitz, Berka, Jordansbad, Lobenstein, Ruhla), а также солнечныя и свѣтовые ванны.—Морскія купанья въ общемъ нельзя рекомендовать нервно-больнымъ.

Частная діагностика и терапія болѣзней нервной системы.

Болезни периферическихъ нервовъ.

Параличи периферическихъ нервовъ.

Какъ уже указано на стр. 247, пораженіе периферическаго двигательнаго нейрона влечетъ за собой вялый параличъ, утрату рефлексовъ, дегенеративную атрофію и реакцію перерожденія. Параличъ распространяется только на мышцы, иннервируемыя пораженнымъ нервомъ; вмѣстѣ съ тѣмъ часто наблюдаются расстройства чувствительности, соответствующія области развѣтвленія нерва. Степень этихъ явленій зависитъ отъ степени тяжести поврежденія или болѣзненнаго процесса.

1. Параличъ зрительнаго нерва.

Волокна зрительныхъ нервовъ подвергаются неполному перекресту: только волокна, снабжающія носовую половину сѣтчатки, переходятъ въ tractus opticus противоположной стороны, тогда какъ волокна височной половины сѣтчатки остаются на той же сторонѣ (semidecussatio). Волокна идутъ въ центральномъ направленіи къ зрительнымъ буграмъ, зрительной части лучистаго вѣнца и оканчиваются въ корѣ затылочной доли (зрительный центръ). Поврежденіе или заболѣваніе зрительнаго нерва обус-

довливаетъ амаврозъ (слѣпоту) или амбліопію (ослабленіе зрѣнія). При пораженіяхъ перекреста зрительныхъ нервовъ часто возникаетъ разноименная геміанопсія, т. е. выпаденіе половины поля зрѣнія на одной сторонѣ слѣва, а на другой сторонѣ справа; обыкновенно утрачивается зрительная способность обѣихъ височныхъ половинъ сѣтчатокъ. При пораженіи же одного tractus opticus или центральныхъ путей наблюдается одноименная геміанопсія, т. е. выпаденіе половины поля зрѣнія съ обѣихъ сторонъ слѣва или справа.

2. Параличи глазныхъ мышцъ.

Причины: травмы, простуда, сифилисъ, сдавленіе опухолями, отравленія (свинецъ), трихинозъ, токсины (дифтерія, отравленіе мяснымъ ядомъ, септицемія, тифъ), внутричерепные процессы (опухоль, кровоизліянія, очаги размягченія), затѣмъ спинная сухотка, множественный склерозъ и прогрессивный параличъ.

Параличъ глазодвигательнаго нерва. (Иннервируетъ всѣ глазныя мышцы, кромѣ прямой наружной и верхней косой мышцъ). Опущеніе верхняго вѣка (ptosis), разстройство аккомодациі, расширеніе и рефлексорная неподвижность зрачка, перекрестныя двойныя изображенія.

Параличъ отводящаго нерва. (Иннервируетъ наружную прямую мышцу). Глазное яблоко не поворачивается кнаружи. При взглядѣ въ сторону паралича появляются одноименныя двойныя изображенія. Самый частый параличъ глазныхъ мышцъ.

Параличъ блокового нерва. (Иннервируетъ верхнюю косую мышцу). При взглядѣ внизъ появляются одноименныя двойныя изображенія.

Теченіе часто бываетъ продолжительнымъ; предсказаніе сравнительно благопріятно, зависитъ отъ основной болѣзни.

Леченіе. Необходимо считаться съ этиологіей. При сифилисѣ—втиранія, іодистый калий. При ревматическомъ параличѣ—салициловый натръ, потогонное леченіе (см. выше). Слабая фарадизація (раздражающій электродъ на краю глаза вблизи парализованной мышцы, другой электродъ въ рукѣ больного) или слабый постоянный токъ (катодъ вблизи парализованной мышцы, анодъ на затылокъ). Для устраненія диплопіи назначаютъ очки съ матовымъ стекломъ передъ больнымъ глазомъ. Примѣняются также подкожныя впрыскиванія стрихнина въ височную область, однако польза ихъ сомнительна.

Rp. Strychnin. nitr. 0,05, Aq. dest. 10.0. D. S. Для подкожныхъ впрыскиваній. Начать съ $\frac{1}{5}$ шприца (1 миллиграммъ), постепенно повышать дозу.

3. Параличъ тройничнаго нерва.

Пораженіе двигательной части нерва ведетъ къ параличу жевательныхъ мышцъ. При двустороннемъ параличѣ жевательныхъ мышцъ наблюдается свѣшиваніе нижней челюсти, при одностороннемъ—отклоненіе ея

въ сторону паралича; жеваніе затруднено. При пораженіи чувствительной части тѣла наблюдается анестезія или гиперестезія въ области лба и темени, на лицѣ, соединительной и роговой оболочкахъ, слизистой оболочкѣ носа и рта; кромѣ разстройства вкуса возникаютъ сосудодвигательныя и трофическія разстройства (герпесъ, выпаденіе зубовъ, воспалительныя измѣненія въ области глазъ).—Причины большею частью бываютъ центральнаго происхожденія: болѣзненные процессы на основаніи мозга (сифились), бульбарный параличъ. Лечение такое же, какъ и при параличахъ глазныхъ мышцъ.

4. Параличъ лицевого нерва.

Наблюдаются параличи периферическіе (пораженіе лицевого нерва ниже ядра, подъядерные параличи) и центральные (надъядерные). Параличи перваго рода возникаютъ при поврежденіяхъ, сдавленіи (напр. при наложеніи щипцовъ во время родовъ), простудѣ, нагноеніяхъ среднего уха, при опухоляхъ, гуммахъ, менингитическихъ измѣненіяхъ, кровоизліяніяхъ и травматическихъ поврежденіяхъ на основаніи черепа; центральные параличи вызываются кровоизліяніями, эмболией, опухолями, склеротическими гнѣздами, особенно въ области внутренней капсулы.

Главные симптомы. Параличъ половины лица; больной не можетъ закрыть глазъ, наморщить кожу лба, вытянуть губы. Носо-губная складка сглажена, ротъ скошенъ въ сторону здоровой половины лица; кончикъ носа отклоненъ въ ту же сторону. Отсутствіе мимическихъ движеній, при двустороннемъ параличѣ неподвижное выраженіе лица, какъ у маски. При пораженіи нерва на участкѣ между ganglion geniculi и мѣстомъ отхожденія chordae tympani наблюдается разстройство вкуса и уменьшеніе слюноотдѣленія. Если пораженіе локализируется между ganglion geniculi и мѣстомъ отхожденія n. stapedii, наблюдается разстройство слуха и ненормальное обостреніе слуха (hyperacusis). При центральномъ параличѣ парализована только нижняя половина лица, между тѣмъ какъ лобныя мышцы и круговая мышца глаза сохраняютъ свою функцію, такъ какъ онѣ иннервируются обоими полушаріями головного мозга.—Периферическій параличъ лицевого нерва принадлежитъ къ числу самыхъ частыхъ параличей.—Легкія формы съ частичной реакціей перерожденія или безъ нея протекаютъ благопріятно въ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ; тяжелыя формы съ полной реакціей перерожденія и дегенеративной атрофіей обыкновенно даютъ неблагопріятный исходъ или принимаютъ затяжное теченіе. При центральныхъ параличахъ большею частью наблюдается неблагопріятный исходъ, зависящій отъ тяжелаго основнаго страданія.

Діагнозъ основывается на характерныхъ симптомахъ; опредѣленные явленія выпаденія указываютъ на локализацию пораженія. При одностороннемъ центральномъ параличѣ (болѣзненный очагъ обыкновенно находится на противоположной сторонѣ) не поражаются мышцы лба и вѣкъ и отсутствуетъ реакція перерожденія.

Лечение. Лечение направляютъ противъ этиологическаго момента: при сифилисѣ—іодъ и ртуть, при простудѣ—потогонное лечение, теплая

припарки, салициловый натръ, іодистый калий; необходимо леченіе болѣзни уха, если таковая существуетъ. При *lagophthalmus*—защищающая повязка на глазъ. При легкой формѣ паралича—фарадизація, при умѣренно-тяжелой и тяжелой—гальванизація, причемъ пропускаютъ токъ (1 миллиамперъ) ежедневно въ теченіе 5 минутъ черезъ обѣ *fossae auriculo-mastoideae*, или ставятъ анодъ на упомянутую ямку, а катодъ на мѣста окончанія нерва и на мышцы. При старыхъ центральныхъ параличахъ примѣняется гальванизація головы.—Можетъ принести пользу одновременное примѣненіе легкаго массажа.

5. Параличъ языкоглоточнаго нерва.

Разстройство вкуса и глотанія. Часто наблюдается въ качествѣ симптома бульбарнаго паралича (см. о немъ).

6. Параличъ блуждающаго нерва.

Параличъ голосовыхъ связокъ, параличъ неба и глотки, носовой отѣнокъ рѣчи, разстройство глотанія.

Причины: давленіе опухолей (аневризма аорты, зобъ), токсины (дифтерія); кромѣ того встрѣчается при спинной сухоткѣ, множественномъ склерозѣ, бульбарномъ параличѣ, истеріи.

7. Параличъ прибавочнаго нерва.

(Иннервируетъ *mm. sternocleidomastoideus* и *cucullaris*). Косое положеніе головы, лицо обращено въ сторону паралича; движеніе головы спереди назадъ затруднено. При продолжительномъ существованіи паралича развивается контрактура грудино-ключично-сосковой мышцы на здоровой сторонѣ (*caput obstipum spasticum*). При параличѣ *m. cucullaris* плечевой сводъ и верхняя конечность опущены, приподнятіе плечевого свода затруднено. Причины: большею частью простуда, поврежденія, опухоли, рѣже внутричерепные процессы.

8. Параличъ подъязычнаго нерва.

Языкъ отклоненъ въ сторону паралича. При периферическомъ параличѣ—атрофія половины языка, при двустороннемъ параличѣ—разстройство жеванія, рѣчи (дизартрія) и глотанія. Причины большею частью центральнаго происхожденія (бульбарный параличъ, апоплексія, множественный склерозъ).

9. Параличъ плечевого сплетенія (параличъ Erb'a).

Распространяется на *mm. deltoideus, biceps, brachialis internus, supinator longus, infraspinatus*; наблюдается при пораженіи корешка 5-го шейнаго нерва. Приподнятіе верхней конечности въ плечевомъ суставѣ, отведеніе ея и сгибаніе въ локтевомъ суставѣ невозможны. Причины: травмы, вывихъ плеча, сдавленіе (родовые параличи), ношеніе большихъ тяжестей.

10. Параличъ подкрыльцового нерва.

(Иннервируетъ *m. deltoideus* и *teres minor*). Рука не можетъ быть поднята до горизонтальнаго положенія. Причины: травмы, давленіе костылей, вывихи.

11. Параличъ лучевого нерва.

(Иннервируетъ трехглавую мышцу плеча, разгибатели и супинаторы кисти и пальцевъ; чувствительныя волокна снабжаютъ тыльную поверхность плеча и предплечья и лучевую половину тыла кисти). Вальное свисаніе кисти въ согнутомъ положеніи, разгибаніе и супинація кисти невозможны; пальцы слегка согнуты и тоже не могутъ быть разогнуты. Супинація разогнутаго предплечья невозможна. При участіи трехглавой мышцы предплечье не можетъ быть разогнуто. Разстройства чувствительности часто отсутствуютъ.—Причины: поврежденія, сдавленіе (сдавленіе во время сна, сдавленіе ручными оковами, костылями), свинцовое отравленіе. Часто встрѣчающійся параличъ.—Свинцовый параличъ характеризуется тѣмъ, что онъ часто развивается на обѣихъ сторонахъ, причемъ *mm. triceps* и *supinator longus* сохраняютъ свою функцію и чувствительность не представляетъ измѣненій.—Исходъ обыкновенно благопріятный.—Леченіе. Устраненіе причинныхъ моментовъ, при поврежденіяхъ нерва нервный шовъ, при сдавленіи рубцовой тканью высвобожденіе нерва. При свинцовомъ параличѣ іодистый калий (*Sol. kalii jodati* 5,0:200,0, три раза въ день по столовой ложкѣ), сѣрные ванны, либо искусственныя (*kalii sulfurati* 100,0 на одну ванну; ванна должна быть теплой, продолжительность ея около 20 минутъ), либо натуральныя (Aachen, Neundorf, Landeck). Гальванизация (анодъ ставятъ на грудину, а катодъ на мѣсто поврежденія или передвигаютъ катодъ по пораженнымъ мышцамъ); въ легкихъ случаяхъ, когда сохранилась еще фарадическая возбудимость, примѣняется также фарадизация.

12. Параличъ срединнаго нерва.

(Иннервируетъ сгибатели, за исключеніемъ *flexor carpi ulnaris* и локтевой головки *flexoris digitorum profundus*, пронаторы, мышцы мякотнаго возвышенія большого пальца, кромѣ *m. adductor pollicis*, и первыя двѣ червеобразныя мышцы). Сгибаніе и пронація кисти ограничены; сгибаніе и противопоставленіе большого пальца невозможны; концевыя фаланги пальцевъ не могутъ быть согнуты. Разстройства чувствительности отсутствуютъ, или наблюдается анестезія на лучевой сторонѣ ладони до половины 4-го пальца и на тыльной поверхности въ области ногтевыхъ фалангъ большого, 2-го и 3-го пальцевъ. Рѣдко встрѣчающійся параличъ, большею частью травматическаго происхожденія. Леченіе, какъ при параличѣ лучевого нерва.

13. Параличъ локтевого нерва.

(Иннервируетъ *m. flexor carpi ulnaris*, *flexor digit. comm. prof.* соотвѣтственно 3—5 пальцамъ, мышцы мякотнаго возвышенія мизинца,

межкостные и двѣ послѣднія червеобразныя мышцы, *m. adductor pollicis*). Сгибаніе и отведеніе кисти въ локтевую сторону затруднено; мизинецъ не можетъ быть согнутъ, 3-й и 4-й пальцы сгибаются не вполне. Приведеніе большого пальца, растопыриваніе и приведеніе пальцевъ невозможны. При продолжительномъ существованіи паралича развивается когтеобразная кисть. При нарушеніи чувствительности анестезія распространяется на локтевую сторону кисти по ладонной поверхности до середины 4-го пальца, а со стороны тыла до середины 3-го пальца. — Причиной обыкновенно являются травмы. Лечение, какъ и при параличѣ лучевого нерва.

14. Параличъ *m. serrati*.

(Пораженіе *p. thoracici longi*, иннервирующаго *m. serratus anticus major*). Рука поднимается только до горизонтальнаго положенія и не можетъ быть доведена до вертикальнаго положенія. Лопатка отойти отъ грудной клѣтки, что еще рѣзче замѣтно, если рука вытянута впередъ (отстояніе въ видѣ крыла). Причины: простуда, чрезмерное напряженіе, травмы. Часто встрѣчающійся параличъ. Лечение, какъ при параличѣ лучевого нерва.

15. Параличъ бедреннаго нерва.

(Иннервируетъ *mm. ileopsoas, quadriceps femoris, sartorius, pectineus*). Сгибаніе бедра и разгибаніе голени затруднены; при нарушеніи чувствительности анестезія распространяется на переднюю поверхность бедра и внутреннюю поверхность голени и стопы. Причины: костоѣда позвоночника, опухоли, травмы. Лечение направляютъ противъ причиннаго момента. Электризація, ванны.

16. Параличъ ягодичныхъ нервовъ.

Отведеніе ноги и поворачиваніе ея кнутри невозможно.

17. Параличъ запирающаго нерва.

Невозможность положить одну ногу на другую.

18. Параличъ сѣдалищнаго нерва.

При параличѣ всего нерва затруднено поворачиваніе бедра кнаружи и сгибаніе голени, наблюдается параличъ стопы и отвисное положеніе ея (*pes equinus*).

а) Параличъ малоберцовогаго нерва (*p. peronei*) представляетъ самый частый изолированный параличъ ноги. Тыльное сгибаніе стопы невозможно, наружный край стопы опущенъ; вслѣдствіе контрактуры икроножныхъ мышцъ стопа принимаетъ отвисное положеніе (*pes equino-vagus*). При ходьбѣ носокъ волочится по полу, и больной долженъ высоко поднимать ногу. Иногда наблюдается разстройство чувствительности на наружной поверхности икры и на тылѣ стопы. — Часто встрѣчается только парезъ.

б) Параличъ большеберцовогаго нерва (*p. tibialis*). Затруднено подошвенное сгибаніе стопы и пальцевъ. Иногда разстройство чув-

ствительности въ области наружной лодыжки, наружного края стопы и подошвы.

Причины: травмы, простуда, невритъ, заболѣванія позвоночника, опухоли. Лечение, какъ при параличѣ лучевого нерва.

19. Параличъ грудобрюшной преграды.

Пораженіе *nervi phrenici* влечетъ за собой затрудненіе дыханія: сохраняется только реберное дыханіе. Втягиваніе живота при вдыханіи и выпячиваніе при выдыханіи. Рѣже наблюдается односторонній параличъ п. *phrenici*, при которомъ только одна половина діафрагмы не участвуетъ въ дыхательныхъ движеніяхъ.—Причины: заболѣванія шейной части спинного мозга (поврежденія, міелитъ, опухоли, прогрессивная мышечная атрофія), множественный невритъ (дифтерія), отравленіе свинцомъ. Осложненіе—бронхопневмонія. Исходъ часто неблагоприятный. Лечение. Устраненіе причинныхъ моментовъ, гальванизация: анодъ на грудную или затылокъ, катодъ у задняго края грудино-ключично-сосковой мышцы, немного ниже середины ея. Однако, успѣхъ сомнителенъ. При одышкѣ искусственное дыханіе.

Судороги въ области отдѣльныхъ нервовъ.

1. Нистагмъ.

Дрожаніе глазныхъ яблокъ, судороги въ области глазодвигательнаго, отводящаго и блокового нервовъ.

2. Судорога жевательныхъ мышцъ (*trismus*).

Судороги въ области 3-й вѣтви тройничнаго нерва. Причины: невритъ, истерія, эпилепсія и столбнякъ.

3. Судорога лицевого нерва (*Tic convulsif*).

Большею частью клоническія судороги одной половины лица: миганіе, морщеніе лба, гримасы. Изолированная судорога круговой мышцы вѣкъ вызываетъ блефароспазмъ (тоническая судорога) и миганіе, *nictitatio* (клоническая судорога). Причины: неврастенія, истерія, рефлекторныя раздраженія (болѣзни зубовъ, носа, глазъ и уха), периферическія или центральныя заболѣванія самаго нерва. Лечение. Устраненіе причинныхъ моментовъ (каріозные зубы, болѣзни носа и уха), мѣстное примѣненіе гальваническаго тока небольшой силы, причемъ постепенно вводятъ и выключаютъ токъ. Чтобы понизить возбудимость нерва, ставятъ анодъ (какъ вообще при всѣхъ состояніяхъ раздраженія, безразлично судорогахъ и невралгіяхъ) на нервъ или на существующія, можетъ быть, болевые точки, а катодъ на грудину или затылокъ. Изъ водолечебныхъ мѣръ примѣняются успокаивающія процедуры, какъ-то обертыванія всего тѣла, длительныя теплыя ванны, перемежающіяся вѣрообразные или дождевые души, точно дозируемые, безъ высокаго давленія. Полезенъ также легкій массажъ. Внутрь при неврастеніи или истеріи—бромъ, при анеміи и состояніяхъ слабости—железо или мышьякъ, воду *Levico* (см. выше). При центральномъ происхожденіи судорогъ гальванизация головного мозга.

4. Судорога прибавочнаго нерва.

Клоническая судорога обѣихъ грудино-ключично-сосковыхъ мышцъ встрѣчается въ видѣ кивательной судороги (Салаамовой судороги) у злотовушныхъ и рахитичныхъ дѣтей; односторонняя тоническая судорога грудино-ключично-сосковой мышцы обуславливаетъ *caput obstipum spasticum*.—Другими причинами являются простуда, поврежденія, рубцы, заболѣванія шейныхъ позвонковъ. Лечение направляютъ противъ причиннаго момента; въ остальномъ поступаютъ, какъ при судорогѣ лицевого нерва.

5. Писчая судорога (*m o g i g r a p h i a*).

Клоническія или тоническія судороги первыхъ трехъ пальцевъ той руки, которою пишутъ; преимущественно судороги сгибателей, часто наблюдается также двигательная слабость; нерѣдко сопутствуютъ дрожаніе, легкія судороги или слабость въ области кистевого сустава, предплечья и плеча. Причиною является чрезмѣрное напряженіе при писаніи, невротическое предрасположеніе. Лечение. При легкой формѣ перестаютъ писать или пользуются толстыми пробковыми ручками и мягкими перьями; прохладныя ручныя ванны, втиранія *spiritus vini gallici* или *spiritus formicarum*. Въ тяжелыхъ случаяхъ—гальванизация: анодъ на плечевое сплетеніе, мышцы руки и ручной кисти, катодъ на затылокъ. Кромѣ того водолечение (см. выше), массажъ, продолжительный отдыхъ руки, пребываніе въ горахъ. Для писанія можно пользоваться особымъ приспособленіемъ съ кольцами для кисти и пальцевъ (имѣется въ специальныхъ медицинскихъ магазинахъ).—Часто всѣ принимаемыя мѣры не приносятъ пользы. Остается только перемѣнить профессію или пользоваться пишущей машинкой.

6. Судорога грудобрюшной преграды.

Чаще всего встрѣчается клоническая судорога—икота (*singultus*), которая при упорномъ существованіи нерѣдко причиняетъ значительныя страданія и ведетъ къ истощенію. Причины: раздраженіе грудобрюшнаго нерва при заболѣваніяхъ желудка, брюшины, перикардія, средостѣнія и плевры; рефлекторнымъ путемъ икота возникаетъ при состояніяхъ раздраженія пищеварительныхъ или половыхъ органовъ, а также подъ вліяніемъ психическихъ моментовъ. Кромѣ того икота встрѣчается при истеріи и церебральныхъ пораженіяхъ (головная водянка, менингитъ). Лечение основной болѣзни; въ упорныхъ случаяхъ бромистый калий, морфій, горячіе компрессы, горчичники на область діафрагмы, фарадизация діафрагмы, гальванизация или сдавленіе пальцемъ грудобрюшнаго нерва. Внутрь: *aether. sulfur.*, по 5—10 капель.—Въ качествѣ полезной мѣры рекомендуютъ въ легкихъ случаяхъ плотно закрыть мизинцами оба наружныхъ слуховыхъ прохода и выпить нѣсколько глотковъ воды.—Тоническая судорога грудобрюшной преграды рѣдко встрѣчается при истеріи, эпилепсіи, столбнякѣ и суставномъ ревматизмѣ. Тетаническая неподвижность дыхательныхъ мышцъ, преимущественно грудобрюшной преграды,

при глубокомъ стояніи нижнихъ границъ легкихъ и съ судорожнымъ выдыханіемъ. Исходъ не всегда благоприятный, зависитъ отъ основного страданія. Лечение такое же, какъ при клонической судорогѣ.

7. Судорога икрожныхъ мышцъ (сга tris).

Наиболѣе частая изъ судорогъ отдѣльныхъ мышцъ. Причины: чрезмерное напряженіе, холера, разстройства кровообращенія (varices, беременность). Лечение. Покой, растираніе, разминаніе, раздраженіе щетками икры, спиртовые втиранія (камфорный или горчичный спиртъ, французская водка). При разстройствахъ кровообращенія высокое положеніе ноги. При сильныхъ боляхъ морфій.

Невралгія.

Сильныя, упорныя боли, наступающія въ видѣ приступовъ и ограничивающіяся областью развѣтвленія опредѣленнаго нерва. Приступъ длится нѣсколько секундъ, минутъ или даже часовъ; продолжительность промежутковъ между приступами достигаетъ нѣсколькихъ дней или недѣль. Въ нервѣ часто не наблюдается никакихъ анатомическихъ измѣненій; въ другихъ случаяхъ въ основѣ невралгіи лежатъ невритическія и периневритическія измѣненія или разстройства кровообращенія. Въ промежуткахъ между приступами нервъ тоже болѣзненъ при давленіи, особенно въ опредѣленныхъ мѣстахъ, гдѣ нервъ выходитъ изъ кости или фасціи (болевая точка Valleix). Часто наблюдается гиперестезія или анестезія соотвѣтственнаго участка кожи, сосудодвигательныя или трофическія разстройства (слезотеченіе, отдѣленіе слизи, герпесъ, блѣдность или покраснѣніе кожи, выпаденіе и посѣдѣніе волосъ, атрофія); иногда раздраженіе передается на чувствительные проводники и вызываетъ рефлекторныя подергиванія. — Приступы боли наступаютъ либо сами собою, либо вызываются простудой, механическимъ раздраженіемъ, психическими вліяніями; нерѣдко они наступаютъ съ извѣстною правильностью въ опредѣленное время дня. — Въ этиологическомъ отношеніи играютъ роль, какъ располагающіе моменты, конституціональныя аномаліи, анемія, хлорозъ, подагра, діабетъ, невропатическое предрасположеніе, истерія; причинами являются отравленія (свинецъ, алкоголь, ртуть), инфекціонныя болѣзни (маларія, сифилисъ), травмы, простуда, чрезмерныя напряженія, сдавленіе или поврежденіе нерва, органическія нервныя заболѣванія (спинная сухотка, невритъ), рефлекторныя раздраженія (каріозныя зубы, болѣзни уха).

Лечение основной болѣзни: при малокровіи — желѣзо, при сифилисѣ — іодистый калий и ртуть, при простудѣ — потогонное лечение, салициловый натръ, аспиринъ; при отравленіяхъ соотвѣтственное лечение, при маларіи — хининъ, при сдавленіи нерва опухолью или рубцомъ — хирургическое лечение, удаленіе каріозныхъ зубовъ; необходимо также заботиться о регулярномъ опорожненіи кишечника; въ зависимости отъ основной болѣзни назначаютъ соотвѣтственную діету. Рекомендуются моціонъ

на свѣжемъ воздухѣ; при этомъ необходимъ тѣлесный и душевный покой. Лечение минеральными водами, см. выше. Въ свѣжихъ случаяхъ постельное содержаніе, потогонныя процедуры въ постели продолжительностью въ 1 часъ или горячія суховоздушныя и свѣтотерическія ванны. горячій воздушный душъ, заворачиванія, горячіе компрессы, припарки изъ фанго, грязи или каши, грѣлки, прикладываніе мѣшковь съ горячимъ пескомъ. Очень полезны горячіе воздушные души (аппаратъ приводится въ дѣйствіе электрическимъ токомъ), продолжительностью въ 15 минутъ.—Когда невральгія существуетъ уже давно, тоже умѣстны потогонныя процедуры или длительныя ванны въ 37° съ послѣдующимъ кратковременнымъ охлажденіемъ посредствомъ обтиранія или душа, послѣ чего больной ложится въ постель. Весьма хорошо дѣйствуютъ паровые души, либо одни, либо попеременно съ короткимъ холоднымъ струевымъ душемъ. Цѣлесообразна также комбинація парового душа съ массажемъ. Многіе особенно хвалятъ перемѣнный горячій и холодный (такъ наз. шотландскій) струевой душъ. Срв. спеціальныя отдѣлы.—Кромѣ того примѣняются разсолныя, сѣрныя и грязевыя ванны. Электротерапія при невральгіяхъ примѣняется въ формѣ гальванизациі: анодъ въ видѣ большого электрода съ мягкой обивкой ставятъ на болевую точку, а катодъ на грудину; ежедневно въ теченіе 5 минутъ пропускаютъ слабый токъ въ 1—3 миллиампера, при этомъ необходимо осторожно усиливать, постепенно вводить и выключать токъ. Примѣняется также слабая фарадизація нервнаго ствола и соотвѣтственнаго участка кожи.

Наиболѣе употребительныя при невральгіяхъ внутреннія лекарственныя средства перечислены выше; при простудномъ происхожденіи невральгіи назначаютъ еще салициловый натръ или аспиринъ (см. ниже). Изъ наружныхъ средствъ примѣняются горчичники, втиранія хлороформнаго масла, мази съ кокаиномъ, смазываніе іодной настойкой (см. указатель).

Въ качествѣ послѣдняго средства при сильныхъ и упорныхъ невральгіяхъ остается еще оперативное леченіе: невротомія, неврэктомія, кровавое или безкровное вытяженіе нерва.

1. Невральгія тройничнаго нерва (tic douloureux).

Большую часть поражаются отдѣльныя вѣтви, рѣже весь нервъ (при внутричерепной локализациі заболѣванія), обыкновенно на одной сторонѣ. Болевая точка: incisura supraorbitalis, foramen infraorbitale, foramen mentale. Часто наблюдается слезотеченіе, покраснѣніе кожи и соединительной оболочки глаза, усиленное отдѣленіе слизистой оболочки носа, усиленное слюноотдѣленіе, а также герпесъ. Иногда развивается атрофія лицевыхъ мышцъ отъ недѣятельности и парезъ ихъ. Этиологія. Изъ выше названныхъ моментовъ чаще всего встрѣчаются конституціональныя причины, какъ-то: анемія, хлорозъ, и невропатическое предрасположеніе, неврастенія, истерія; затѣмъ инфекціонныя болѣзни (маларія,

сифилисѣ), отравленія (свинецъ, ртуть), мѣстныя причины (поврежденіе нерва при раненіяхъ, развитіи рубцовъ, періоститѣ, катаррѣ лобныхъ пазухъ, костоѣдѣ зубовъ, болѣзняхъ уха, опухоляхъ на основаніи черепа) и рефлекторныя вліянія (заболѣванія половыхъ органовъ и кишечника, другія нервныя болѣзни). Чаше наблюдается у женщинъ. Лечение. Наряду съ вышеописаннымъ леченіемъ основной болѣзни здѣсь часто рѣшающее значеніе имѣетъ мѣстное леченіе заболѣваній лобныхъ пазухъ, носа и уха. Внутрь назначаютъ хининъ, антипиринъ, фенацетинъ (см. выше), мышьякъ, желѣзо (см. ниже). О водолеченіи см. выше. Термотерапія: дѣйствіе теплыхъ лучей (синій свѣтъ, продолжительность сеанса 6 минутъ), воздушный душъ (горячій или попеременно горячій и холодный). Гальванизация: анодъ на мѣсто выхода вѣтвей тройничнаго нерва, катодъ на грудину; или пропускаютъ токъ черезъ голову въ поперечномъ и продольномъ направленіи, поставивъ анодъ на соотвѣтственную болевую точку. Кромѣ того часто назначаютъ при невралгіи тройничнаго нерва:

Rp. Trigemini. (Соединеніе пирамидона съ бутиль-хлораль-гидратомъ) 0,25.
D. tal. dos. № 10. S. При боляхъ 3 раза въ день по одному порошку (въ облаткахъ).

Rp. Tinct. Gelsemii sempervirent. 20,0. D. S. Три раза въ день по 20 капель.

Въ послѣднее время стали примѣнять впрыскиванія спирта въ нервъ и вылученіе Гассерова узла.

2. Затылочная невралгія.

Боли, локализирующіяся между теменной областью, сосцевидными отростками и верхней частью задней поверхности шеи. Болевая точка на затылкѣ и задней поверхности шеи, въ особенности между шейными позвонками и сосцевиднымъ отросткомъ.

3. Плечевая невралгія.

Боли въ области плечевого сплетенія, особенно въ локтевомъ нервѣ. Болевая точка въ надключичной ямкѣ, въ подкрыльцовой ямкѣ и около локтевого отростка.

4. Межреберная невралгія.

Обыкновенно наблюдается на одной сторонѣ, чаще слѣва, и поражаетъ нѣсколько нервовъ, особенно 6—8 межреберные нервы. Болевая точка находится рядомъ съ позвоночникомъ, на мѣстахъ выхода кожныхъ вѣтвей по средней подмышечной линіи и около края грудины. Часто сопутствуетъ herpes zoster (см. ниже). Въ отношеніи діагноза необходимо исключить мышечный ревматизмъ, плевритъ, аневризму аорты (рентгеноскопія), гастральгію. Слѣдуетъ также имѣть въ виду возможность заболѣванія позвоночника. Лечение такое же, какъ вообще при невралгіяхъ. Изъ водолечебныхъ процедуръ особенно рекомендуются паровые души, потогонныя процедуры, горячія ванны, температуру которыхъ постепенно доводятъ до 40°; мѣстное примѣненіе тепла, комбинація горячихъ ваннъ съ паровымъ или воздушнымъ душемъ, горячіе компрессы,

припарки. У невропатическихъ больныхъ направляютъ леченіе противъ основной болѣзни.

Прибавленіе. *Herpes zoster*, высыпаніе пузырьковъ въ области чувствительнаго нерва, чаще всего въ области межреберныхъ нервовъ (опоясывающій лишай). Рѣже наблюдается на лицѣ, во рту, на конечностяхъ. Пузырьки расположены на покрасѣвшемъ основаніи, сливаются между собой, черезъ нѣсколько дней подсыхаютъ; рѣдко наступаетъ нагноеніе или изъязвленіе. Иногда присоединяется невралгія. Продолжительность болѣзни — нѣсколько дней или недѣль, иногда нѣсколько мѣсяцевъ. Леченіе. Защищаютъ повязкой пораженный участокъ кожи или припудриваютъ его *Zinc. oxydat.* и *Amyli tritici aa.* Кромѣ того назначаютъ аспиринъ, мазь съ кокаиномъ (см. указатель).

5. Мастодинія.

Боли въ грудной железнѣ; иногда наблюдаются сосудодвигательныя разстройства и временамъ появляются узловатыя невромы.

6. Пояснично-брюшная невралгія.

Боли въ подчревной области, паховой области, мошонкѣ и сѣменномъ канатикѣ.

7. Бедренная невралгія.

Боли въ области передней поверхности бедра, внутренней поверхности голени и внутреннего края стопы. Болевая точка непосредственно подъ Пупартовой связкой, подъ колѣннымъ суставомъ съ внутренней стороны и подъ внутренней лодыжкой.

8. Сѣдалищная невралгія (*ischias*).

Боли, имѣющія часто непрерывный характеръ, въ области сѣдалищнаго нерва, т. е. въ ягодичной области, на задней поверхности бедра до подколенной ямки, на наружной сторонѣ голени и стопы, на тылѣ и подошвѣ стопы. Обыкновенно поражается одна сторона, и боли ограничиваются опредѣленною частью области сѣдалищнаго нерва, распространяясь на бедро и голень; двусторонняя невралгія нерѣдко наблюдается при діабетѣ и спинной сухоткѣ. Болевая точка находится между сѣдалищнымъ бугромъ и большимъ вертеломъ на мѣстѣ выхода нерва изъ сѣдалищнаго отверстія, по срединѣ подколенной ямки и позади головки малой берцовой кости (*p. tibialis* и *peroneus*). Характерный для *ischias* симптомъ: боль вслѣдствіе растяженія нерва, если разгибать голень при согнутомъ въ тазобедренномъ суставѣ бедрѣ. Рефлексъ Ахиллова сухожилія въ тяжелыхъ случаяхъ ослабленъ или отсутствуетъ. Этотъ признакъ важенъ также въ прогностическомъ отношеніи. Въ качествѣ послѣдовательныхъ явленій часто развиваются атрофія отъ недѣятельности и скolioзъ (искривленіе направлено то въ больную, то въ здоровую сторону). — Болѣзнь длится нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ, иногда и дольше. Часто наблюдаются возвраты. **Этіологія:** Чрезмѣрное напряженіе, простуда, травмы, затѣмъ опухоли и заболѣванія позвоночника и таза, копростазъ, ракъ прямой кишки, сифилисъ, подагра, діабетъ, спинная сухотка.

Діагнозъ. Слѣдуетъ принять во вниманіе этиологическій моментъ; необходимо произвести изслѣдованіе черезъ прямую кишку и влагалище, изслѣдовать тазобедренный суставъ и кости; слѣдуетъ убѣдиться, нѣтъ ли сахара въ мочѣ. При кокситѣ ощущаются боли въ тазобедренномъ суставѣ при вталкиваніи головки бедренной кости въ суставную ямку и при пассивныхъ движеніяхъ. При мышечномъ ревматизмѣ боль не ограничивается нервомъ, а распространяется на мышцы. **Леченіе.** Въ острыхъ случаяхъ постельное содержаніе, потогонныя процедуры, салициловый натръ или антипиринъ (см. выше); вмѣстѣ съ тѣмъ устраняють причинный моментъ. Не слѣдуетъ назначать горячихъ или теплыхъ ваннъ, такъ какъ онѣ обыкновенно плохо переносятся. Примѣняютъ свѣтотыя ванны (въ ящикѣ съ электрическими лампочками); сеансъ продолжается до появленія пота; послѣ сеанса теплое обмываніе. Впослѣдствіи примѣняютъ гальванизацию: анодъ ставятъ на различные участки нерва (поясничный отдѣлъ позвоночника, сплетеніе, сѣдалищное отверстіе, середина задней поверхности бедра, подколѣнная ямка, головка малой берцовой кости, стопа), а катодъ на позвоночникъ или переднюю поверхность бедра. При сильныхъ боляхъ морфій. Въ хроническихъ случаяхъ тоже полезны свѣтотыя ванны (60°, 25 минутъ) съ послѣдующей непродолжительной теплой ванной. Шотландскій переменный душъ (теплую воду пропускаютъ въ теченіе 3 минутъ, а холодную недолго), либо сильный струевой душъ, либо слабый вѣерообразный душъ. Brieger'овскія ванны съ движеніями: въ большой ваннѣ производятъ активныя и пассивныя движенія ногъ, въ особенности подниманіе и опусканіе ягодичной области (грудной и поясничныя отдѣлы позвоночника), постепенно увеличивая экскурсію движеній; температура воды 37°, продолжительность до 1/2 часа.—Срвн. общую терапію невралгій.

Прибавленіе.

9. Невралгій суставовъ.

Произвольно наступающія, иногда въ видѣ приступовъ, боли въ отдѣльныхъ суставахъ, чаще всего въ тазобедренномъ и колѣнномъ, рѣже въ плечевомъ и остальныхъ суставахъ. Анатомическія измѣненія отсутствуютъ; зато обыкновенно наблюдаются опредѣленные болевые точки и гиперѣстезія кожи. При продолжительномъ существованіи суставной невралгій можетъ развиваться атрофія отъ недѣятельности. — Чаще всего наблюдается у невропатическихъ, малокровныхъ субъектовъ, особенно у женщинъ. **Леченіе:** желѣзо, мышьякъ, вода Levico. Мѣстное леченіе: души, массажъ, гальванизация, фарадизация, методическія упражненія суставовъ (пассивныя и активныя движенія), общія водолечебныя процедуры, описанныя выше. Пребываніе въ горахъ и въ деревнѣ.

10. Головная боль (cephalgia).

Въ качествѣ симптома головная боль встрѣчается при заболѣваніяхъ головного мозга (опухоль, абсцессъ), мозговыхъ оболочекъ (менин-

гить), черепныхъ костей (періоститъ, сифилисъ), носа, придаточныхъ полостей, уха, при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ (тифъ), болѣзняхъ почекъ (уремія), отравленіяхъ (никотинъ, алкоголь, свинець), болѣзняхъ желудка и кишечника (запоръ), при гипереміи (полнокровіе, лихорадка, болѣзни сердца, эмфизема легкихъ, зобъ; при этомъ лицо красное, часто шумъ въ ушахъ, головокруженіе), при анеміи (малокровіе, хлорозъ, большая потеря крови, періодъ лактаціи; при этомъ лицо блѣдное, головокруженіе, обморокъ, сердцебіеніе), при ревматизмѣ *galea arthropathica*, при развитіи мозолей въ головныхъ мышцахъ (міальгическая головная боль), и наконецъ, въ качествѣ нервной головной боли (вѣроятно, вслѣдствіе расстройства кровообращенія въ мозговыхъ оболочкахъ), при неврастеніи, истеріи, травматическомъ неврозѣ, ипохондріи, умственномъ переутомленіи; иногда головная боль возникаетъ рефлекторнымъ путемъ при заболѣваніяхъ женскихъ половыхъ органовъ и при привычномъ запорѣ. Лечение прежде всего слѣдуетъ направить противъ причиннаго момента. При заболѣваніяхъ головного мозга и его оболочекъ пузырь со льдомъ, морфіи; при сифилисѣ іодистый калий, ртуть; подвергаютъ леченію болѣзни носа и уха; при запорахъ измѣняютъ діету (см. выше) и прибѣгаютъ къ слабительнымъ (см. выше). При гипереміи банки на затылокъ, пузырь со льдомъ на голову, горячая ножная ванна въ 40°—42°, къ водѣ можно прибавить горчичной муки или пригоршню стасфуртской соли, послѣ ванны ноги подвергаютъ непродолжительному холодному обтиранію, при этомъ необходимо принять мѣры къ охлажденію головы. При анеміи желѣзо, мышьякъ, *Levis*, укрѣпляющее питаніе, молочная діета, пребываніе въ деревнѣ, горячія ванны (постепенно повышать температуру, продолжительность ванны 15 минутъ), свѣтовые ванны (безъ охлажденія головы), горячіе компрессы на голову; при ревматическомъ пораженіи *galea arthropathica* банки на затылокъ, *patr. salicyl.*, потогонныя процедуры, а также гальванизация (см. выше); при нервныхъ головныхъ боляхъ умѣренный образъ жизни, душевный покой, успокаивающія водолечебныя процедуры, какъ подробнѣе указано выше гальванизация, бромистые препараты (см. выше). Хорошими симптоматическими средствами являются фенацетинъ, антипиринъ (см. выше), а также аспиринъ и мигренинъ (смѣсь антипирина, коффеина и лимонной кислоты, доза 1,0, 1 — 2 раза въ день). Если имѣются на-лицо неврозы, то необходимо направить леченіе противъ нихъ (неврастенія, истерія, травматическій неврозъ, см. соотв. статьи).

11. Мигрень (*hemisrania*).

Періодическіе приступы обыкновенно односторонней сильной головной боли, сопровождающейся большею частью тошнотой, рвотой, головокруженіемъ и повышенной чувствительностью къ свѣтовымъ и звуковымъ раздраженіямъ; нерѣдко приступу предшествуетъ аура (ощущеніе тяжести въ головѣ, зѣвота, расстройства зрѣнія, мерцательная скотома, рѣже расстройства рѣчи). Приступъ начинается чаще всего утромъ и продолжается обыкновенно одинъ день. Нерѣдко наблюдается по-

краснѣніе, а иногда поблѣднѣніе лица. Чаше встрѣчается у женщинъ. Этиологія: Большею частью наследственный неврозъ (пораженіе симпатическаго нерва?). Приступы наступаютъ безъ видимыхъ причинъ или вызываются переутомленіемъ, аффектами, эксцессами, менструальными разстройствами, заболѣваніями желудка, кишекъ или носа. Леченіе. Во время приступа покой, затемненіе комнаты, горячія ножныя ванны, внутрь (по возможности еще до начала приступа) фенацетинъ, антипиринъ, пирамидонъ, кофеинъ, причемъ пирамидонъ даютъ въ нѣсколько большихъ дозахъ, чѣмъ обыкновенно (см. отдѣльныя средства въ указателѣ). При значительномъ покраснѣніи лица рекомендуется эрготинъ, а при поблѣднѣніи лица—вдыханіе амилнитрита (3—5 капель на носовой платокъ, см. выше). Употребляютъ также ментоловый карандашъ, проводя имъ по болѣзненнымъ мѣстамъ. — Для предотвращенія дальнѣйшихъ приступовъ необходимо общее леченіе (срвн. «Головная боль»), пребываніе на свѣжемъ воздухѣ, пребываніе въ деревнѣ и на горахъ (не на берегу моря); при малокровіи желѣзо, мышьякъ; при ожирѣніи соотвѣтственная діета (см. ниже); устраняютъ менструальныя разстройства, запоры. Изъ водолечебныхъ процедуръ примѣняются завертыванія всего тѣла, по утрамъ общее или частичное обмываніе тѣла, полуванны; полезно также ходить босикомъ по сырой травѣ.

Невритъ и полиневритъ.

1. Невритъ.

Воспалительныя измѣненія нерва, часто сопровождающіяся вторичнымъ перерожденіемъ нервныхъ волоконъ и фиброзной индурацией (neuritis podosa). Послѣдняя форма часто наблюдается при хроническомъ невритѣ, который либо развивается изъ остраго неврита, либо съ самаго начала принимаетъ хроническое теченіе. Причины: сдавленіе, поврежденія, переходъ воспалительнаго процесса съ окружающихъ частей, простуда, отравленія (свинецъ, алкоголь, мышьякъ, фосфоръ), токсины (дифтерія, сифилисъ, проказа, послѣродовыя заболѣванія), болѣзни обмѣна веществъ.

Главные симптомы, главныя формы и діагнозъ. Парѣстезіи, боли, иногда разстройства чувствительности. Обыкновенно нервы болѣзненны при давленіи; впослѣдствіи часто опредѣляются узловатыя утолщенія на нервахъ (см. выше). Иногда наблюдаются трофическія и сосудодвигательныя разстройства кожи. При заболѣваніи двигательныхъ волоконъ развиваются парезы или параличи, которые въ тяжелыхъ случаяхъ принимаютъ форму вялаго периферическаго паралича съ дегенеративною атрофіей, реакціей перерожденія и ослабленіемъ или утратою рефлексовъ (см. выше). Острая форма иногда начинается лихорадкой и разстройствомъ общаго состоянія, хроническая же форма обыкновенно развивается исподоволь. — Острый невритъ большею частью имѣетъ благопріятное теченіе; исходъ хроническаго неврита различный. Особую форму представляетъ дифтерійный невритъ, который обыкновенно развивается лишь по окончаніи дифтеріи: параличъ небной занавѣски (носовой отдѣлокъ рѣчи, затрудненіе глотанія, вытеканіе проглоченной жидкости черезъ носъ),

параличъ аккомодациі (больной плохо видитъ на близкомъ разстояніи), рѣже параличи глазныхъ мышцъ, параплегія, атаксія. Исходъ большею частью благопріятный; смерть можетъ наступить вслѣдствіе паралича сердца или дыханія или вслѣдствіе аспираціонной пневмоніи.—Свинцовый невритъ (см. отравленіе свинцомъ) поражаетъ лучевой нервъ, обыкновенно съ обѣихъ сторонъ, появляясь сперва справа; обѣ ручныя кисти свѣшиваются въ согнутомъ положеніи. Разстройства чувствительности обыкновенно отсутствуютъ. Рѣже встрѣчаются параличи въ области другихъ нервовъ. Часто наблюдаются другіе признаки свинцоваго отравленія (свинцовая кайма, колики).—Алкогольный невритъ обыкновенно возникаетъ въ формѣ полиневрита и начинается стрѣляющими болями въ голеняхъ, парестезіями, болѣзненностью мышцъ при давленіи, особенно икроножныхъ мышцъ; затѣмъ появляются парезы и параличи, главнымъ образомъ въ мышцахъ ногъ, а также анэстезія, атаксія и исчезаніе коленныхъ рефлексовъ (*pseudotabes alcoholica*). При этомъ отсутствуютъ однако разстройства со стороны мочевого пузыря или прямой кишки, а также рефлекторная неподвижность зрачковъ.—Алкогольный невритъ съ душевнымъ разстройствомъ (ослабленіе памяти, галлюцинаціи) образуютъ картину Корсаковской болѣзни.—Мышьяковый невритъ. Боли и парестезіи преимущественно въ области лучевого и малоберцового нерва. Послѣродовой невритъ поражаетъ вѣтви срединнаго и локтевого нервовъ. Діабетическій невритъ наблюдается обыкновенно въ видѣ двусторонней сѣдалищной невралгіи.

Леченіе. Должно быть направлено противъ причины заболѣванія. Въ острыхъ случаяхъ покой пораженной конечности, теплые компрессы, теплыя мѣстныя ванны, потогонныя процедуры въ постели (см. выше), длительныя теплыя ванны. При простудномъ невритѣ салициловый натръ, аспиринъ (см. выше). Въ дальнѣйшемъ гальванизация: анодъ на болѣзненныя мѣста, катодъ на грудину или на центрально лежащую болѣзненную точку; ежедневно въ теченіе 5 минутъ пропускаютъ токъ силою въ 1—2 миллиампера. При сильныхъ боляхъ морфій, втиранія хлороформнаго масла (см. выше) или мази съ кокаиномъ (0,5 : 10). При хроническомъ невритѣ завертыванія всего тѣла или до подкрыльцовыхъ ямокъ, ванны съ сосновымъ экстрактомъ, соленныя и углекислыя ванны, фарадическія ванны продолжительностью въ 15 минутъ, четырехкамерныя ванны, мѣстный струевой душъ (теплый, попеременно съ непродолжительнымъ холоднымъ).—При сифилисѣ іодистый калий и ртуть, при малокровіи желѣзо и мышьякъ, при отравленіяхъ прекращаютъ поступленіе яда въ организмъ, при диабетѣ діететическое леченіе. При атрофіи мышцъ отъ недѣятельности фарадизация. При алкогольномъ и дифтерійномъ невритахъ часто оказываетъ благопріятное дѣйствіе стрихнинъ (см. выше).

2. Полиневритъ, множественный невритъ (*neuritis multiplex*).

Часто считаютъ причиною простуду, чрезмѣрныя напряженія; на самомъ же дѣлѣ полиневритъ представляетъ, вѣроятно, инфекціонное забо-

лѣваніе. Начинается лихорадкой, головной болью, увеличеніемъ селезенки. Затѣмъ прогрессирующий параличъ ногъ (особенно въ области малоберцового нерва), иногда также рукъ, черепныхъ нервовъ (лицевой нервъ) и діафрагмы (грудобрюшный нервъ). Параличи периферическіе: вялые, съ дегенеративной атрофіей, реакціей перерожденія и утратою рефлексовъ. Со стороны мочевого пузыря и прямой кишки разстройство не наблюдается. Иногда съ самаго начала болѣзнь развивается исподоволь. — Часто наблюдаются парѣстезія, анѣстезія и боли. — Исходъ обыкновенно благоприятный; однако могутъ остаться парезы или параличи; при параличѣ грудобрюшной преграды часто наблюдается смертельный исходъ. Діагнозъ. Очень похожій параличъ Landry (см. соотв. статью) отличается острымъ теченіемъ, бульбарными симптомами и большею частью отсутствіемъ реакціи перерожденія въ парализованныхъ мышцахъ. Воспаленіе спинного мозга сопровождается разстройствомъ функцій мочевого пузыря и прямой кишки. Лечение въ общемъ такое же, какъ и при невритѣ. Вначалѣ потогонное лечение, *natr. salicyl.* При тяжелыхъ общихъ явленіяхъ симптоматическія мѣры, возбуждающія. О леченіи паралича діафрагмы см. выше.

Болѣзни спинного мозга и его оболочекъ.

Наиболѣе важныя клиническія явленія заболѣваній спинного мозга характеризуются либо острымъ, либо хроническимъ развитіемъ и теченіемъ, въ картинѣ болѣзни иногда преобладаютъ типическіе параличи, особенно параплегии, иногда наблюдаются разстройства походки (атаксія, спастическій парезъ ногъ) и другіе характерные симптомы (отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ, рефлекторная неподвижность зрачковъ, судороги), нарушается функція мочевого пузыря и прямой кишки, наблюдаются разстройства чувствительности и мышечныя атрофіи или дистрофіи.

Соотвѣтственно этимъ признакамъ можно подраздѣлить болѣзни спинного мозга на слѣдующія группы:

1. Острыя болѣзни спинного мозга и его оболочекъ.
2. Хроническія болѣзни спинномозговыхъ оболочекъ.
3. Хроническія болѣзни спинного мозга съ параплегическими параличами.
4. Хроническія болѣзни спинного мозга съ атактическими или спастическими, resp. спастически-паретическими явленіями.
5. Хроническія болѣзни спинного мозга съ прогрессивной мышечной атрофіей.

1 группа. Острыя болѣзни спинного мозга и его оболочекъ.

1. Менингитъ (*leptomeningitis spinalis acuta*).

Большею частью развивается вторично при эпидемическомъ цереброспинальномъ менингитѣ, затѣмъ при заболѣваніяхъ позвоночника и спинного мозга, а также при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ. Главные симп-

томы: вначалѣ разстройство общаго состоянія, лихорадка: затѣмъ рѣзкія боли въ спинѣ, усиливающіяся при движеніяхъ, ригидность спинныхъ мышцъ, повышеніе кожной чувствительности, мышечныя подергиванія, запоръ, а въ послѣдствіи также явленія паралича.—Исходъ въ значительной мѣрѣ зависитъ отъ основнаго страданія, часто бываетъ неблагоприятнымъ. Продолжительность болѣзни отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ недѣль, рѣже нѣсколько мѣсяцевъ; иногда наблюдается переходъ въ хроническую форму спинальнаго менингита (см. соотв. главу). Лечение. При рѣзкихъ воспалительныхъ явленіяхъ и боляхъ прикладываютъ къ позвоночнику мѣшки Шарпан'а, впрыскиваютъ морфій. Примѣняются также кровососныя банки, втиранія сѣрой мази по всей длинѣ позвоночника, длительныя теплыя ванны, слабительныя средства. Иногда приносятъ пользу поясничныя проколъ (см. ниже).

2. Кровоизліяніе въ оболочки спинного мозга (apoplexia meningealis).

Причины: поврежденія, заболѣванія позвоночника (туберкулезъ, ракъ), аневризмы. Симптомы почти такіе же, какъ и при кровоизліяніи въ спинной мозгъ (см. ниже); однако здѣсь на первый планъ выступаютъ явленія раздраженія (гиперѣстезія, парѣстезія, мышечныя подергиванія, контрактуры) сравнительно съ явленіями паралича.—Исходъ зависитъ отъ основнаго страданія; при травматическихъ поврежденіяхъ исходъ часто благоприятный. Лечение такое же, какъ и при кровоизліяніи въ спинной мозгъ.

3. Острый міэлитъ (myelitis transversa).

Одинъ или нѣсколько очаговъ (воспаленіе, размягченіе, склерозъ), занимающихъ обыкновенно все поперечное сѣченіе спинного мозга. Этиологія часто неясна. Простуда, промокание являются, повидимому, предрасполагающими моментами. Вторично развивается при заболѣваніяхъ позвоночника и оболочекъ, при инфекціонныхъ болѣзняхъ (сифилисъ, тифъ, пневмонія, дифтерія, родильная горячка).

Главные симптомы. Въ зависимости отъ уровня и протяженія воспалительнаго очага параличи или парезы обыкновенно параплегическаго типа въ различныхъ мышечныхъ областяхъ. Вялые параличи съ дегенеративной атрофіей и реакціей перерожденія наблюдаются въ томъ случаѣ, если очагъ пораженія захватываетъ гангліозную клѣтку периферическаго двигательнаго нейрона (ядра переднихъ роговъ спинного мозга). Если же воспалительный очагъ лежитъ выше сегмента соотвѣтственной двигательной гангліозной клѣтки, если, слѣдовательно, пораженъ центральный двигательный нейронъ, то параличи носятъ спастическій характеръ. Поэтому при міэлитѣ поясничнаго отдѣла обыкновенно наблюдаются вялый параличъ ногъ съ дегенеративной атрофіей, реакціей перерожденія, отсутствіемъ рефлексовъ и анестезія до уровня пупка; при міэлитѣ грудного отдѣла—спастическій параличъ ногъ безъ атрофіи и реакціи перерожденія, но зато съ повышеніемъ рефлексовъ и анестезіей, простирающейся выше пупка; при міэлитѣ нижней части шейнаго отдѣла—вялый параличъ рукъ,

спастическій параличъ ногъ и анестезія конечностей; при мізлитъ верхней части шейнаго отдѣла—спастическій параличъ рукъ и ногъ, пораженіе грудобрюшнаго нерва (разстройство дыханія), бульбарные симптомы. — Вначалѣ часто наблюдаются явленія раздраженія, боли въ ногахъ, парестезіи, повышеніе температуры. Въ дальнѣйшемъ обыкновенно присоединяются разстройства со стороны мочевого пузыря и прямой кишки. Нерѣдко развиваются пролежни на крестцѣ, пяткахъ и въ области лодыжекъ. — Рѣдкая болѣзнь; чаще встрѣчается у мужчинъ. Исходъ большею частью неблагоприятный, или наблюдается переходъ въ хроническую форму (см. соотв. главу). Діагнозъ ставится на основаніи характерныхъ явленій паралича. При остромъ спинальномъ менингитѣ преобладаютъ явленія раздраженія (какъ вообще при заболѣваніяхъ спинномозговыхъ оболочекъ, обуславливающихъ раздраженіе нервныхъ корешковъ); при восходящемъ параличѣ Landry наблюдается типическое распространеніе паралича, отсутствуютъ разстройства со стороны мочевого пузыря и прямой кишки, электрическая возбудимость парализованныхъ мышцъ не измѣнена.

Леченіе. Наряду съ леченіемъ, направленнымъ противъ причины болѣзни (сифилисъ, см. „Хроническій мізлитъ“), примѣняютъ симптоматическое леченіе. Полный покой въ постели. Чтобы предотвратить развитіе пролежней, постель должна быть гладкой; кромѣ того подкладываютъ водяныя подушки или резиновый кругъ; необходимо часто осторожно поворачивать больного. Потогонныя процедуры въ постели, резиновые мѣшки съ ледяной водой на позвоночникъ. Лишь впослѣдствіи примѣняютъ длительныя теплыя ванны, иногда съ прибавленіемъ соли или соснового экстракта. Если угрожаетъ развитіе пролежня, то полезно обмываніе (но не втираніе) лимонной водой, растворомъ борной кислоты, разведенной французской водкой. Если пролежень уже развился, то примѣняютъ обмыванія камфорнымъ виномъ и накладываютъ повязку съ одной изъ слѣдующихъ мазей:

Rp. Acid. tannic. 1,0, Plumb. acet. 2,0, Unguent. paraff. 20,0.
M. f. ung. S. Мазь.

Rp. Bals. Peruvian. 1,0, Lanolini 20,0. M. f. ung. S. Мазь.

При задержаніи мочи асептическая катетеризція, при недержаніи мочи мочепріемникъ. О леченіи цистита см. выше. При недержаніи кала необходимо заботиться о своевременномъ подкладываніи судна и тщательно слѣдить за чистотой больныхъ; при запорахъ прибѣгаютъ къ слабительнымъ средствамъ (см. выше). Внутрь назначаютъ *natr. salicyl.* и *kalium jodatum*.

4. Спинномозговой дѣтскій параличъ (*poliomyelitis anterior acuta infantum*).

Разлитое воспаленіе, поражающее главнымъ образомъ сѣрое вещество переднихъ роговъ на одной или на обѣихъ сторонахъ; часто влечетъ за собой склерозъ и атрофію двигательныхъ гангліозныхъ клѣтокъ. — Инфекціонная болѣзнь, возбудитель которой еще не извѣстенъ. Обыкновенно распространяется эпидемически. Чаще всего наблюдается у дѣтей въ возрастѣ отъ одного года до 5 лѣтъ, рѣже у взрослыхъ. Мальчики заболѣваютъ чаще.

Главные симптомы. Начало лихорадкой, потрясающимъ ознобомъ, потерей аппетита, рвотой, сонливостью. Черезъ нѣсколько дней или недѣль обнаруживаются параличи одной или обѣихъ ногъ, одной, рѣже обѣихъ рукъ, мышцъ туловища. Такъ какъ при этомъ поражается периферическій невронъ, то остающіеся параличи представляются вялыми и сопровождаются дегенеративною атрофіей, реакціей перерожденія и отсутствіемъ рефлексовъ. Однако значительная часть параличей носитъ лишь временный характеръ, а меньшая часть пораженныхъ мышцъ подвергается стойкому параличу. Въ пораженныхъ конечностяхъ обыкновенно задерживается также ростъ костей, затѣмъ развиваются контрактуры, напр. *res equinus*. Разстройства чувствительности, разстройства со стороны мочевого пузыря и прямой кишки отсутствуютъ.

Діагнозъ основывается на характерномъ развитіи болѣзни. Острый церебральный дѣтскій параличъ наступаетъ обыкновенно въ формѣ гемиплегіи и даетъ спастическіе параличи. При множественномъ невритѣ наблюдаются разстройства чувствительности, при остромъ міэлитѣ, кромѣ разстройствъ чувствительности, нарушается функція мочевого пузыря и прямой кишки.

Лечение. Въ начальной стадіи постельное содержаніе, пузырь со льдомъ на голову, внутрь *natr. salicyl.* или аспиринъ:

Rp. Natr. salicyl. 5,0, Aq. dest. 95,0, Elix. e succo Liquir. 5,0. M. D. S.
Черезъ 2—3 часа по дѣтской ложкѣ.

Rp. Aspirin 0,3—0,5. D. S. 3 раза въ день по одному порошку.

Охлажденіе позвоночника при помощи резиновыхъ мѣшковъ со льдомъ, втиранія сѣрой мази вдоль позвоночника. Примѣняются также банки. При загорѣ нѣжныя слабительныя средства (см. выше).—Когда острые явленія прошли и остаются параличи въ нѣкоторыхъ группахъ мышцъ, то приблизительно со 2—4-й недѣли начинаютъ гальванизацию позвоночника при помощи большихъ электродовъ, пропуская токъ черезъ отдѣлъ позвоночника, соотвѣтствующій уровню пораженія; кромѣ того подвергаютъ лабильной электризаціи парализованные мышцы и нервы. Длительныя ванны въ 38° съ прибавленіемъ соли или соснового экстракта; при этомъ можно также производить въ водѣ активныя или пассивныя движенія (ванны съ движеніями). Пребываніе на горахъ или въ деревнѣ.—Если остался стойкій параличъ, то необходимо примѣнять подлежащій массажъ и гимнастику, чтобы заставить другія мышцы принять на себя функцію парализованныхъ и предотвратить развитіе контрактуръ и деформации суставовъ. Въ дальнѣйшемъ ортопедически-хирургическое лечение.

5. Параличъ Landry (острый восходящій параличъ).

Анатомическія измѣненія въ спинномъ мозгу большею частью отсутствуютъ. Этиологія не выяснена. Вѣроятно, инфекціонное заболѣваніе. Предрасполагающими моментами являются простуда, отравленія, инфекции (сифилисъ).

Главные симптомы. Вначалѣ наблюдается нарушеніе общаго состоянія, лихорадка, боли въ ногахъ и спинѣ. Затѣмъ появляется парезъ и параличъ ногъ, потомъ мышцъ туловища, рукъ; въ тяжелыхъ слу-

чаяхъ поражаются также мышцы головы и грудобрюшная преграда. Параличи вялые съ отсутствіемъ рефлексовъ; однако не бываетъ ни дегенеративной атрофіи, ни реакціи перерожденія. Отсутствуютъ также разстройства со стороны мочевого пузыря и прямой кишки. Обыкновенно чувствительность не представляетъ измѣненій.—Исходъ большею частью неблагоприятный. Часто присоединяются бульбарные симптомы. Смерть наступаетъ отъ паралича дыханія или сердца. Діагнозъ основывается на характерныхъ симптомахъ болѣзни. Рѣдкая болѣзнь. Лечение. Ледъ на голову, охлажденіе спинного мозга посредствомъ мѣшковъ съ ледяной водой, Шарпан'овскіе мѣшки, втираніе сѣрой мази вдоль позвоночника. Если въ анамнезѣ имѣется сифилисъ, назначаютъ іодистый калий, ртуть; при простудѣ *natr. salicyl.* (см. ниже). При параличѣ діафрагмы электризація грудобрюшного нерва, искусственное дыханіе. Гальванизация спинного мозга.

6. Половинное пораженіе спинного мозга (Brown-Séquard'овскій параличъ).

Симптомокомплексъ, наблюдаемый при перерывѣ проводимости въ половинѣ спинного мозга вслѣдствіе поврежденій, чаще всего при раненіи кинжаломъ или ножомъ, рѣже при переломахъ, вывихахъ, опухоляхъ и эксудатахъ.

Главные симптомы. Параличъ на той же сторонѣ, гдѣ находится поврежденіе, книзу отъ уровня пораженія; анестезія на противоположной сторонѣ тѣла, между тѣмъ какъ мышечное чувство здѣсь сохранено. На парализованной сторонѣ гиперестезія, повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ. Обыкновенно наблюдаются разстройства со стороны мочевого пузыря и прямой кишки. Пріапизмъ. Исходъ и леченіе зависятъ отъ основной причины.

7. Кровоизліяніе въ спинной мозгъ (haematomyelia).

Причиной являются травматическія поврежденія или заболѣванія сосудовъ.

Главные симптомы. Внезапно появляющіеся параличи въ видѣ параплегіи съ болью въ области кровоизліянія, но безъ потери сознанія. Распространеніе параличей зависитъ отъ уровня и протяженія пораженія. Наблюдаются также анестезіи или парѣстезіи, разстройства функціи мочевого пузыря и прямой кишки, пролежни. Лечение. Полный покой, водяныя подушки, ледяные компрессы на спину, на позвоночникъ. Внутрь эрготинъ, желатина (см. выше).

8. Поврежденія спинного мозга.

Наблюдаются большею частью при переломахъ или вывихахъ: костные осколки или смѣщенные позвонки обуславливаютъ сдавленіе или поврежденіе вещества спинного мозга. Симптомы различны въ зависимости отъ уровня пораженія. Поврежденія шейнаго отдѣла спинного мозга вызываютъ параличъ діафрагмы (грудобрюшный нервъ), двигательную и чувствительную параплегію рукъ и ногъ, часто также сильную лихорадку; при поврежденіи груднаго отдѣла наблюдается параплегія

ногъ; при поврежденіи поясничнаго отдѣла—параплегія ногъ съ отсутствіемъ колѣнныхъ рефлексовъ; при поврежденіи крестцоваго отдѣла—разстройства въ области сѣдалищнаго нерва. Одновременно существуютъ большею частью разстройства со стороны мочевого пузыря, прямой кишки и половыхъ органовъ. Часто развиваются пролежни. Лечение хирургическое, въ остальномъ симптоматическое. Покойное положеніе, прикладываніе льда; принимаютъ мѣры противъ развитія пролежней (стр. 272) и противъ задержки мочи. Лечение цистита, если таковой развился. Позже электризація. Гидротерапія (см. выше).

2 группа. Хроническія болѣзни спинномозговыхъ оболочекъ.

1. Менингитъ (*leptomeningitis spinalis chronica*).

Соединительнотканная утолщенія спинномозговыхъ оболочекъ, которыя иногда представляются оmozолѣлыми, студенисто-фиброзными; сращения оболочекъ съ веществомъ спинного мозга. Этіологія такая же, какъ и при острой формѣ; однако наиболѣе частая причина сифилисъ. Сифилитическому менингиту обыкновенно сопутствуютъ сифилитическія измѣненія сосудовъ спинного мозга и очаги размягченія.

Главные симптомы—вначалѣ боли въ спинѣ, въ области межреберныхъ нервовъ и въ ногахъ, сведеніе затылка, судороги, повышенные рефлексy (менингитическія явленія раздраженія нервныхъ корешковъ); впослѣдствіи появляются гиперѣстезія, парезы (рѣже параличи), исчезаніе рефлексовъ, разстройства со стороны мочевого пузыря и прямой кишки.

Лечение. Срв. острый спинальный менингитъ. При сифилисѣ специфическое лечение.

2. *Pachymeningitis cervicalis hypertrophica* см. ниже.

3 группа. Хроническія болѣзни спинного мозга съ параплегическими параличами.

1. Хроническій мієлитъ.

При хроническомъ воспаленіи спинного мозга очагъ пораженія (перерожденіе, размягченіе) обыкновенно занимаетъ весь поперечникъ спинного мозга, рѣже наблюдаются болѣе ограниченные или разсѣянные очаги. Этіологія такая же, какъ и при острой формѣ; самая частая причина—сифилисъ.

Главные симптомы. Болѣзнь начинается исподоволь; постепенно развиваются параличи (см. описаніе остраго мієлита). Часто наблюдаются улучшенія и обостренія болѣзни. Чаше всего развивается спастическій парезъ ногъ. Разстройства чувствительности и функціи мочевого пузыря. Большею частью смертельный исходъ вслѣдствіе пролежней, бульбарныхъ явленій или піелонефрита. Діагнозъ. Похожая картина наблюдается при спастическомъ спинальномъ параличѣ и множественномъ склерозѣ, однако при этихъ болѣзняхъ отсутствуютъ разстройства со стороны чувствительности и мочевого пузыря.

Лечение. При сифилисѣ іодистый калий и ртуть. Въ остальномъ такое же лечение, какъ и при острой формѣ. Примѣняютъ гальванизацію спинного мозга, фарадизацію и массажъ парализованныхъ мышцъ.

Грязевыя ванны въ курортахъ Elster, Franzensbad, Marienbad, Kudowa; разсолёныя ванны въ Nauheim'ъ и Kissingen'ъ.

2. Мѣлзть отъ сдавленія.

Параличи вслѣдствіе прижатія спинного мозга возникаютъ чаще всего при заболѣваніяхъ позвонковъ (туберкулезъ), сифилитическихъ измѣненіяхъ костей, опухоляхъ позвоночника (ракъ, саркома) и аневризмѣ брюшной аорты.

Главные симптомы. Вначалѣ обыкновенно наблюдаются (вслѣдствіе раздраженія оболочекъ) невралгическія боли, гиперѣстезія и парѣстезія, трофическія разстройства, судорожныя явленія и ригидность мышцъ. Затѣмъ наступаютъ явленія паралича и разстройства чувствительности въ областяхъ, лежащихъ ниже мѣста сдавленія. Обыкновенно развиваются спастическіе параличи съ повышеніемъ рефлексовъ; вялые параличи наблюдаются только въ томъ случаѣ, если гангліозныя клѣтки переднихъ роговъ подвергаются сдавленію. Часто бываютъ разстройства со стороны мочевого пузыря и прямой кишки.—Исходъ зависитъ отъ основного страданія; относительно благоприятный исходъ наблюдается при сифилисѣ, если немедленно приступаютъ къ противосифилитическому леченію. При постановкѣ діагноза необходимо прежде всего выяснитъ этиологическій моментъ; туберкулезное пораженіе другихъ органовъ; признаки перенесеннаго сифилиса; припуханіе лимфатическихъ железъ, ракъ.

Леченіе. При сифилисѣ энергичное противосифилитическое леченіе, при туберкулезѣ хирургическое и ортопедическое леченіе. Вмѣстѣ съ тѣмъ улучшеніе общаго состоянія (см. «Туберкулезъ легкихъ»), гальванизация спинного мозга, электризация парализованныхъ мышцъ. Предотвращеніе и леченіе пролежней (стр. 272), цистита (см. выше).

4 группа. Хроническія болѣзни спинного мозга съ атактическими или спастическими, resp. спастически-паретическими явленіями.

Большая часть входящихъ въ эти группу болѣзней спинного мозга принадлежитъ къ числу системныхъ заболѣваній спинного мозга, т. е. такихъ заболѣваній, которыя поражаютъ связанные между собой въ анатомическомъ и функціональномъ отношеніяхъ отдѣлы спинного мозга. Сюда относятся спинная сухотка, наслѣдственная атаксія, спастическій спинальный параличъ. Напротивъ множественный склерозъ принадлежитъ къ числу разлитыхъ (диффузныхъ) заболѣваній спинного мозга, т. е. такихъ, которыя не ограничиваются указанными отдѣлами, а поражаютъ на различныхъ уровняхъ спинной мозгъ, распространяясь на весь его поперечникъ или на часть его. (Кромѣ болѣзней описываемой группы къ системнымъ заболѣваніямъ слѣдуетъ отнести амиотрофическій боковой склерозъ, спинномозговую прогрессивную мышечную атрофію, спинномозговой дѣтскій параличъ, прогрессивную мышечную дистрофію; обыкновенный мѣлзть, сирингомѣлія и параличъ Landry не принадлежатъ къ числу системныхъ заболѣваній).

1. Спинная сухотка (tabes dorsalis).

Въ основѣ спинной сухотки лежитъ сѣрое перерожденіе заднихъ столбовъ спинного мозга, т. е. перерожденіе гангліозныхъ клѣтокъ и нервныхъ волоконъ съ послѣдующимъ разрастаніемъ неврогліи (склерозъ). Причиной въ большинствѣ случаевъ является сифилисъ. Предрасполагающими моментами служатъ простуда, промоканіе, травмы, эксцессы, отравленія. Чаще всего наблюдается у мужчинъ въ среднемъ возрастѣ.

Главные симптомы. Различаютъ три стадіи: невралгическую, атактическую и паралитическую. Первая стадія характеризуется стрѣляющими, молніеобразными болями (преимущественно въ ногахъ, но иногда также и въ другихъ частяхъ тѣла), которыя большею частью бываютъ очень сильными, иногда же выражены слабѣе; эти боли можно ошибочно принять за ревматическія. Кромѣ того наблюдаются парѣстезіи, гиперѣстезія, чувство пояса, желудочные кризы съ рвотой. Обыкновенно уже рано обнаруживаются чрезвычайно важные въ діагностическомъ отношеніи симптомы: рефлекторная неподвижность зрачковъ (зрачки не реагируютъ на свѣтъ, тогда какъ при аккомодациі и конвергенціи они суживаются) и отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ (признакъ Westphal'я). Эти три главныхъ симптома обезпечиваютъ діагнозъ. — Нерѣдко начальные симптомы спинной сухотки существуютъ въ теченіе многихъ лѣтъ, прежде чѣмъ обнаруживаются атактическія явленія; встрѣчаются также случаи, когда бываютъ выражены лишь отдѣльные симптомы (*forme fruste*). Вслѣдствіе разстройства мышечнаго и суставнаго чувства развивается атаксія преимущественно въ ногахъ: атактическая походка характеризуется тѣмъ, что больной высоко поднимаетъ ноги, съ топотомъ ставитъ ихъ на полъ и ступаетъ неувѣренно, широко разставляя ноги; эта неувѣренность значительно усиливается въ темнотѣ и при закрытыхъ глазахъ. При стояніи съ закрытыми глазами и сдвинутыми внутренними краями стопъ наблюдается сильное пошатываніе или больной теряетъ равновѣсіе (симптомъ Romberg'a). Впослѣдствіи больной совершенно лишается способности стоять и ходить. При пораженіи шейной части спинного мозга атаксія развивается также и въ рукахъ. Затѣмъ появляются разстройства со стороны мочевого пузыря: задержка или недержаніе мочи. — Иногда возникаютъ параличи въ области отдѣльныхъ нервовъ, какъ, напр., въ области малоберцоваго, лучевого, языкоглоточнаго и лицевого нервовъ; вообще же грубая сила мышцъ не представляется пониженной. — Въ паралитической стадіи больной совершенно не можетъ пользоваться ни руками, ни ногами: онъ становится безпомощнымъ, не можетъ одинъ вѣсть и одѣваться. Кромѣ того развиваются измѣненія въ суставахъ, артропатіи: опуханіе и подвывихи, особенно въ колѣнномъ суставѣ. Часто наблюдаются измѣненія кожи (герпесъ, язвы на подошвѣ, *mal perforant*), пролежни. — Иногда атрофія зрительнаго нерва (амбліопія, слѣпота, суженіе поля зрѣнія), параличи глазныхъ мышцъ, суженіе и неравномѣрность зрачковъ. Со стороны внутреннихъ органовъ наблюдаются кризы

(чаще всего упомянутые *crises gastriques*, рѣже кишечные, гортанные и почечные кризы). Изъ разстройствъ чувствительности слѣдуетъ упомянуть: разстройство мышечнаго чувства, тактильной чувствительности, ощущенія движеній и положенія членовъ въ пространствѣ, чувствительности сухожилий и суставовъ, чувства силы, стереогностическаго чувства (способность съ закрытыми глазами опредѣлить форму предмета).—Всѣ сухожильные рефлексы обыкновенно отсутствуютъ, кожные же часто не представляютъ измѣненій.—Наиболѣе важными осложненіями являются циститъ и піелонефритъ, которые часто обуславливаютъ возростающій маразмъ и смертельный исходъ, затѣмъ прогрессивный параличъ, недостаточность клапановъ аорты.—Болѣзнь отличается весьма хроническимъ теченіемъ и длится нѣсколько лѣтъ или нѣсколько десятковъ лѣтъ; наблюдаются улучшенія и обостренія.

Діагнозъ спинной сухотки ставится на основаніи присутствія указанныхъ трехъ главныхъ симптомовъ. *Forme fruste* (см. выше) можетъ существовать годами, выражаясь только ломотой въ ногахъ. Сущность болѣзни выясняется только въ томъ случаѣ, если случайно обнаруживается отсутствіе кожныхъ рефлексовъ, въ особенности же рефлекторная неподвижность зрачковъ. Наличие сифилиса въ анамнезѣ является существеннымъ подтвержденіемъ правильности діагноза. Изъ анамнеза нерѣдко выясняется, что сифилисъ не былъ распознанъ или не былъ подвергнутъ достаточному леченію; поэтому при спинной сухоткѣ часто встрѣчаются неувѣренные и неопредѣленные указанія на предшествовавшій сифилисъ.—Отъ наслѣдственной атаксіи спинная сухотка отличается наличиемъ стрѣляющихъ болей, разстройствъ чувствительности и рефлекторной неподвижности зрачковъ; при *pseudotabes alcoholica* отсутствуютъ разстройства со стороны мочевого пузыря и рефлекторная неподвижность зрачковъ.

Леченіе. Хотя обратное развитіе болѣзненныхъ измѣненій въ спинномъ мозгу не представляется возможнымъ, все-таки при помощи соответственныхъ лечебныхъ методовъ можно достигнуть существеннаго улучшенія клиническихъ явленій. Прежде всего необходимо регулировать образъ жизни. Больной долженъ избѣгать тѣлесныхъ напряженій, но полный покой вліяетъ тоже неблагоприятно; поэтому необходимо настоятельно рекомендовать больному регулярный моціонъ. Діета должна быть укрѣпляющей и удобоваримой; слѣдуетъ избѣгать всякихъ эксцессовъ; полезно жить въ деревнѣ, въ лѣсистой мѣстности. Противъ атаксіи примѣняется гимнастика, которая имѣетъ цѣлью использовать сохранившія еще свою работоспособность мышцы и нервные пути и такимъ образомъ компенсировать нарушенную координацію движеній. Систематическія упражненія въ ходьбѣ, въ восхожденіи по лѣстницѣ, въ писаніи, въ одѣваніи (по Frenkel'ю) часто даютъ довольно хорошіе результаты, если они продѣлываются регулярно. Примѣняется также гальванизация спинного мозга (электроды на затылокъ и крестецъ, 1—3 милліампера,

ежедневно въ теченіе 2 минутъ); для раздраженія кожи периферическихъ частей пользуются фарадической или гальванической кисточкой. Водолечебныя процедуры могутъ оказать благопріятное вліяніе, если онѣ примѣняются въ легкой формѣ; поэтому слѣдуетъ назначать только теплыя полуванны въ 34° или частичныя обмыванія съ прибавленіемъ къ водѣ небольшого количества спирта или одеколона. Температуру ваннъ, которыя дѣлаются только три раза въ недѣлю, постепенно можно понижать до 27° — 25° . Продолжительность ванны—не болѣе 10 минутъ; послѣ ванны можно дѣлать растираніе. Иногда примѣняются углекислыя ванны въ 33° и продолжительностью въ 10 минутъ, кислородныя, разсолныя ванны, ванны съ сосновымъ экстрактомъ. При стрѣляющихъ боляхъ завертыванія въ горячіе сухіе или влажныя платки, горячія частичныя ванны; при желудочныхъ кризахъ пузырь съ горячей водой, горячіе компрессы, грѣлка на область желудка, иногда также промыванія желудка горячей водой; при почечныхъ и пузырныхъ кризахъ—мѣстное примѣненіе тепла въ тѣхъ же формахъ, затѣмъ теплыя сидячія ванны въ 37° . При недержаніи мочи и кала примѣняютъ короткія холодныя сидячія ванны въ 15° и продолжительностью въ 2 минуты, а также переменнотеплый сидячий душъ.—Что касается леченія въ курортахъ, то прежде всего заслуживаютъ вниманія углекислыя теплыя разсолные источники Nauheim'a и Oeynhausena, затѣмъ Gastein, Wildbad, Teplitz, Wiesbaden, а также желѣзистыя грязевыя ванны въ Franzensbad'ѣ.—Противъ часто наблюдающихся запоровъ примѣняютъ легкія слабительныя средства, клизмы, фарадизацію живота, назначаютъ соотвѣтственную діету.—Широко примѣнявшееся прежде леченіе спинной сухотки подвѣшиваніемъ въ настоящее время оставлено.—Назначеніе внутрь мышьяка и азотнокислаго серебра иногда даетъ хорошіе результаты.—Противосифилитическое леченіе (іодистый калий, ртуть) не оказываетъ благопріятнаго вліянія на метасифилитическіе процессы, лежащіе въ основѣ спинной сухотки, а, напротивъ, приноситъ вредъ, какъ показали наблюденія. Если же сифилисъ былъ незадолго до развитія спинной сухотки, то специфическое леченіе является умѣстнымъ.—Противъ невралгическихъ болей примѣняютъ средства, указанные выше. Съ назначеніемъ морфія слѣдуетъ быть осторожнымъ въ виду возможности развитія морфинизма. Однако безъ морфія не всегда можно обойтись, особенно при гастрическихъ кризахъ. О леченіи цистита и піелонефрита см. выше.

2. Наслѣдственная атаксія (болѣзь Friedreich'a).

Перерожденіе заднихъ столбовъ, мозжечковыхъ и боковыхъ пирамидныхъ путей. Рѣдкая болѣзь; наблюдается у членовъ одной и той же семьи, въ которой передается изъ поколѣнія въ поколѣніе. Начинается обыкновенно уже въ дѣтствѣ. Этиологія совершенно не выяснена.

Главные симптомы. Атаксія ногъ, отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ, атаксія рѣчевыхъ мышцъ (разстройство артикуляціи), часто нистагмъ, хореатическія движенія, атаксія рукъ. Отсутствуютъ рефлекторная

неподвижность зрачковъ, стрѣляющія боли, разстройства со стороны мочевого пузыря, слѣпой кишки и чувствительности. Въ отсутствіи этихъ признаковъ заключается отличіе наследственной атаксіи отъ спинной сухотки.—Течение весьма хроническое. Лечение такое же, какъ и при спинной сухоткѣ.

3. Спастическій спинномозговой параличъ (склерозъ боковыхъ столбовъ, *tabes dorsalis spasmodica*).

Перерожденіе и склерозъ боковыхъ пирамидныхъ пучковъ. Рѣдко встрѣчается въ качествѣ первичнаго заболѣванія, причину котораго считаютъ простуду, чрезмѣрные напряженія, поврежденія; чаще симптомокомплексъ спастическаго спинальнаго паралича наблюдается при другихъ спинномозговыхъ заболѣваніяхъ, какъ, напр., при мѣлитѣ, сдавленіи спинного мозга и сифилитическомъ пораженіи, особенно если эти процессы локализируются въ грудной части спинного мозга, затѣмъ при головной водянкѣ, но чаще всего комбинируется съ амиотрофическимъ боковымъ склерозомъ (см. соотв. главу), а иногда также со спинной сухоткой.

Главные симптомы. Спастическій парезъ ногъ; спастическая походка съ опущенными внизъ носками, которые волочатся по полу, и плотно сдвинутыми бедрами. Иногда подпрыгивающая походка. Пассивное сгибаніе голени затруднено или невозможно вслѣдствіе ригидности и судорожнаго сокращенія мышцъ. Часто развивается *res vago-equinus* благодаря спастической контрактурѣ. Сухожильные рефлексы повышены; кожные рефлексы обыкновенно не представляютъ измѣненій. Часто наблюдается рефлексъ *Babinsk'аго* (см. выше). Разстройства со стороны чувствительности, мочевого пузыря и прямой кишки отсутствуют.—Начальными признаками болѣзни являются утомляемость при ходьбѣ и тугоподвижность ногъ; постепенно развиваются вышеуказанные симптомы, вслѣдствіи спастическія явленія иногда обнаруживаются также въ рукахъ и въ лицѣ.—Течение весьма хроническое.—Діагнозъ чистой первичной болѣзни не представляетъ затрудненій. Если спастическій спинальный параличъ комбинируется съ другими спинномозговыми заболѣваніями (см. выше), то присоединяются еще признаки, не принадлежащіе къ симптомокомплексу спастическаго спинальнаго паралича, какъ, напр., разстройства со стороны чувствительности, мочевого пузыря и прямой кишки, трофическія разстройства.

Лечение. Если болѣзнь возникла на почвѣ сифилиса, назначаютъ іодистый калий, ртуть. Противъ судорожныхъ явленій длительныя теплыя ванны въ 35°, продолжительностью въ 1 часъ; въ ваннѣ можно производить активныя и пассивныя движенія. Примѣняются также разсольныя и углекислыя ванны, гальванизация спинного мозга, ортопедическое лечение.

4. Множественный склерозъ головного и спинного мозга.

Развитіе склеротическихъ бляшекъ въ спинномъ мозгу, продолговатомъ мозгу, Вароліевомъ мосту и большемъ мозгу. Этиологія не извѣстна. Предрасполагающими моментами являются поврежденія, простуда, промоканіе, инфекціонныя болѣзни. Вѣроятно, имѣетъ также значеніе наследственность. Встрѣчается одинаково часто у обоихъ половъ.

Главные симптомы. Въ типическихъ случаяхъ интенціонное дрожаніе, дрожашія движенія, осцилляторныя колебанія въ произволь-

ныхъ мышцахъ, особенно въ мышцахъ конечностей, при всякомъ произвольномъ движеніи; скандирующая рѣчь (медленная, растянутая, монотонная), нистагмъ (дрожаніе глазъ), обнаруживающійся главнымъ образомъ при движеніяхъ глазъ и при фиксированіи какого-либо предмета, находящагося передъ глазами. Затѣмъ спастическая или спастически-паретическая походка и спастическіе парезы мышцъ, повышение сухожильныхъ рефлексовъ, клонусъ стопы, рефлексъ Babinsk'аго; рефлексъ брюшныхъ покрововъ и cremaster'a часто отсутствуютъ; расстройства зрѣнія (амблиопія, слѣпота, суженіе поля зрѣнія), апоплектиформные приступы, психическія расстройства. Зрачковый рефлексъ почти всегда сохраняется; расстройства со стороны мочевого пузыря и прямой кишки наступаютъ лишь въ позднѣйшей стадіи. — Болѣзнь начинается иногда уже въ юношескихъ годахъ, но чаще всего въ возрастѣ отъ 20—35 лѣтъ; вначалѣ наблюдаются неопредѣленные симптомы, головная боль, головокруженіе; лишь въ послѣдствіи появляются нѣкоторые изъ указанныхъ симптомовъ. Теченіе весьма хроническое, съ временными остановками въ развитіи болѣзни. Смерть наступаетъ вслѣдствіе случайныхъ заболѣваній, пневмоніи, піелонефрита, цистита, септицеміи. Диагнозъ не представляетъ затрудненій въ случаяхъ ясно выраженной картины болѣзни; труднѣе распознать множественный склерозъ, если имѣются налицо лишь отдѣльные симптомы (*formes frustes*). Въ этихъ случаяхъ легко можно смѣшать множественный склерозъ съ прогрессивнымъ параличемъ, спастическимъ спинальнымъ параличемъ, спинной сухоткой и міэлитомъ. Важнымъ раннимъ симптомомъ множественнаго склероза является отсутствіе рефлекса брюшныхъ покрововъ. Лечение такое же, какъ при спинной сухоткѣ, хроническомъ міэлитѣ и спастическомъ спинальномъ параличѣ.

5 группа. Хроническія болѣзни спинного мозга съ прогрессивной мышечной атрофіей.

Въ эту группу болѣзней включена также прогрессивная мышечная дистрофія въ виду сходства ея клиническихъ признаковъ, хотя въ основѣ этой болѣзни лежитъ не спинномозговое, а міопатическое пораженіе, причина котораго заключается, вѣроятно, въ заболѣваніи периферическаго двигательнаго нерва.

1. Амiotрофическій боковой склерозъ.

Перерожденіе боковыхъ пирамидныхъ пучковъ, двигательныхъ гангліозныхъ клѣтокъ въ сѣромъ веществѣ переднихъ роговъ и периферическихъ двигательныхъ нервныхъ волоконъ, часто также перерожденіе переднихъ пирамидныхъ пучковъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи обыкновенно присоединяется перерожденіе нервныхъ ядеръ въ продолговатомъ мозгу. — Этиологія не извѣстна. Причинами считаютъ травмы, простуду, чрезмѣрныя напряженія, отравленія. Рѣдкое заболѣваніе; наблюдается обыкновенно въ среднемъ возрастѣ.

Главные симптомы. Начинается парѣстезіями въ рукахъ; затѣмъ появляется парезъ и параличъ сперва одной, а потомъ и другой руки. При этомъ спастическія явленія, контрактуры и повышеніе сухожильныхъ

рефлексовъ. Прогрессирующая атрофія мышцъ съ частичной реакціей перерожденія и съ фибриллярными подергиваніями. Руки согнуты въ локтевомъ суставѣ и прижаты къ груди; кисть и пальцы согнуты. Во второй стадіи развивается спастическій парезъ ногъ съ характерной походкой (стр. 281). Часто поражаются также мышцы туловища и спины. Со стороны мочевого пузыря, прямой кишки и чувствительности никакихъ разстройствъ не наблюдается. Въ третьей стадіи наступаютъ бульбарные симптомы: атрофія и параличъ языка, губъ, неба, появляются расстройства рѣчи и глотанія, слюнотеченіе, параличъ мышцъ гортани. Продолжительность болѣзни—нѣсколько лѣтъ; смерть наступаетъ отъ паралича дыханія или аспираціонной пневмоніи. — Нерѣдко наблюдаются отклоненія отъ описаннаго теченія: болѣзнь иногда начинается съ пареза ногъ или съ бульбарныхъ явленій. Иногда на первый планъ выступаютъ только аміотрофическія или только спастически-паретическія явленія.

Діагнозъ. Характерно совмѣстное существованіе спастическихъ явленій (спастическій спинальный параличъ) и атрофическихъ измѣненій мышцъ (спинномозговая прогрессивная мышечная атрофія). Атрофія распространяется на всю мышцу цѣликомъ, между тѣмъ, какъ при спинномозговой прогрессивной мышечной атрофіи атрофируются отдѣльные пучки мышечныхъ волоконъ. При послѣдней атрофія начинается съ межкостныхъ мышцъ, съ мышцъ thenar'a и hypothenar'a; спастическіе симптомы отсутствуютъ. Въ основѣ спинномозговой прогрессивной мышечной атрофіи лежитъ только перерожденіе периферическаго двигательнаго нейрона, тогда какъ при аміотрофическомъ боковомъ склерозѣ, кромѣ периферическаго нейрона, пораженъ также центральный двигательный нейронъ. (При спинной сухоткѣ поражается периферическій чувствительный нейронъ).

Леченіе, какъ при спастическомъ спинномозговомъ параличѣ, хроническомъ міэлитѣ и прогрессивномъ бульбарномъ параличѣ.

2. Спинномозговая прогрессивная мышечная атрофія (типъ Duchenne-Aragu).

Первичное перерожденіе и склерозъ двигательныхъ ганглиозныхъ клѣтокъ въ переднихъ рогахъ, обыкновенно съ дегенеративными измѣненіями периферическихъ двигательныхъ нервовъ (перерожденіе периферическаго двигательнаго нейрона). Этиологія мало выяснена. Причинами считаютъ поврежденія, чрезмерныя напряженія, простуду; повидимому, играетъ роль также наследственность. Развивается большею частью въ возрастѣ отъ 30 до 45 лѣтъ.

Главные симптомы. Медленно развивающаяся и прогрессирующая атрофія мышцъ мякотнаго возвышенія большого пальца (обыкновенно начинается съ правой руки); противопоставленіе большого пальца затруднено (обезьянья рука); затѣмъ подвергаются атрофіи мышцы мякотнаго возвышенія мизинца, межкостныя и червеобразныя мышцы (западеніе межкостныхъ промежутковъ). Вслѣдствіе этого больной плохо владѣетъ кистью и не можетъ писать. Затѣмъ атрофія распространяется на мышцы предплечья, дельтовидную мышцу, мышцы лопатки, трапецевидную мышцу и на мышцы туловища, благодаря чему развивается искривленіе позвоночника и затрудняется дыханіе. Наконецъ атрофіи подвергаются также

мышцы ногъ. Въ пораженныхъ мышцахъ получается частичная или полная реакція перерожденія, рефлексы отсутствуютъ, наблюдаются фибриллярныя мышечныя подергиванія. Часто трофическія и сосудодвигательныя разстройства кожи. Со стороны мочевого пузыря, прямой кишки и чувствительности не наблюдается никакихъ разстройствъ.—Теченіе очень медленное; часто болѣзнь длится много лѣтъ. Вслѣдствіе пораженія двигательныхъ ядеръ черепныхъ нервовъ въ продолговатомъ мозгу нерѣдко присоединяются бульбарные симптомы. Относительно діагноза см. «Амиотрофическій боковой склерозъ».

Леченіе. Главнымъ образомъ примѣняется гальванизация, благодаря которой иногда удается остановить болѣзненный процессъ. Гальванизация спинного мозга: ставятъ сперва анодъ, потомъ катодъ на пораженные отдѣлы и въ теченіе 3—5 минутъ пропускаютъ слабый токъ. При гальванизации продолговатаго мозга пропускаютъ токъ въ теченіе 1—2 минутъ въ поперечномъ направленіи черезъ затылокъ, поставивъ электроды на сосцевидные отростки. Гальванизация симпатическаго нерва: анодъ въ области *fossa auriculo-maxillaris*, а катодъ въ яремной ямкѣ или на 6—7-мъ шейномъ позвонкѣ съ противоположной стороны. Лабильная гальванизация мышцъ катодомъ, между тѣмъ какъ анодъ ставится на грудину или въ области пораженныхъ участковъ спинного мозга (шейный и поясничныя отдѣлы). Для периферической электризации мышцъ можно пользоваться также слабымъ фарадическимъ токомъ. Водолеченіе, массажъ и гимнастика должны примѣняться съ большою осторожностью; необходимо избѣгать всякаго напряженія. Относительно внутреннихъ средствъ см. выше.

3. Прогрессивная мышечная дистрофія (Erb), (*dystrophia muscularis progressiva*, міопатическая прогрессивная мышечная атрофія).

Ни въ спинномъ мозгу, ни въ периферическихъ нервахъ не обнаруживается никакихъ измѣненій; мышечныя волокна подвергаются прогрессирующей атрофіи, часто сопровождающейся разрастаніемъ интерстиціальной жировой ткани, благодаря чему объемъ мышцы увеличивается (псевдогипертрофія). Болѣзнь встрѣчается чаще, чѣмъ спинномозговая мышечная атрофія, наблюдается обыкновенно у нѣсколькихъ членовъ одной и той же семьи (семейная или наследственная болѣзнь) и развивается уже въ дѣтствѣ или въ юношествѣ. Чаще наблюдается у мужчинъ. Этіологія не извѣстна.

Главные симптомы и діагнозъ. Въ зависимости отъ типа болѣзни (см. ниже) поражаются сперва мышцы спины, плечевого пояса, верхней конечности, бедра или мышцы лица; иногда присоединяется псевдогипертрофія извѣстныхъ мышечныхъ группъ. Фибриллярныхъ мышечныхъ подергиваній не бываетъ. Сухожильные рефлексы исчезаютъ. Электрическая возбудимость пораженныхъ мышцъ понижается, но реакція перерожденія не наблюдается. Со стороны мочевого пузыря, прямой кишки и чувствительности не бываетъ никакихъ разстройствъ. Почти никогда не поражаются (въ противоположность спинномозговой формѣ) межкостныя мышцы и мышцы ямочныхъ возвышеній большого пальца и мизинца.—Болѣзнь длится десятки лѣтъ, часто съ остановками.—Мышечная дистрофія никогда не комбинируется съ бульбарнымъ параличемъ. Смерть на-

ступаетъ отъ паралича дыхательныхъ мышцъ или случайныхъ заболѣваній.—Различаютъ слѣдующіе типы болѣзни:

а) Дѣтская форма мышечной атрофіи начинается въ дѣтскомъ возрастѣ обыкновенно съ атрофіи лицевыхъ мышцъ (круговыя мышцы глазъ и рта); поэтому часто наблюдаются выпуклые глаза и нѣсколько вывороченныя губы. Далѣе атрофируются обыкновенно мышцы плечевого пояса и плеча.

б) Юношеская форма мышечной атрофіи начинается въ юношескомъ или дѣтскомъ возрастѣ симметрическимъ исхуданіемъ и слабостью опредѣленныхъ группъ мышцъ. Большею частью поражаются мышцы спины, плечевого пояса, поясничной области, таза, бедра и лишь въ послѣдствіи мышцы предплечья и плеча. Всегда остаются нормальными *mm. sternocleidomastoideus, supra- и infraspinalis, deltoideus, teres major и minor, levator scapulae* и мелкія мышцы кисти. Обыкновенно наблюдается отстояніе лопатокъ, валкая походка съ отклоненной назадъ верхнею частью туловища, часто лордозъ въ поясничномъ отдѣлѣ позвоночника.

в) Псевдогипертрофія мышцъ начинается въ дѣтскомъ возрастѣ съ атрофіи мышцъ спины и ягодицъ и четырехглавой мышцы бедра; одновременно развивается псевдогипертрофія мышцъ икръ и дельтовидныхъ мышцъ, благодаря чему больные представляютъ характерную картину, въ которой бросается въ глаза контрастъ между исхудалыми плечами и сильно развитыми дельтовидными мышцами, между тощими бедрами и уплощенными ягодицами, съ одной стороны, и толстыми икрами, съ другой стороны; спина впалая вслѣдствіе лордоза поясничнаго отдѣла и кифоза груднаго отдѣла позвоночника.

Леченіе. Примѣняются главнымъ образомъ гальванизация, осторожный массажъ, нѣжныя водолечебныя процедуры, особенно ванны съ движеніями (см. выше), гимнастика.—Дѣтей съ наследственнымъ предрасположеніемъ слѣдуетъ охранять отъ всякаго чрезмѣрнаго напряженія. Изъ внутреннихъ средствъ можно испытать іодистый калий, мышьякъ желѣзо и хину.

Прибавленіе.

1. Сингмоміэлія.

Образованіе полостей, обыкновенно продолговатой формы, въ спинномъ мозгу (чаще всего въ заднихъ столбахъ) происходитъ, вѣроятно, вслѣдствіе разрастанія гліальной ткани (гліозъ) съ послѣдующимъ распаденіемъ ея (простое расширеніе центрального канала называютъ гидроміэліей). Рѣдкое заболѣваніе. Этиологія не извѣстна. Вѣроятно, имѣетъ значеніе врожденное предрасположеніе.

Главные симптомы. Прогрессивная мышечная атрофія верхнихъ конечностей и частичный параличъ чувствительности или частичная анестезія, именно утрата болевой и температурной чувствительности при сохраненіи другихъ видовъ чувствительности (чувство прикосновенія и мышечное чувство). Часто наблюдаются трофическія и сосудодвигательныя расстройства (*remphigus*, блестящая кожа, утолщеніе и ломкость ногтей,

флегмоны, панариціи), а также пораженія суставовъ и сколіозъ. Давленіе на задніе столбы можетъ обусловить табетическіе симптомы, давленіе на боковыя столбы можетъ вызвать спастическій парезъ ногъ. Иногда симптомы представляются односторонними. Разстройства со стороны мочевого пузыря и прямой кишки обыкновенно отсутствуютъ.—При пораженіи продолговатаго мозга развиваются бульбарные симптомы: параличъ языка, голосовыхъ связокъ и др.; причемъ чаще всего эти симптомы наблюдаются на одной сторонѣ. Теченіе весьма хроническое. Причиною смерти является бульбарный параличъ, параличъ дыханія.

Одну изъ формъ сирингомієліи представляетъ болѣзнь Morvan'a: слабость верхнихъ конечностей, аналгезія и анестезія, развитіе панариціевъ съ некрозомъ пальцевыхъ фалангъ.

Леченіе симптоматическое, при болѣзни Morvan'a отчасти хирургическое. См. также „Спинномозговую мышечную атрофію“.

2. Среди болѣзней твердой оболочки спинного мозга особую клиническую картину даетъ *rachymeningitis cervicalis interna hypertrophica*. Болѣзнь начинается болями въ затылкѣ, въ задней части шеи и въ рукахъ; кромѣ того наблюдается тугоподвижность затылка. Затѣмъ развиваются атрофическіе параличи ручныхъ мышцъ съ реакціей перерожденія. Такъ какъ лучевой нервъ обыкновенно не поражается, то кисть часто подвергается тыльному сгибанію, при этомъ пальцы тоже согнуты (когтевидное положеніе кисти). Впослѣдствіи развивается спастическій парезъ ногъ, иногда разстройства со стороны мочевого пузыря.—Теченіе весьма хроническое.—Анатомическія измѣненія заключаются въ значительномъ утолщеніи внутренней поверхности твердой оболочки на уровнѣ шейнаго отдѣла спинного мозга. Причиною является большею частью сифилисъ, иногда алкоголизмъ. Леченіе. Іодистый калий, ртуть, гальванизация, длительныя теплыя ванны. Срв. «Острый спинальный менингитъ».

3. Хроническая форма передняго поліомієлита (*poliomyelitis anterior*) наблюдается преимущественно у взрослыхъ и въ своихъ клиническихъ симптомахъ обнаруживаетъ сходство съ спинномозговой мышечной атрофіей. Однако здѣсь сперва развиваются вялые параличи цѣлыхъ мышцъ или мышечныхъ группъ, и лишь впослѣдствіи присоединяется атрофія. Начинается обыкновенно съ нижнихъ конечностей, затѣмъ поражаются также мышцы туловища и рукъ. Иногда процессъ переходитъ на продолговатый мозгъ (бульбарные симптомы).—Очень рѣдкая болѣзнь. Въ этиологическомъ отношеніи, повидимому, имѣютъ значеніе травмы, простуда, отравленія. Леченіе такое же, какъ и при острой формѣ.

Болѣзни продолговатаго мозга.

Прогрессивный бульбарный параличъ (*paralysis glossolabio-laryngea*).

Перерожденіе двигательныхъ ядеръ черепныхъ нервовъ на днѣ четвертаго мозгового желудочка, въ особенности ядеръ подъязычнаго, лицевого, блуждающаго и прибавочнаго нервовъ; дегенеративная атрофія и параличъ мышцъ, находящихся въ связи съ пораженными большими гангліозными клѣтками

(перерожденіе периферическаго двигательнаго нейрона). Болѣзненный процессъ носить совершенно такой же характеръ, какъ и при спинномозговой прогрессивной мышечной атрофіи. Бульбарный параличъ развивается либо первично (этіологія не выяснена; можетъ быть, играетъ роль врожденное предрасположеніе, травмы, чрезмѣрные напряженія, психическія вліянія, сифилисъ?), либо вторично, присоединяясь къ спинномозговой прогрессивной мышечной атрофіи и амиотрофическому боковому склерозу. Чаше наблюдается у мужчинъ въ болѣе пожиломъ возрастѣ.

Главные симптомы. Начинается исподоволь; первыми симптомами являются уменьшеніе подвижности языка и затрудненіе рѣчи и жеванія. Разстройство артикуляціи прежде всего обыкновенно распространяется на тѣ звуки (с, л, д, т, н), для произношенія которыхъ требуется главнымъ образомъ участіе языка; затѣмъ нарушается произношеніе губныхъ звуковъ (б, п, ф, в, м) и гласныхъ. Больной не можетъ вытянуть губъ, не можетъ свистать и смѣяться; рѣчь становится совершенно непонятной (алалія), затрудняется глотаніе; вслѣдствіе паралича мышцъ неба и глотки часть пищи и жидкостей попадаетъ въ полость носа. Появляется параличъ голосовыхъ связокъ (афонія). Глоточный рефлексъ отсутствуетъ. Лобная и глазная вѣтви лицевого нерва обыкновенно сохраняютъ свою функцію. При пораженіи блуждающаго нерва наблюдаются разстройства дыханія, тахикардія. — Частымъ осложненіемъ является аспираціонная пневмонія. — Свѣшивающіеся губы и подбородокъ придаютъ лицу характерное плаксивое выраженіе. Изъ угла рта вытекаетъ слюна. Чувствительность не представляетъ измѣненій. — Бездомность и истощеніе постепенно усиливаются, и черезъ нѣсколько лѣтъ больной погибаетъ. Діагнозъ вытекаетъ изъ описанныхъ характерныхъ симптомовъ (см. также прибавленіе).

Леченіе. Важное значеніе имѣетъ питаніе: преимущественно мягкая или жидкая, укрѣпляющая и не раздражающая пища; слѣдовательно, молоко, яйца, мясной супъ, рисовая каша, скобленное мясо. Вино даютъ только при состояніяхъ слабости; впослѣдствіи примѣняютъ кормленіе черезъ желудочный зондъ. Вначалѣ пузырь со льдомъ или банки на заднюю поверхность шеи. При запорахъ клизмы, легкія слабительныя средства, соотвѣтственная діета. Внутреннія средства (*argent. nitr.*, мышьякъ, эрготинъ) даютъ сомнительные результаты; наиболѣе умѣстно еще назначеніе іодистаго калия въ тѣхъ случаяхъ, когда подозрѣвается сифилисъ. Нѣжныя водолечебныя процедуры. Рекомендуются леченіе въ *Naheim*'ѣ и *Oeynhausen*'ѣ. — Наилучшіе результаты получаются отъ электротерапіи. Въ теченіе 1—2 минутъ пропускаютъ слабый гальваническій токъ въ поперечномъ направленіи черезъ сосцевидные отростки, затѣмъ мѣняютъ направленіе тока и пропускаютъ его такимъ же образомъ въ обратномъ направленіи. Вызываютъ глотательныя движенія: поставивъ анодъ на затылокъ, а катодъ на гортань, мѣняютъ направленіе тока. Фарадизація лицевыхъ мышцъ, неба, глотки и языка. Противъ слюнотеченія назначаютъ атропинъ:

Rp. Atropini sulf. 0,01, Extr. et succi Liquirit. q. s. ut f. pil. № 20.
D. S. Ежедневно по 1—2 пилюли.

Прибавленіе. Острый апоплектиформный бульбарный параличъ, наблюдающійся при эмболии, тромбозѣ, кровоизліяніи, воспаленіи и

сдавленіи, характеризуется такими же клиническими явленіями, какъ и обыкновенный бульбарный параличъ; однако всѣ симптомы, соотвѣтственно апоплектическому инсульту, развиваются внезапно и сопровождаются односторонними, нерѣдко перекрестными параличами. Лечение такое же, какъ при апоплектическомъ инсультѣ. При сифилисѣ ртутное лечение.

Изъ опухолей встрѣчаются бугорки, гліомы, гуммы и ракъ. При сдавленіи продолговатаго мозга обыкновенно возникаютъ односторонніе параличи, наблюдаются также явленія раздраженія (мышечныя подергиванія въ лицѣ и языкѣ, эпилептиформныя судороги, невральгіи), затѣмъ головныя боли, расстройства зрѣнія и слуха, расширение зрачковъ. Лечение симптоматическое; при сифилисѣ специфическое лечение.

Аналогичное бульбарному параличу заболѣваніе, поражающее дно третьяго желудочка и область Сильвіева водопровода, обуславливаетъ клиническую картину прогрессивной офтальмоплегіи (ядра отводящаго, глазодвигательнаго и бокового нервовъ). Обыкновенно поражаются только наружныя глазныя мышцы (*ophthalmoplegia externa*), рѣже также и внутреннія (*o. interna*).

Myasthenia gravis pseudoparalytica представляетъ похожее на бульбарный параличъ заболѣваніе, при которомъ однако не обнаруживается никакихъ анатомическихъ измѣненій. Міастенія характеризуется (функціональной) ненормальной утомляемостью и слабостью мышцъ языка, глотки и гортани; уже послѣ непродолжительной работы этихъ мышцъ наступаетъ анартрія, дисфагія, афонія; кромѣ того наблюдается опущеніе вѣкъ (*ptosis*), вялость лицевыхъ мышцъ и слабость конечностей. Нѣтъ дегенеративной атрофіи, нѣтъ реакціи перерожденія; наблюдается только пониженіе электрической возбудимости (міастеническая реакція).—Исходъ часто бываетъ неблагоприятнымъ.—Лечение: строгое соблюденіе покоя, заботливый уходъ и питаніе, желѣзо, мышьякъ. Гальванизация, какъ при прогрессивномъ бульбарномъ параличѣ.

Болѣзни головного мозга и его оболочекъ.

Общія діагностическія замѣчанія.

Психомоторные центры мозговой коры занимаютъ обѣ центральныя извилины, прилежащія къ нимъ отдѣлы трехъ лобныхъ извилинъ и верхней теменной извилины и парацентральною долю, расположенную на медіальной поверхности полушарія. Двигательный центръ ноги помѣщается въ верхней трети центральныхъ извилинъ и въ парацентральной долѣ, центръ руки—въ средней трети центральныхъ извилинъ, центръ лица (лицевой нервъ)—въ нижней трети центральныхъ извилинъ, центръ языка (подъязычный нервъ)—въ нижней трети передней центральной извилины, центръ туловища—въ задней части верхней лобной извилины; двигательный центръ рѣчи лежитъ слѣва въ самомъ заднемъ отдѣлѣ третьей (нижней) лобной извилины и въ Рейліевомъ островкѣ. (У лѣвшеи центръ рѣчи находится на правой сторонѣ). Корковый центръ зрѣнія находится въ затылочной долѣ въ области сипеус, центръ слуха—въ височной долѣ, именно въ верхней височной извилинѣ. Центрами чувствительности считаютъ заднюю центральную извилину и прилежащій отдѣлъ теменной доли. Относительно хода двигательныхъ и чувствительныхъ путей см. выше. — Функція мозжечка заключается въ поддержаніи равновѣсія и въ координаціи движеній, главнымъ образомъ при стояніи и при ходьбѣ; существуетъ также связь между мозжечкомъ и полукружными каналами лабиринта, служащими для оріентировки въ пространствѣ.

При заболѣваніяхъ головного мозга слѣдуетъ различать общіе симптомы (разлитые мозговые симптомы) и очаговые симптомы, которые наблюдаются при пораженіи опредѣленныхъ участковъ головного мозга и имѣютъ поэтому особое діагностическое значеніе.

Общіе мозговые симптомы зависятъ преимущественно отъ измѣненій давленія и кровообращенія въ черепномъ пространствѣ. Сюда относятся помраченіе сознанія, головная боль, рвота, измѣненія пульса, мельканіе передъ глазами, шумъ въ ушахъ, психическія расстройства, ослабленіе умственныхъ способностей.

Очаговые симптомы раздѣляются на прямые и непрямые, временные и стойкіе. Прямые очаговые симптомы находятся въ непосредственной зависимости отъ болѣзненнаго очага; непрямые симптомы возникаютъ благодаря вліянію близко или болѣе отдаленно расположеннаго болѣзненнаго процесса на отдѣлъ мозга, функція котораго нарушается. Это отдаленное дѣйствіе бываетъ вызвано обыкновенно расстройствами кровообращенія, отекомъ или давленіемъ. Расстройство функціи выражается параличами или явленіями раздраженія.

1. Очаговые симптомы при пораженіяхъ коры большого мозга.

При пораженіи психомоторныхъ центровъ мозговой коры возникаютъ моноплегіи на противоположной сторонѣ тѣла (параличъ ноги, руки или лица—въ зависимости отъ заболѣванія соотвѣтственнаго отдѣла двигательной области) или комбинированныя моноплегіи; при болѣе обширномъ пораженіи можетъ развиваться полная гемиплегія. При параличѣ лицевыхъ мышцъ область лба, иннервируемая обоими полуша-

рія ми мозга, сохраняетъ свою подвижность. Такъ какъ имѣется дѣло съ центральными параличами, то послѣдніе носятъ спастическій характеръ съ сохраненіемъ или повышеніемъ рефлексовъ, безъ дегенеративной атрофіи и безъ реакціи перерожденія. Разстройства чувствительности не характерны, такъ какъ оба мозговыхъ полушарія завѣдываютъ чувствительностью обѣихъ половинъ тѣла. Пораженіе задняго отдѣла третьей лѣвой лобной извилины (двигательный центръ рѣчи) обуславливаетъ двигательную афазію. Большею частью наблюдается также аграфія (потеря способности писать). Понимая все, что ему говорятъ, больной самъ не можетъ говорить или повторить слышанныя слова. Двигательная афазія часто наблюдается наряду съ гемиплегіей при апоплектическомъ инсультѣ въ качествѣ непрямого временнаго очаговаго симптома. — Самый задній отдѣлъ первой (верхней) лѣвой височной извилины является центромъ звуковыхъ образовъ словъ; его разрушеніе влечетъ за собой словесную глухоту, потерю способности понимать рѣчь; въ разговорѣ больной смѣшиваетъ слова и слоги (парафазія), не можетъ правильно повторить слышанныхъ словъ и не понимаетъ читаемаго. Такое разстройство рѣчи называютъ сенсорной афазіей. Оба вида афазіи могутъ наблюдаться одновременно: полная афазія. Пораженія коры затылочной доли, особенно въ области *cunei* и *fissurae calcarinae*, обуславливаютъ геміанопсію, т. е. слѣпоту обѣихъ половинъ сѣтчатки на сторонѣ пораженія, т. е. выпадаетъ половина поля зрѣнія съ противоположной стороны. Болѣе обширныя заболѣванія затылочной доли влекутъ за собой душевную слѣпоту, утрату зрительныхъ образовъ воспоминаній. Далѣе при пораженіи этой области наблюдается потеря способности читать (оптическая алексія) и называть видимые предметы (оптическая афазія). — Срв. выше «Параличъ зрительнаго нерва».

Среди явленій раздраженія, наблюдаемыхъ при пораженіи двигательной корковой области, особеннаго вниманія заслуживаетъ Jackson'овская или корковая эпилепсія (частичная эпилепсія), имѣющая важное діагностическое значеніе. Въ опредѣленной мышечной области, напр., въ одной рукѣ, наблюдаются приступы клоническихъ и тоническихъ судорогъ, которыя нерѣдко ограничиваются одной конечностью или одной половиной лица; послѣ приступа въ соответственныхъ мышцахъ остается временный парезъ. Сознаніе во время приступа сохранено. Иногда судороги распространяются на всю половину тѣла и даже переходятъ на другую сторону; въ этихъ случаяхъ наступаетъ также потеря сознанія, и приступы ничѣмъ не отличаются отъ обыкновеннаго эпилептического припадка. Иногда приступу предшествуетъ аура въ видѣ парѣстезій и парезовъ соответственныхъ частей тѣла. Причины корковой эпилепсіи заключаются въ поврежденіяхъ, рубцахъ, кровоизліяніяхъ, нарывахъ, опухоляхъ. Лечение сводится къ устраненію основного заболѣванія: оперативное леченіе при абсцессѣ мозга, опухоли и давленіи костей на мозговую кору; специфическое леченіе при сифилисѣ.

2. Очаговые симптомы при пораженіяхъ *centrum semiovale*.

При пораженіи системы волоконъ *centrum semiovale*, расположеннаго между корой и узлами большого мозга, возникаютъ обыкновенно моноплегии, если очагъ пораженія невеликъ, ограниченъ и помѣщается вблизи коры; болѣе обширныя разрушенія, особенно вблизи мозговыхъ узловъ, обуславливаютъ гемиплегію.

3. Очаговые симптомы при пораженіяхъ внутренней капсулы.

Въ области внутренней капсулы соединяются двигательныя и чувствительныя волокна и волокна органовъ чувствъ. Наиболѣе важнымъ въ клиническомъ отношеніи отдѣломъ является колѣно и задняя ножка внутренней капсулы: переднія двѣ трети задней ножки занимаютъ двигательные пути, а заднюю треть—чувствительные пути. Пораженіе этой области влечетъ за собой гемиплегію, т. е. параличъ ноги, руки, лицевого (лобная вѣтвь обыкновенно сохраняетъ свою функцію, см. выше) и подъязычнаго нерва на противоположной сторонѣ тѣла. Мышцы туловища обыкновенно поражаются въ меньшей степени. При лѣвостороннемъ заболѣваніи часто наблюдается также афазія. Въ заднемъ отдѣлѣ внутренней капсулы и въ сосѣднихъ частяхъ, особенно въ чечевичномъ ядрѣ, чаще всего локализируются кровоизліянія или очаги размягченія вслѣдствіе закупорки сосудовъ (эмболія, тромбозъ). Подробности см. стр. 298, 299. Если поражены чувствительные пути въ задней трети задней ножки внутренней капсулы, то возникаетъ геміанѣстезія на противоположной сторонѣ тѣла, нерѣдко также геміанопсія, *hemiacusis*.

4. Очаговые симптомы при заболѣваніяхъ мозговой ножки.

Въ основаніи мозговой ножки находятъ двигательные, а въ чепчикѣ чувствительные пути. Волокна глазодвигательнаго нерва идутъ черезъ мозговую ножку, направляясь къ своему ядру, лежащему на другой сторонѣ. Поэтому при пораженіи мозговой ножки наблюдается гемиплегія противоположной половины тѣла съ параличемъ глазодвигательнаго нерва на сторонѣ пораженія (опущеніе вѣка и расширеніе зрачка): *hemiplegia alternans* (иногда также геміанѣстезія на противоположной сторонѣ).

5. Очаговые симптомы при заболѣваніяхъ Вароліева моста.

Если болѣзненный очагъ лежитъ, какъ это обыкновенно наблюдается, въ одной половинѣ Вароліева моста ниже перекреста волоконъ лицевыхъ нервовъ, то возникаетъ гемиплегія конечностей на противоположной сторонѣ и параличъ лицевого нерва на сторонѣ процесса (парализуется и лобная вѣтвь): *hemiplegia alternans*. Иногда наблюдаются также параличи другихъ черепныхъ нервовъ (отводящаго, подъязычнаго, тройничнаго) на сторонѣ пораженія. Если очагъ лежитъ выше упомянутаго перекреста волоконъ, то возникаетъ обыкновенная гемиплегія (какъ при пораженіяхъ внутренней капсулы). При разрушеніи двигательныхъ ядеръ черепныхъ нервовъ параличъ сопровождается дегенеративною атрофіей и реакціей перерожденія.

6. Очаговые симптомы при заболѣваніяхъ продолговатаго мозга.

Симптомы эти соотвѣтствуютъ въ общемъ наблюдаемымъ при прогрессивномъ бульбарномъ параличѣ (см. выше). При пораженіяхъ продолговатаго мозга и Вароліева моста нерѣдко наблюдаются паралигические параличи вслѣдствіе распространенія болѣзненнаго процесса на другую сторону этихъ отдѣловъ мозга. Обыкновенно опредѣляются дегенеративная атрофія, реакція перерожденія и отсутствіе рефлексовъ.

7. Очаговые симптомы при заболѣваніяхъ зрительнаго бугра и четверохолмія.

Пораженія зрительныхъ бугровъ сопровождаются расстройствами зрѣнія, геміанопсіей, геміанэстезіей, гемихореей и атетозомъ. Давленіе болѣзненнаго очага на внутреннюю капсулу можетъ обусловить явленія гемиплегіи на противоположной сторонѣ тѣла. Очаги въ области четверохолмія часто вызываютъ параличи глазныхъ мышцъ, амблиопію, амавроузъ, расстройства со стороны зрачковъ и аккомодациі, атаксію и расстройства слуха.

8. Очаговые симптомы при заболѣваніяхъ мозжечка.

При заболѣваніяхъ червячка наблюдаются мозжечковая атаксія, шатающаяся походка и головокруженіе. При пораженіи мозжечковыхъ ножекъ наблюдались вынужденныя положенія и движенія, какъ, напр., вращеніе тѣла вокругъ продольной оси. Часто головная боль, рвота, иногда нистагмъ.

9. Очаговые симптомы при заболѣваніяхъ на основаніи мозга.

Опухоли, гѣммы, воспалительныя измѣненія костей и мозговыхъ оболочекъ на основаніи мозга обыкновенно сопровождаются параличами черепныхъ нервовъ вслѣдствіе сдавленія послѣднихъ. При этомъ любой черепной нервъ можетъ подвергнуться параличу; соотвѣтственно функціи пораженнаго нерва измѣненія будутъ наблюдаться либо въ двигательной, либо въ чувствительной области, либо въ сферѣ органовъ чувствъ. При пораженіи обонятельнаго нерва наблюдается утрата обонянія или неправильное воспріятіе обонятельныхъ раздраженій; о параличѣ зрительнаго, глазодвигательнаго и отводящаго нервовъ см. выше. При пораженіи тройничнаго и лицевого нервовъ часто встрѣчаются явленія раздраженія, боли и подергиванія. Пораженіе нервовъ въ задней черепной ямкѣ можетъ вызвать явленія, сходныя съ симптомами прогрессивнаго бульбарнаго паралича. Давленіе на Вароліевъ мостъ или продолговатый мозгъ можетъ обусловить также параличъ конечностей, давленіе на мозжечокъ вызвать мозжечковую атаксію.

Частная діагностика и терапія болѣзней головного мозга и его оболочекъ.

1. *Pachymeningitis haemorrhagica interna.*

Хроническій воспалительный процессъ (фиброзный экссудатъ и развитіе сосудовъ) на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки; эти измѣ-

нения сопровождаются кровоизлияниями въ субдуральное пространство. Чаще всего встрѣчается у пожилыхъ мужчинъ. Причинами являются алкоголизмъ, травмы, геморрагическій діатезъ, прогрессивный параличъ, болѣзни сердца, инфекціонныя заболѣванія (сифились).

Главные симптомы и діагнозъ. Небольшія кровоизліянія обыкновенно не вызываютъ никакихъ разстройствъ; при болѣе значительныхъ кровоизліяніяхъ (*haematoma durae matris*) бываютъ симптомы повышеннаго мозгового давленія: головная боль, рвота, головокруженіе, замедленіе пульса, или картина апоплектического инсульта, при которомъ однако явленія паралича обыкновенно бываютъ слабо выражены. — Кромѣ того наблюдаются суженіе и неравномѣрность зрачковъ, нистагмъ, насильственное положеніе глазныхъ яблокъ, судороги, бредъ. — Смерть наступаетъ при явленіяхъ усиливающейся комы, или же состояніе больного улучшается; небольшія кровоизліянія, сопровождающіяся менѣе тяжелыми явленіями, могутъ совершенно всосаться и затѣмъ снова повториться нѣсколько разъ. Это довольно характерно для описываемой болѣзни.

Леченіе. Пузырь со льдомъ на голову, опорожненіе кишечника (клизмы, касторовое масло, настой александрійскаго листа), жидкая пища (молоко, яйца, бульонъ); алкоголь и кофе запрещаются; при явленіяхъ гипереміи мозга кровопусканіе, пиявки на сосцевидные отростки, возвышенное положеніе верхней части туловища. Если подозрѣвается сифились, назначаютъ іодистый калий, ртуть. При безпокойномъ состояніи и бредѣ даютъ морфій, хлораль-гидратъ.

2. Тромбозъ мозговыхъ синусовъ.

Встрѣчается либо марантический тромбозъ (особенно тромбозъ *sinus longitudinalis*) при сердечной слабости, кахексии, тяжелой анемии, хлорозѣ, либо воспалительный тромбозъ (преимущественно *sinus transversus* и *cavernosus*) вслѣдствіе распространенія воспалительнаго процесса на синусы при костодѣ скалистѣй кости, при нагноеніяхъ въ ухѣ, рожѣ лица, фурункулахъ.

Главные симптомы. При марантическомъ тромбозѣ нерѣдко мало характерныя явленія, такъ какъ они отступаютъ на задній планъ передъ основной болѣзнію. Въ ясно выраженныхъ случаяхъ воспалительнаго тромбоза наблюдаются, въ качествѣ застойныхъ явленій, судороги, рвота, косоглазіе; при тромбозѣ продольной пазухи — набуханіе венъ черепнаго свода, висковъ и носа (носовые кровотеченія); при тромбозѣ пещеристой пазухи — выпячиваніе глазного яблока, отекъ вѣкъ, застойный сосокъ; при тромбозѣ поперечной пазухи (гнойные процессы въ ухѣ) — припуханіе въ области сосцевиднаго отростка. Осложненія: піемія, геморрагическій инфарктъ легкихъ, эмпіема. Леченіе тромбозовъ, развивающихся при страданіяхъ уха, хирургическое; въ другихъ случаяхъ симптоматическое леченіе, какъ при менингитѣ.

3 Гнойный менингитъ (*leptomeningitis purulenta*, менингитъ выпуклой поверхности мозга).

Серозно-гнойный или фибринозно-гнойный эксудатъ въ мягкой и паутинной оболочкахъ, особенно въ подпаутинномъ пространствѣ по ходу бороздъ, чаще всего въ переднихъ отдѣлахъ выпуклой поверхности полушарій. Обыкновенно подвергается измѣненіямъ также поверхность мозга (отекъ, налитіе сосудовъ, гнойная инфильтрація), и въ мозговыхъ полостяхъ скопляется серозный или серозно-гнойный эксудатъ. Этиологія: Самой частой причиной является распро-

страненіе инфекціи при нагноеніяхъ скалистой кости, гнойномъ катаррѣ средняго уха, нагноеніяхъ лобныхъ и носовыхъ полостей, рожѣ головы, зараженныхъ ранахъ головы и фурункулахъ; затѣмъ гнойный менингитъ можетъ присоединиться къ поверхностно расположенному абсцессу мозга; метастатическое развитіе гнойнаго менингита наблюдается иногда при гнойномъ плевритѣ, язвенномъ эндокардитѣ, при язвахъ кишечника, гангренѣ и инфекціонныхъ заболѣваніяхъ (острая экзантема, туберкулезъ, пневмонія, суставной ревматизмъ); рѣже менингитъ развивается, повидимому, первично безъ видимыхъ причинъ. Возбудителями болѣзни являются пневмококки, стрептококки, менингококки, туберкулезные бациллы.

Главные симптомы и діагнозъ. Во многихъ случаяхъ болѣзнь начинается внезапно сильной лихорадкой и явленіями раздраженія: сильная головная боль, рвота, бредъ, повышенная чувствительность къ зрительнымъ и слуховымъ впечатлѣніямъ и кожнымъ раздраженіямъ. Часто наблюдается тугоподвижность затылка и боли при движеніяхъ головы, затѣмъ подергиванія, скрежетаніе зубами, втянутый животъ, контрактуры, симптомъ Кернига (см. выше). Позже появляются часто парезы (глазныхъ мышцъ, лицевого нерва), неравномерность и рефлекторная неподвижность зрачковъ, разстройства со стороны мочевого пузыря и прямой кишки. *Herpes labialis* не наблюдается, въ отличіе отъ эпидемическаго цереброспинальнаго менингита, представляющаго по остальнымъ симптомамъ большое сходство съ гнойнымъ менингитомъ (см. выше). — У маленькихъ дѣтей важнымъ признакомъ является напряженіе или выпячиваніе родничковъ, которое исчезаетъ лишь при ослабленіи сердечной дѣятельности. — Менѣе характерны явленія менингита, развивающагося въ теченіе какой-либо инфекціонной болѣзни, такъ какъ въ этомъ случаѣ симптомы менингита мало бросаются въ глаза рядомъ съ тяжелой картиной основного заболѣванія. Рѣже выраженный бредъ, судороги, подергиванія въ отдѣльныхъ мышцахъ, параличи, расширеніе зрачковъ указываютъ на осложненіе основной болѣзни менингитомъ. Жидкость, получаемая при поясничномъ проколѣ, представляется очень мутной, иногда гнойной и содержитъ клѣточные эленты, въ особенности многоядерные лейкоциты, тогда какъ при туберкулезномъ менингитѣ встрѣчаются только одноклеточные лейкоциты. Въ пользу гнойнаго менингита говоритъ наличность первичнаго очага нагноенія (см. выше), предшествовавшія поврежденія, инфекціонныя заболѣванія. Подробности см. выше. — Исходъ болѣею частью неблагоприятный; болѣзнь длится нѣсколько дней или недѣль. Въ случаѣ выздоровленія могутъ остаться параличи, глухота.

Леченіе. Больной долженъ лежать въ спокойной, не слишкомъ свѣтлой комнатѣ. Жидкая пища (молоко, яйца, супы, немного вина); необходимо слѣдить за опорожненіемъ мочевого пузыря и кишечника. Ледъ на голову, Шарпановскіе мѣшки или мѣшки съ холодной водой на позвоночникъ, пиявки на сосцевидные отростки. Втираніе сѣрой ртутной мази въ голову, заднюю поверхность шеи и спину. При бредѣ подкожное впрыскиваніе морфія 0,015—0,02 или клизма съ хлораль-гидратомъ 2,0 (см. выше). — Теплыя или тепловатыя ванны съ холодными обливаніями рекомендуются особенно при сильной головной боли, затѣмъ также

при сопорозномъ состояніи и явленіяхъ паралича. — Посредствомъ поясничнаго прокола, понижающаго мозговое давленіе, нерѣдко можно достигнуть значительнаго улучшенія. При положеніи больного на боку вкалываютъ иглу подъ остистымъ отросткомъ 3-го поясничнаго позвонка, отступивъ на 1 см. отъ средней линіи; иглу вводятъ на 5—6 см. въ глубину, по направленію къ средней линіи, проникая въ мѣшокъ твердой мозговой оболочки, и медленно выпускаютъ около 20—30 куб. см. жидкости. (Давленіе жидкости въ нормальныхъ условіяхъ составляетъ приблизительно 100 мм. водяного столба, давленіе выше 150 мм. считается патологическимъ). Линія, соединяющая высшія точки гребешковъ подвздошныхъ костей, пересѣкаетъ остистый отростокъ 4-го поясничнаго позвонка (слѣдовательно, ближайшій верхній отростокъ будетъ принадлежать 3-му поясничному позвонку). Такимъ образомъ легче всего найти надлежащее мѣсто. Если поясничный проколъ приноситъ облегченіе больному, то его можно повторить нѣсколько разъ.

4. Туберкулезный менингитъ (*meningitis tuberculosa, meningitis basilaris*).

Серозно-фибринозный, студенистый экссудатъ заполняетъ петли мягкой мозговой оболочки на основаніи мозга. Наибольшее число бугорковъ замѣчается на мягкой оболочкѣ въ срединѣ основанія между перекрестомъ зрительныхъ нервовъ и Варолиевымъ мостомъ; бугорки развиваются главнымъ образомъ вдоль сосудовъ въ бороздахъ. — Туберкулезный менингитъ развивается болѣею частью вторично при туберкулезѣ бронхіальныхъ и брыжеечныхъ железъ, при туберкулезѣ легкихъ или милиарномъ туберкулезѣ. Чаще всего онъ наблюдается у дѣтей въ возрастѣ отъ 2—7 лѣтъ. Нерѣдко онъ развивается вслѣдъ за корью или коклюшемъ.

Главные симптомы и діагнозъ. У дѣтей болѣзнь обыкновенно начинается продолжительнымъ продромальнымъ періодомъ, во время котораго замѣчаются раздражительность, дурное настроеніе, плохой сонъ, потеря аппетита, запоры, боязнь яркаго свѣта, повышенная чувствительность къ шумамъ, неподвижный взглядъ. Затѣмъ начинается первая стадія (стадія раздраженія мозга), во время которой наблюдаются: лихорадка, рвота, головная боль, зѣвота, жевательныя движенія, скрежетаніе зубами, вскрикиваніе по ночамъ, втянутый животъ, гиперѣстезія. Во второй стадіи обнаруживаются симптомы повышеннаго мозгового давленія (*hydrocephalus internus*): тугоподвижность затылка, замедленіе пульса, Cheyne-Stokes'овское дыханіе, суженіе и неравномѣрность зрачковъ, мышечныя подергиванія, общее двигательное возбужденіе, сопорозное состояніе, въ теченіе котораго сознаніе повременамъ проясняется. Часто наблюдается задержаніе мочи и альбуминурія. Въ третьей стадіи, которой часто предшествуетъ короткая стадія кажущагося улучшенія, развиваются явленія паралича. Сознаніе совершенно помрачено, зрачки расширены, не реагируютъ, глаза полузакрыты, пульсъ рѣзко учащенъ (до 200), температура различна: иногда ниже нормы, иногда очень сильно повышена. Черезъ 1—2 дня наступаетъ смерть. Общая продолжительность болѣзни около 3 недѣль. — Не всегда указанныя три стадіи бываютъ ясно выражены. — Спинномозговая жидкость прозрачна, содержитъ немного

кѣлочныхъ элементовъ, главнымъ образомъ одноклеточные лимфоциты; давленіе жидкости рѣзко повышено (около 500 мм. водяного столба); обыкновенно удается обнаружить въ спинномозговой жидкости туберкулезные бациллы. Діагнозъ основывается на присутствіи туберкулезныхъ бациллъ, на наличности туберкулезнаго процесса въ другихъ органахъ (см. выше) и на существованіи наследственнаго предрасположенія *). У дѣтей похожія начальныя явленія могутъ зависѣть отъ разстройства питанія; однако въ этомъ случаѣ обыкновенно наблюдаются разстройства пищеваренія, поносъ, вздутіе живота (см. выше). Кромѣ того тяжелыя разстройства питанія у грудныхъ дѣтей сопровождаются западеніемъ родничковъ, между тѣмъ какъ при менингитѣ послѣдніе напряжены или даже выпячиваются. Срв. съ другими формами менингита. Лечение. Пузырь со льдомъ или смоченные въ ледяной водѣ компрессы на голову, пиявки на сосцевидные отростки, легкія слабительныя средства (см. выше); черезъ короткіе промежутки времени даютъ жидкую пищу (молоко, яйца, супы); тщательный уходъ, водяныя подушки, тепловатыя ванны съ прохладными обливаніями, обертыванія; при явленіяхъ повышеннаго внутричерепнаго давленія дѣлаютъ поясничный проколъ. При судорогахъ назначаютъ хлоралъ-гидратъ въ формѣ клизмы.

Rp. Chloralhydrat. 1,0, Mucilag. gummi arab. 10,0, Aq. dest. ad 50,0.
M. D. S. Взять половину всего количества для клизмы.

5. Meningitis syphilitica.

Либо ограниченныя, плоскія, студенистыя гуммозные опухоли, либо болѣе разлитыя, плотныя, бѣлыя мозолистыя утолщенія на твердой мозговой оболочкѣ, рѣже на мягкой; съ мягкой оболочки измѣненія иногда переходятъ на вещество мозга. Поражаются оболочки преимущественно на основаніи мозга, но иногда также на выпуклой поверхности въ области центральныхъ извилинъ. Симптомы различны въ зависимости отъ локализаціи болѣзненнаго процесса. Головная боль, рвота, явленія Jackson'овской эпилепсіи, а также эпилептиформныя судороги, параличи черепныхъ нервовъ. Менингитическіе симптомы въ общемъ слабѣ выражены, чѣмъ при другихъ формахъ менингита. Лечение специфическое.

6. Hydrocephalus chronicus (головная водянка).

Скопленіе безцвѣтной серозной жидкости въ мозговыхъ желудочкахъ (h. internus) или между мозговыми оболочками (h. externus), сдавленіе мозгового вещества растянутыми желудочками, истонченіе мозговой коры, уплощеніе извилинъ мозга, значительное увеличеніе объема черепа. Либо врожденное, либо приобрѣтенное заболѣваніе. Роднички рѣзко растянуты, швы зіяютъ, глаза иногда выдаются, черепныя кости истончены, головныя вены часто расширены. Нерѣдко тупоуміе, ідиотія, разстройства рѣчи, спастическая походка. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ умственныя спо-

*) Иногда при изслѣдованіи глазнаго дна находятъ бугорки въ сосудистой оболочкѣ, присутствіе которыхъ имѣетъ очень важное діагностическое значеніе.
Прим. ред.

способности остаются совершенно нормальными. — Даже при закрывшихся родничкахъ объемъ черепа бываетъ обыкновенно сильно увеличенъ, лобъ и виски выдаются впередъ. Исходъ часто неблагоприятный; однако въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные живутъ долго. Лечение. Рекомендуютъ смазываніе выбритой головы іодной настойкой, сдавленіе черепа полосоками липкаго пластыря, проколъ боковыхъ желудочковъ, поясничный проколъ. Обыкновенно жидкость векорѣ снова скопляется. Важное значеніе имѣетъ укрѣпляющая діета: молоко, мясной супъ, яйца, вино. Полезны ванны. Внутрь назначаютъ іодистый калий, желѣзо, слабительныя и мочегонныя средства.

Rp. Sol. Kalii jodati 1,0:100,0. D. S. Три раза въ день по дѣтской ложкѣ съ молокомъ.

Rp. Sirup. ferri jodati 10,0, Sir. simpl. 50,0. M. D. S. Три раза въ день по кофейной ложкѣ.

Rp. Calomelan. 0,03 — 0,1, Sacch. lact. 0,3. M. f. pulv. D. tal. dos. № 10. D. S. Черезъ 2 часа по одному порошку до дѣйствія.

Rp. Coffeini natr.-benz. 0,01, Sacch. lact. 0,3. M. f. pulv. D. tal. dos. № 10. D. S. Три раза въ день по одному порошку.

7. Анемія головного мозга.

Причинами являются судорожное сокращеніе мелкихъ мозговыхъ артерій влѣдствіе сильнаго душевнаго волненія или недостаточный притокъ крови къ головному мозгу при сердечной слабости, при внезапномъ приливѣ крови къ другимъ частямъ тѣла, напр. послѣ опорожненія эксудата, при общей анеміи, при кровотеченияхъ и болѣзни крови. — Острая анемія мозга влечетъ за собой головокруженіе, обморокъ, рвоту, а въ тяжелыхъ случаяхъ — коматозное состояніе, шокъ. Хроническое малокровіе мозга часто сопутствуетъ хроническимъ болѣзнямъ, въ особенности анеміи и хлорозу, и обуславливаетъ повышенную утомляемость, головную боль, мерцаніе передъ глазами, шумъ въ ушахъ. Лечение. При обморокѣ низкое положеніе головы и верхней части туловища; разстегиваютъ тѣсныя части одежды, особенно на шеѣ, спрыскиваютъ лицо холодной водой, даютъ нюхать нашатырный спиртъ; въ тяжелыхъ случаяхъ возвышенное положеніе и бинтованіе конечностей, горячіе компрессы на голову, горчичникъ на заднюю поверхность шеи; при сердечной слабости подкожныя впрыскиванія olei camphorati, массажъ сердца, искусственное дыханіе. — При хроническомъ малокровіи направляютъ лечение противъ основной болѣзни (укрѣпляющая діета, желѣзо, мышьякъ); кромѣ того примѣняютъ горячіе компрессы на голову, горячія ванны съ постепеннымъ повышеніемъ температуры, продолжительностью въ 15 минутъ, а также свѣтотеплыя ванны (безъ охлажденія головы); нѣсколько разъ въ день прикладываютъ къ задней поверхности шеи мѣшки съ горячей водой.

8. Гиперемія головного мозга.

Активная гиперемія развивается у полнокровныхъ лицъ подъ вліяніемъ душевныхъ волненій, рѣзкихъ тѣлесныхъ напряженій и отравленій (алкоголь). Симптомы заключаются въ сильномъ покраснѣніи лица, налитіи

сосудовъ конъюнктивы и набуханіи височныхъ артерій. Обыкновенно наблюдается головная боль, головокруженіе, безпокойство, бессонница, шумъ въ ушахъ, мерцаніе передъ глазами. Лечение. Возвышенное положеніе головы, пузырь со льдомъ или ледяные компрессы на голову; разстегиваютъ узкія части одежды; отвлекающія горячія ножныя ванны (40° — 42°) съ прибавленіемъ горчичной муки (около 200 грм. муки смѣшиваютъ въ полотняномъ мѣшкѣ съ тепловатой водой и выжимаютъ въ горячей водѣ), горчичнаго спирта (50—100 грм.) или соли ($3^0/0$). Во время ванны охлажденіе головы. Въ тяжелыхъ случаяхъ пиявки на сосцевидные отростки, также кровопусканіе.

Хроническая гиперемія головного мозга часто встрѣчается у тучныхъ, полнокровныхъ субъектовъ, затѣмъ при артеріосклерозѣ и, въ качествѣ застойной гипереміи, при болѣзняхъ сердца и легкихъ. Лечение направляютъ противъ основной болѣзни. Урегулированіе слишкомъ большою частью обильнаго питанія, простая пища съ небольшимъ содержаніемъ мяса; ограничиваютъ употребленіе алкоголя и куреніе, запрещаютъ кофе и чай. Необходимо заботиться о регулярномъ опорожненіи кишечника (слабительныя средства, горькія воды, леченіе минеральными водами, срв. выше). Изъ водолечебныхъ процедуръ примѣняются завертыванія всего тѣла, растиранія (всегда холодные компрессы на голову).—При застойной гипереміи леченіе болѣзни сердца или легкихъ.

9. Кровоизліяніє въ головной мозгъ, апоплексія (haemorrhagia cerebri) и эмболическое или тромботическое размягченіє мозга (encephalomalacia).

Какъ кровоизліянія, такъ и очаги размягченія чаще всего локализируются въ области артерій Сильвіевой борозды и ея вѣтвей; эта сосудистая область несомнѣнно обладаетъ особеннымъ предрасположеніемъ къ атероматозному процессу; кромѣ того здѣсь мы имѣемъ дѣло съ концевыми артеріями, при закупоркѣ которыхъ вслѣдствіе эмболии или тромбоза не можетъ развитись коллатеральное кровообращеніе. Въ виду близости центральныхъ узловъ и внутренней капсулы эти отдѣлы головного мозга поражаются особенно часто. При геморрагіи мозговое вещество подвергается разрушенію, а при ишемической закупоркѣ сосудовъ—размягченію съ послѣдующимъ некрозомъ и образованіемъ кисты или рубца. Кромѣ того присоединяются еще, особенно при кровоизліяніи, симптомы повышеннаго внутричерепнаго давленія.

Кровоизліяніє въ головной мозгъ чаще встрѣчается въ пожиломъ возрастѣ и у мужчинъ; полнокровные, упитанные субъекты небольшого роста съ короткой шей (апоплексическое сложеніе) отличаются особеннымъ предрасположеніемъ къ апоплексіи. Наиболѣе частыми причинами кровоизліянія въ мозгъ являются артеріосклерозъ (атероматозъ), разрывъ милярныхъ аневризмъ, сифилисъ (endarteriitis syphilitica), хроническій нефритъ, рѣже отравленія (свинецъ, алкоголь), подагра, болѣзни крови (цынга, гемофілія). Непосредственной причиной разрыва измѣненной сосудистой стѣнки является повышеніе кровяного давленія при тѣлесномъ напряженіи, при нутуживаніи, при кашлѣ, послѣ эксцессовъ.

Тромбозъ зависитъ отъ тѣхъ же причинъ, какъ и кровоизліяніє (измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ, въ особенности сифилитическія измѣненія); кромѣ того наблюдается марантическій тромбозъ при болѣзняхъ сердца, тяжелыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ и болѣзняхъ крови. Нерѣдко встрѣчается также въ среднемъ возрастѣ.

Эмболія возникаетъ вслѣдствіе отдѣленія тромба при болѣзняхъ лѣваго сердца (эндокардитъ, пороки клапановъ, слабость сердца), при атероматозѣ аорты. Эмболія встрѣчается (въ отличіе отъ кровоизліянія) во всякомъ возрастѣ, также и у молодыхъ лицъ.

Главные симптомы и диагнозъ. Несмотря на различіе этиологическихъ моментовъ, главные симптомы при кровоизліяніи и при закупоркѣ сосудовъ одинаковы: въ обоихъ случаяхъ получается картина апоплектического инсульта (мозгового удара). Иногда инсультъ начинается совершенно внезапно, но чаще ему предшествуютъ предвѣстники (головная боль, головокруженіе, расстройство сознанія, тошнота, рвота, рѣже подергиванія, парезы). При ясно выраженномъ инсультѣ внезапно наступаетъ потеря сознанія, продолжительность которой бываетъ различна. Причина потери сознанія заключается въ значительныхъ измѣненіяхъ кровообращенія и въ повышеніи кровяного давленія въ головномъ мозгу. Обыкновенно при эмболии и апоплексіи инсультъ бываетъ рѣзко выраженъ, между тѣмъ какъ тромбозъ большею частью начинается съ предвѣстниковъ. Развивающійся одновременно параличъ половины тѣла въ случаяхъ типической гемиплегіи (очагъ пораженія въ области внутренней капсулы) распространяется на нижній отдѣлъ лицевого нерва (лобная вѣтвь сохраняетъ свою функцію благодаря двусторонней иннерваціи), на подъязычный нервъ (языкъ отклоняется въ парализованную сторону), на руку, ногу и лишь въ слабой степени на мышцы туловища (благодаря двусторонней иннерваціи). Параличи, поражающіе сторону, противоположную болѣзненному очагу, вначалѣ представляются вялыми, впоследствии же съ развитіемъ нисходящаго перерожденія пирамидныхъ путей становятся спастическими; при этомъ сухожильные рефлексы повышены, дегенеративная атрофія отсутствуетъ (наблюдается только атрофія вслѣдствіе бездѣятельности); отсутствуетъ также реакція перерожденія (въ виду нормальнаго состоянія периферическаго двигательнаго нейрона и его трофическаго центра). Часто наблюдается клонусъ стопы и симптомъ Babinsk'аго (см. выше).—Кожные рефлексы на парализованной сторонѣ обыкновенно ослаблены; чувствительность не представляетъ существенныхъ измѣненій.—Въ парализованныхъ конечностяхъ развиваются контрактуры, въ ногахъ преимущественно разгибательныя контрактуры; въ виду этого, если впоследствии больной снова начинаетъ владѣть ногами, то при ходьбѣ больная нога описываетъ дугу, обращенную выпуклостью кнаружи.—Что касается другихъ симптомовъ инсульта, то слѣдуетъ указать на стертормозное дыханіе, сильное покраснѣніе лица при кровоизліяніи (при эмболии часто наблюдается блѣдность и осунувшійся видъ), паденіе температуры, замедленіе пульса; нерѣдко голова и глаза бываютъ повернуты въ сторону здоровой половины тѣла (*déviatioп conjugnée*). Часто наблюдается непроизвольное мочеиспусканіе (а также задержаніе мочи). Иногда бываютъ тонические и клонические судороги.—Во время коматознаго состоянія можетъ наступить смерть. Въ противномъ случаѣ черезъ нѣсколько часовъ или дней начинается періодъ реакціи: сознаніе возвращается, температура повышается и пульсъ учащается; появляется возбужденіе, бессонница, головная боль, подергиванія въ парализованныхъ конечностяхъ. Эти явленія раздраженія исчезаютъ черезъ нѣсколько дней; въ другихъ случаяхъ они

повторяются и могутъ повлечь за собой новое кровоизліяніе со смертельнымъ исходомъ.—Разстройства рѣчи (афазія) наблюдаются при лѣвостороннемъ пораженіи, слѣдовательно, при правостороннемъ параличѣ, въ особенности при часто встрѣчающейся эмболіи лѣвой артеріи Сильвіевой борозды.—Въ случаяхъ съ благоприятнымъ теченіемъ очаговые симптомы улучшаются; однако полного возстановленія нарушенныхъ функцій большею частью не наблюдается: обыкновенно остаются нѣкоторые стойкіе очаговые симптомы, какъ, напр., слабость одной конечности, разстройство рѣчи, психическіе дефекты. Обыкновенно сперва возстанавливаются движенія въ ногѣ, черезъ нѣкоторое время въ рукѣ и, наконецъ, въ мышцахъ языка и лица. Въ другихъ случаяхъ потеря сознанія и параличъ половины тѣла наступаютъ тоже внезапно, но сознаніе возвращается уже по прошествіи нѣсколькихъ минутъ или часовъ, а явленія паралича почти совершенно исчезаютъ уже черезъ 2—3 недѣли. Иногда потеря сознанія и параличъ развиваются постепенно вслѣдъ за состояніемъ, похожимъ на обморокъ; нерѣдко въ такихъ случаяхъ происходитъ сперва небольшое кровоизліяніе, которое постепенно усиливается и приводитъ къ смертельному исходу при быстро усиливающимся явленіяхъ повышеннаго мозгового давленія. Въ легкихъ случаяхъ (особенно при тромбозѣ, а также при небольшомъ кровоизліяніи и эмболіи мелкой артеріальной вѣтви) сознаніе не нарушается, общіе симптомы и предвѣстники отсутствуютъ или наблюдается только головокруженіе, а затѣмъ внезапно развивается параличъ половины или части тѣла.—Если по прошествіи полугода параличи не исчезли, то уже нельзя рассчитывать на существенное улучшеніе или возстановленіе движеній.—Подобные же апоплектиформные приступы встрѣчаются при спянной сухоткѣ, множественномъ склерозѣ, прогрессивномъ параличѣ, но они отличаются меньшей продолжительностью. Внезапныя разстройства сознанія наблюдаются также при уреміи, диабетической комѣ, менингитѣ и отравленіяхъ (опій, алкоголь); однако въ этихъ случаяхъ отсутствуетъ гемиплегія.

Леченіе. Больного слѣдуетъ осторожно уложить; если лицо красное и пульсъ твердый, голову поднимаютъ выше и кладутъ на нее пузырь со льдомъ. При блѣдномъ, осунувшемся лицѣ, при слабыхъ тонахъ сердца и маломъ пульсѣ не слѣдуетъ прикладывать льда къ головѣ. Въ такихъ случаяхъ можно прибѣгнуть къ раздражающимъ средствамъ (впрыскиванія камфорнаго масла, горчичники на грудь, наперстянка). Если картина инсульта (см. выше) позволяетъ съ увѣренностью заключить о наличности значительнаго кровоизліянія, то показано мѣстное кровопвлеченіе (піявки, банки на лобъ и на виски), а въ случаѣ надобности и кровопусканіе. Во всѣхъ тяжелыхъ случаяхъ больной долженъ, во избѣжаніе пролежней, лежать на резиновомъ воздушномъ кругѣ или на водяныхъ подушкахъ. Необходимо всегда слѣдить за состояніемъ мочевого пузыря; при задержаніи мочи прибѣгаютъ къ асептической катеризаціи. Чтобы вызвать опорожненіе кишечника, назначаютъ нѣжныя

слабительныя (см. выше). Клизмы, обладающія отвлекающимъ дѣйствіемъ, особенно полезны при геморрагіи.—Діета преимущественно молочная, затѣмъ яйца всмятку, слизистые супы, бульонъ; при слабости сердца и малокровіи даютъ немного вина. Если явленія инсульта миновали и наступаетъ періодъ реакціи, то часто оказываютъ благоприятное дѣйствіе бромистые препараты (см. выше); можно также назначить іодистый калий, способствующій всасыванію излившейся крови. Іодистый калий и ртутное леченіе необходимы въ случаѣ сифилитическаго заболѣванія сосудовъ. Только по прошествіи 4—6 недѣль, когда уже нѣтъ основаній опасаться скорого повторенія инсульта, можно приступить къ леченію оставшихся параличей. Вначалѣ ограничиваются периферической фарадизаціей или гальванизаціей парализованныхъ мышцъ (катодъ на мышцу, анодъ на затылокъ). Впослѣдствіи можно съ большою осторожностью пропускать гальваническій токъ черезъ голову въ продольномъ, поперечномъ и косомъ направленіяхъ (электроды ставятъ на виски, на сосцевидные отростки, или ставятъ анодъ въ области предполагаемаго очага пораженія, а катодъ позади угла нижней челюсти на верхній шейный узелъ симпатическаго нерва), продолжительность сеанса 1—2 минуты, сила тока 1—2 милліампера. Примѣняются также частичныя обмыванія тѣла спиртовыми жидкостями (см. выше), тепловатыя ванны; для устраненія мышечныхъ контрактуръ полезны ванны съ движеніями и осторожный массажъ. Ванны дѣлаютъ вначалѣ два раза, а затѣмъ три раза въ недѣлю, продолжительностью въ 10 минутъ; при этомъ нужна величайшая осторожность, въ ванну больного приносятъ и во время ванны принимаютъ мѣры къ охлажденію головы. Если всѣ явленія раздраженія исчезли и нѣтъ основаній опасаться повторенія инсульта, то можно рекомендовать больному леченіе индифферентными теплыми источниками (Wildbad-Württemberg, Wildbad-Gastein, Ragaz, Schlangenbad, Warmbrunn, Teplitz); полезны также соленыя ванны и пребываніе въ горахъ.

10. Острый энцефалитъ (encephalitis infantilis, церебральный дѣтскій параличъ).

Воспаленіе вещества головного мозга (энцефалитъ) съ послѣдующимъ склерозомъ или размягченіемъ, образованіемъ полостей (порэнцефалія) и дефектами мозгового вещества, особенно въ корѣ большого мозга. Причиной является обыкновенно либо инфекція внутриутробнаго происхожденія, либо инфекція въ теченіе первыхъ лѣтъ жизни; сифилисъ, коклюшъ, травмы. Чаше всего встрѣчается въ возрастѣ отъ 1—5 лѣтъ.

Главные симптомы и діагнозъ. Острое начало (подобно спинномозговому дѣтскому параличу): высокая лихорадка, рвота, судороги (часто одностороннія), вынужденныя движенія; взглядъ устремленъ неподвижно въ одну сторону. Черезъ нѣсколько дней температура падаетъ, и обыкновенно обнаруживается параличъ половины тѣла или только одной конечности; лицевой нервъ не всегда бываетъ пораженъ. Параличъ вначалѣ вялый, а впослѣдствіи становится спастическимъ съ повышеніемъ рефлексовъ, но безъ дегенеративной атрофіи и реакціи перерожденія;

большую частью въ ногѣ движенія отчасти возстаиваются, между тѣмъ какъ рука остается парализованной. Съ теченіемъ времени развиваются контрактуры, и пораженныя конечности отстаютъ въ ростѣ. Часто присоединяется геміатетозъ, гемихорея, затѣмъ идіотія или эпилепсія. При спинномозговомъ дѣтскомъ параличѣ (см. соотв. статью) наблюдается такое же начало, а иногда и параличи распространяются на одну половину тѣла; однако спинальный параличъ отличается отсутствіемъ сухожильныхъ рефлексовъ, вялыми параличами съ дегенеративной атрофіей, быстрымъ угасаніемъ электрической возбудимости и развитіемъ полной реакціи перерожденія.—Въ начальной стадіи часто бываетъ трудно отличить энцефалитъ отъ менингита.

Леченіе. Въ острой стадіи пузырь со льдомъ на голову, пиявки на сосцевидные отростки, слабительныя. Если подозрѣвается сифилисъ—ртутное леченіе и іодистый калий. Леченіе параличей такое же, какъ при спинномозговомъ дѣтскомъ параличѣ.

Прибавленіе. Болѣзнь Little'я, врожденная ригидность конечностей, дѣтскій спастическій спинномозговой параличъ. Ригидность мускулатуры конечностей, въ особенности ногъ; послѣднія вытянуты и не сгибаются. Эти явленія обыкновенно наблюдаются уже у грудного ребенка, но въ послѣдствіи они еще усиливаются и большею частью сопровождаются ослабленіемъ умственныхъ способностей. Причины, вѣроятно, тѣ же, какъ и при дѣтскомъ церебральномъ параличѣ; часто причина заключается въ поврежденіяхъ во время родовъ (наложеніе щипцовъ). Леченіе: въ теченіе продолжительнаго времени дѣлаютъ теплыя и горячія ванны и ванны съ движеніями

11. Абсцессъ мозга (encephalitis suppurativa).

Помимо множественныхъ мелкихъ гнойниковъ, развивающихся путемъ эмболии, въ головномъ мозгу встрѣчается и одиночный абсцессъ величиною отъ горошины до яблока; въ однихъ случаяхъ абсцессъ имѣетъ разлитой характеръ и граничитъ непосредственно съ паренхимой мозга, въ другихъ случаяхъ онъ окруженъ соединительнотканной сумкой. Причины заключаются въ распространеніи воспалительнаго процесса на мозгъ съ сосѣднихъ органовъ: травма, гнойное воспаленіе средняго уха и скальной кости (мозговой нарывъ ушного происхожденія локализуется большею частью въ височной долѣ или въ мозжечкѣ), болѣзни носа и придаточныхъ полостей или нагноеніе въ отдаленныхъ органахъ, особенно въ легкихъ: бронхіэкстазія, нарывъ, эмпіема (метастатическій мозговой нарывъ). Часто осложняется тромбозомъ синусовъ и менингитомъ.

Главные симптомы и діагнозъ. При остромъ началѣ и теченіи картина болѣзни похожа на гнойный менингитъ; сюда еще могутъ присоединиться различныя очаговыя симптомы въ зависимости отъ локализациі абсцесса. Часто наблюдается смертельный исходъ или переходъ въ хроническую форму. Хроническій мозговой нарывъ характеризуется тоже общими и очаговыми симптомами. Къ общимъ симптомамъ принадлежитъ лихорадка, головная боль, головокруженіе, иногда замедленіе пульса, застойный сосокъ, neuritis optica. Очаговыя симптомы, какъ то: моноплегія, гемиплегія, афазія, корковая эпилепсія, атаксія, геміанопсія и др., зависятъ отъ локализациі нарыва; срв. стр. 289. Въ острыхъ случаяхъ исходъ обыкновенно смертельный; при хронической формѣ можетъ наступить остановка болѣзни, если нарывъ осумковывается. При этомъ однако легко можетъ развиваться обостреніе или осложненіе

(менингитъ, прободеніе въ желудочекъ), влекущее за собой смертельный исходъ. Діагнозъ ставится на основаніи очаговыхъ симптомовъ и общихъ явленій, причемъ важное значеніе имѣетъ этиологія. Лихорадка и поты говорятъ за абсцесъ и противъ опухоли мозга; съ другой стороны при послѣдней чаще наблюдается застойный сосокъ.

Леченіе хирургическое въ тѣхъ случаяхъ, когда очаговые симптомы позволяютъ сдѣлать опредѣленное заключеніе о локализациі нарыва. Устраняютъ причинные моменты (леченіе болѣзней уха или носа); въ остальномъ симптоматическое леченіе, какъ при гнойномъ менингитѣ (стр. 293).

12. Опухоли головного мозга (tumor cerebri).

Изъ опухолей головного мозга чаще всего встрѣчаются солитарные бугорки (кора большого мозга, мозжечокъ, зрительные бугры, полосатое тѣло, Вароліевъ мостъ), сифилитическія гуммы (кора большого мозга, основаніе мозга), гліома и гліосаркома (полушарія большого мозга, мозжечокъ), саркома и ракъ (основаніе мозга), эхинококкъ (боковые желудочки). Этиологія не извѣстна. Предрасполагающее вліяніе оказываютъ травмы.

Главные симптомы и діагнозъ. Наличие одного или немногихъ симптомовъ не даетъ возможности поставить съ увѣренностью діагнозъ. Обыкновенно наблюдается непрерывная головная боль, то ослабѣвающая, то снова усиливающаяся. Далѣе головокруженіе, рвота, замедленіе пульса. Важнымъ симптомомъ является часто наблюдающійся, обыкновенно двусторонній застойный сосокъ (изслѣдованіе глазного дна при постоянномъ головной боли!). Иногда, въ качествѣ признаковъ повышеннаго мозгового давленія, наблюдаются общія эпилептиформныя судороги и помраченіе сознанія. Кромѣ этихъ общихъ явленій часто имѣются налицо различныя очаговые симптомы въ зависимости отъ локализациі опухоли. Подробнѣе см. стр. 289. Если опухоль захватываетъ область двигательныхъ корковыхъ центровъ, то возникаютъ моноплегіи или корковая эпилепсія; при пораженіи внутренней капсулы — гемиплегія; при пораженіи лѣвой нижней лобной извилины и Рейліева островка — афазія; при пораженіи зрительныхъ бугровъ и четверохолмія — разстройства зрѣнія; при пораженіи мозговой ножки и Вароліева моста — hemiplegia alternans; при пораженіи продолговатаго мозга — бульбарные симптомы; при пораженіи мозжечка — мозжечковая атаксія; при пораженіи основанія мозга — параличи черепныхъ нервовъ. Въ отличіе отъ мозгового нарыва лихорадки болѣею частью не наблюдается. — Теченіе обыкновенно хроническое; вслѣдъ за указанными общими явленіями развиваются въ качествѣ очаговыхъ симптомовъ парезы, параличи. — За бугорковый характеръ опухоли говорить молодой возрастъ, туберкулезная наслѣдственность и туберкулезное пораженіе другихъ органовъ; ракъ встрѣчается въ пожиломъ возрастѣ, даетъ метастазы въ другихъ органахъ и сопровождается кachexіей.

Леченіе. Если есть возможность точно опредѣлить мѣстоположеніе опухоли, то показано оперативное вмѣшательство. Во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ примѣняютъ противосифилитическое леченіе (іодистый ка-

лій и ртуть). Поясничный проколъ оказываетъ при мозговыхъ опухоляхъ неблагоприятное вліяніе, которое выступаетъ тѣмъ рѣзче, чѣмъ дальше кзади расположена опухоль (усиленіе головной боли, смерть). Въ остальномъ симптоматическое леченіе: пузырь со льдомъ на голову, пиявки на сосцевидные отростки; клизмами и легкими слабительными средствами поддерживаютъ правильную дѣятельность кишечника; запрещаютъ употребленіе алкоголя, кофе и чая; при сильныхъ боляхъ впрыскиваютъ подъ кожу морфій, назначаютъ хлораль-гидратъ внутрь или въ видѣ клизмы, бромъ.

13. Прогрессивный параличъ (*dementia paralytica*).

Дегенеративная атрофія гангліозныхъ клѣтокъ и нервныхъ волоконъ, особенно въ области передняго мозга и психомоторныхъ центровъ съ послѣдующимъ разрастаніемъ гліальной ткани; часто комбинируется съ перерожденіемъ пирамидныхъ пучковъ и заднихъ столбовъ спинного мозга. Самою частою причиною является сифилисъ (метасифилитическія заболѣванія); предрасполагающимъ образомъ дѣйствуютъ травмы, умственное переутомленіе, душевные потрясенія. Чаше наблюдается у мужчинъ въ среднемъ возрастѣ.

Главные симптомы и діагнозъ. Начинается психическими измѣненіями, переменнѣйшаго характера, ослабленіемъ памяти и интеллектуальныхъ способностей. Этому сопутствуетъ головная боль, головокруженіе, бессонница. Далѣе обнаруживается раздражительность и безпричинныя вспышки гнѣва. Затѣмъ развиваются паралитическія бредовыя идеи (идеи величія), которыя больной не старается мотивировать, какъ это наблюдается при параноѣ. Въ дальнѣйшемъ теченіи приступы страха, приступы сильнаго возбужденія и возрастающее слабоуміе.—Продолжительность болѣзни около 2—4 лѣтъ. Важны физическіе симптомы, которые часто появляются очень рано: расстройства рѣчи (спотыканіе на слогахъ), расстройства письма (пропуски и смѣшиваніе буквъ), суженіе и неравномѣрность зрачковъ, рефлекторная неподвижность зрачковъ, атаксія въ рукахъ и ногахъ, дрожаніе лицевыхъ мышцъ, временныя парезы въ области лицевого нерва, глазныхъ мышцъ и конечностей; апоплектиформные приступы; вначалѣ повышеніе, а затѣмъ отсутствіе сухожильныхъ рефлексовъ, въ особенности колѣнныхъ рефлексовъ; расстройства со стороны мочевого пузыря и прямой кишки, атрофія зрительнаго нерва. Иногда наблюдается цѣлый рядъ симптомовъ, свойственныхъ спинной сухоткѣ. Въ дальнѣйшемъ теченіи возрастающая безпомощность, потеря способности ходить, невнятная рѣчь, расстройства глотанія (аспираціонная пневмонія), непроизвольное мочеиспусканіе, пролежни, циститъ, піелонефритъ, возрастающій маразмъ.—Цитодіагностика (ислѣдованіе форменныхъ элементовъ въ спинномозговой жидкости) рано обнаруживаетъ присутствіе лимфоцитовъ, которые не встрѣчаются при другихъ душевныхъ болѣзняхъ (напр. при параноѣ). Въ начальной стадіи можетъ наблюдаться нѣкоторое сходство съ неврастеніей, однако при послѣдней объективное ислѣдованіе не обнаруживаетъ ослабленія умственныхъ способностей. Въ дальнѣйшемъ развитіи болѣзни діагнозъ подтверждается соматическими признаками и нѣлпымъ характеромъ бредовыхъ идей величія.

Лечение. Тѣлесный и душевный покой; возбужденныхъ больныхъ удаляютъ изъ домашней обстановки, назначаютъ хлоралъ, морфій, бромъ. Отъ противосифилитическаго леченія можно ожидать нѣкотораго успѣха только въ тѣхъ случаяхъ, если сифилисъ былъ въ недалекомъ прошломъ.—Въ позднѣйшей стадіи необходимо часто поворачивать больного во избѣжаніе гипостатической пневмоніи и пролежней, подкладывать резиновые круги и водяныя подушки; леченіе развившихся пролежней (см. выше); необходимо также слѣдить за состояніемъ мочевого пузыря.

Функциональные неврозы.

Функциональными неврозами называютъ такія заболѣванія нервной системы, которыя даютъ вполне опредѣленные клиническія картины, между тѣмъ какъ анатомическія измѣненія, лежащія въ основѣ ихъ, не извѣстны.

1 группа. Психоневрозы.

Психическій моментъ стоитъ на первомъ планѣ. Болѣе или менѣе значительная часть симптомовъ касается душевной жизни, которая представляетъ измѣненія, развивающіяся на почвѣ болѣзненнаго психическаго предрасположенія.

1. Неврастенія.

Повышенная утомляемость въ связи съ повышенной возбудимостью нервной системы («раздражительная слабость»). Этиологія. Невропатическое предрасположеніе часто является наслѣдственнымъ. Причинами болѣзни могутъ быть также умственное переутомленіе, волненія, заботы, эксцессы, злоупотребленіе алкоголемъ и куреніемъ, истощающія болѣзни, травмы.—Большую частью наблюдается у мужчинъ.

Главные симптомы и діагнозъ. Наиболѣе важные психическіе симптомы: быстрая утомляемость при умственной работѣ, нерасположеніе къ умственному труду и систематической дѣятельности, невозможность сосредоточить свое вниманіе, разсѣянность, ослабленіе памяти. Одновременно наблюдаются болѣзненная раздражительность, состоянія возбужденія, вспышки гнѣва, измѣнчивость настроенія. Часто встрѣчаются ипохондрическія идеи съ отѣнкомъ страха, навязчивыя идеи, боязнь пространства, недостатокъ самоувѣренности, застѣнчивость, боязнь общества. Къ субъективнымъ симптомамъ принадлежитъ головная боль, чувство давленія въ опредѣленныхъ, обыкновенно симметрическихъ мѣстахъ головы, ощущеніе кольца вокругъ лба, гиперѣстезія кожи головы, гиперѣстезія позвоночника, парѣстезіи, быстрое наступленіе усталости въ мышцахъ при физическихъ напряженіяхъ, общая слабость, чувство общей разбитости, боли въ самыхъ различныхъ частяхъ тѣла, особенно въ крестцѣ, вдоль позвоночника и между лопатками. Далѣе наблюдаются психическая подавленность, упорная бессонница, потеря аппетита (нервная диспепсія), запоры, повышенная чувствительность къ шумамъ, сосудодвигательныя разстройства (холодныя руки и ноги, потливость); далѣе сердцебіеніе, аритмія, половыя разстройства, нервная астенія, утомленіе и суженіе поля зрѣнія, дрожаніе, мышечныя подергиванія, затрудненіе

рѣчи. Объективныхъ симптомовъ мало: повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, иногда симптомъ Romberg'a, расширеніе зрачковъ, частое миганіе. Часто комбинируется съ истеріей, ипохондріей, мигренью и невралгіями.

При діагнозѣ необходимо исключить заболѣванія другихъ органовъ, прогрессивный параличъ, множественный склерозъ, артеріосклерозъ, хроническій нефритъ, диабетъ, отравленія (алкоголь, никотинъ, свинецъ).—Острыя формы даютъ болѣе благоприятный исходъ; въ хроническихъ случаяхъ часто наблюдаются возвраты, и только при систематическомъ леченіи можно разсчитывать на успѣхъ.

Леченіе распадается на общее и симптоматическое. Необходимо обратить вниманіе на всѣ жалобы больного и подвергнуть его особенно тщательному изслѣдованію. Принимаютъ во вниманіе также образъ жизни и профессію. Необходимо дать больному точныя предписанія, касающіяся діеты, образа жизни и леченія. Пища не должна содержать никакихъ возбуждающихъ блюдъ и напитковъ; употребленіе мяса слѣдуетъ ограничить. Запрещаютъ кофе, чай, крѣпкіе спиртные напитки (водка, южныя вина, шампанское, крѣпкое красное и бѣлое вино), острые пряности (перець, горчица, много соли), острые мясные блюда и соусы. Назначая діету, слѣдуетъ руководиться правилами, приведенными выше. При плохомъ питаніи больного прибѣгаютъ къ усиленному кормленію (Mastkur) или молочному леченію (см. выше); при тучности назначаютъ соотвѣтственную діету. Въ тяжелыхъ случаяхъ необходимо постельное содержаніе; можно также помѣстить больного въ водолечебницу или въ лечебницу для нервно-больныхъ; въ легкихъ случаяхъ предпочтителенъ систематическій, нетяжелый трудъ. Больной долженъ рано ложиться спать; рекомендуется много спать и отдыхать также послѣ обѣда. Весьма важное значеніе имѣетъ водолеченіе, изложенное выше въ основныхъ чертахъ, примѣнительно къ леченію неврастенія. Рекомендуется въ началѣ леченія, примѣняя поочередно различныя водолечебныя процедуры (тепловатыя индифферентныя ванны, слабыя (1⁰/о) соленыя ванны, фарадическія ванны, влажныя обертыванія всего тѣла или лучше $\frac{3}{4}$ тѣла; послѣ каждой процедуры больной долженъ покойно лежать въ теченіе часа, будучи завернутъ въ сухія простыни и одѣяла; процедуры эти примѣняются лучше всего по вечерамъ 5 разъ въ недѣлю), установить, какая процедура наиболѣе соотвѣтствуетъ состоянію больного и какимъ образомъ онъ реагируетъ на нее.—Электротерапія также даетъ хорошіе результаты. Пропускаютъ слабый гальваническій токъ черезъ голову въ различныхъ направленіяхъ или ставятъ анодъ на лобъ, а катодъ на заднюю поверхность шеи (1—2 милліампера, 1—5 минутъ); слабая гальванизация спинного мозга; при существованіи точекъ, болѣзненныхъ при давленіи, ставятъ анодъ на эти точки, а катодъ на грудину; общая фарадизація въ теченіе 5—10 минутъ.—О леченіи головной боли, мигрени см. выше; о леченіи нервныхъ симптомовъ со стороны сердца, о леченіи

нервной диспенсiei (см. выше).—При половой неврастенiи (neurosthenie sexualis) общее леченiе приноситъ гораздо больше пользы, чѣмъ мѣстное: нѣжныя водолечебныя процедуры, шотландскiй перемѣнный душъ, молочно-растительная діета, гимнастика, временное воздержанiе отъ половыхъ сношенiй; слѣдуетъ избѣгать раздражающихъ средствъ. При поллюціяхъ—жесткая постель, легкое одѣяло, регулированiе дѣятельности кишечника, опорожненiе мочевого пузыря; въ теченiе двухъ часовъ передъ тѣмъ, какъ лечь спать, не слѣдуетъ принимать пищи. Кромѣ того прохладныя сидячія ванны, холодныя обмыванiя области половыхъ органовъ. Отъ примѣненiя возбуждающихъ средствъ, какъ-то: муирацитина и iохимбина, которые нерѣдко оказываются дѣйствительными, въ общемъ слѣдуетъ воздержаться (муирацитинъ назначаютъ въ формѣ пилюль, а iохимбинъ въ водномъ растворѣ въ видѣ капель).—Лекарственное леченiе примѣняется главнымъ образомъ противъ опредѣленныхъ симптомовъ, какъ безсонница, возбужденiе, сердцебиенiе, головокруженiе; подробности см. выше. Кромѣ того слѣдуетъ указать на препараты валеріаны (tinct. Valerianae, по 20—30 капель нѣсколько разъ въ день), валидолъ (по 10—15 капель на сахаръ или въ винѣ, 3 раза въ день), борнивалъ (по 0,25 въ желат. капсулахъ, 3 раза въ день по одной капсулѣ). При состояніяхъ раздраженiя половой сферы назначаютъ:

Rp. Camphor. monobromat. 0,1, Sacch. albi 0,5. M. f. pulv. D. tal. dos. № 10 (ad chart. cerat.). S. 3 раза въ день по одному порошку.

Въ не слишкомъ тяжелыхъ случаяхъ приноситъ пользу поѣздка на курортъ или путешествіе. Больной долженъ избѣгать всякаго чрезмѣрнаго напряженiя. Пребыванiе въ горахъ и въ лѣсистой мѣстности слѣдуетъ предпочесть морскому воздуху, который хорошо переносится только болѣе крѣпкими лицами.

Прибавленіе. Безсонница (agurnia) встрѣчается, кромѣ неврастенiи, при цѣломъ рядѣ другихъ нервныхъ болѣзней въ качествѣ важнаго, часто самостоятельнаго симптома. Прежде чѣмъ обратиться къ средствамъ, перечисленнымъ выше, слѣдуетъ сперва испытать водолечебныя процедуры. Непосредственно передъ тѣмъ, какъ лечь спать, или передъ ужиномъ больной принимаетъ тепловатую ванну; можно прибавить къ водѣ 250—500 грм. соснового экстракта. Примѣняются также влажныя обертыванiя туловища или $\frac{3}{4}$ тѣла; черезъ часъ больного развертываютъ и укладываютъ въ прохладную постель, или же больной засыпаетъ, оставаясь завернутымъ. Затѣмъ примѣняются гидропатическія обертыванiя икръ и ногъ на всю ночь, сухія растиранiя, при гипереміи головного мозга холодныя компрессы на голову, пассивная гимнастика передъ сномъ, массажъ. Запрещаютъ пить кофе и чай; напротивъ, часто бываетъ полезно выпить на ночь стаканъ настоящаго пива, иногда даже стаканъ теплой сахарной воды.—Только при боляхъ прибѣгаютъ къ наркотическимъ средствамъ.

2. Истерія.

Болѣзненный процессъ при этомъ хроническомъ психоневрозѣ локализуется въ корковыхъ и подкорковыхъ центрахъ головного мозга; крайне разнообразныя симптомы имѣютъ психогенный характеръ и основываются на болѣзненномъ нарушеніи сферы представленій и ощущеній. Характерна частая и рѣзкая смѣна симптомовъ, а также возможность вліять на нихъ путемъ внушенія.—Развитіе истеріи въ большинствѣ случаевъ обусловливается невропатическимъ и психопатическимъ предрасположеніемъ; гораздо рѣже болѣзнь является приобрѣтенной. Случайными причинами могутъ быть душевныя потрясенія (испугъ), переутомленіе, плохое питаніе, анемія, хлорозъ, отравленія (ртуть, свинецъ, алкоголь, никотинъ), заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ, травмы (напр. ударъ электрическаго тока у телефонистокъ).—Около 90% всѣхъ случаевъ приходится на долю женщинъ; иногда истерія встрѣчается въ дѣтскомъ возрастѣ.

Главные симптомы и діагнозъ. Какъ психическіе, такъ и физическіе признаки истеріи распадаются на постоянные симптомы, такъ назыв. стигмы, и на симптомы, появляющіеся въ видѣ приступовъ. Къ психическимъ постояннымъ симптомамъ принадлежатъ раздражительность, склонность къ капризамъ, быстрая смѣна настроеній, сильныя аффекты, необдуманность, эгоистическій складъ мысли, склонность къ преувеличеніямъ, лживость. Умственныя способности нормальны. Но часто наблюдается слабость воли (абулія): отъ болѣе легкихъ формъ до тяжелаго двигательнаго расстройства, паралича воли и истерическаго сна. Психическими симптомами, наступающими въ видѣ приступовъ, являются истерическіе психозы, галлюцинаторный бредъ, маниакальное возбужденіе, меланхолическое угнетеніе, истерическія сумеречныя состоянія и простая или галлюцинаторная параноя. Физическія стигмы наблюдаются въ двигательной, чувствительной и сосудодвигательной сферахъ и въ области органовъ чувствъ. Изъ двигательныхъ расстройствъ наиболѣе характерны истерическіе параличи (параличи воли, параличи отъ испуга), которые отличаются отъ органическихъ параличей тѣмъ, что они распространяются не на область опредѣленныхъ нервовъ, а на какую-нибудь функціональную единицу, существующую въ представленіи больного (рука, кисть, нога). Обыкновенно наблюдаются моноплеги, рѣже гемиплегія (въ этомъ случаѣ лицевой и подъязычный нервы не поражены). Истерическіе параличи отличаются измѣнчивостью и исчезаютъ иногда сами собою. Часто наблюдается астазія-абазія, т. е. утрата способности стоять и ходить (тогда какъ въ горизонтальномъ положеніи больной обыкновенно можетъ двигать ногами), нѣмота (мутизмъ), потеря голоса (несмотря на сохраненную подвижность голосовыхъ связокъ). Затѣмъ встрѣчаются тоническія судороги, контрактуры, клоническія судороги отдѣльныхъ мышечныхъ группъ, кливательная судорога, прыгательная судорога, судорога вѣкъ, атаксія, дрожаніе, каталепсія (оцѣпенѣніе, *flexibilitas cerea*), заключающаяся въ томъ, что члены остаются въ придаваемомъ имъ положеніи. Чувствительныя стигмы: анестезія, распространеніе которыхъ не соотвѣтствуетъ анатомическимъ даннымъ, геміанестезія, аналгезія. Часто отсутствуютъ рефлексы слизистыхъ оболочекъ, въ особенности роговичный, конъюнктив-

важный, небный и глоточный рефлексы. (Сухожильные рефлексы часто повышены, иногда понижены).—Часто бывают частичные гиперестезии, болезненность при давлении на определенные «истерогенные» точки, какъ, напр., въ области яичниковъ, въ межреберныхъ промежуткахъ; сверлящая головная боль (clavus), ощущение шара въ горлѣ (globus), затѣмъ боли во внутреннихъ органахъ. Со стороны области органовъ чувствъ наблюдаются: амблиопія, слѣпота, обыкновенно на одинъ глазъ, суженіе поля зрѣнія главнымъ образомъ въ отношеніи цвѣтовыхъ ощущеній, односторонняя глухота, аносмія, анорексія, полидипсія. Сосудодвигательныя расстройства: потливость, покраснѣніе или поблѣднѣніе кожи, ограниченные отеки, кровохарканіе, кровавая рвота. Расстройства со стороны внутреннихъ органовъ: метеоризмъ, икота, отрыжка, рвота, задержаніе мочи, полиурія. Типичны для истеріи двигательные симптомы, составляющіе картину истерическаго судорожнаго припадка (тяжелые припадки называютъ истеро-эпилептическими въ виду сходства ихъ съ эпилептическими судорогами). Большею частью припадокъ распадается на три стадіи. Продромальная стадія характеризуется ненормальными ощущеніями (globus), психической подавленностью, сердцебиеніемъ галлюцинаціями. Судорожная стадія обыкновенно начинается съ тонического сокращенія мышцъ, затѣмъ въ конечностяхъ и туловищѣ наступаютъ клонически-тоническія судороги различной интенсивности и продолжительности, наблюдаются opisthotonus, arc de cercle; нерѣдко больной производитъ метательныя движенія или ударяетъ руками, какъ будто хлопая крыльями; наблюдаются причудливыя движенія (клоунизмъ) или театральныя позы, прерываемыя иногда бредовыми идеями и иллюзіями. Сознаніе обыкновенно не вполне утрачено; реакція зрачковъ на свѣтъ сохранена. Прикусываніе языка, поврежденія, непроизвольное выдѣленіе кала и мочи почти никогда не встрѣчаются. Въ заключительной стадіи—всхлипыванія, вскрикиваніе, плачь, смѣхъ, бредъ, усталость, амнезія, общая разбитость, но не бываетъ глубокаго сна или коматознаго состоянія; иногда появляются отдѣльные параличи.—Истерическій судорожный припадокъ длится около часа, иногда и дольше. Давленіемъ на истерогенную область можно прекратить припадокъ, а также вызвать его.—Во многихъ случаяхъ припадокъ бываетъ не типическимъ, протекая быстрѣе и легче; иногда наблюдается только обморокъ, головокруженіе, дрожаніе, частичныя судороги, судорожный плачь, смѣхъ, судорожная зѣвота или чиханіе.—Теченіе болѣзни весьма хроническое; мало надежды на полное выздоровленіе, но устраненіе отдѣльных симптомовъ часто вполне возможно. Относительно діагноза ср. «Эпилепсію».

Леченіе. Главная задача въ леченіи выпадаетъ на долю психотерапіи; въ устраненіи физическихъ симптомовъ внушеніе также играетъ важную роль. Такъ же, какъ при неврастеніи, слѣдуетъ терпѣливо выслушать разнообразныя жалобы истеричнаго больного. Необходимо обра-

тить вниманіе на систематическое занятіе въ домашней обстановкѣ, на физическія упражненія и выработку силы воли; слѣдуетъ избѣгать умственного и физическаго переутомленія. Во всѣхъ болѣе тяжелыхъ случаяхъ помѣщаютъ больного въ лечебное заведеніе; въ противномъ случаѣ необходимо дать лицамъ, окружающимъ больного, указанія какъ съ нимъ обращаться.—Одновременно назначаютъ симптоматическое леченіе, если имѣются на-лицо соматическія болѣзни, какъ-то: анемія, хлорозъ, заболѣванія половыхъ органовъ. При недостаточномъ питаніи полезно усиленное кормленіе (Mastkur). Въ остальномъ примѣняютъ тѣ же физическіе, діететическіе лечебные методы, какъ и при неврастеніи. Относительно внушенія слѣдуетъ отмѣтить, что въ общемъ можно ограничиться внушеніемъ въ бодрственномъ состояніи. Внушеніе въ гипнозъ, убѣждающее больного въ томъ, что опредѣленные симптомы, напр. моноплегія, исчезли, правда, устраняетъ эти симптомы на извѣстное время, но не ведетъ къ излеченію болѣзни, а скорѣе ухудшаетъ психическое состояніе больного и иногда, повидимому, вредно отражается на его умственныхъ силахъ. — Электротерапія находитъ себѣ разнообразное примѣненіе при истеріи. Общая фарадизація, гальванизація спинного мозга, симпатическаго нерва и яичниковъ (катодъ на яичникъ, анодъ на позвоночникъ или наоборотъ); леченіе гальваническимъ токомъ невралгій и гиперестезій; мѣстное примѣненіе фарадической кисточки при геміанестезіи и ограниченныхъ анестезіяхъ; мѣстное леченіе отдѣльныхъ симптомовъ, напр. при подкатываніи шара въ горлѣ (globus) пропускаютъ въ поперечномъ направленіи черезъ шею гальванической или фарадической токъ, при нервной рвотѣ фарадизація или гальванизація области желудка (анодъ въ подложечной области, катодъ на заднюю поверхность шеи); фарадизація живота при метеоризмѣ, скопленіи газовъ, запорахъ; фарадизація или гальванизація при судорогахъ (анодъ на лобъ, катодъ на какой-либо участокъ тѣла; при этомъ мѣняютъ направленіе тока).—Если начинается припадокъ, необходимо больного уложить въ постель; послѣ припадка больной долженъ остаться въ постели. Изъ лекарственныхъ средствъ употребляются средства, указанные выше и при описаніи неврастенія.—При рвотѣ полезны промыванія желудка, при запорахъ — клизмы. Путешествія и пребываніе въ климатическихъ курортахъ могутъ принести пользу лишь постолько, поскольку они вообще оказываютъ благопріятное вліяніе на физическое и душевное состояніе.

3. Эпилепсія (падучая болѣзнь, morbus sacer).

Настоящая эпилепсія представляетъ хроническій, обыкновенно прогрессирующий въ своемъ развитіи психоневрозъ, который главнымъ образомъ характеризуется судорожными припадками съ глубокимъ разстройствомъ сознанія. Одновременно наблюдаются также психическія измѣненія временнаго и стойкаго характера; нерѣдко психическія измѣненія тоже прогрессивно усиливаются. Болѣзнь, причины которой не выяснены, локализируется, повидимому, въ двигательной области мозговой коры, а также, вѣроятно, въ подкорковыхъ двигательныхъ центрахъ. Весьма важное значеніе имѣетъ наслѣдственное распо-

ложе. Другими этиологическими моментами являются наследственный и приобретенный сифилис, хроническое отравление алкоголемъ, инфекционный заболѣванія, отравленія. Отъ настоящей эпилепсiи слѣдуетъ отличать симптоматическую эпилепсiю, т. е. эпилептиформныя судороги при болѣзняхъ головного мозга (опухоль, нарывъ, головная водянка, прогрессивный параличъ, сифилисъ мозга) и при множественномъ склерозѣ; особую форму составляетъ также Jackson'овская корковая эпилепсiя.

Главные симптомы и діагнозы. Различаютъ слѣдующія главныя формы: большой эпилептический (типическій) припадокъ, *epilepsia gravior, haut mal*; малый (абортивный) эпилептический припадокъ, *epilepsia mitior, petit mal*; психическая эпилепсiя, *epilepsia larvata*, настоящее душевное разстройство (эпилептический психозъ), которое появляется вмѣсто типическаго припадка въ видѣ психическаго эпилептическаго эквивалента или развивается вслѣдъ за припадкомъ въ качествѣ послѣэпилептическаго помѣшательства (сумеречное состояніе).

Типическому припадку предшествуютъ въ качествѣ продромальныхъ явленій психическія измѣненія, чувство страха, беспокойство, раздражительность, головная боль, головокруженіе, иногда предъэпилептическіе психозы. Затѣмъ наступаетъ въ качествѣ начальнаго симптома аура, которая состоитъ либо изъ двигательныхъ явленій (подергиванія, афазія), либо изъ симптомовъ со стороны чувствительности (парестезіи) и органовъ чувствъ (мельканіе передъ глазами, скотома, звонъ въ ушахъ, обонятельныя и вкусовыя ощущенія), либо изъ секреторныхъ или сосудо-двигательныхъ явленій (потоотдѣленіе, поблѣднѣніе).

Вслѣдъ за этой короткой начальной стадіей, которая нерѣдко, доходя до сознанія больного, предупреждаетъ его о наступленіи припадка, начинаются судороги: больной внезапно падаетъ, иногда съ пронзительнымъ крикомъ, и совершенно теряетъ сознаніе; все тѣло охватываетъ тоническая судорога, продолжающаяся до $1\frac{1}{2}$ минуты. При этомъ ціанозъ, пѣна у рта, часто прикусываніе языка, хрипящее дыханіе. Затѣмъ наступаетъ стадія клоническихъ судорогъ, продолжающаяся до 5 минутъ. Во время судорогъ, распространяющихся на все тѣло, больные часто причиняютъ себѣ различныя поврежденія; кожныя и роговичныя рефлексы отсутствуютъ, зрачки расширены и не реагируютъ на свѣтъ. Сухожильные рефлексы иногда отсутствуютъ, иногда повышены. Часто непроизвольное выдѣленіе мочи и кала; иногда точечныя кровоизліянія въ соединительныхъ оболочкахъ и кожѣ вѣкъ; часто альбуминурия. Въ послѣдовательной стадіи—коматозное состояніе и послѣэпилептический сонъ. Послѣ пробужденія больной ничего не помнитъ о случившемся (амнезія). Иногда наблюдается послѣэпилептическое помѣшательство.

Малый, невыраженный эпилептический припадокъ заключается большею частью только въ разстройствѣ сознанія; иногда наблюдаются легкія подергиванія или непроизвольныя движенія. Среди занятія больной вдругъ останавливается, устремляетъ неподвижный взглядъ на одну точку,

затѣмъ быстро приходитъ въ себя и ничего не помнитъ о происшедшемъ перерывѣ въ сознаніи (absence).

Вышеуказанный эпилептическій эквивалентъ представляетъ временное душевное расстройство, которое замѣняетъ собою типическій припадокъ и такъ же, какъ послѣдній, сопровождается аурой и полной амнезией. Больной впадаетъ въ сумеречное состояніе, въ теченіе котораго совершаетъ безсознательно различные поступки, кажушіеся сознательными. Этому сопутствуютъ обманы чувствъ, бредовыя идеи, склонность къ насиліямъ. Наблюдается также непреодолимое влеченіе странствовать. Сумеречное состояніе длится нѣсколько часовъ, дней или недѣль.

Теченіе эпилепсіи часто прогрессирующее съ исходомъ въ слабоуміе; однако нерѣдко умственные способности остаются совершенно нормальными. Иногда у эпилептиковъ замѣчаются признаки вырожденія, какъ, напр., неправильности и асимметріи въ строеніи черепа, лица и ушныхъ раковинъ, невыносимость къ алкоголю. — Въ тяжелыхъ случаяхъ припадки часто повторяются или непрерывно слѣдуютъ одинъ за другимъ; при этомъ нерѣдко наблюдается лихорадка; больной можетъ погибнуть отъ асфиксіи или отъ паралича сердца (status epilepticus). Если припадки наступаютъ ночью (epilepsia nocturna), то болѣзнь иногда въ теченіе долгаго времени остается незамѣченной.

Особую форму представляетъ рефлекторная эпилепсія, развивающаяся послѣ периферическихъ поврежденій (рубцы на конечностяхъ) и при болѣзняхъ носа, внутреннихъ и половыхъ органовъ.

Главными отличительными признаками эпилептического припадка отъ истерическаго являются расширеніе зрачковъ и отсутствіе реакціи на свѣтъ, прикусываніе языка, полная потеря сознанія и часто встрѣчающееся непроизвольное выдѣленіе мочи и кала. Продолжительность припадка нѣсколько минутъ, между тѣмъ какъ при истеріи припадокъ длится иногда нѣсколько часовъ. Истерическій припадокъ часто наступаетъ вслѣдъ за душевнымъ волненіемъ, нерѣдко начинается возбужденнымъ состояніемъ и въ большинствѣ случаевъ сопровождается неполной потерей сознанія; иногда посредствомъ внѣшнихъ раздраженій можно прекратить истерическій припадокъ, съ другой стороны его можно вызвать искусственно. Важное значеніе имѣетъ наличность при истеріи постоянныхъ симптомовъ, которые обнаруживаются въ промежуткахъ между приступами. — Слѣдуетъ имѣть въ виду, что уремическіе и экламптические припадки могутъ также представлять большое сходство съ эпилептическими. Въ этихъ случаяхъ наличность основнаго страданія имѣетъ рѣшающее значеніе для діагноза.

Леченіе. Во время припадка слѣдуетъ больного осторожно уложить и слѣдить за тѣмъ, чтобы онъ не причинилъ себѣ поврежденій; всѣ узкія части одежды разстегиваютъ, а также вынимаютъ изъ полости рта искусственные зубы, если таковые имѣются. — Иногда удается предотвратить припадокъ во время ауры посредствомъ перетягиванія конечности,

въ которой локализируется аура, или посредствомъ вдыханія 5 капель амилнитрита. Однако указываютъ, что въ такомъ случаѣ припадокъ нерѣдко повторяется въ болѣе тяжелой формѣ. Необходимо регулировать образъ жизни эпилептика; онъ долженъ избѣгать всякаго переутомленія, получать легкую, смѣшанную, преимущественно растительную пищу, съ небольшимъ содержаніемъ соли; запрещаютъ употребленіе пряностей, кофе, чая, вина и водки; разрѣшаютъ въ небольшомъ количествѣ легкое пиво; куреніе необходимо ограничить. Слѣдуетъ рекомендовать моціонъ на свѣжемъ воздухѣ. При рефлекторной эпилепсіи леченіе направляютъ противъ первичнаго заболѣванія (рубцы, носовые полипы, болѣзни кишечника и половыхъ органовъ).—Изъ лекарственныхъ средствъ бромистые препараты оказались наиболѣе полезными. Начиная съ небольшихъ дозъ (3—5 грм. въ день у взрослыхъ, 2 грм. у дѣтей), постепенно доходятъ до 8 грм. въ день или до 10—12 грм. въ тѣ періоды, когда, руководясь опытомъ, слѣдуетъ ожидать учащенія припадковъ; затѣмъ постепенно понижаютъ дозу, а впослѣдствіи, по мѣрѣ надобности, снова увеличиваютъ ее. При этомъ необходимо считаться съ побочнымъ дѣйствіемъ бромистыхъ солей (бромизмъ); съ теченіемъ времени обнаруживается кумулятивное дѣйствіе. Прежде всего появляется бромистая аспе (противъ нея полезно тщательное обмываніе кожи, внутрь *solut. Fowleri*); это явленіе еще не служитъ поводомъ къ отміну брома. Далѣе наступаетъ ослабленіе памяти, общая вялость, пониженіе кожныхъ и сухожильныхъ рефлексовъ. Приемы брома слѣдуетъ прекратить, какъ только появятся, хотя бы въ слабой степени, головокруженіе, желудочныя разстройства, сонливость. Многіе считаютъ исчезаніе глоточнаго рефлекса признакомъ того, что организмъ въ достаточной степени насыщенъ бромомъ. Бромистыя соли назначаются въ отдѣльности или въ смѣси; употребляется также бромистая вода и бромистая шипучая соль *Sandow'a*. Эмпирически установлено, что цѣлесообразнѣе всего принять суточную дозу брома приблизительно за 5 часовъ до ожидаемаго припадка. Необходимо поддерживать обильный діурезъ и слѣдить за регулярнымъ опорожненіемъ кишечника. При отравленіи бромомъ—теплая ванна, души на спину, массажъ конечностей. Такъ какъ леченіе бромомъ часто приходится продолжать годами, то слѣдуетъ всегда давать бромъ только въ томъ количествѣ, какое является достаточнымъ, чтобы оказать желательное дѣйствіе.—Груднымъ дѣтямъ и вообще дѣтямъ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ даютъ бромъ въ слѣдующемъ видѣ:

Rp. *Natrii bromati*, *Ammon. bromati* aa 1,5, *Aq. ad* 100,0. M. D. S.
3 раза въ день по десертной ложкѣ.

Flechsиг рекомендуетъ леченіе бромомъ и опіемъ, которое однако возможно провести только въ лечебномъ заведеніи. Сперва даютъ опій 0,05, 2—3 раза въ день; черезъ каждые 2—3 дня увеличиваютъ суточную дозу на 0,05, пока не дойдутъ приблизительно черезъ 6—7 недѣль до 1,0 опія въ день (вдвое больше максимальной суточ-

ной дозы!). Затѣмъ сразу прекращаютъ приемы опія и въ теченіе 2 мѣсяцевъ даютъ бромъ въ большихъ дозахъ (7,0 въ день); постепенно уменьшаютъ дозу брома до 2,0. Въ то время, когда больной получаетъ самыя большія количества опія и брома, онъ долженъ оставаться въ постели.

Дѣйствіе другихъ лекарственныхъ средствъ, какъ, напр., препаратовъ валеріаны и атропина, ненадежно.

Rp. Extr. Belladonnae, Zinc. oxydat. aa 0,03, Rad. Valerian. 1,0. M. f. pulv. D. tal. dos. 12. S. Три раза въ день по одному порошку послѣ ѣды.

Rp. Atropin. sulfur. 0,05, Pulv. rad. Liquirit., Succ. Liquir. aa q. s. ut f. pil. № 50. D. S. Утромъ по одной пилюлѣ.

При status epilepticus бромъ въ большихъ дозахъ, хлоралгидратъ 2,0—4,0 въ видѣ клизмы, вдыханія амилнитрита, влажныя обертыванія. О водолеченіи и бальнеотерапіи см. «Неврастенія» и «Истерія».

Вкратцѣ слѣдуетъ еще описать эclamптическія судороги у дѣтей, хотя онѣ собственно не принадлежатъ къ группѣ психоневрозовъ, а только представляютъ сходство съ ними въ нѣкоторыхъ своихъ симптомахъ (общія судороги, потеря сознанія).

4. Eclampsia infantum.

Судороги въ общемъ похожи на эпилептическія, однако не сопровождаются психическими измѣненіями и не имѣютъ хроническаго теченія; онѣ всегда наступаютъ въ качествѣ вторичнаго явленія при цѣломъ рядѣ заболѣваній; возникновенію судорогъ благопріятствуетъ недостаточное развитіе задерживающихъ приспособленій въ дѣтскомъ головномъ мозгу. Важнымъ симптомомъ при эclamпсіи является судорожное замыканіе голосовой щели (спазмъ голосовой щели, laryngospasmus), которое часто предшествуетъ общимъ судорогамъ, а иногда представляетъ единственный симптомъ припадка (см. ниже «Спазмофилія»). Часто у дѣтей, предрасположенныхъ къ судорогамъ, опредѣляется повышенная гальваническая и механическая возбудимость периферическихъ нервовъ (постукиваніе по щекѣ въ области лицевого нерва вызываетъ рѣзкое сокращеніе мышцъ вокругъ глаза и рта).—Наиболѣе частыми причинами являются общее разстройство питанія (вредное вліяніе молочной или мучной пищи), разстройства пищеваренія (катарръ кишечника, запоры, глисты), инфекціонныя заболѣванія, рахитъ и периферическія раздраженія (поврежденія, прорѣзываніе зубовъ).

Леченіе. Во время судорожнаго припадка необходимо освободить ребенка отъ всѣхъ узкихъ частей одежды; затѣмъ сажаютъ ребенка въ теплую ванну и обливаютъ холодной водой голову, заднюю поверхность шеи, спину. Если останавливается дыханіе (спазмъ голосовой щели), прибѣгаютъ къ искусственному дыханію. Благопріятное дѣйствіе оказываютъ клизмы съ хлораль-гидратомъ:

Rp. Chloral hydrat. 1,0, Mucilag. gummi arab. 10,0, Aq. dest. ad 50,0.
M. D. S. Половина всего количества на клизму.

Если послѣ первой клизмы судороги не прекращаются, то дѣлаютъ вторую.

Полезны также холодные компрессы на голову, при лихорадкѣ холодныя обертыванія тѣла. При запорѣ примѣняютъ клизмы. — При часто повторяющихся сильныхъ судорогахъ прибѣгаютъ къ хлороформному наркозу.

Для предупрежденія повторенія припадковъ направляютъ лечение противъ основного заболѣванія, измѣняютъ способъ питанія. Внутрь даютъ бромистые препараты (стр. 312), а при рахитѣ фосфоръ (см. ниже).

5. Травматическіе неврозы.

Подъ вліяніемъ несчастныхъ случаевъ, производящихъ сильное впечатлѣніе на психику (напр., желѣзнодорожная катастрофа), нерѣдко развивается картина болѣзни, слагающаяся изъ признаковъ неврастеніи, истеріи и ипохондрии. Появляется грустное настроеніе духа, общая вялость, ипохондрическія идеи, обдумываніе послѣдствій несчастнаго случая; часто наблюдаются головныя боли, головокруженіе, бессонница, сердцебіеніе, расстройство пищеваренія, повышенные рефлексы, симптомъ Romberg'a, признакъ Маникорфа (давленіе на болѣзненное мѣсто вызываетъ учащеніе пульса), суженіе поля зрѣнія; иногда нарушается общее состояніе питанія. Болѣзнь находится въ тѣсной связи съ современнымъ законодательствомъ о несчастныхъ случаяхъ и встрѣчается преимущественно у тѣхъ пострадавшихъ, которые застрахованы и предъявляютъ искъ о возмѣщеніи убытковъ (борьба за ренту). Не всегда наблюдается выздоровленіе. Въ діагностическомъ отношеніи необходимо исключить органическія заболѣванія (болѣзни спинного мозга, сифилисъ, артеріосклерозъ, алкоголизмъ, травмы). Всегда слѣдуетъ принимать во вниманіе всю картину болѣзни. Въ виду измѣчивости симптомовъ возможны противорѣчія въ показаніяхъ больного. Поэтому нужна большая осторожность при рѣшеніи вопроса о симуляціи. Лечение такое же, какъ при неврастеніи или истеріи.

6. Chorea minor (хорея, Виттова пляска).

Болѣзнь характеризуется произвольными, некоординированными мышечными сокращеніями, которыя прекращаются во время сна; обыкновенно сопутствуютъ легкія психическія измѣненія. Функціональный неврозъ головного мозга (чечевичное ядро, полосатое тѣло?). Наблюдается преимущественно у дѣтей въ возрастѣ отъ 7—15 лѣтъ, чаще у дѣвочекъ. Иногда встрѣчается при беременности. Симптоматическая хорея въ видѣ гемихореи наблюдается при органическихъ заболѣваніяхъ головного мозга; рѣдко встрѣчается наслѣдственная форма съ тяжелымъ, прогрессирующимъ теченіемъ: Huntington'овская хорея. Этіологія: предрасполагающими моментами являются общее невропатическое предрасположеніе, болѣзни крови (анемія, хлорозъ), инфекціонныя заболѣванія, психическія

влиянія (испугъ, волненія) ревматическія заболѣванія. Часто развивается послѣ острого суставного ревматизма и комбинируется съ эндокардитомъ. Главный симптомъ заключается въ произвольныхъ, некоординированныхъ движеніяхъ кистей и пальцевъ, рукъ, лица, языка и ногъ. Часто больной не можетъ ходить и сидѣть. Во снѣ подергиванія прекращаются. Иногда подергиванія распространяются только на одну половину тѣла. Обыкновенно сопутствуютъ психическія измѣненія: раздражительность, плаксивость, рѣже ослабленіе умственныхъ способностей или психозы. Начинается постепенно съ безпокойства, гримасъ, неуклюжихъ движеній, подергиваній. — Продолжительность болѣзни 1 — 2 мѣсяца; исходъ болѣею частью благоприятный. — Особую форму представляетъ chorea electrica: молніеобразныя подергиванія болѣею частью въ грудино-ключично-сосковыхъ мышцахъ.

Лечение. Въ тяжелыхъ случаяхъ оставляютъ больного въ постели и предохраняютъ его отъ поврежденій; тщательное питаніе (кормленіе), длительныя теплыя ванны; если болѣзнь развилась на почвѣ ревматизма, примѣняютъ потогонныя процедуры; кромѣ того полезны полуванны, частичныя обмыванія, влажныя обертыванія. Что касается лекарственныхъ средствъ, то наилучшіе результаты получаются отъ мышьяка:

Rp. Sol. arsenic. Fowleri, Aq. Amygd. amar. aa 7,5. M. D. S. Три раза въ день по 2 капли, постепенно повышать дозу до 6—8 капель три раза въ день. (Принимать съ водой послѣ ѣды).

Затѣмъ бромистые препараты, при безсонницѣ сульфоналъ 0,25—0,5.

2 группа. Функциональные неврозы безъ существенныхъ психическихъ симптомовъ.

Головная боль и мигрень см. выше.

1. Тетанія.

Приступы тоническихъ симметрическихъ судорогъ, поражающихъ главнымъ образомъ сгибательныя мышцы пальцевъ и кистей рукъ. Одновременно наблюдаются боли и парестезіи; сознаніе не нарушается. Характерно положеніе пальцевъ: они согнуты, какъ при писаніи, или согнуты только большой, 4-й и 5-й пальцы (акушерская рука). Судороги часто распространяются въ центральномъ направленіи; рѣже поражаются пальцы ногъ, стопы и голени. Кисти и предплечья слегка согнуты; плечи приведены къ туловищу. Судороги продолжаются нѣсколько минутъ; рефлексы нормальны. Важны слѣдующія явленія. Симптомъ Chvostek'a: повышеніе механической возбудимости двигательныхъ нервовъ, напр. при постукиваніи или поглаживаніи по стволу лицевого нерва наступаетъ сокращеніе мимическихъ лицевыхъ мышцъ. Симптомъ Trousseau: давленіе на крупныя сосуды и нервные стволы (напр. въ sulcus bicipitalis) вызываетъ приступъ судорогъ. Симптомъ Erb'a: повышеніе электриче-

ской возбудимости; уже при слабомъ токъ замыканіе катода вызываетъ тетаническое сокращеніе мышцы. Симвомъ Hoffmann'a: повышенная возбудимость чувствительныхъ нервовъ къ механическимъ и электрическимъ раздраженіямъ; возникаютъ рѣзко выраженные парестезіи.—Исходъ обыкновенно благопріятный, зависитъ отъ основной болѣзни. Причины неизвѣстны; иногда тетанія встрѣчается какъ бы эпидемически и часто наблюдается среди ремесленниковъ опредѣленныхъ цеховъ (сапожники, портные); кромѣ того она наблюдается при расширеніи желудка, при кишечныхъ паразитахъ, при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ и отравленіяхъ, у кормящихъ грудью и беременныхъ женщинъ, послѣ удаленія зуба (*tetania strumipriva*), у дѣтей съ невропатическимъ предрасположеніемъ или пищевой интоксикаціей. Лечение: постельное содержаніе, теплыя ванны, влажныя обертыванія, слабая гальванизация нервныхъ стволовъ, бромистые препараты, хлораль.

2. Атетозъ.

Непрерывныя беспорядочныя движенія ручныхъ и ножныхъ пальцевъ, кистей и стопъ: медленное сгибаніе и разгибаніе, приведеніе и отведеніе. Рѣже поражаются мышцы языка, затылка и лица. Во время сна движенія иногда ослабѣваютъ. Большею частью наблюдается въ качествѣ симптоматическаго явленія при болѣзняхъ головного и спинного мозга, при гемиплегіи (*hemiatetosis hemiplegica*), при эпилепсіи. Рѣдкая наследственная форма всегда поражаетъ обѣ половины тѣла.—Случаи выздоровленія неизвѣстны. Лечение направляютъ противъ основной болѣзни. Гальванизация, массажъ, бромистые препараты, мышьякъ.

3. *Myotonia congenita* (болѣзнь Thomsen'a).

Рѣдкая, врожденная, наследственная, часто семейная болѣзнь. При произвольномъ сокращеніи мышцы послѣдняя долго остается въ состояніи тонического сокращенія и лишь постепенно расслабляется. Поэтому быстрыя движенія невозможны или трудно выполнимы. Это явленіе особенно рѣзко обнаруживается на отдохнувшей мышцѣ; при повторныхъ движеніяхъ оно ослабѣваетъ и можетъ совершенно исчезнуть. Въ наибольшей степени поражаются мышцы конечностей.—Механическая и гальваническая возбудимость мышцъ (но не нервовъ) представляетъ измѣненія. При механическомъ постукиваніи наступаютъ медленныя тоническія сокращенія; при раздраженіи гальваническимъ токомъ происходитъ вялое сокращеніе мышцы (при замыканіи тока); если пропускать гальванический токъ въ теченіе болѣе продолжительнаго времени, то появляются ритмическія волнообразныя сокращенія въ направленіи отъ катода къ аноду (міотоническая реакція). Лечение. Гальванизация, массажъ, гимнастика, длительныя теплыя ванны. Едва ли можно разсчитывать на успѣшныя результаты леченія.

4. Paralysis agitans (дрожательный параличъ).

Непрерывное дрожаніе членовъ, особенно ручныхъ кистей и рукъ; дрожаніе обыкновенно начинается на одной сторонѣ, затѣмъ переходитъ на другую сторону и распространяется также на ноги, на мышцы шеи и головы. Дрожательныя движенія представляютъ непрерывныя мельчайшія осцилляторныя колебанія, которыя ослабѣваютъ во время сна и усиливаются при возбужденіи больного. Кромѣ того наблюдается ненормальная ригидность и похожая на парезъ слабость мышцъ. Неподвижное выраженіе лица; голова наклонена, туловище и колѣни полусогнуты; больной можетъ ходить только маленькими шагами и легко падаетъ впередъ; часто наблюдается стремленіе бѣжать впередъ, причемъ задержка движеній нарушена (пропульсія и ретропульсія). Пальцы часто производятъ движенія, какъ при скатываніи пилюли.—Болѣзнь развивается въ пожиломъ возрастѣ, чаще у мужчинъ. Были найдены анатомическія измѣненія (перерожденіе гангліозныхъ клѣтокъ, разрастаніе невроглии, перерожденіе нервныхъ волоконъ); тѣмъ не менѣе дрожательный параличъ принадлежитъ, вѣроятно, къ числу неврозовъ головного мозга.—Со стороны рефлексовъ, чувствительности, мочевого пузыря и прямой кишки никакихъ измѣненій не наблюдается. Иногда комбинируется со слабоуміемъ. Теченіе весьма хроническое. Возможно улучшеніе. Обыкновенно же беспомощность больныхъ увеличивается. Смерть наступаетъ отъ маразма, пролежней или случайныхъ заболѣваній. Лечение. Покой, тщательный уходъ, теплыя ванны, полуванны съ обливаніями, массажъ; гальванизация головы, шейнаго отдѣла спинного мозга и шейной части симпатическаго нерва; желѣзо, мышьякъ, пребываніе въ деревнѣ, соленныя ванны. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, повидимому, приноситъ пользу scopolaminum hydrobrom.

Rp. Scopolamin. hydrobrom. (или Hyoscin. hydrobrom.) 0,01, Aq. dest. 10,0. M. D. S. Разъ въ день по 10 (—15) капель съ водой или $\frac{1}{2}$ шприца (0,5 млгрм.) подъ кожу (осторожность!).

5. Головокруженіе (vertigo).

Часто встрѣчается при анеміи, при болѣзняхъ желудка и кишечника, при болѣзняхъ сердца (стенозы), опухоляхъ головного мозга, въ особенности при пораженіяхъ мозжечка (вынужденныя движенія), при множественномъ склерозѣ, эпилепсіи, истеріи, неврастеніи, отравленіяхъ; кромѣ того наблюдается также при гальванизации головы, при параличахъ глазныхъ мышцъ и особенно часто при заболѣваніяхъ лабиринта (болѣзнь Menière'a). Последняя характеризуется приступами сильнаго головокруженія, шумомъ въ ушахъ, рвотой, поблѣднѣніемъ лица, иногда больной падаетъ во время приступа. Приступы часто повторяются и исчезаютъ вслѣдъ за устраненіемъ ушнаго заболѣванія. Иногда приступъ напоминаетъ апоплектический инсультъ. Лечение должно быть направлено противъ причины, кромѣ того примѣняютъ слабую гальванизацию, бромистые препараты, spiritus aethereus (по 20—30 капель), chinin. hydrochlor. по 0,5, 1—2 раза въ день.

3 группа. Вазомоторно-трофическіе неврозы.

Неврозы этой группы развиваются отчасти на почвѣ пораженія щитовидной железы (нарушеніе ея «внутренней секреціи», атрофія или гипертрофія, гипотиреозидизмъ или гипертиреозидизмъ) или околощитовидныхъ (паратиреозидныхъ) железъ, отчасти зависятъ отъ пораженія симпатическаго нерва и соотвѣтственно этому характеризуются расстройствами сосудодвигательныхъ, чувствительныхъ, секреторныхъ и трофическихъ функцій.

1. Базедова болѣзнь (болѣзнь Graves'a).

Вѣроятно, интоксикаціонный неврозъ, обусловленный нарушеніемъ функцій щитовидной железы. Предрасполагающими моментами являются хлорозъ, періодъ полового развитія, беременность, психическія вліянія, невропатическое предрасположеніе. Чаше наблюдается у женщинъ.

Главные симптомы и діагнозъ. Три кардинальныхъ симптома: зобъ, пучеглазіе и сердцебіеніе. Другими характерными признаками являются дрожаніе кистей и пальцевъ (мелкія дрожательныя движенія), симптомъ Marie, сосудодвигательныя и трофическія расстройства (потливость, ощущеніе жара, покраснѣніе лица, блестящая кожа, аномалія пигментаціи), расстройства питанія и пищеваренія, исхуданіе, слабость, пониженіе сопротивленія кожи по отношенію къ гальваническому току, психическія измѣненія (раздражительность, угнетенное состояніе, безпокойство, ослабленіе памяти).—Зобъ обыкновенно бываетъ небольшимъ, нерѣдко величина его мѣняется; онъ зависитъ главнымъ образомъ отъ расширенія сосудовъ (дрожащія и свистящія шумы, пульсація). Пучеглазіе (exophthalmus) развивается тоже главнымъ образомъ вслѣдствіе расширенія сосудовъ. Въ связи съ пучеглазіемъ находится симптомъ Graefe: при взглядѣ внизъ отсутствуетъ совмѣстное движеніе верхняго вѣка. Симптомъ Stellwag'a: расширеніе глазной щели, рѣдкія мигательныя движенія. Симптомъ Möbius'a: затрудненіе конвергенціи вслѣдствіе недостаточности внутреннихъ прямыхъ мышцъ. Сердечно-сосудистыя расстройства заключаются въ стойкомъ учащеніи пульса (отъ 90 до 180, даже въ покойномъ состояніи), въ сердцебіеніи, расширеніи сердца, случайныхъ шумахъ.—Нерѣдко встрѣчаются невыраженныя формы (*formes frustes*), при которыхъ отсутствуетъ одинъ или даже два главныхъ симптома, въ особенности пучеглазіе, иногда также зобъ.—Теченіе обыкновенно хроническое съ колебаніями: состояніе больныхъ то улучшается, то ухудшается; окончательный исходъ—выздоровленіе. Рѣдко наблюдается неблагоприятный исходъ (кахексія). Встрѣчаются также случаи съ острымъ теченіемъ и смертельнымъ исходомъ.

Леченіе. Душевный и тѣлесный покой, обильная укрѣпляющая мясная пища; запрещаютъ употребленіе алкоголя, кофе и чая, а также куреніе. Заботливый уходъ, тепловатыя ванны, сухія обертыванія съ согрѣваніемъ спины (38°), частичныя обмыванія, гальванизація шейной части симпатическаго нерва (анодъ позади угла нижней челюсти, катодъ

на грудину или на заднюю поверхность шеи, сила тока 2 миллиампера, ежедневно по 2 минуты). Противъ сердцебіенія пузырь со льдомъ и холодные компрессы на область сердца; при сердечной слабости соответственное леченіе (не слѣдуетъ примѣнять углекислыхъ ваннъ); при анеміи назначаютъ желѣзо, мышьякъ, воду Levico; при безпокойномъ состояніи и безсонницѣ бромистые препараты. Рекомендуются пребываніе въ деревнѣ, въ горахъ (не на морскомъ берегу). — Препараты щитовидной железы большею частью оказываютъ неблагоприятное дѣйствіе. — Слѣдуетъ имѣть въ виду хирургическое леченіе (частичная экстирпація зоба).

2. Миксѣдема.

Хроническій трофоневрозъ кожи (разрастаніе соединительной ткани, отложение муцина), сопровождающийся ослабленіемъ умственныхъ способностей и кахексией. Причина заключается въ выпаденіи функции щитовидной железы вслѣдствіе ея врожденной атрофіи (миксѣдема у дѣтей, кретинизмъ), перерожденія или оперативнаго удаленія всего органа (*cachexia strumipriva*). Чаше встрѣчается у женщинъ.

Главные симптомы. Припуханіе, утолщеніе и уплотненіе кожи лица (лобъ, носъ, вѣкъ, губы, щеки); конечностей, туловища и половыхъ органовъ. Отека не наблюдается. Лицо одутловатое съ тупымъ выраженіемъ. Кожа сухая; потоотдѣленіе прекращается. Иногда поражаются также слизистыя оболочки (носъ, зѣвъ). Волосы и ногти атрофируются и выпадаютъ. Одновременно наблюдается возрастающая слабость, безпомощность, ослабленіе умственныхъ способностей, апатія, доходящая до идиотіи. — При дѣтской формѣ кретинизмъ, карликовый ростъ. Температура обыкновенно понижена.

Леченіе. Существенное улучшеніе болѣзни достигается продолжительнымъ употребленіемъ вещества щитовидной железы (бараньей или телячьей) и препаратовъ щитовидной железы. Примѣняются главнымъ образомъ слѣдующіе препараты:

Таблетки тиреоидина по 0,3, три раза въ день по одной таблеткѣ.

Таблетки іодотирина по 0,3, три раза въ день по одной таблеткѣ.

Таблетки тирадена по 0,3, три раза въ день по одной таблеткѣ.

Таблетки имѣются въ продажѣ въ оригинальныхъ трубочкахъ по 25, 50 и 100 штукъ. Принимая указанные препараты, больной долженъ находиться подъ наблюденіемъ врача; послѣ того, какъ больной принималъ таблетки въ теченіе недѣли, слѣдуетъ сдѣлать перерывъ на 3—4 дня. Употребленіе сырой щитовидной железы, по 3—5—10 грм. въ день, уступило свое мѣсто примѣненію сухихъ препаратовъ. — Кромѣ того важно укрѣпляющее питаніе; назначаютъ также мышьякъ, хину, желѣзо.

3. Другіе вазомоторно-трофическіе неврозы.

Hemiatrophia facialis progressiva представляетъ трофоневрозъ, распространяющийся на область тройничнаго нерва (можетъ быть, сопутствуетъ пораженію симпатическаго нерва?). Причина не извѣстна. Предрасполагающими моментами считаютъ простуду, травмы, инфекціонныя заболѣванія. Атрофія кожи, а затѣмъ также мышцъ и костей одной половины лица. Обыкновенно

начинается въ юношескомъ возрастѣ; чаще встрѣчается у дѣвочекъ. Лечение приноситъ мало пользы; гальванизация, фарадизация.

Склеродермія, склеродактилія. Развивающееся мѣстами сморщиваніе и уплотненіе подкожной ткани. Кожа блестящая, пигментированная, блѣдная съ синеватымъ оттѣнкомъ, холодная. Обыкновенно поражается кожа на лицѣ, шеѣ и ручныхъ кистяхъ. Лечение: ванны, массажъ, препараты щитовидной железы.

Акропарестезіи. Чувствительныя явленія раздраженія въ области ручныхъ кистей и стопъ съ трофическими и сосудодвигательными расстройствами (ціанозъ, потливость, блестящая кожа, язвы). Лечение. Фарадическія ванны для рукъ, массажъ.

Эритромелалгія. Приступы покраснѣнія, отека и болѣзненности ручныхъ кистей и стопъ. Часто наблюдается въ связи съ другими неврозами и органическими болѣзнями спинного мозга.

Симметрическая гангрена, болѣзнь Raynaud. Парестезіи и ціанозъ ногтевыхъ фалангъ съ послѣдующей гангреной. Обыкновенно развивается на почвѣ невропатическаго предрасположенія; иногда наблюдается въ качествѣ симптома при сингмоміэліи. Лечение: теплыя ванны для рукъ, антисептическая повязка, въ случаѣ надобности оперативное вмѣшательство, периферическая и центральная гальванизация, массажъ, желѣзо, хина.

Острый отекъ кожи, oedema cutis circumscriptum. Появляющійся въ видѣ приступовъ отекъ кожи, подкожной ткани, а также слизистыхъ оболочекъ.—Общее лечение, мышьякъ.

Hydrops articulorum intermittens. Периодически появляющееся скопленіе невоспалительной жидкости въ суставахъ, чаще всего въ колѣнномъ суставѣ. Сопровождается незначительной болью и напряженіемъ; продолжается обыкновенно нѣсколько дней. Чистый неврозъ. Лечение: общее лечение, укрѣпляющая діета, покой, пребываніе въ деревнѣ, мышьякъ, желѣзо.—Чаще встрѣчается у женщинъ.

Болѣзни органовъ движенія.

1. Острый суставной ревматизмъ (*Rheumatismus articulorum acutus, Polyarthritis rheumatica acuta*).

Острое лихорадочное инфекціонное заболѣваніе, при которомъ болѣзненный измѣненія локализируются на синовиальныхъ оболочкахъ суставовъ и на эндокардіи, а иногда также на другихъ серозныхъ оболочкахъ. Возбудитель болѣзни не извѣстенъ. Весьма важное значеніе имѣютъ предрасполагающіе моменты, именно простуда, промокание, внезапное охлажденіе вспотѣвшаго организма, климатическія вліянія. Чаще всего встрѣчается въ возрастѣ отъ 15 до 30 лѣтъ; одинаково часто у обоихъ половъ.—Предрасположеніе возрастаетъ у лицъ, уже перенесшихъ однажды болѣзнь.—Болѣзнь не контагіозна, но иногда распространяется на - подобіе эпидеміи.—Нерѣдко, повидимому, миндалевидныя железы служатъ мѣстомъ внѣдренія возбудителей болѣзни (болѣзнь начинается съ ангины).—Анатомическія измѣненія суставовъ заключаются въ серозномъ (очень рѣдко въ гнойномъ) синовитѣ; въ сердцѣ наблюдается сосочковый (рѣдко язвенный) эндокардитъ, поражающій большею частью двустворчатый клапанъ, рѣже клапаны аорты; иногда развивается серозно-фибринозный перикардитъ, которому можетъ сопутствовать миокардитъ.—Ревматическій плевритъ съ серозно-фибринознымъ экссудатомъ наблюдается въ исключительныхъ случаяхъ.

Главные симптомы. Острый суставной ревматизмъ начинается лихорадкой, ознобомъ и болѣзненнымъ припуханіемъ нѣсколькихъ суставовъ. Нерѣдко предшествуютъ катарральныя явленія (ангина, насморкъ). Поражаются преимущественно болѣе крупныя суставы: колѣнный, голеностопный, плечевой, локтевой, кистевой, и среди нихъ въ особенности тѣ суставы, которые въ наибольшей степени подвергались дѣйствію вредныхъ моментовъ (простуда, напряженіе). Поражаются также суставы пальцевъ на рукахъ и ногахъ, суставы позвоночника, грудино-ключичные и рѣже челюстные суставы.

Часто наблюдается симметрическое заболѣваніе суставовъ. Кожа въ области опухшаго сустава представляется слегка покраснѣвшей, блестящей, горячей, иногда немного отечной. Измѣненія быстро развиваются, распространяются на другіе суставы и обыкновенно скоро исчезаютъ. Неправильнаго типа лихорадка, достигающая 39° — 40° ; рѣдко наблюдается гиперпиретическая температура съ мозговыми симптомами и менингитическими явленіями. Повышеніе и паденіе температуры обыкновенно соотвѣтствуетъ ходу болѣзненного процесса въ суставахъ. Почти всегда наблюдается обильное потоотдѣленіе, причемъ потъ имѣетъ кисловатый запахъ; часто появляется просянка (*miliaria*). Количество мочи уменьшено; моча рѣзко кислая, содержитъ мочекислыя соли въ осадкѣ, иногда бѣлокъ. Сильная жажда.—Въ сердцѣ нерѣдко выслушиваются случайныя шумы. Приблизительно въ 20% всѣхъ случаевъ развивается эндокардитъ

(см. выше), рѣже перикардитъ, а также миокардитъ, плевритъ (срв. «Болезни сердца»). Другими осложнениями могутъ быть пневмонія, эритема, хорей. — То ослабѣвая, то обостряясь, болѣзнь продолжается нѣсколько недѣль, иногда нѣсколько мѣсяцевъ. Иногда наблюдается подострое теченіе и переходъ въ хроническую форму. Прогнозъ въ большинствѣ случаевъ благопріятный, при пораженіи сердца сомнительный. Часто встрѣчаются возвраты. Діагнозъ. Рѣдко поражается только одинъ суставъ. Заболѣваніе одного сустава (въ особенности колѣннаго, но иногда также голеностопнаго, кистевого и локтевого) должно навести на мысль о возможности перелойнаго ревматизма. *Purpura rheumatica* отличается наличностью точечныхъ кровоизліяній въ кождѣ. — При септическомъ полиартритѣ пораженіе суставовъ носитъ болѣе стойкій характеръ; болѣзненные измѣненія не перескакиваютъ съ одного сустава на другой, какъ при ревматизмѣ. См. также подагру, *arthralgia saturnina* и невралгію суставовъ.

Леченіе. Больной долженъ лежать въ просторной комнатѣ съ равномерной температурой (19° — 20°); удобная постель; желательно имѣть двѣ рядомъ стоящихъ постели, чтобы ежедневно перекладывать больного. Пораженнымъ суставамъ придаютъ удобное положеніе, подкладывая подушки и фиксируя ихъ при помощи мѣшковъ съ пескомъ; для защиты больныхъ суставовъ пользуются обручемъ или проволоочной шиной. Часто больнымъ бываетъ пріятно завертываніе суставовъ въ вату или смазываніе ихъ іодоловой мазью съ завертываніемъ. Въ виду наблюдающейся иногда значительной безпомощности больныхъ необходимо, чтобы они лежали на резиновомъ воздушномъ кругѣ или водяныхъ подушкахъ во избѣжаніе пролежней, которые могутъ развиваться чрезвычайно скоро. Во время лихорадки діета должна быть жидкой. — Специфическимъ лекарственнымъ средствомъ является салициловый натръ (дѣйствуетъ лучше, чѣмъ аспиринъ, антипиринъ, саломъ, салипиринъ и пр.).

Rp. Sol. Natrii salicyl. 5—10,0 : 180,0. (Sirup. Liquirit. ad 200,0). M. D. S. Черезъ 1—2 часа по столовой ложкѣ.

Rp. Mixtur. antirheumat. F. M. B. 200,0 (Natrii salicyl. 10,0, Tinct. Aurant. 5,0, Aq. dest. ad 200,0). S. Четыре раза въ день по столовой ложкѣ.

Rp. Natrii salicyl. 4,0, Aq. dest. 95,0, Elix. e succo Liquirit. 5,0. M. D. S. Черезъ 2 часа по дѣтской ложкѣ.

Rp. Natrii salicyl., Sacch. albi aa 0,5. M. f. pulv. D. tal. dos. № 12. S. Черезъ 2—3 часа по одному порошку.

Rp. Natrii salicyl. 1,0, Butyri Cacao 2,5. F. suppos. D. tal. dos. № 6. S. Черезъ 3 часа вводитъ по одной свѣчкѣ.

Rp. Mesotan. (метилоксиметилловый эфиръ салициловой кислоты), Olei Olivar. aa 25,0. S. Наружное. (Осторожно смазываютъ заболѣвшіе суставы; не слѣдуетъ втирать, такъ какъ легко наступаетъ раздраженіе кожи).

Только въ тѣхъ случаяхъ, когда салициловый натръ не переносится въ виду рѣзко выраженнаго побочнаго дѣйствія (шумъ въ ушахъ, головокруженіе, безпокойство, диспепсія, симптомы со стороны сердца), слѣдуетъ обратиться къ другимъ средствамъ (см. выше).

Изъ водолечебныхъ мѣръ примѣняются осторожныя частичныя обмыванія тепловатой водой, къ которой можно прибавить немного уксуса или одеколона; такія обмыванія пріятны больнымъ и кромѣ того устраняють запахъ пота. Длительныя теплыя ванны примѣняютъ только при гиперпиретической формѣ. При осложненіяхъ со стороны сердца кладутъ на область сердца холодные компрессы или пузырь съ холодной водой. Въ періодъ выздоровленія дѣлають ванны (36° — 37°) съ послѣдующимъ сухимъ обертываніемъ.

Лечение осложненій со стороны сердца см. «Болѣзни сердца».

На перелойный ревматизмъ салициловые препараты оказываютъ мало вліянія. Здѣсь болѣе умѣстны спиртовые компрессы, Вieg'овская застойная гиперемія, горячія суховоздушныя ванны, горячій воздушный душъ, паровой душъ, припарки изъ фанго и грязи. Впослѣдствіи, чтобы предотвратить образованіе анкилоза и атрофію мышцъ, примѣняютъ электротерапію, массажъ, ортопедическія мѣры, активныя и пассивныя движенія въ теплой ваннѣ.

Какъ при остромъ суставномъ ревматизмѣ, такъ и при перелойномъ воспаленіи суставовъ рекомендуется, по прошествіи острыхъ явленій, продолжать курсъ леченія въ одномъ изъ курортовъ: Wiesbaden, Baden-Baden, Ragaz, Gastein, Teplitz, Warmbrunn.

2. Хроническій суставной ревматизмъ.

Часто развивается исподоволь въ качествѣ первичнаго заболѣванія, преимущественно въ пожиломъ возрастѣ, послѣ 40 лѣтъ, въ климактерическомъ періодѣ; иногда же развивается изъ острой или подострой формы. Поражаются либо нѣсколько суставовъ (polyarthritis chronica), либо только одинъ (monoarthritis chronica)—въ противоположность острому суставному ревматизму. Въ однихъ случаяхъ происходитъ образованіе выпота въ суставѣ (arthritis chronica serosa), въ другихъ выпота не наблюдается (arthritis chronica sicca). Нерѣдко развивается утолщеніе синовиальной оболочки, гипертрофія суставныхъ ворсинокъ (arthritis villosa), отторженіе и превращеніе въ хрящъ отдѣльныхъ ворсинокъ, которыя въ такомъ случаѣ свободно лежатъ въ полости сустава въ качествѣ постороннихъ тѣлъ («суставная мышъ», «рисовыя тѣльца»). Часто также внутри сустава образуются сращения (анкилозы), а околосуставная ткань подвергается воспалительному утолщенію.

Симптомы—боли въ суставѣ, нарушеніе функціи и большею частью (не всегда) припуханіе сустава. Пораженія сердца не бываетъ, или оно наблюдается только при той формѣ, которая представляетъ исходъ остраго суставного ревматизма. Обыкновенно также не наблюдается ни лихорадки, ни обильнаго потоотдѣленія. Чаше всего поражаются голеностопные и коленные суставы, нѣсколько рѣже суставы верхней конечности. Часто ощущается хрустъ въ суставахъ. Обыкновенно развивается атрофія мышцъ; въ наибольшей степени атрофируется четырехглавая мышца бедра.—Причины—простуда, продолжительное пребываніе въ сырыхъ помѣщеніяхъ, травмы. Имѣетъ значеніе также наслѣдственное и конституціональное предрасположеніе.—Болѣзнь длится мѣсяцами и годами; иногда измѣненія въ суставахъ остаются на всю жизнь. Діагнозъ. Отъ подагры хроническій ревматизмъ отличается болѣе медленнымъ развитіемъ и отсутствіемъ

приступовъ сильной боли; суставъ большого пальца на ногѣ поражается при ревматизмѣ только въ очень рѣдкихъ случаяхъ.

Леченіе. Физическіе методы леченія заслуживаютъ предпочтенія, такъ какъ салициловая кислота и замѣняющія ее средства обыкновенно не приносятъ пользы. Больной долженъ жить въ сухой здоровой квартирѣ, носить шерстяное бѣлье и остерегаться простуды; необходимо урегулировать діету; при склонности къ ожирѣнію назначаютъ такую же діету, какъ при подагрѣ. Часто общее питаніе больныхъ сильно страдаетъ, въ такихъ случаяхъ назначаютъ укрѣпляющую діету (ср. Анемія) и примѣняютъ желѣзо, мышьякъ, рыбій жиръ, хину. Часто оказываетъ благопріятное дѣйствіе іодистый калий. Изъ водолечебныхъ мѣръ полезны, особенно въ началѣ болѣзни, потогонныя процедуры: черезъ день, послѣ того какъ больной выпилъ горячаго молока, лимонной воды или чаю, его завертываютъ на 1 часъ въ шерстяныя одѣяла и затѣмъ обмываютъ прохладной водой; примѣняются также горячія ванны отъ 37° до 41° съ послѣдующимъ завертываніемъ и прохладнымъ обмываніемъ; полезны также сѣрные и углекислыя ванны. Всегда при этомъ слѣдуетъ заботиться объ охлажденіи головы. Впослѣдствіи примѣняются мѣстныя процедуры: компрессы изъ фанго, горячіе компрессы, горячія суховоздушныя ванны съ послѣдующимъ обмываніемъ сустава, массажъ и гимнастика, песочныя ванны. Мѣстныя ванны съ прибавленіемъ розсола или соснового экстракта.—Въ промежуткахъ между этими процедурами завертываютъ суставы въ вату съ ихтіоловой мазью или съ *unguent. kalii jodati*. Можно испытать Вьер'овскую застойную гиперемію или воду, содержащую радій (общество „Radiogen“); эта вода употребляется для ваннъ и для питья. Дѣйствіе фанго тоже объясняютъ эманацией радиоактивныхъ веществъ. Лѣтомъ рекомендуется купанье въ курортѣ; въ этомъ отношеніи полезны акратотермы (Wildbad въ Виртембергѣ, Wildbad-Gastein, Ragaz, Warmbrunn, Teplitz), сѣрные ванны (теплыя—Aachen, Burtscheid, Pistyan, холодныя—Nenndorf, Weilbach), грязевыя ванны (Franzensbad, Kudowa, Flinsberg, Muskau, Elster, Polzin, Schmiedeberg, Berka), ванны изъ фанго (Battaglia). Зиму полезно проводить на югѣ.

3. Arthritis deformans.

Медленно развивающаяся деформация суставовъ, зависящая отъ разрушенія суставныхъ хрящей, узуръ костей, пролифераціонныхъ процессовъ, подвывиховъ и анкилоза. Причинами являются плохія гигиеническія условія жизни, сырыя квартиры, недостаточное питаніе (*arthritis pauperum*); вѣроятно, имѣетъ также значеніе наслѣдственность. Наблюдается обыкновенно въ пожиломъ возрастѣ.

Главные симптомы заключаются въ указанныхъ, часто очень характерныхъ измѣненіяхъ суставовъ. Чаше всего поражаются суставы колѣна, кисти и пальцевъ рукъ, пальцевъ ногъ, затѣмъ тазобедренный (*malum coxae senile*, обыкновенно на одной сторонѣ), локтевой, плечевой суставъ и суставы позвоночника. Пальцы рукъ часто подвергаются под-

вывихамъ въ сторону локтевой кости и ложатся черепицеобразно другъ на друга.—Течение весьма хроническое, прогрессирующее. Диагнозъ. Въ отличіе отъ суставного ревматизма отсутствуютъ воспалительныя измѣненія въ суставахъ; зато часто встрѣчаются подвывихи. Болѣзнь всегда начинается исподоволь. Лечение такое же, какъ при хроническомъ суставномъ ревматизмѣ; однако, нельзя рассчитывать на успѣшные результаты. Изъ внутреннихъ средствъ примѣняютъ іодистый калий и мышьякъ. Лечение ваннами въ курортахъ: Oeynhausen, Nauheim, Wiesbaden, Aachen.

4. Мышечный ревматизмъ (*rheumatismus musculorum, myalgia*).

Боли въ опредѣленныхъ мышцахъ или мышечныхъ группахъ, наблюдающіяся въ качествѣ самостоятельнаго заболѣванія съ острымъ или хроническимъ теченіемъ; анатомическія измѣненія, лежащія въ основѣ мышечнаго ревматизма, не извѣстны. Причинами являются большею частью простуда, промокание, чрезмѣрное напряженіе, сильное растяженіе мышцы. Главные симптомы: боли, наступающія только при движеніяхъ или также въ покоѣ, болѣзненность при давленіи, нарушеніе функціи, иногда легкое припуханіе мышцъ и незначительная лихорадка. Чаше всего поражаются нижнія спинныя мышцы (*lumbago*, прострѣлъ), мышцы шеи (*torticollis*), мышцы, окружающія плечевой суставъ (*omalgia*), и грудныя мышцы (*pleurodynia*). При хронической формѣ, которая часто развивается исподоволь, нерѣдко образуются мышечныя мозоли. Острые случаи оканчиваются выздоровленіемъ черезъ нѣсколько дней или недѣль; въ хроническихъ случаяхъ болѣзнь принимаетъ весьма затяжное теченіе. Диагнозъ. Необходимо исключить невралгію, суставную невралгію, плевритъ и трихинозъ (см. соотв. статью). Въ пользу мышечнаго ревматизма говорить усиленіе боли при растяженіи, разминаніи и фарадизаціи пораженныхъ мышцъ. Кромѣ того больные обыкновенно принимаютъ характерное вынужденное положеніе, чтобы избѣжать всякаго напряженія пораженныхъ мышцъ. Симптоматическія мышечныя боли встрѣчаются при цѣломъ рядѣ инфекціонныхъ, общихъ и нервныхъ заболѣваній. Лечение. Горячія суховоздушныя и паровыя ванны, грязевыя ванны (торфяная или морская грязь), песочныя, разсолныя и сѣрнистыя ванны, компрессы изъ фанго; втираніе хлороформнаго масла, *liniment. ammoniat.* или *ammoniato-camphoratum*.

Rp. Chloroformii 10,0, Olei Hyoscyami 40,0. M. f. linim. S. Наружное.

Внутрь назначаютъ салициловые препараты (стр. 322); въ хроническихъ случаяхъ примѣняютъ фарадизацію и массажъ. Въ остальномъ умѣстны тѣ же самыя лечебныя и бальнеотерапевтическія мѣры, какъ и при хроническомъ суставномъ ревматизмѣ.

5. Рахитъ (англійская болѣзнь).

Общее заболѣваніе растущаго организма; измѣненія наблюдаются преимущественно въ костяхъ. Отложеніе известковыхъ солей въ новообразованной костной ткани либо отсутствуетъ, либо происходитъ въ недостаточной сте-

пени; нарушается развитіе костной ткани изъ хрящевого или соединительно-тканнаго основнаго вещества. Образуются утолщенія эпифизовъ, искривленія, а также надломы костей. Чаще всего болѣзнь развивается на второмъ году или въ концѣ перваго года жизни.—Этіологія не вполне выяснена. Имѣетъ значеніе наслѣдственность, плохія гігіеническія условія, нецѣлесообразное питаніе.

Главные симптомы. Первые признаки болѣзни обнаруживаются обыкновенно на головѣ и грудной клѣткѣ. Часто, но не всегда предшествуютъ разстройства общаго состоянія, какъ-то: безпокойство, потеря аппетита, плаксивость, бронхитъ, поносъ, потливость затылка. Роднички и швы черепа остаются открытыми; затылокъ представляется мягкимъ и податливымъ, отъ лежанія онъ уплощается (*craniotabes*). Вслѣдствіе утолщенія лобныхъ и теменныхъ бугровъ голова выглядит четырехугольной. Зубы большею частью прорѣзываются поздно, неправильно и несимметрично. Нижніе рѣзцы начинаютъ прорѣзываться только въ срединѣ 2-го года и позже, тогда какъ при нормальныхъ условіяхъ прорѣзываніе ихъ начинается на 7-мѣ мѣсяцѣ. (Однако это явленіе не характерно для рахита). Рѣзко бросаются въ глаза измѣненія грудной клѣтки: пуговчатые и булабовидныя утолщенія реберъ на границѣ костной и хрящевой частей (рахитическія четки); боковыя стѣнки уплощены, грудина выдается впередъ на-подобіе кия (куриная грудь); на мѣстѣ прикрѣпленія діафрагмы къ ребрамъ образуется борозда (рѣзко выраженная *Harrison*'овская борозда); прикосновеніе къ груди и подниманіе ребенка легко вызываютъ болѣзненные ощущенія.—На конечностяхъ наблюдаются утолщенія эпифизовъ, въ особенности надъ голеностопнымъ и кистевымъ суставами, искривленія (ноги въ видѣ буквы X или O, ноги въ видѣ сабли) и надломы. Измѣненія таза: выгибъ крестца впередъ, суженіе прямого размѣра или всѣхъ размѣровъ (плоскій и обще-суженный тазъ). Иногда развиваются искривленія позвоночника: кифозъ и кифосколиозъ. Ростъ тѣла задерживается, ребенокъ поздно начинаетъ ходить, животъ выпяченъ, иногда наблюдается увеличеніе селезенки, часто встрѣчаются разстройства пищеваренія. Среди нервныхъ разстройствъ наиболѣе важной является повышенная возбудимость нервовъ, спазмофилія, которая впрочемъ встрѣчается также помимо рахита. Она выражается въ развитіи ларингоспазма, тетаніи и эклампсіи (см. соотв. статьи). Обыкновенно существуютъ признаки малокровія и мышечной слабости. Подкожный жировой слой часто хорошо развитъ, но отличается дряблостью, какъ при торпидной золотухѣ; иногда наблюдается сильное исхуданіе.—При тяжелой остеомалатической формѣ образуются рѣзкія непоправимыя искривленія костей; въ болѣе легкихъ случаяхъ рахитическія измѣненія обыкновенно совершенно исчезаютъ.—Исходъ большею частью благопріятный; неблагопріятный исходъ можетъ зависѣть отъ осложненій, какъ, напр., эклампсія, ларингоспазмъ, бронхопневмонія.

Діагнозъ. *Craniotabes*, утолщеніе эпифизовъ и рахитическія четки являются характерными признаками. Измѣненія эпифизныхъ хрящей встрѣчаются также при врожденномъ сифилисѣ, но они существуютъ тогда

обыкновенно у совѣтъ маленькихъ дѣтей; кромѣ того обыкновенно имѣются на-лицо другіе признаки сифилиса.

Лечение. Прежде всего необходимы діететическія мѣры: однообразное молочное питаніе замѣняютъ смѣшанной пищей; наряду съ молокомъ даютъ бульонъ, крупу, мондаминъ, овощи (шпинатъ, протертую брюкву), вполѣдствіи также немного нѣжной говядины. При поносахъ въ первые дни даютъ слѣдующую смѣсь: одну чайную ложку мондамина и одну чайную ложку желудевого какао на 200 куб. см. воды, можно еще прибавить одинъ яичный бѣлокъ; затѣмъ даютъ кашу изъ мондамина (безъ сахара, съ таблетками сахара по 0,05), черничное варенье (изъ свѣжихъ или сушеныхъ ягодъ), тоже съ сахариномъ.—Необходимо удалить ребенка изъ неблагоприятныхъ гигиеническихъ условій жизни; полезно пребываніе на свѣжемъ воздухѣ; прохладныя обмыванія. Крѣпкимъ дѣтямъ дѣлаютъ 3 раза въ недѣлю соленыя ванны: $\frac{1}{2}$ —1 клгрм. морской соли на ванну. Слабыя дѣти обыкновенно плохо переносятъ соленыя ванны. То же самое слѣдуетъ сказать о курортахъ: крѣпкимъ дѣтямъ полезно пребываніе на Нѣмецкомъ морѣ или разсолныхъ ванны (Kösen, Salzlungen, Sulza, Kreuznach, Münster a. Stein), а для слабыхъ дѣтей слѣдуетъ предпочесть Балтійское море, лѣсной воздухъ, горныя курорты, а зимою южныя курорты.—Хорошее дѣйствіе оказываютъ препараты фосфора, лучше всего вмѣстѣ съ рыбьимъ жиромъ (противопоказаніе—поносы):

Rp. Phosphori 0,01, Olei jecoris Aselli ad 100,0. S. По одной чайной ложкѣ въ день.

Rp. Phosphori 0,01, Olei amygd. dulc. 30,0, Pulv. Gummi arab., Sacch. albi aa 15,0, Aqu. dest. 40,0. S. По одной чайной ложкѣ въ день.

Хотя фосфоръ и не вліяетъ непосредственно на рахитическій процессъ, все-таки не подлежитъ сомнѣнію, что онъ оказываетъ благоприятное дѣйствіе на общее состояніе и въ особенности на спазмофилю. Если ребенокъ не принимаетъ фосфора въ выше указанной формѣ, то можно воспользоваться фосфорно-шоколадными лепешками Gärtner'a (по $\frac{1}{2}$ млгрм. фосфора); въ день даютъ 1—2 лепешки. Часто также назначаютъ фосфорнокислый кальцій:

Rp. Pulv. antirachiticus F. M. B. (Calcii carbon. praecip. 16,0, Calcii phosphor. 7,5, Ferri lact. 1,5, Sacch. lactis 25,0. M. f. pulv.) S. $\frac{1}{4}$ чайной ложки на $\frac{1}{2}$ литра молока.

Ортопедическое лечение можетъ быть примѣнено лишь тогда, когда уже нѣтъ основаній рассчитывать на обратное развитіе искривленій, слѣдовательно, начиная съ 4—5-го года жизни.

6. Остеомаляція (размягченіе костей).

Рѣдкая хроническая болѣзнь костей, характеризующаяся исчезновеніемъ известковыхъ солей и размягченіемъ костей. Чаше всего наблюдается у женщинъ въ возрастѣ половой зрѣлости, особенно во время беременности и лактаціи. Этиологія не извѣстна. Весьма вѣроятна связь остеомаляціи съ женскими половыми органами (внутренняя секретія яичниковъ?). Повидимому, имѣютъ значеніе неблагоприятныя гигиеническія условія жизни и плохое питаніе. Встрѣчается эндемически въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ. По мѣрѣ всасыванія известковыхъ солей костное вещество превращается въ мягкую остеондную ткань.

Подъ надкостницей остается только тонкій слой коркового вещества; кости гнутся или становятся ломкими. Переломы быстро заживаютъ благодаря обильному развитію новаго костнаго вещества, которое однако въ недостаточной степени подвергается обызвествленію.

Симптомы. Начинается съ болей въ тазу и въ бедрахъ или въ позвоночникѣ и грудной клѣткѣ; слабость бедренной мускулатуры; ходьба и восхождение по лѣстницамъ затруднены (валкая походка); клювовидное выпячиваніе симфиза, искривленіе позвоночника, сѣуженіе таза, особенно въ поперечномъ размѣрѣ, искривленіе бедренныхъ костей. Остальные отдѣлы конечностей и черепъ обыкновенно поражаются въ меньшей степени. Возрастающая безпомощность, атрофія мышцъ, анемія, заболѣванія внутреннихъ органовъ. Большею частью смертельный исходъ въ зависимости отъ случайныхъ заболѣваній, септицеміи и пролежней. Теченіе хроническое, съ остановками болѣзненнаго процесса и возвратами. Каждая беременность ухудшаетъ состояніе больной. Діагнозъ вначалѣ представляетъ затрудненія. Характерны боли въ тазу и ногахъ, сопровождающіяся указанными функціональными разстройствами. Лечение. Покой, обильная хорошая пища, предотвращеніе зачатія, пребываніе на свѣжемъ воздухѣ, соленныя ванны. Благопріятное дѣйствіе часто оказываетъ фосфоръ, который назначаютъ въ томъ же видѣ, какъ при рахитѣ.

7. Сифились

костей часто начинается рѣзкими сверлящими болями, появляющимися въ особенности ночью, и поражаетъ обыкновенно поверхностно лежащія кости (большая берцовая, локтевая кость, ключица). Часто на этихъ костяхъ прощупываются утолщенія.—Лечение специфическое.

8. Myositis (ossificans progressiva).

Начинается болями и лихорадкой. Затѣмъ обнаруживается прогрессирующее развитіе костнаго вещества въ мышцахъ, особенно въ мышцахъ задней поверхности шеи, спины и конечностей. Очень рѣдкая болѣзнь. Теченіе хроническое, исходъ неблагопріятный. Лечение почти безуспѣшно: покой, іодистый калий, соленныя ванны, массажъ, электризація.

Болѣзни крови.

Общія діагностическія замѣчанія.

Капля свѣжей, полученной посредствомъ укола крови помѣщается между чистыми предметнымъ и покровнымъ стеклами; рассматривая подъ микроскопомъ образующійся тонкій слой крови, можно при нормальныхъ условіяхъ видѣть расположеніе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ въ видѣ монетныхъ свертковъ, между тѣмъ какъ лейкоциты попадаютъ лишь въ незначительномъ числѣ (приблизительно 2 лейкоцита въ полѣ зрѣнія). Образование монетныхъ свертковъ уменьшено при анеміи и можетъ совершенно отсутствовать при злокачественной анеміи. Если въ полѣ зрѣнія насчитывается 10—15 лейкоцитовъ и болѣе, то это указываетъ на гиперлейкоцитозъ. Большею частью приходится наблюдать временное, не прогрессирующее увеличеніе числа лейкоцитовъ и притомъ преимущественно многоядерныхъ лейкоцитовъ; такого рода гиперлейкоцитозъ встрѣчается при цѣломъ рядѣ инфекціонныхъ заболѣваній, особенно при скарлатинѣ, рожѣ, гнойномъ менингитѣ, пневмоніи, при гнойныхъ воспаленіяхъ въ полости брюшины (аппендицитѣ), при раковыхъ опухоляхъ, при кахексіи.—Увеличеніе количества однихъ лимфоцитовъ наблюдается при псевдолейкеміи, а однихъ эозинофильныхъ лейкоцитовъ—при астмѣ и трихинозѣ. Физиологическій гиперлейкоцитозъ встрѣчается во время беременности*). Рѣзкое увеличеніе количества лейкоцитовъ является характернымъ признакомъ лейкеміи. Уменьшеніе числа лейкоцитовъ—лейкопенія (меньше 6000 въ 1 куб. мм., такъ какъ нормальнымъ числомъ считается 7000) наблюдается при брюшномъ тифѣ, кори и септицеміи; при этомъ главнымъ образомъ уменьшено количество многоядерныхъ лейкоцитовъ и вовсе не встрѣчаются эозинофильные лейкоциты. При маларіи и сапѣ тоже не наблюдается гиперлейкоцитоза. Для опредѣленія числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ такъ же, какъ и красныхъ, служитъ счетная камера Thoma-Zeiss'a; для счета лейкоцитовъ разбавляютъ кровь въ 10 или 20 разъ, для счета красныхъ кровяныхъ тѣлецъ—въ 100 или 200 разъ.—Опредѣленіе процентнаго содержанія отдѣльныхъ формъ лейкоцитовъ обыкновенно производится на окрашенномъ препаратѣ.—Нормальное количество красныхъ кровяныхъ тѣлецъ у мужчинъ—5 миллионъ въ 1 куб. мм., у женщинъ—4,5 миллионъ, количество лейкоцитовъ въ среднемъ 7000; отношеніе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ къ краснымъ колеблется при нормальныхъ условіяхъ въ предѣлахъ отъ 1:1000—500. Уменьшеніе количества эритроцитовъ, олигоцитемія, рѣзке всего бываетъ выражена при злокачественномъ малокровіи (до $\frac{1}{4}$ нормальнаго количества) и въ меньшей степени при остальныхъ анемическихъ состояніяхъ, а также при лейкеміи (до $\frac{1}{2}$ нормальнаго количества). Увеличеніе числа эритроцитовъ, полицитемія, наблюдается при болѣзняхъ сердца съ застойными явленіями, при сморщенной почкѣ, при хроническомъ увеличеніи селезенки**) и при обѣднѣніи крови водою, напр. при холерѣ.—При нормальныхъ условіяхъ 100 грм. крови содержатъ 12—13 грм. гемоглобина. Нормальное содержаніе гемоглобина въ крови принимаютъ за 100% содержанія гемоглобина.

Для практическихъ цѣлей можно удовольствоваться изслѣдованіемъ при помощи гемоглобиновой шкалы Tallquist'a. (Сравниваютъ цвѣтъ пропускной бумаги, пропитанной кровью, съ цвѣтомъ различныхъ красныхъ полосъ, окраска которыхъ соотвѣтствуетъ опредѣленному процентному содержанію гемоглобина).

*) А также во время пищеваренія (пищеварительный лейкоцитозъ).

**) Также при такъ назыв. polycythaemia turba.

Прим. ред.
Прим. ред.

Для болѣе точныхъ опредѣленій служить гелометръ Fleischl-Miescher'a или гемоглобинометръ Gowers - Sahli. Содержаніе гемоглобина въ крови понижено рѣзче всего при злокачественномъ малокровіи, затѣмъ при вторичномъ малокровіи, лейкоміи и хлорозѣ.

Для болѣе точнаго изслѣдованія крови и въ особенности для дифференцированія ея морфологическихъ составныхъ частей примѣняется окраска сухихъ препаратовъ по методу Ehrlich'a, Jenner-Mau'y или по способу Романовскаго, видоизмѣненному Giemsa. Подробно описывать технику этихъ методовъ здѣсь нѣтъ возможности.

Красныя кровяныя тѣльца (эритроциты) представляютъ плоскіе круглые диски съ центральнымъ вдавленіемъ съ обѣихъ сторонъ и безъ ядра. Ихъ діаметръ равняется въ среднемъ 7,5 μ .

Пойкилоцитами называютъ красныя кровяныя тѣльца съ измѣненной формой: они могутъ имѣть форму булавъ, почки, бисквита (болѣе тяжелая анемія).

Макроциты суть крупныя эритроциты съ діаметромъ въ 10—12 μ (анемія, злокачественное малокровіе).

Микроциты суть мелкіе эритроциты съ діаметромъ 3—6 μ (анемія, ожоги).

Ядросодержащія красныя кровяныя тѣльца, нормобласты, эритробласты, происходятъ изъ кровотворной части костнаго мозга; ихъ появленіе въ крови указываетъ на регенеративные процессы при потеряхъ крови или при плохомъ составѣ крови (вторичная анемія, злокачественное малокровіе, лейкомія).

Очень большія содержащія ядра красныя кровяныя тѣльца, мегалобласты, встрѣчаются только при тяжелыхъ болѣзняхъ крови (тяжелая анемія, злокачественное малокровіе).

Полихроматофильное перерожденіе. Нормальныя красныя кровяныя тѣльца лучше всего окрашиваются кислыми красками, напр. эозиномъ. При нѣкоторыхъ формахъ анеміи, особенно при наличности ядросодержащихъ эритроцитовъ, красныя кровяныя тѣльца воспринимаютъ также основныя краски (напр. метиленовую синьку), благодаря чему получается смѣшанная окраска (фіолетовый цвѣтъ). Подобное же явленіе наблюдается при свинцовомъ отравленіи.

Среди бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, лейкоцитовъ, различаютъ слѣдующіе виды:

Лимфоциты, состоящіе изъ большого ядра и тонкаго слоя протоплазмы, имѣютъ величину эритроцитовъ, составляютъ 25% общаго количества лейкоцитовъ и происходятъ изъ лимфатическихъ железъ. Количество ихъ рѣзко увеличено при лимфатической лейкоміи.

Большіе одноядерные лейкоциты съ широкимъ слоемъ незернистой протоплазмы и простымъ ядромъ, имѣющимъ иногда вырѣзку, встрѣчаются въ нормальной крови въ количествѣ 1%.

Многоядерные (полиморфноядерные) лейкоциты имѣютъ лопастное ядро, которое иногда распадается на нѣсколько отдѣльных ядеръ. Они наполовину или вдвое больше лимфоцитовъ, составляютъ большую часть, около 70%, всего количества бѣлыхъ кровяныхъ тѣ-

лецъ, принимаютъ участіе въ качествѣ блуждающихъ клѣтокъ въ воспалительныхъ процессахъ (гнойныя тѣльца) и содержатся также въ отдѣленіи слизистыхъ оболочекъ.

Эозинофильные лейкоциты содержатъ крупныя зернышки, которыя рѣзко окрашиваются эозиномъ въ красный цвѣтъ. Они встрѣчаются въ нормальной крови въ количествѣ 2—4⁰/₀; число ихъ значительно увеличено при міелогенной лейкеміи, а также при трихинозѣ и бронхіальной астмѣ. Они обыкновенно снабжены лопастнымъ ядромъ. Тучными клѣтками (Mastzellen) называютъ крупнозернистые лейкоциты, зерна которыхъ окрашиваются только основными красками. Онѣ встрѣчаются въ нормальной крови въ очень незначительномъ количествѣ; при міелогенной лейкеміи количество ихъ сильно увеличено.

Міелоциты суть крупныя одноядерные лейкоциты, протоплазма которыхъ содержитъ нейтрофильныя зерна. Они не встрѣчаются въ нормальной крови, но зато въ большемъ количествѣ содержатся въ нормальномъ костномъ мозгѣ, представляя собой молодую форму многоядерныхъ лейкоцитовъ. При міелогенной лейкеміи они поступаютъ въ большемъ количествѣ въ кровь.

Кровяныя пластинки представляютъ безцвѣтныя кружочки длиною въ 2—3 μ ; онѣ быстро измѣняются внѣ кровеносныхъ сосудовъ, слабо окрашиваются основными красками и имѣютъ близкое отношеніе къ процессамъ свертыванія крови и образованія тромбовъ.

Частная діагностика и терапія болѣзней крови.

1. Вторичная анемія.

Причиною являются потери крови при травмахъ, при желудочныхъ и кишечныхъ язвахъ, при легочныхъ, геморроидальныхъ и маточныхъ кровотеченияхъ; кромѣ того причинами могутъ быть хроническія болѣзни желудочно-кишечнаго канала, сахарное мочеизнуреніе, хроническій нефритъ, сифилисъ, малярія, туберкулезъ, злокачественныя опухоли, нагноенія, кишечные паразиты, (сростноустка), инфекціонныя болѣзни, отравленія (свинецъ, ртуть, мышьякъ); наконецъ малокровіе можетъ развиться на почвѣ недостаточнаго питанія, плохихъ гигиеническихъ условій жизни, психическихъ вліяній и переутомленія.

Главные симптомы. Составъ крови: Количество эритроцитовъ уменьшено и содержаніе гемоглобина понижено, иногда до 75—50⁰/₀ нормальной величины. Часто встрѣчаются макроциты и микроциты, рѣже ядросодержащія красныя кровяныя тѣльца; количество многоядерныхъ лейкоцитовъ увеличено. Если наступаетъ регенерація красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, то количество ихъ достигаетъ нормальной величины, между тѣмъ какъ содержаніе гемоглобина остается еще пониженнымъ (отношеніе числа эритроцитовъ къ количеству гемоглобина, т. е. показатель окрашиванія крови меньше 1). Клиническія явленія: Блѣдность слизистыхъ оболочекъ и кожи; (цвѣтъ кожи лица не всегда соотвѣтствуетъ составу крови). Слабость, повышенная утомляемость, общая разбитость, головныя боли, головокруженіе, шумъ въ ушахъ, потеря аппетита, обыкновенно также запоры, разстройства менструаціи, дряблость мышцъ, мягкій пульсъ,

который сильно учащается при напряженіяхъ; случайные сердечные шумы, иногда расширеніе сердца, шумъ волчка; встрѣчается также альбуминурия и легкіе отеки.—Течение болѣзни и предсказаніе зависятъ отъ основного страданія. Если причинные моменты не устраняются, то можетъ развиться злокачественная анемія. Діагнозъ. Отъ простой или вторичной анеміи слѣдуетъ отличать олигемію, т. е. уменьшеніе общаго количества крови; при этомъ составъ крови можетъ быть нормальнымъ, между тѣмъ какъ клиническія явленія такія же, какъ при анеміи. Нерѣдко встрѣчаются переходныя формы между простой и прогрессивной злокачественной анеміей.

Лечение. Прежде всего необходимо направить лечение противъ основного заболѣванія: противъ желудочныхъ кровотеченій, сродноустокъ, хроническихъ болѣзней пищеварительнаго аппарата, туберкулеза, сифилиса, мalarіи; при нагноеніи кости или другихъ органовъ прибѣгаютъ къ хирургическому лечению; улучшаютъ гигиеническія условія жизни и устраняютъ вредное вліяніе профессіи (свинцовое отравленіе). Покой, въ началѣ леченія постельное содержаніе, достаточный притокъ свѣжаго воздуха (пребываніе въ деревнѣ, лѣсной воздухъ) и укрѣпляющее питаніе—вотъ важнѣйшіе лечебные факторы. Больнымъ даютъ супы, приготовленные на молокѣ и водѣ изъ муки, крупы, саго, овсянки, мондамина съ яичнымъ желткомъ; затѣмъ мясной бульонъ съ костнымъ мозгомъ, мясной экстрактъ, вино, супъ изъ вина и саго, супъ изъ пива, сгущенное молоко. Часто больнымъ противна мясная пища. По возможности даютъ нѣжное, мягкое мясо (телятина, баранина, курица, голубь) или телячьи мозги и сладкое мясо. Можно давать также нѣжную, скобленную сырую или слегка поджаренную говядину или скобленную ветчину. Изъ искусственныхъ питательныхъ препаратовъ примѣняются пептоны (Kemmerich'a, Denaeueg'a), тропонъ, плазмонъ, санатогенъ. Разрѣшаютъ ѣсть рыбу, устрицы, икру, а также яйца всмятку и яичницу. Хорошее масло, жирные соусы, мучныя блюда, рисъ, клецки, макароны, бѣлый хлѣбъ, а также черный хлѣбъ. Въ большомъ количествѣ даютъ овощи: шпинатъ, стручья, брюкву, картофельное пюре, цвѣтную капусту (не слѣдуетъ давать стручковыхъ плодовъ и кочанной капусты). Сладкія блюда, медъ, желе, фрукты въ большомъ количествѣ. Кромѣ того даютъ много молока (а также сыр), какао, шоколадъ, мюнхенское пиво, вино. Въ молоко можно прибавлять немного кофе; разрѣшается пить жидкій чай. (При болѣзняхъ желудочно-кишечнаго канала назначаютъ соотвѣтственную діету). Изъ водолечебныхъ мѣръ можно примѣнять только нѣжныя процедуры, какъ напр. частичныя обмыванія въ постели водой со спиртомъ ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$) или солью (1—3⁰); послѣ обмыванія больной долженъ отдыхать въ теченіе часа; примѣняютъ также обтиранія всего тѣла, полуванны и тепловатыя ванны (35⁰) съ послѣдующимъ растираніемъ.—Благопріятное вліяніе оказываетъ пребываніе въ горахъ, въ лѣсистой возвышенной мѣстности.—Нельзя обойтись безъ назначенія препаратовъ мышьяка и желѣза.

2. Прогрессивная злокачественная анемія.

Большую частью наблюдается въ качествѣ первичнаго заболѣванія съ неизвѣстной этиологіей; иногда развивается вторичнымъ путемъ изъ тяжелыхъ формъ анеміи (частыя потери крови при язвѣ желудка, при зараженіи сростно-устками или широкою лентецѣ, при хроническихъ болѣзняхъ органовъ пищеваренія, сифилисѣ, маларіи и др.); кромѣ того полагають, что въ развитіи злокачественнаго малокровія могутъ играть роль недостаточное питаніе, неблагоприятныя гигиеническія условія жизни, частые роды при плохомъ питаніи и уходѣ.—Важныя анатомическія измѣненія часто находятъ въ костномъ мозгу: жировой костный мозгъ исчезаетъ и превращается въ красный костный мозгъ; послѣдній имѣетъ видъ малиноваго желе.

Главные симптомы. Составъ крови: Уменьшеніе количества эритроцитовъ; нерѣдко въ 1 куб. мм. крови содержится значительно меньше одного милліона эритроцитовъ; образованіе монетныхъ свертковъ не наблюдается. Встрѣчаются пойкилоциты, макроциты и микроциты, мегалобласты и нормобласты. Обыкновенно также уменьшено количество лейкоцитовъ (лейкопенія). Уменьшено количество кровяныхъ пластинокъ и понижена свертываемость крови. Содержаніе гемоглобина въ красныхъ кровяныхъ тѣльцахъ обыкновенно не понижено, а иногда даже повышено (показатель окрашиванія крови больше 1). Клиническія явленія: Рѣзкая блѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ, рѣзкая слабость, головокруженіе, шумъ въ ушахъ, диспепсія, запоры, иногда поносы, отекъ въ области лодыжекъ; малый, часто учащенный пульсъ, иногда лихорадка, случайные сердечные шумы, нерѣдко расширеніе сердца, одышка, иногда увеличеніе селезенки, альбуминурия. Важнымъ симптомомъ являются кровоизліянія въ сѣтчаткѣ (въ видѣ полосокъ, расположенныхъ иногда радіусами, особенно въ области соска). Подкожный жировой слой въ началѣ болѣзни выраженъ сравнительно хорошо, затѣмъ исчезаетъ.—Исходъ неблагоприятный. Діагнозъ основывается на измѣненіяхъ крови. Въ противоположность хлорозу леченіе желѣзомъ обыкновенно не приноситъ пользы. Леченіе. Тѣлесный и душевный покой, пребываніе на свѣжемъ воздухѣ, въ лѣсной мѣстности. Леченіе первичныхъ заболѣваній, на почвѣ которыхъ развилась анемія (см. выше). Симптоматическое леченіе диспепсін, запоровъ, поноса; сердечныя средства, діететическое и гидротерапевтическое леченіе, какъ при вторичной анеміи. Желѣзо обыкновенно не оказываетъ вліянія на болѣзнь. Часто приноситъ пользу мышьякъ*). Рецепты см. выше.

3. Хлорозъ (блѣдная немочь).

Измѣненіе состава крови и кровотворныхъ органовъ у женщинъ, главнымъ образомъ въ періодѣ достиженія половой зрѣлости и въ ближайшіе послѣдующіе годы; развитіе болѣзни находится въ связи съ вліяніями половой сферы, съ половымъ развитіемъ, съ наступленіемъ менструаціи и ея неправильностями**). Кромѣ того имѣетъ значеніе нецѣлесообразное или недостаточное питаніе, переутомленіе, недостатокъ свѣжаго воздуха и психическіе моменты.

*) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ давали съ успѣхомъ сырой костный мозгъ (по 100 грм. на черномъ хлѣбѣ, съ солью).

**) Часто неправильности менструаціи являются слѣдствіемъ уже развившагося хлороза.

Прим. ред.

Прим. ред.

Главные симптомы. Составъ крови: Значительное уменьшеніе содержанія гемоглобина въ красныхъ кровяныхъ тѣльцахъ, количество которыхъ не измѣнено или уменьшено лишь въ незначительной степени (слѣдовательно, показатель окрашиванія крови значительно меньше 1). Число лейкоцитовъ не увеличено. (Такой же составъ крови можетъ наблюдаться во время регенераціи ея послѣ сильныхъ кровотеченій). Клиническія явленія: Блѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ; при этомъ щеки нерѣдко представляются красными, рѣзко выдѣляясь на фонѣ окружающей блѣдной кожи. Подкожный жировой слой часто хорошо развитъ. Въ сердцѣ обыкновенно выслушиваются случайные шумы, надъ яремной веной—шумъ волчка. Пульсъ малый, мягкій, при малѣйшемъ физическомъ напряженіи учащается. Иногда наблюдается отекъ въ области лодыжекъ. Повышенная утомляемость, нервная возбудимость и слабость (раздражительная слабость). Часто встрѣчаются диспептическія явленія (запоры, потеря аппетита, сильный голодъ) или повышенная кислотность желудочнаго сока (сочетаніе съ язвой желудка), расстройства менструаціи (амеоррея, дисменоррея, меноррагіи). Часто больные жалуются на головокруженіе, головную боль, боли въ спинѣ и животѣ, сердцебіеніе. Осложненія. Язва желудка, гастралгія, туберкулезъ легкихъ, тромбозъ венъ *). Теченіе болѣзни обыкновенно благопріятное, въ особенности при надлежащемъ леченіи; продолжительность болѣзни—нѣсколько мѣсяцевъ.

Рѣже наблюдается переходъ въ хроническую форму, которая можетъ существовать годами. Осложненія значительно ухудшаютъ предсказаніе. Диагнозъ. Необходимо исключить начинающійся туберкулезъ легкихъ (наслѣдственное расположеніе, исхуданіе, ночные поты, измѣненія въ легочныхъ верхушкахъ, мокрота) и хроническій нефритъ (исслѣдованіе мочи). Объ отличіи функціональныхъ (случайныхъ) сердечныхъ шумовъ отъ органическихъ см. выше.

Леченіе. Тѣлесный и душевный покой; необходимо избѣгать всякаго физическаго напряженія; умѣренный моціонъ на свѣжемъ воздухѣ, пребываніе въ деревнѣ и въ горахъ. Водолеченіе и діета, какъ при вторичной анеміи. Обильная бѣлковая пища (мясо, яйца), овощи (шпинатъ, спаржа, морковь), вареные и сырые фрукты (вопреки распространенному взгляду можно, принимая желѣзо, безъ всякаго вреда ѣсть фрукты). Молоко даютъ въ умѣренномъ количествѣ, чтобы по возможности ограничить введеніе жидкостей. Жирные соусы, масло и сливки даютъ въ большомъ количествѣ только тѣмъ больнымъ, у которыхъ желательнѣе поднять питаніе. Кромѣ того употребляется солодовый экстрактъ и рыбій жиръ. Необходимо при назначеніи діеты считаться съ состояніемъ пищеварительныхъ органовъ. При пониженной кислотности желудочнаго сока назначаютъ *acid. hydrochlor. dilut.* при кардіальгическихъ боляхъ—

*) Иногда также тромбозъ мозговыхъ синусовъ.

bismut. subnitr.; принимаютъ мѣры противъ запоровъ. Среди лекарственныхъ средствъ выдающееся мѣсто занимаетъ желѣзо. При хлорозѣ препараты желѣза несомнѣнно вліяютъ возбуждающимъ образомъ на дѣятельность кровотворныхъ органовъ (въ гораздо большей степени, чѣмъ при простой анеміи). Только при разстройствѣ желудочнаго пищеваренія желѣзо иногда плохо переносится. Поэтому лучше всего принимать его послѣ ѣды и съ какой-либо жидкостью. Кромѣ того назначаютъ препараты мышьяка и воду Levico.

Rp. Liq. ferri albuminati (Drees) 100,0. D. S. Три раза въ день по $\frac{1}{2}$ —1 чайной ложкѣ.

Rp. Ferri carbon. sacchar. 30,0. D. S. Три раза въ день принимать на кончикѣ ножа.

Rp. Pilul. Blaudii № 100 (Ferri sulfur., Kalii carbon. aa 15,0, Tragacanth. pulv. 2,0, Sirup. simpl. q. s. ut f. pil. № 100). D. S. Три раза въ день по 2 пилюли.

Примѣняются также пилюли съ желѣзомъ, приготовляемыя, согласно Formulae magistrales Berolinenses (F. M. B.).

Rp. Pilul. Chinini cum Ferro F. M. B. № 50. D. S. Три раза въ день по 2 пилюли.

Rp. Pilul. ferri arsenicosi F. M. B. № 50. D. S. Три раза въ день по 2 пилюли

Rp. Pilul. ferri citrici F. M. B. № 50. D. S. Три раза въ день по 2 пилюли.

Rp. Pilul. ferri lactici F. M. B. № 50. D. S. Три раза въ день по 2 пилюли.

Rp. Pilul. ferri peptonati F. M. B. № 50. D. S. Три раза въ день по 2 пилюли

Rp. Pilul. ferri reducti F. M. B. № 50. D. S. Три раза въ день по 2 пилюли.

Rp. Pilul. ferri cum Magnesia F. M. B. № 50 D. S. Три раза въ день по 2 пилюли.

При существованіи запоровъ назначаютъ:

Rp. Pilul. aloetic. ferrat. № 50. D. S. По 1—2 пилюли три раза въ день.

Изъ другихъ препаратовъ желѣза заслуживаютъ вниманія, еще слѣдующіе:

Tinct. ferri chlorati aether. и Tinct. ferri pomati, три раза въ день по 20 капель; таблетки arsoferrin'a (соединеніе органическаго препарата желѣза съ мышьяковистой и глицеринофосфорной кислотой, 1 таблетка = 0,1 arsoferrin'a = 1 капль sol. Fowleri), по 3 таблетки въ день, постепенно повышая ихъ количество.

Затѣмъ примѣняются: Haemol и Haemogallol, три раза въ день по 0,5; Ferratosa, нѣсколько разъ въ день по столовой ложкѣ; Haemalbumin, три раза въ день по 1,0—2,0; Haematogen, 2—3 раза въ день по столовой ложкѣ; Bioferrin, 2 раза въ день по столовой ложкѣ; Sanguinal'евыя пилюли Krewel'я, нѣсколько пилюль въ день; Ferrotropon, по нѣсколько таблетокъ въ день.

Въ дѣтской практикѣ часто назначаютъ:

Rp. Sir. ferri iodati 20,0, Sir. simpl. 80,0. M. D. S. Три раза въ день по чайной ложкѣ

Изъ минеральныхъ водъ особенно умѣстны желѣзистые источники: Pygmont, Kudowa, Reinerz, Schwalbach, Rippoldsau, Elster, Franzensbad, и желѣзистые источники, содержащіе мышьякъ: Levico и Roncesgno. Благопріятное вліяніе оказываетъ также горный климатъ (среднія высоты) и пребываніе на югѣ въ теченіе холоднаго времени года.

4. Лейкемія.

Болѣзнь кровотворныхъ органовъ, характеризующаяся значительнымъ увеличеніемъ количества лейкоцитовъ въ крови. Этиологія не извѣстна.

Главные симптомы. Нужно различать двѣ формы болѣзни: лимфатическую лейкемію съ опуханіемъ лимфатическихъ железъ и лимфатическаго аппарата и міэлогенную лейкемію съ измѣненіями костнаго мозга; селезенка сильно увеличена при обѣихъ формахъ, особенно же при второй (поэтому міэлогенную форму называютъ также селезеночно-міэлогенной). Составъ крови: Уже на неокрашенномъ препаратѣ крови можно замѣтить значительное увеличеніе количества лейкоцитовъ: ихъ численное отношеніе къ эритроцитомъ, составляющее при нормальныхъ условіяхъ 1 : 1000—500, достигаетъ 1 : 50, а въ тяжелыхъ случаяхъ 1 : 2. Количество лейкоцитовъ въ одномъ куб. мм. крови можетъ увеличиться съ 7000 до одного милліона. Абсолютное количество эритроцитовъ уменьшено, иногда наполовину. При лимфатической формѣ увеличено число лимфоцитовъ; и наряду съ мелкими лимфоцитами встрѣчаются также крупные (въ особенности при острой, геморрагической формѣ); при міэлогенной лейкеміи значительно увеличено количество много-ядерныхъ лейкоцитовъ, количество лимфоцитовъ не увеличено, затѣмъ увеличено число эозинофильныхъ клѣтокъ и въ качествѣ характернаго признака встрѣчаются зернистые міэлоциты, которые при нормальныхъ условіяхъ содержатся только въ красномъ костномъ мозгѣ, не поступая въ кровь. Кромѣ того встрѣчаются тучныя клѣтки и ядросодержащія красныя кровяныя тѣльца.—Макроскопически при обѣихъ формахъ въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ кровь представляется свѣтлой, иногда желтоватой. Клиническія явленія: Лимфатическая лейкемія иногда протекаетъ остро, сопровождаясь лихорадкой, тяжелыми общими явленіями и геморрагическимъ діатезомъ (похожая на цыngu картина болѣзни). Содержаніе мочевой кислоты въ мочѣ значительно повышено. Смерть наступаетъ черезъ нѣсколько недѣль, прежде чѣмъ успѣваетъ развиться рѣзкое увеличеніе лимфатическихъ железъ и селезенки.—Въ большинствѣ случаевъ лейкемія протекаетъ хронически, медленно и длится нѣсколько лѣтъ. Болѣзнь начинается съ повышенной утомляемости и симметрическаго опуханія лимфатическихъ железъ и селезенки, которая обыкновенно достигаетъ большой величины и отличается плотностью. Печень увеличена. Иногда наблюдается лихорадка. Часто бываютъ диспептическія явленія, кровотеченія, одышка, пріапизмъ, трофическія разстройства, отеки. Кожа становится восковидно-блѣдной; слизистыя оболочки тоже очень блѣдны. Подкожный жировой слой, хорошо развитый въ началѣ болѣзни, посте-

ленно исчезаетъ. Часто наблюдаются кровоизліянія въ сѣтчаткѣ и retinitis leucaemica (блѣдная или оранжево-желтая окраска сѣтчатки, иногда блѣлыя полосы вдоль венъ, блѣлыя пятна и кровоизліянія въ сѣтчаткѣ). Причиной смерти является сердечная слабость, кровоизліянія или случайныя заболѣванія.

Міелогенная форма характеризуется весьма похожими симптомами; однако опуханіе лимфатическихъ железъ слабо выражено или вовсе отсутствуетъ, а увеличеніе селезенки достигаетъ особенно сильной степени; печень тоже рѣзко увеличена. Кости чувствительны къ давленію, въ особенности грудина и ребра. При обѣихъ формахъ значительно увеличено количество выдѣляемой мочевой кислоты.—При міелогенной лейкеміи тоже черезъ нѣсколько лѣтъ наступаетъ смертельный исходъ. Рѣдко наблюдается острое теченіе. Діагнозъ въ ясно выраженныхъ случаяхъ не представляетъ затрудненій; медленно развивающееся начало болѣзни часто просматривается; лишь увеличеніе селезенки и лимфатическихъ железъ побуждаетъ произвести изслѣдованіе крови, которое обнаруживаетъ характерныя измѣненія.—Гиперлейкоцитозъ можетъ вызвать такія же измѣненія крови, какъ и лейкемія. Однако увеличеніе лейкоцитовъ (много-ядерныхъ) не достигаетъ такой высокой степени и не имѣетъ прогрессирующаго характера, какъ при лейкеміи.

Леченіе. Питательная, легкая пища, пребываніе на свѣжемъ воздухѣ, особенно въ горахъ; физическій и душевный покой; симптоматическое леченіе наблюдающихся разстройствъ. Водолечебныя мѣры: частичныя обмыванія, углекислыя ванны, длительныя теплыя ванны. Лекарственное леченіе (мышьякъ, желѣзо), какъ при вторичной анеміи.—Въ каждомъ случаѣ лейкеміи слѣдуетъ испытать рентгенотерапію: сперва 2—3 раза въ недѣлю, а затѣмъ рѣже подвергаютъ дѣйствію рентгеновскихъ лучей кости, лимфатическія железы, селезенку и печень. При этомъ нужна точная дозировка и опредѣленная продолжительность сеанса. Вскорѣ наступаетъ уменьшеніе органовъ, подвергаемыхъ дѣйствію рентгеновскихъ лучей, и количество лейкоцитовъ въ крови падаетъ. Правда, эти результаты большею частью не отличаются стойкостью, но все-таки можно достигнуть значительнаго улучшенія.

5. Псевдолейкемія (злокачественная лимфома, болѣзнь Hodgkin'a).

Похожая на лейкемію болѣзнь съ значительнымъ опуханіемъ лимфатическихъ железъ и селезенки, но безъ увеличенія количества лейкоцитовъ въ крови. Этиологія не выяснена.

Главные симптомы. Составъ крови. Количество лейкоцитовъ не увеличено; напротивъ, количество красныхъ кровяныхъ тѣлецъ значительно уменьшено и содержаніе въ нихъ гемоглобина понижено въ болѣе или менѣе рѣзкой степени. Клиническія явленія. При лимфатической псевдолейкеміи (р. lymphatica) развивается безболѣзненное опуханіе лимфатическихъ железъ, которое прежде всего обыкновенно поражаетъ железы шеи, подкрыльцовыхъ впадинъ и паховыхъ областей.

Впослѣдствіи такіе же пакеты лимфатическихъ железъ образуются также въ остальныхъ мѣстахъ. Припуханіе железъ можетъ повлечь за собой нарушеніе функціи самыхъ различныхъ органовъ, въ особенности если поражаются брыжеечныя, бронхіальныя железы и железы средостѣнія. Иногда наблюдается лихорадка. Въ дальнѣйшемъ теченіи развивается анемія, слабость сердца, отеки, кровоизліянія, кахексія. — Селезеночная форма псевдолейкеміи (р. splenica) характеризуется рѣзкимъ увеличеніемъ селезенки, а также большею частью и печени, между тѣмъ какъ припуханіе лимфатическихъ железъ не достигаетъ значительной степени. Эта форма — въ особенности у дѣтей — иногда сопровождается рѣзко выраженной анеміей (анаемія splenica). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ псевдолейкеміи гиперплазія железъ переходитъ въ саркоматозную или туберкулезную лимфому. — Теченіе такое же, какъ и при лейкеміи, съ улучшеніями и ухудшеніями; но все-таки неоднократно наблюдались случаи выздоровленія. Діагнозъ основывается на характерныхъ клиническихъ явленіяхъ и на результатахъ изслѣдованія крови. Лечение такое же, какъ при лейкеміи. Однако лечение мышьякомъ играетъ здѣсь существенную роль: при помощи мышьяка можно достигнуть значительнаго улучшенія. Рецепты см. выше. Затѣмъ примѣняются подкожныя впрыскиванія:

Rp. Sol. arsenical. Fowleri 5,0, Aq. dest. 10,0.

D. S. Для подкожныхъ впрыскиваній (1½—1 шприцъ).

Геморрагическіе діатезы.

Принадлежація къ этой группѣ заболѣванія характеризуются появленіемъ кровоизліяній въ кожѣ, слизистыхъ оболочкахъ и внутреннихъ органахъ. Кровоизліянія зависятъ не отъ разрыва сосудовъ, а обуславливаются, вѣроятно, измѣненіями и повышенной проходимостью стѣнокъ капилляровъ или измѣненіями крови. Въ качествѣ вторичныхъ или симптоматическихъ явленій подобныя состоянія встрѣчаются при нѣкоторыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, въ особенности при септицеміи, при отравленіяхъ (фосфоръ, змѣиный ядъ), при тяжелыхъ формахъ анемій (лейкемія, злокачественное малокровіе) и кахектическихъ состояніяхъ.

6. Purpura, Morbus maculosus Werlhofii (Верльгофова болѣзнь).

Отъ неизвѣстныхъ причинъ появляются кровоизліянія въ кожѣ (purpura, purpura simplex s. haemorrhagica) или также кровоизліянія и кровотечения изъ слизистыхъ оболочекъ и внутреннихъ органовъ (morbus maculosus Werlhofii).

Главные симптомы. Въ качествѣ продромальныхъ явленій часто наблюдаются разбитость, потеря аппетита, иногда лихорадка. Затѣмъ появляются кровоизліянія въ кожѣ: либо точечныя (петехіи), либо болѣе крупныя, сливающіяся между собой кровоизліянія (кровоподтеки). Чаше всего они наблюдаются на кожѣ разгибательной поверхности голени и бедеръ, тыла кисти, кожѣ рукъ и туловища. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ происходятъ также кровоизліянія или кровотечения изъ слизистыхъ оболочекъ рта, носа, рѣже изъ слизистыхъ оболочекъ кишечника,

желудка, легких, мочевого пузыря. Иногда существуетъ увеличеніе селезенки, альбуминурія и гематурія. Рѣдко встрѣчаются болѣе тяжелыя явленія, какъ кровавая рвота, кровоизліянія въ головной мозгъ и мозговые оболочки, или осложненія въ видѣ плеврита, перикардита. Въ крови находятъ уменьшеніе количества эритроцитовъ, пониженное содержаніе гемоглобина и кромѣ того присутствіе макроцитовъ и нормобластовъ, указывающихъ на регенерацію кровяныхъ элементовъ. Теченіе болѣею частью благопріятное; болѣзнь длится нѣсколько недѣль, но иногда принимаетъ затяжное теченіе съ наклонностью къ возвратамъ. Встрѣчаются также тяжелые случаи съ быстро наступающимъ смертельнымъ исходомъ или съ переходомъ въ злокачественное малокровіе. Діагнозъ. При узловатой формѣ эритемы (*erythema nodosum*) на различныхъ частяхъ тѣла, особенно же на разгибательной поверхности голеней, появляются болѣзненные при давленіи, синевато-красные желваки, которые по своей окраскѣ похожи на обыкновенный кровоподтекъ отъ ушиба. При *purpura petechii* только въ исключительныхъ случаяхъ выдаются надъ уровнемъ окружающей кожи въ видѣ бляшекъ.

Леченіе. Постельное содержаніе; укрѣпляющая, легко переваримая пища съ преобладаніемъ овощей; препараты желѣза и мышьяка, отваръ хинной корки; при значительныхъ кровотеченіяхъ эрготинъ или желатина внутрь или подъ кожу.

7. *Peliosis rheumatica*.

Кожныя явленія такія же, какъ и при предыдущей формѣ; кровоизліянія въ слизистыя оболочки болѣею частью не встрѣчаются. Болѣзнь характеризуется тѣмъ, что наряду съ кровоизліяніями одновременно появляется болѣзненность и умѣренное припуханіе крупныхъ суставовъ (болѣею частью вслѣдствіе кровоизліяній въ суставы), въ особенности колѣнныхъ и голеностопныхъ. Теченіе благопріятное. Иногда болѣзнь распространяется на-подобіе эпидеміи.

Леченіе такое же, какъ и при предыдущей формѣ. На пораженіе суставовъ оказываютъ благопріятное вліяніе салициловый натръ, антипиринъ (см. выше).

8. Цынга (скорбутъ).

Геморрагическій діатезъ съ типическими измѣненіями десенъ; развивается почти исключительно при упадкѣ питанія или истощеніи. Часто наблюдается эндемическое или эпидемическое распространеніе цынги. Въ основѣ болѣзни, вѣроятно, лежитъ инфекція.

Главные симптомы. Въ качествѣ продромальныхъ явленій наблюдаются разбитость, угнетенное состояніе, боли въ конечностяхъ, потеря аппетита, синевато-блѣдная окраска кожи. Затѣмъ, въ качествѣ постоянного и важнаго въ діагностическомъ отношеніи явленія, появляется пораженіе десенъ: болѣзненность, припуханіе и разрыхленіе десенъ около зубовъ (но не въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ недостаетъ того или другого зуба), кровотеченія и изъязвленія. Сильный запахъ изо рта; жеваніе и приня-

тіе пиши затруднены. Затѣмъ появляются кровоизліянія въ кожѣ въ видѣ мелкихъ петехій или крупныхъ кровоподтековъ, подобно тому, какъ и при ригрига, но только кровоизліянія при цынгѣ отличаются обыкновенно болѣе крупной величиной; внутримышечныя и межмышечныя кровоизліянія прощупываются въ видѣ плотныхъ болѣзненныхъ узловъ; происходятъ также кровоизліянія въ суставы, подъ надкостницу, въ слизистыя оболочки (носъ, бронхи, желудокъ). Въ тяжелыхъ случаяхъ встрѣчаются кровоизліянія въ плевру, сердечную сумку, мочевой пузырь и кишечникъ. — Раньше цынга встрѣчалась очень часто, теперь же она наблюдается сравнительно рѣдко у людей, которые живутъ въ неблагоприятныхъ гигиеническихъ условіяхъ и питаются недостаточно или однообразно (консервы) (недостатокъ свѣжихъ растительныхъ пищевыхъ веществъ, недостатокъ бѣлковъ). Исходъ обыкновенно благопріятный при перемѣнѣ питания и условій жизни. Однако встрѣчаются также случаи съ острымъ теченіемъ и быстро наступающимъ смертельнымъ исходомъ. Діагнозъ цынгы и отличіе ея отъ другихъ геморрагическихъ заболѣваній основывается на пораженіи десенъ.

Леченіе. Постельное содержаніе; больной долженъ лежать въ свѣтлой просторной комнатѣ. Главное значеніе имѣетъ питаніе: свѣжіе овощи, салаты, крессъ, кислая капуста; кисловатые фрукты, яблоки, лимонъ, вишни, апельсины, виноградъ, фруктовый сокъ и растительныя кислоты (лимонная, виннокаменная, уксусная); кромѣ того свѣжее мясо, яйца всмятку, свѣжее молоко, вино, пиво. Слѣдуетъ избѣгать какихъ бы то ни было консервовъ. Пораженіе десенъ лечатъ, какъ при стоматитѣ. Противъ кровоподтековъ примѣняютъ холодныя обмыванія, спиртовыя втиранія; противъ внутреннихъ кровотеченій — ледъ, уксуснокислый свинецъ, желатина. Въ періодѣ выздоровленія назначаютъ желѣзо, мышьякъ, хину.

9. Болѣзнь Barlow'a.

Болѣзнь эта наблюдается у дѣтей большею частью въ концѣ перваго года жизни и представляетъ до извѣстной степени сочетаніе геморрагическаго діатеза и рахита. Вначалѣ появляются анемія, боли въ ногахъ и припухлость на границѣ нижнихъ эпифизовъ бедренныхъ костей (подперіостальныя кровоизліянія). Поражаются также и другія кости. Затѣмъ появляются кровоизліянія въ кожѣ и слизистыхъ оболочкахъ; если у ребенка есть зубы, то нерѣдко развивается пораженіе десенъ, какъ при цынгѣ. Часто наблюдается гематурія. Кромѣ того развивается исхуданіе и нарастающее малокровіе. Причина болѣзни заключается въ длительномъ кормленіи ребенка молокомъ, которое подвергалось слишкомъ продолжительной стерилизаціи или пастеризаціи, или въ кормленіи суррогатами. — Теченіе большею частью благопріятное, если вскорѣ измѣняютъ способъ питанія. Діагнозъ ставится на основаніи указанныхъ характерныхъ измѣненій. Посредствомъ рентгеноскопіи можно обнаружить на-

личность подперіостальныхъ кровоизліаній. Необходимо исключить возможность воспалительнаго пораженія суставовъ и костей. Лечение. Сырое, вполне доброкачественное молоко и нѣсколько чайныхъ ложекъ фруктоваго сока въ теченіе дня; дѣтямъ постарше даютъ также свѣжіе фрукты и овощи: шпинатъ, морковь, цвѣтную капусту, спаржу (скобленную, разрѣзанную на маленькіе кусочки или выжатую), картофельную или рисовую кашу, а также яичный желтокъ или мясной сокъ. Лечение стоматита.

10. Гемофилія (кровоточивость).

Наслѣдственная конституціональная аномалія, характеризующаяся наклонностью къ самопроизвольнымъ кровотечениямъ и къ трудно останавливаемымъ кровотечениямъ, вызываемымъ самыми незначительными поврежденіями (извлеченіе зуба, прищипываніе пиявокъ, перерѣзка пуповины, небольшіе надрѣзы кожи). Часто происходятъ самопроизвольныя кровоизліанія въ суставы (колѣнный суставъ); иногда наблюдаются кровотечения изъ слизистыхъ оболочекъ (носъ, ротъ, кишечникъ, почки, легкія). — Неизвѣстно, зависитъ ли болѣзнь отъ недостаточной свертываемости крови, или отъ ненормальныхъ свойствъ стѣнокъ сосудовъ. Гемофилія передается по наслѣдству исключительно со стороны матери, происходящей изъ кровоточивой семьи, притомъ почти исключительно мужскому потомству. Съ возрастомъ явленія кровоточивости ослабѣваютъ. Лечение. Необходимо избѣгать всякихъ поврежденій и оперативнаго вмѣшательства. Легкая, укрѣпляющая діета, запретить алкоголь, кофе, чай. При кровоточеніи примѣняютъ длительное сдавленіе, давящую повязку, тампонаду, высокое положеніе кровоточащей части тѣла. Внутрь даютъ желатину *). Эрготинъ, уксуснокислый свинецъ и желѣзо не обладаютъ надежнымъ дѣйствіемъ. Хорошо вліяетъ продолжительное пребываніе на югѣ.

Болѣзни обмѣна веществъ.

1. Сахарное мочеизнуреніе (Diabetes mellitus).

Разстройство обмѣна веществъ, которое характеризуется неправильнымъ усвоеніемъ углеводовъ: повышенное содержаніе сахара въ крови—гипергликемія и длительное выдѣленіе сахара въ мочѣ—гликозурия. Иногда удается опредѣлить анатомическую основу болѣзни: пораженіе центральной нервной системы (пораженіе области дна 4-го желудочка), заболѣваніе поджелудочной железы (нарушеніе внутренней секреціи, регулирующей обмѣнъ углеводовъ въ организмѣ), можетъ быть, также пораженіе надпочечныхъ железъ и щитовидной железы (взаимодѣйствіе железъ внутренней секреціи); въ другихъ случаяхъ нѣтъ никакого органическаго заболѣванія (чистый диабетъ). Нормальная кровь содержитъ 0,05—0,15% винограднаго сахара, а при диабетѣ до 0,5%. Въ мочѣ при нормальныхъ условіяхъ встрѣчаются только слѣды сахара; въ качествѣ временной составной части виноградный сахаръ поступаетъ въ

*) Былъ примѣненъ также съ успѣхомъ адреналинъ (1‰ растворъ), самъ по себѣ или вмѣстѣ съ хлористымъ кальціемъ. Прим. ред.

мочу послѣ очень обильнаго введенія въ организмъ сахара. Если послѣ приѣма 50 грм. винограднаго сахара моча даетъ ясно положительную реакцію на сахаръ, то мы имѣемъ дѣло съ пищевой гликозурией. Она наблюдается въ особенности при привычномъ употребленіи пива, при болѣзняхъ печени, ожирѣніи, артеріосклерозѣ и неврозахъ. Если же виноградный сахаръ появляется въ мочѣ также при употребленіи въ пищу крахмалистыхъ веществъ, или если моча вообще постоянно содержитъ виноградный сахаръ, то мы имѣемъ дѣло съ сахарнымъ мочеизнуреніемъ. Объ опредѣленіи винограднаго сахара см. стр. 220. Этиологія. Наслѣдственная вліянія (также другія болѣзни обмена веществъ, особенно ожирѣніе и подагра) имѣютъ нѣкоторое значеніе. Благопріятствуютъ развитію болѣзни травматическія поврежденія черепа, сотрясеніе головного мозга, сифилисъ, роскошный образъ жизни. Наблюдается какъ у молодыхъ, такъ и болѣе пожилыхъ лицъ; въ послѣднемъ случаѣ болѣзнь протекаетъ благопріятнѣе.

Главные симптомы и діагнозъ. Различаются двѣ формы: легкая форма, если гликозурія появляется только послѣ введенія углеводовъ, а при безуглеводистой пищѣ сахаръ исчезаетъ черезъ нѣсколько дней или въ болѣе упорныхъ случаяхъ черезъ нѣсколько недѣль; тяжелая форма, при которой моча содержитъ виноградный сахаръ, если даже въ теченіе многихъ дней или недѣль углеводы вовсе не входили въ составъ пищи больного. Слѣдуетъ признать наличность сахарнаго мочеизнуренія, если въ теченіе продолжительнаго времени моча содержитъ 0,5⁰/₀ и болѣе винограднаго сахара. Содержаніе сахара можетъ достигнуть 10⁰/₀. Въ виду того, что часто встрѣчается перемежающаяся гликозурія, необходимо брать для изслѣдованія порцію мочи изъ суточного количества ея. Въ сомнительныхъ случаяхъ необходимо производить изслѣдованіе мочи послѣ обильнаго введенія въ организмъ мучной пищи.—Бѣлковая пища тоже нерѣдко усиливаетъ гликозурію, тогда какъ введеніе жировъ не оказываетъ вліянія на выдѣленіе сахара. Кромѣ того нерѣдко наблюдается, что выдѣленіе сахара въ мочѣ увеличивается при исключеніи углеводовъ.—Суточное количество мочи увеличено до 2—4 литровъ и еще болѣе; моча блѣдная, прозрачная, высокаго удѣльнаго вѣса (1025—1050), иногда съ яблочнымъ запахомъ; нерѣдко моча оставляетъ на бѣлѣ бѣловатыя пятна.—При тяжелой формѣ діабета моча содержитъ также оксималяновую кислоту, ацетоуксусную кислоту и ацетонъ (опредѣленіе ихъ въ мочѣ см. стр. 221). Появленіе въ мочѣ ацетоуксусной кислоты служитъ указаніемъ на аутоинтоксикацію (отравленіе кислотами, ацидозъ) и является признакомъ угрожающей комы. Главные симптомы, которые должны возбудить подозрѣніе о наличности діабета, суть чувство жажды, сильный голодъ, исхуданіе, чувство слабости, фурункулезъ, флегмоны, гангрена, двусторонняя невралгія сѣдалищнаго нерва, кожный зудъ, половое безсиліе, помутнѣнія хрусталика, воспаленіе головки полового члена, воспаленіе наружныхъ половыхъ частей у женщинъ *). Однако всѣ эти признаки нерѣдко отсутствуютъ. Затѣмъ встрѣчается альбуминурія, retinitis diabetica (мелкія бѣлыя, блестящія бляшки и единичныя кровоизліянія въ сѣтчаткѣ), помутнѣнія стекловиднаго тѣла, катаракта, воспаленіе роговой оболочки, отсутствіе кожныхъ рефлексовъ, выпаде-

*) Также зудъ половыхъ частей.

ніе зубовъ, яблочный запахъ выдыхаемаго воздуха.—Смертельный исходъ при діабетѣ часто обуславливается діабетической комой (*coma diabeticum*)—аутоинтоксикаціей (ядовитые продукты бѣлковаго обмѣна?), которая иногда развивается самопроизвольно, иногда же наступаетъ вслѣдъ за рѣзкой переменной діеты; предвѣстникомъ комы нерѣдко служитъ появленіе въ мочѣ ацетоуксусной кислоты (ацидозъ) (см. выше). Діабетическая кома начинается съ тошноты и головной боли, затѣмъ появляются безпокойство, потеря сознанія, плохой пульсъ, шумныя дыхательныя движенія, ціанозъ; большею частью скоро наступаетъ смерть. Иногда при этомъ бываетъ значительно повышено содержаніе жира въ крови, такъ что послѣдняя имѣетъ мутновато-молочный видъ (липемія). Число заболѣваній, осложняющихъ теченіе діабета, очень велико, и нерѣдко больной впервые обращается къ врачу лишь по поводу того или другого осложняющаго діабетъ заболѣванія. Наиболѣе частыя осложненія: артеріосклерозъ, нефритъ, невралгіи, фурункулезъ, наклонность къ флегмонамъ, гангрена, легочный туберкулезъ, заболѣванія сердца.—У болѣе пожилыхъ лицъ діабетъ имѣетъ большею частью весьма хроническое теченіе, съ временными рѣзкими улучшеніями; у молодыхъ субъектовъ онъ протекаетъ быстрѣе и часто ведетъ къ смертельному исходу.

Леченіе имѣетъ цѣлю устранить выдѣленіе сахара или по крайней мѣрѣ уменьшить его настолько, насколько это возможно сдѣлать безъ ущерба для общаго состоянія больного. Прежде всего путемъ ежедневнаго изслѣдованія мочи необходимо установить, какъ больной реагируетъ на лишеніе его углеводовъ. Для этого въ теченіе недѣли даютъ больному пищу, состоящую только изъ мяса и жировъ: мясо, мясной бульонъ, соусы безъ сахара, муки и молока, рыбу, жиръ, масло, сало; изъ напитковъ, кромѣ воды, даютъ кофе или чай (безъ сахара или съ сахариномъ), красное вино, коньякъ. Если гликозурія исчезаетъ и если, слѣдовательно, мы имѣемъ дѣло съ болѣе легкой формой діабета (см. выше), то постепенно прибавляютъ къ пищѣ немного хлѣба, риса, крупы, саго, свѣжихъ овощей (капуста, шпинатъ, зеленые бобы, салатъ, огурцы, редиска), кислыхъ фруктовъ, сыръ. Такимъ образомъ, увеличивая количество вводимыхъ углеводовъ и изслѣдуя ежедневно мочу, можно установить границу, при которой снова наступаетъ гликозурія (опредѣленіе выносливости къ углеводамъ). Какъ только въ мочѣ появляется сахаръ, слѣдуетъ немного ограничить количество углеводовъ въ пищѣ. Если даже при полномъ исключеніи углеводовъ моча все-таки содержитъ сахаръ и если соотвѣтственно этому мы имѣемъ дѣло съ тяжелой формой, то слѣдуетъ воздержаться отъ дальнѣйшаго полного лишенія углеводовъ и необходимо, наряду съ обильной бѣлковой и жировой пищей, давать въ небольшихъ количествахъ хлѣбъ, молоко, овощи (см. ниже). Въ этихъ случаяхъ необходимо непремѣнно изслѣдовать мочу на ацетоуксусную кислоту (красное окрашиваніе отъ прибавленія полуторохлористаго желѣза, см. стр. 222 и выше).—Что касается опредѣленія выносливости къ углеводамъ,

то въ этомъ отношеніи неоднократно предостерегали отъ внезапнаго полнаго исключенія углеводовъ изъ пищи. Поэтому изъ предосторожности слѣдуетъ предпочесть постепенное ограниченіе углеводовъ.

Клемпрегер рекомендуетъ назначать діету слѣдующимъ образомъ: «Въ тяжелыхъ случаяхъ нельзя совершенно исключить углеводовъ. Назначаютъ по два литра молока въ день (начиная однако съ $\frac{1}{2}$ литра въ день), затѣмъ $\frac{1}{2}$ фунта мяса (всякій сортъ мяса и всякій способъ приготовления разрѣшается по вкусу больного), 4—8 яицъ, различные овощи, приготовленные лучше всего съ большимъ количествомъ жира. Кромѣ того даютъ до 100 грм. хлѣба въ день и какъ можно больше масла. Картофель при желаніи больного разрѣшается только въ исключительныхъ случаяхъ *); изъ алкогольных напитковъ скорѣе всего можно разрѣшить коньякъ или красное вино. Пива слѣдуетъ избѣгать. Пища по возможности должна быть такова, чтобы больной охотно ее ѣлъ и прибавлялся въ вѣсѣ. Для послѣдней цѣли необходимо, чтобы пища содержала обильное количество жира (лучше всего, если жиръ вводится вмѣстѣ съ хлѣбомъ). Если обнаруживается повышеніе вѣса, то пробуютъ уменьшить количество хлѣба, овощей и молока, назначая одновременно больше яицъ и масла. При отрицательной реакціи на ацетонуксусную кислоту можно къ пищѣ діабетика, состоящей изъ $\frac{1}{2}$ —1 фунта мяса или рыбы, 4—6 яицъ и 40—80 грм. масла, прибавить столько углеводовъ, сколько онъ можетъ усвоить безъ появленія значительной гликозурии. При тяжелой формѣ нельзя подвергнуть количество вводимыхъ углеводовъ дальнѣйшему ограниченію. — Если при пищѣ, состоящей исключительно изъ мяса и жировъ, моча освобождается отъ сахара или содержитъ его въ количествѣ не выше 0,5% если, слѣдовательно, мы имѣемъ дѣло съ болѣе легкой формой, то разрѣшаютъ изъ овощей шпинатъ, салатъ, спаржу, цвѣтную капусту, зеленые бобы, огурцы; разрѣшаютъ также 50—100 грм. хлѣба, немного фруктовъ (не сладкихъ), немного картофеля, 1 стаканъ пива. Если содержаніе сахара въ мочѣ повышается до 1%, то слѣдуетъ нѣсколько ограничить количество пищевыхъ средствъ, содержащихъ углеводы; если въ мочѣ нѣтъ сахара, можно немного увеличить количество этихъ пищевыхъ средствъ. — Изъ овощей всѣ діабетики хорошо переносятъ свѣжую фасоль, японскій картофель (клубни *stachys affinis*) и топинамбуръ; всѣ эти овощи содержатъ инулинъ. Левулоза лучше усваивается, чѣмъ тростниковый сахаръ **); обыкновенно же пользуются сахариномъ (по 0,05 въ таблеткахъ). — По утрамъ можно давать чай или кофе (какао или шоколадъ только съ особаго разрѣшенія). За обѣдомъ рекомендуется пить щелочныя воды (Selters, Vichy, Bilin)».

*) Нѣкоторые авторы примѣняли однако съ успѣхомъ «картофельное» леченіе. Noorden и др. видѣли иногда хорошіе результаты отъ овсянаго леченія.

**) По наблюденіямъ Ewald'a и др. нѣкоторые діабетики усваиваютъ левулозу хуже, чѣмъ декстрозу.

Прим. ред.

Прим. ред.

Запрещаются сахаръ, медъ, пирожныя, рѣпа, морковь, сельдерей, ревень, сладкіе или засахаренные фрукты, компоты, фруктовое желе, сладкія вина, шампанское, фруктовыя вина (за исключеніемъ яблочнаго вина); въ общемъ запрещается также пиво, въ особенности мюнхенское пиво, фруктовый сокъ, ликеры.

Изъ различныхъ сортовъ хлѣба наиболѣе пригодны тѣ сорта, которые содержатъ много клейковины: черный солдатскій хлѣбъ, Graham'овскій хлѣбъ, пumperникель, миндальный хлѣбъ, алейронатъ, хлѣбъ для диабетиковъ Rademann'a.

Тучнымъ диабетикамъ нельзя назначать діеты, направленной къ устраненію тучности.

Водолечебныя процедуры назначаются въ общемъ только ради тщательнаго ухода за кожей: тепловатыя ванны нѣсколько разъ въ недѣлю и ежедневныя обмыванія всего тѣла. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ приносятъ также пользу свѣтловыя ванны не выше 60° и продолжительностью въ 10—15 минутъ съ послѣдующимъ растираніемъ всего тѣла. Прекрасное дѣйствіе оказываетъ часто леченіе минеральными водами въ Karlsbad'ѣ, Neuenahr'ѣ, Vichy. Можно также провести домашній курсъ леченія Karlsbad'ской водой, причемъ соблюдается обычная діета, но нужно только избѣгать тяжелыхъ мясныхъ и жирныхъ блюдъ и тяжелыхъ овощей (капуста). Утромъ натощакъ и послѣ обѣда между 6 и 7 час. вечера даютъ пить 1—2 стакана подогрѣтой воды Schlossbrunnen или Mühlbrunnen; постепенно повышаютъ дозу до 6—8 стакановъ (прибавляя по 150—200 куб. см.).

Умѣренный моціонъ, душевный покой.

На жажду, сильный голодъ и полиурію часто хорошо вліяетъ опій (tinct. opii simpl. или crocat. 3 раза въ день по 5—10 капель). Не слѣдуетъ назначать опія при наклонности къ запорамъ, противъ которыхъ умѣстны нѣжныя слабительныя средства *). Изъ другихъ лекарственныхъ средствъ примѣняются мышьякъ, хининъ, антипиринъ, салициловый натръ.

Если угрожаетъ кома, вводятъ въ пищу углеводы: хлѣбъ, супы изъ овсянки, молоко, и даютъ щелочи (двууглекислый натръ 50,0 въ день внутрь или въ видѣ клизмы). Если наступило коматозное состояніе, примѣняютъ возбуждающія средства (впрыскиванія камфорнаго масла, крѣпкій кофе, эфиръ), теплыя ванны съ холодными обливаніями, подкожныя вливанія раствора углекислаго натра 50,0:1000.

2. Несахарное мочеизнурение (Diabetes insipidus).

Разстройство водообмѣна: въ теченіе продолжительнаго времени наблюдается значительное увеличеніе количества мочи, не содержащей ни сахара, ни бѣлка (полиурія). Моча свѣтлая, низкаго удѣльнаго вѣса

*) Наклонность къ запорамъ отнюдь не служитъ противопоказаніемъ для назначенія опія; слѣдуетъ только устранять запоры легкими слабительными или клизмами.

(1001—1005), кислая. Частые позывы къ мочеиспусканию и усиленное чувство жажды (полидипсия). Общее состояніе мало страдает *); иногда сухость во рту, головныя боли, головокруженіе, диспепсія.—Чаще встрѣчается у молодыхъ лицъ. Этіологія неизвѣстна. Играетъ роль наследственности. Часто развивается въ связи съ невротами (истерія, неврастенія), поврежденіями или опухолями черепа, психозами, сифилисомъ.—Хроническое теченіе; выздоровленіе наблюдается рѣдко. Діагнозъ. Отъ сахарнаго мочеизнуренія и отъ нефрита отличается отсутствіемъ сахара и бѣлка въ мочѣ; симптоматическая полиурія всегда зависитъ отъ того или другого первичнаго страданія (всасываніе экссудатовъ или трансудатовъ, выздоровленіе послѣ лихорадочныхъ заболѣваній). Лечение. Постепенное ограниченіе количества вводимой жидкости: рекомендуется пить часто и небольшими порціями или прибавлять къ водѣ нѣсколько капель разведенной соляной кислоты для утоленія жажды. Изъ лекарственныхъ средствъ назначаютъ *tinct. Opii simpl.* или *croc.* по 5—10 капель 3 раза въ день или *tinct. Valerian.* по 30 капель нѣсколько разъ въ день **). Противъ чувства жажды назначаютъ кусочки льда, кислые лимонады. Затѣмъ обильное питаніе, рыбій жиръ, хина. При сифилисѣ—ртуть, іодистый калий.

3. Тучность, ожирѣніе (*Lipomatosis, Adipositas universalis*).

Разстройство обмена веществъ, характеризующееся разстройствомъ усвоенія жировъ. Различаютъ двѣ формы ожирѣнія: въ однихъ случаяхъ ожирѣніе зависитъ главнымъ образомъ отъ слишкомъ обильнаго введенія пищевыхъ веществъ, образующихъ жиръ (жиры и углеводы), въ другихъ же случаяхъ оно обусловливается пониженіемъ процесса сгоранія жира въ организмѣ (конституціональное ослабленіе процессовъ окисленія, ослабленіе функціи щитовидной железы, гипотиреозидизмъ). Главнѣйшія причины суть наследственное предрасположеніе, слишкомъ обильное питаніе и недостатокъ движеній. Кромѣ того имѣетъ значеніе свойство темперамента (флегматичность), привычка много спать, измѣненія крови (пониженное содержаніе гемоглобина съ недостаточнымъ поглощеніемъ кислорода и съ ослабленіемъ процесса сгоранія жира, какъ напр. при хлорозѣ, анеміи), разстройства половыхъ функцій (безплодіе, климактерій).—Изъ пищевыхъ веществъ болѣе всего способствуетъ отложенію жира обильное введеніе жировъ и бѣлковъ, а изъ углеводовъ особенно сладкія печенія, мучныя блюда, мучные супы, картофель; большую роль играетъ также обильное употребленіе алкоголя.

Главные симптомы. Чрезмѣрное увеличеніе количества подкожнаго и внутренняго жира. Отложеніе жира происходитъ главнымъ образомъ на животѣ, ягодицахъ и грудяхъ, въ брюшной и грудной полостяхъ, причемъ здѣсь жиръ преимущественно обростаетъ сердечную сумку и сердечную мышцу, затѣмъ скопляется въ окружности почекъ и печени. Сердечная мышца (см. «Жирное сердце») постепенно прорастаетъ жиромъ и даже подвергается жировому перерожденію. Вслѣдствіе ограниченія пространства въ грудной и брюшной полостяхъ (скопленіе жира въ средостѣніи, оттѣсненіе грудобрюшной преграды вверхъ) возникаютъ разстройства дыханія и кровообращенія, развиваются застойныя явленія, недостаточность сердца, грудная жаба. Въ качествѣ послѣдствій ожирѣнія

*) Иногда бываетъ однако и сильное исхуданіе.

**) Нѣкоторые хвалятъ белаадонну.

Прим. ред.
Прим. ред.

нерѣдко присоединяется артеріосклерозъ, бронхитъ, астма, пораженіе почекъ, жирная печень, застойная печень, разстройства кровообращенія въ системѣ воротной вены, диспепсія, запоры, пораженія кожи, мочекишечный діатезъ, диабетъ, артритъ.—Хроническое теченіе. Перечисленныя заболѣванія могутъ обусловить неблагоприятный исходъ (недостаточность сердца, апоплексія).—Въ виду обильнаго отложенія жира распознаваніе осложняющихся заболѣваній часто сопряжено съ большими трудностями.

Леченіе. При легкихъ степеняхъ тучности большею частью бываетъ достаточно умѣренности въ ѣдѣ и питъѣ и усиленнаго моціона. Болѣе значительныя степени ожирѣнія требуютъ назначенія особой діеты, опредѣленной мышечной работы, а иногда также водолечебныхъ процедуръ и леченія минеральными водами. Необходима строгая индивидуализація и осторожность при леченіи тучности. Особенно леченіе таблетками щитовидной железы (см. ниже) требуетъ непрерывнаго врачебнаго надзора. Энергичныя водолечебныя процедуры (потогонныя ванны, свѣтотеплыя ванны) и леченіе тиреоидиномъ можно примѣнять только при совершенно здоровомъ состояніи сосудистой системы. Равнымъ образомъ леченіе «плеторическаго» и «анемическаго» ожирѣнія должно отличаться отъ обычнаго способа леченія тучности, поскольку при «анемическомъ» ожирѣніи можно лишь въ небольшой степени ограничить введеніе бѣлковъ и вмѣстѣ съ тѣмъ необходимо для устраненія анеміи вліять на кроветворную дѣятельность организма.

Къ специальнымъ методамъ леченія ожирѣнія относится 1. такъ наз. Banting'овское леченіе (по Harvey'ю). Этотъ способъ леченія стремится по возможности исключить изъ пищи жиры и углеводы, замѣнивъ ихъ избыткомъ бѣлковъ. При такой діетѣ, правда, въ теченіе короткаго времени можно достигнуть значительнаго исхуданія, но исключительно бѣлковая пища не является достаточной, чтобы поддержать азотистое равновѣсіе въ организмѣ. Поэтому содержаніе бѣлковъ въ организмѣ уменьшается, что выражается большой общей слабостью, безсонницей, разстройствомъ пищеваренія. Кромѣ того вскорѣ появляется отвращеніе къ мясной пищѣ. По этимъ причинамъ діета Banting'a примѣняется лишь въ рѣдкихъ случаяхъ.

2. Діета Ebstein'a, въ противоположность другимъ способамъ леченія тучности, разрѣшаетъ сравнительно обильное введеніе жира, но требуетъ ограниченія углеводовъ и въ особенности бѣлковъ, такъ какъ послѣдніе, по мнѣнію Ebstein'a, преимущественно даютъ матеріалъ для образованія жира въ организмѣ, если пища содержитъ достаточное количество жировъ и углеводовъ. Преимущество этого способа леченія заключается, во-первыхъ, въ томъ, что соблюденіе діеты Ebstein'a въ теченіе долгаго времени не является тягостнымъ для больныхъ; во-вторыхъ, исхуданіе происходитъ медленно, благодаря чему устраняется возможность развитія опасныхъ явленій со стороны сердца. Входяшіе въ составъ пищи жиры повышаютъ чувство сытости. Изъ углеводовъ разрѣшаютъ только

100 грм. хлѣба въ день (картофель и сладости запрещаются). Пряностей немного. Пиво запрещается; разрѣшается 2—3 рюмки легкаго вина. Діета состоитъ изъ завтрака, обѣда и ужина по слѣдующему меню: Завтракъ зимою въ 7^{1/2} ч. утра, а лѣтомъ отъ 6—6^{1/2} ч.: большая чашка (250 к. с.) чаю безъ молока и сахара, 50 грм. бѣлаго и поджареннаго полубѣлаго хлѣба съ большимъ количествомъ масла (20—30 грм.).—Обѣдъ (2—2^{1/2} ч.): супъ (мясной бульонъ, рекомендуется бульонъ съ костнымъ мозгомъ), рыба и мясо (всего 120—150 грм.) различныхъ сортовъ и разнообразно приготовленныя; рекомендуются жирные сорта, съ жирнымъ соусомъ; овощи въ умеренномъ количествѣ (50—100 грм.), въ особенности капуста и стручковые плоды (горохъ, бобы, чечевица), салатъ (картофель и рѣпа запрещаются); въ качествѣ компота печеные фрукты, яблочное пюре, тушенныя вишни безъ сахара; 2—3 рюмки легкаго бѣлаго вина и вскорѣ послѣ обѣда одна большая чашка чаю безъ сахара и молока. Ужинъ (7—8 ч. в.): одна большая чашка чаю безъ молока и сахара (зимою ежедневно, а лѣтомъ иногда), яйцо и 30—40 грм. жирнаго жаркаго или жирной ветчины, или колбасы изъ мозговъ, кровяной колбасы, либо свѣжей или копченой рыбы; 30 грм. бѣлаго хлѣба съ большимъ количествомъ масла (20—30 грм.), иногда немного сыра и свѣжихъ фруктовъ. (Въ теченіе дня можно нѣсколько разъ пить простую или минеральную воду).

3. Діета Oertel'я прежде всего имѣетъ цѣлью облегчить работу сердца путемъ ограниченія количества вводимой жидкости. Количество жидкости, вводимой въ организмъ, не должно превышать 750—1000 куб. см. въ теченіе сутокъ. вмѣстѣ съ тѣмъ ограничиваютъ также количество пищи, въ особенности жировъ и углеводовъ, между тѣмъ какъ бѣлковъ даютъ въ большемъ количествѣ. Запрещаютъ пить за ѣдой: можно пить только спустя 1^{1/2} часа послѣ принятія пищи.—Одновременно предпринимаютъ методическое укрѣпленіе сердечной мышцы посредствомъ систематическаго моціона (Terrainkur). Поэтому такой способъ леченія особенно умѣстенъ въ тѣхъ случаяхъ, когда ожирѣніе сочетается съ расстройствами со стороны аппарата кровообращенія. Однако при этомъ требуется особая осторожность, такъ какъ можетъ развиваться альбуминурія, диспепсія, одышка, недостаточность сердца. Меню: утромъ 1 чашка (150 куб. см.) кофе или чая съ небольшимъ количествомъ молока, но безъ сахара и 75 грм. хлѣба. Обѣдъ безъ супа или ^{1/2} тарелки (100 куб. см.) супа (мясной бульонъ, фруктовый супъ), 200 грм. нежирнаго мяса (говядина, баранина, телятина, дичь, курица и другая домашняя птица), варенаго или жаренаго, безъ жирныхъ соусовъ и пряностей; рыба (но нежирныя рыбы, какъ угорь, лососина), немного салата и овощей (картофель и рѣпа запрещаются), 25 грм. хлѣба, только изрѣдка мучныя блюда (не болѣе 100 грм.). Пить за обѣдомъ нельзя; лишь въ жаркое время или за недостаткомъ фруктовъ разрѣшаютъ выпивать до ^{1/4} литра вина (мозельвейнъ или яблочное вино). Послѣ обѣда 1 чашка кофе или

чая (какъ утромъ) и только въ исключительныхъ случаяхъ 20 грм. хлѣба. Ужинъ: 1—2 яйца всмятку, 100 грм. мяса (ветчина), 25 грм. хлѣба, при желаніи немного салата, фруктовъ, до $\frac{1}{4}$ литра легкаго вина (или $\frac{1}{4}$ литра воды съ виномъ).

При всѣхъ способахъ леченія тучности необходимо соблюдать слѣдующія общія правила: перемѣна діеты должна производиться лишь постепенно; больной долженъ находиться подъ наблюденіемъ врача; разъ въ недѣлю утромъ больного взвѣшиваютъ. Вполнѣ достаточно, если въ теченіе недѣли вѣсъ падаетъ на $\frac{1}{2}$ — 1 клгрм.—Если, какъ упомянуто выше, обнаруживаются расстройства общаго состоянія, то слѣдуетъ прервать леченіе на нѣсколько дней, переведа больного на его обычный способъ питанія.

Водолеченіе (потогонныя ванны, свѣтотыя ванны) умѣстно главнымъ образомъ только въ неосложненныхъ случаяхъ ожирѣнія; обыкновенно же примѣняются лишь теплыя ванны (36°) продолжительностью въ 10 минутъ, иногда съ прибавленіемъ небольшого количества Стасфуртской соли. Эти ванны вмѣстѣ съ тѣмъ полезны для ухода за кожей. Шотландскій (перемѣнно-теплый) душъ оказываетъ благоприятное вліяніе на распредѣленіе жира въ тѣлѣ (исправленіе фигуры).

Что касается леченія минеральными водами, то при ожирѣніи показаны прежде всего источники глауберовой соли (Marienbad и Karlsbad), а затѣмъ источники поваренной соли (Nauheim, Wiesbaden и Kissingen).

Леченіе препаратами щитовидной железы часто даетъ хорошие результаты, но требуетъ всегда особенной осторожности. Доза: 0,1—0,3, три раза въ день; ни въ коемъ случаѣ леченіе не должно длиться дольше 3 — 4 недѣль. Необходимо прекратить леченіе щитовидной железой при появленіи симптомовъ со стороны сердца, альбуминурии, гликозурии или явленій со стороны нервной системы. Пища во время такого леченія должна содержать въ большомъ количествѣ бѣлки. Не слѣдуетъ одновременно ограничивать питанія, назначая одну изъ вышеописанныхъ діетъ.

4. Подагра (Arthritis urica).

Болѣзнь обмѣна веществъ, которая заключается главнымъ образомъ въ нарушеніи процесса выдѣленія мочевой кислоты. Растворимыя мочеислые соли, образующіяся въ организмѣ въ большомъ количествѣ, не выдѣляются тотчасъ въ мочѣ, а отлагаются внутри тканей (особенно въ суставахъ, но также и въ другихъ органахъ), принимая кристаллическую форму. (Мочеислый діатезъ). Этиологія. Большое значеніе имѣетъ наслѣдственное расположеніе (не только подагра, но и другія аномаліи обмѣна веществъ въ восходящей линіи, какъ діабетъ, ожирѣніе); кромѣ того развитію мочеислаго діатеза способствуетъ роскошный образъ жизни, алкоголизмъ, недостатокъ моціона, отравленія (свинецъ). Чаще всего наблюдается у мужчинъ послѣ 40 лѣтъ. Непосредственнымъ причиннымъ моментомъ подагрическаго приступа могутъ быть травмы, чрезмѣрное напряженіе, а чаще всего погрѣшности въ діетѣ и климатическія вліянія (весна, осень).—Анатомическія измѣненія суставовъ заключаются въ воспаленіи и образованіи выпота; затѣмъ происходитъ отложеніе на суставныхъ концахъ костей кристаллическихъ иглъ мочеислаго натра и отчасти въ этихъ мѣстахъ развивается некрозъ ткани. Такія же отложенія иногда наблюдаются

на хрящах (ушные раковины), в мочевых канальцах, в интерстициальной ткани почек и в других органах. Содержаніе мочевой кислоты в крови подагриковъ повышено; количество мочевой кислоты в мочѣ передъ приступомъ понижено, а во время приступа большею частью повышено.

Главные симптомы. Острый подагрический приступъ начинается большею частью внезапно съ болѣзненнаго опуханія одного сустава (обыкновенно предплюсно-фалангового сустава большого пальца ноги) и наступаетъ преимущественно ночью; нерѣдко предшествуютъ предвѣстники (диспепсія, психическіе симптомы, пониженіе мочеотдѣленія). Кожа въ области пораженнаго сустава представляется горячей на-ощупь, покраснѣвшей, блестящей, весьма чувствительна къ давленію. Всякое движеніе сопряжено съ болью. Иногда бываетъ лихорадка. Подагрический приступъ можетъ имѣть различную локализацию, поражая также и другіе суставы. Приступъ длится большею частью нѣсколько дней; обыкновенно днемъ боли ослабѣваютъ, а ночью усиливаются. Иногда также одинъ за другимъ поражаются различные суставы.—Съ ослабленіемъ приступа появляется обильное потоотдѣленіе.—Черезъ болѣе или менѣе продолжительный промежутокъ времени приступъ большею частью повторяется, причемъ часто поражаются самые различные суставы (podagra, gonagra, otagra, chiroagra).—Если болѣзнь слагается изъ типическихъ острыхъ подагрическихъ приступовъ съ свободными промежутками между ними, то такую форму называютъ острой, типичной подагрой. Изъ этой типической формы развивается большею частью вторично хроническая подагра (нетипическая), которая рѣже возникаетъ въ качествѣ первичнаго заболѣванія и въ обоихъ случаяхъ характеризуется хроническими измѣненіями суставовъ, а также пораженіемъ другихъ органовъ. Измѣненіе суставовъ—развитіе подагрическихъ узловъ (tophi) происходитъ вслѣдствіе скопленія въ организмѣ мочекислыхъ солей, которыя образуютъ мѣлообразныя отложенія въ суставахъ, вслѣдствіе чего послѣдніе обезображиваются и въ значительной степени теряютъ свою подвижность. При этомъ суставные хрящи обыкновенно подвергаются некрозу. Часто подагрическіе узлы развиваются также въ другихъ мѣстахъ, какъ, напр., въ сухожиліяхъ (въ сухожиліяхъ разгибателей кисти и стопы), въ слизистыхъ сумкахъ, ушныхъ хрящахъ. Затѣмъ появляются костныя утолщенія ногтевыхъ фалангъ на ручныхъ пальцахъ: Heberden'овскіе узлы.—Изъ заболѣваній другихъ органовъ особенно часто развиваются въ связи съ подагрой подагрическая почка (сморщиваніе почки), артеріосклерозъ, гипертрофія сердца, камни въ почкахъ и мочевомъ пузырьѣ, бронхіальная астма, расстройства кишечника, болѣзни кожи, пораженія глазъ, невралгіи.—Подагрическіе узлы и хроническія обезображивающія измѣненія суставовъ можно обнаружить также съ помощью рентгеноскопій.—Теченіе хроническое. Предсказаніе при остромъ подагрическомъ приступѣ большею частью благопріятно; при хронической подагрѣ прогнозъ менѣе благопріятенъ въ смыслѣ выздоровленія. Неблагопріятный исходъ можетъ наступить въ зависимости отъ одновременнаго пораженія сердца, почекъ, сосудовъ.

Діагнозъ. Острый подагрический приступъ легко распознать: типическое поражение сустава, характерное теченіе, наследственность въ качествѣ причиннаго момента. Равнымъ образомъ при вторичной хронической подагрѣ можно выяснитъ связь ея съ предшествовавшими типическими приступами. Исподоволь развивающуюся первичную хроническую подагру можно смѣшать съ обезображивающимъ артритомъ. Но при подагрѣ измѣненія суставовъ носятъ болѣе неравномѣрный характеръ; кромѣ того часто удается обнаружить tophi также въ другихъ мѣстахъ: на ушныхъ раковинахъ, въ слизистыхъ сумкахъ. На рентгенографическомъ снимкѣ отложенія мочекислыхъ солей представляются въ видѣ свѣтлыхъ участковъ, если разсматривать негативъ.—При распознаваніи подагрическаго пораженія внутреннихъ органовъ, въ особенности почекъ, часто приходится руководствоваться исключительно наружными проявленіями подагры и данными анамнеза.

Леченіе. При остромъ приступѣ постельный покой, возвышенное положеніе больного сустава, завертываніе сустава въ вату съ ихтиоловой мазью.

Rp. Unguent. Ichthyoli 50,0
(Ammon. sulfo-ichthyol. 5,0, Vaseline. american. 45,0, M. f. ung.)
S. Наружное.

Внутрь можно назначить аспиринъ, colchicum:

Rp. Aspirin. въ таблеткахъ по 0,5. Dos. № 20. S. Черезъ 2—3 часа по одной таблеткѣ (во время приступа). (Стоитъ дешевле, если выписывается въ порошкахъ, какъ acid. acetylosalicylic.).

Rp. Tinct. Colchici 15,0. S. Три раза въ день по 20 капель.
(Liqueur de Laville представляетъ секретное средство, содержащее колхицинъ).

Затѣмъ полезны простыя теплыя ножныя ванны. Въ общемъ, чтобы предотвратить мацерацию кожи, не слѣдуетъ назначать интенсивнаго водолеченія. Примѣненіе холода нецѣлесообразно.

Во время приступа простая скудная пища: жидкіе супы, приготовленные на водѣ или молокѣ, фруктовые супы, овощи (шпинатъ, брюква, салатъ безъ уксуса и масла), немного яблочнаго или апельсиннаго риса, компоты, желе изъ фруктовъ, вина или молока, вода простая или сельтерская, при желаніи съ фруктовымъ сокомъ (слѣдуетъ запретить мясную пищу и алкоголь).—Если первоначальныя острые явленія исчезли, то можно примѣнить пассивныя движенія и легкій массажъ пораженнаго сустава. Больному не слѣдуетъ уже болѣе оставаться въ постели. Очень полезно обильное питье воды, а также лимонной воды, затѣмъ щелочныхъ водъ (Fachingen, Bilin, Vichy). Въ дальнѣйшемъ назначаютъ тепловатыя ванны (ежедневно по $\frac{1}{2}$ часа, можно прибавлять разсолъ), мѣстное дѣйствіе горячаго воздуха, паровыя и песочныя ванны.—Кромѣ того необходимо ограничить употребленіе мяса (не нужно совершенно запрещать его); зато рекомендуются яйца, молоко, немного рыбы, въ умѣренномъ количествѣ мучныя блюда и жиры (масло, сливки), въ большомъ количествѣ зеленые овощи и фрукты; не очень много хлѣба и картофеля. Изъ напитковъ рекомендуются вышеуказанныя воды.—Многіе совѣтуютъ назначать

за 1 дой acid. hydrochlor. dilut., чтобы избежать слишком обильнаго введенія щелочей. Необходимъ мѣтивъ на свѣжемъ воздухѣ. Лечение ожирѣнія, если оно сопутствуетъ подагрѣ. Изъ лекарственныхъ средствъ слѣдуетъ еще назвать: уротропинъ, углекислый литій, урицединъ, пиперазинъ по 1,0 въ содовой водѣ, сидональ (соединеніе хинной кислоты съ пиперазиномъ) по 3,0 въ день.—Для леченія ваннами и для питья особенно пригодны воды, содержащія литій: Salzschlirf, Obersalzbrunn, Assmannshausen, Weilbach; для слабыхъ больныхъ полезны индифферентные теплые источники: Gastein, Wildbad, Ragaz, Schlangenbad, Warmbrunn, Teplitz; при подагрическихъ отложеніяхъ назначаютъ грязевыя ванны (Franzensbad, Kudowa, Muskau, Elster, Schmiedeberg) или сѣрные ванны (теплые сѣрные источники: Aachen, Burtscheid, Pistyan; холодные источники: Nenndorf, Weilbach).—Лечение осложнений см. соотв. главы.

5. Золотуха (Scrophulosis).

Конституціональная аномалія, наблюдающаяся преимущественно въ дѣтскомъ возрастѣ и стоящая въ связи съ туберкулезомъ, съ предрасположеніемъ къ туберкулезнымъ заболѣваніямъ. Это относится въ особенности къ пораженіямъ лимфатическихъ железъ, т. е. къ наиболѣе существенному явленію въ картинѣ болѣзни при золотухѣ. Кромѣ того существуетъ еще склонность къ эксудативнымъ процессамъ и хроническимъ воспаленіямъ (повышенная ранимость) кожи и слизистыхъ оболочекъ (эксудативный діатезъ Czeizny); сопротивляемость въ отношеніи инфекции въ этихъ мѣстахъ понижена. Однако этотъ эксудативный діатезъ не находится ни въ какой связи съ туберкулезомъ.

Главные симптомы. Припуханіе лимфатическихъ железъ, часто образующихъ цѣпь или опухолообразные пакеты, особенно на передней и задней поверхности шеи; катарры слизистыхъ оболочекъ, главнымъ образомъ хроническій насморкъ съ припуханіемъ слизистой оболочки и съ отдѣленіемъ слизисто-гнойнаго секрета, который засыхаетъ въ видѣ корокъ и легко можетъ вызвать хроническую экзему въ области ноздрей и верхней губы. Часто также и другіе участки кожи поражаются мокнущей экземой. Пораженія глазъ: конъюнктивитъ, фликтенулезный кератитъ съ блефароспазмомъ, блефаритъ, кератитъ. Изъ другихъ пораженій кожи слѣдуетъ назвать scrophuloderma (инфильтрація кожи съ склонностью къ изъязвленію) и lichen scrophulosorum съ шелушащимися буроватыми узелками, strophulus съ узелками, волдырями и инфильтратами. Далѣе встрѣчаются аденоидныя разроженія, повторное воспаленіе небныхъ миндалинъ, воспаленіе среднего уха, бронхитъ, желудочно-кишечные катарры. Зубы часто поражаются циркулярной костоѣдой.—Подкожный жировой слой во многихъ случаяхъ бываетъ хорошо развитъ, но при этомъ отличается дряблостью; кожа дряблая, мышцы тонкія. (Горпидная форма золотухи). Въ другихъ случаяхъ наблюдается нѣжное тѣлосложеніе, тонкая кожа со слабо развитымъ подкожнымъ жировымъ слоемъ, блѣдное лицо съ легкимъ румянцемъ на щекахъ, повышенная возбудимость; при этомъ большею частью существуетъ увеличеніе железъ, но признаки эксудативнаго діатеза отсутствуютъ. Тубер-

кулиновая реакція часто даетъ положительный результатъ. (Эретическая форма золотухи).—Припухшія лимфатическія железы въ послѣдствіи подвергаются либо разсасыванію, либо творожистому перерожденію и нагноенію. При произвольномъ вскрытіи гнойника часто образуются свищи, или на кожѣ развиваются язвы, при заживленіи которыхъ получаютъ длинные лучистые рубцы.—Припуханіе бронхіальныхъ железъ легко можно обнаружить при помощи рентгеноскопіи.—При пораженіи брыжеечныхъ железъ часто развивается очень рѣзкое истощеніе, появляются поносы, вздутіе живота, лягушечій животъ (*tabes mesaraica*). Диагнозъ легко поставить на основаніи характерныхъ явленій. Въ сомнительныхъ случаяхъ (если подозрѣвается наличность туберкулеза) прибѣгаютъ къ туберкулиновой реакціи. Характерными признаками эксудативнаго діатеза (см. выше) считаются: *crusta lactea* на щекахъ (рѣзко ограниченная, шероховатая, шелушащаяся краснота щекъ), присутствіе грязно-сѣрыхъ чешуекъ на головѣ, *prurigo* или *strophulus*, наличность волосъ между лопатками, географическій языкъ, круговая костоѣда зубовъ, гиперплазія небныхъ и глоточной миндалинъ, блѣдность кожи, катарры слизистой оболочки дыхательныхъ путей.

Леченіе. Для укрѣпленія организма полезно пребываніе на чистомъ свѣжемъ воздухѣ; при плохихъ условіяхъ домашней жизни желательно помѣстить ребенка въ лечебницу или санаторію. На болѣе крѣпкихъ дѣтей оказываетъ весьма благопріятное вліяніе длительное пребываніе на морскомъ берегу, въ особенности на Нѣмецкомъ морѣ; для слабыхъ, тощихъ дѣтей полезнѣе пребываніе въ горахъ большой и средней высоты (также и зимою). При хорошемъ состояніи питанія умѣстны также разсольныя ванны, какъ, напр., въ курортахъ *Kösen*, *Sulza*, *Münster am Stein*, *Kreuznach*. При невозможности ѣхать на воды можно дѣлать соленныя ванны дома: вначалѣ берутъ на ванну 1 процентъ поваренной или Стасфуртской соли и постепенно повышаютъ крѣпость раствора до 3 процентовъ; продолжительность ванны вначалѣ 10 минутъ, а затѣмъ доходятъ до 20—30 минутъ; начиная съ 36°, температуру ванны понижаютъ до 32°; ванны дѣлаютъ 3 раза въ недѣлю. Послѣ ванны больной долженъ спокойно лежать въ теченіе часа.—Важную роль играетъ цѣлесообразное питаніе, которое должно быть по возможности разнообразнымъ; мясо, зеленые овощи, рисъ, крупа, булки, масло, сливки много фруктовъ и компота, меньше молока. При плохомъ состояніи питанія необходима по возможности обильная пища; у рыхлыхъ (пастозныхъ) дѣтей нерѣдко необходимо ограничить количество пищи. Изъ лекарственныхъ средствъ назначаютъ: рыбій жиръ, иногда съ креозотомъ, *sirup. ferri jodati*, креозоталь противъ пораженія железъ *unguent. Kalii jodati* или *ung. Ichthyoli*. Полезны также втиранія зеленого мыла: маленькую чайную ложку мыла разбавляютъ небольшимъ количествомъ воды и 3 раза въ недѣлю втираютъ въ теченіе 10 минутъ въ кожу груди,

живота и спины. Послѣ этого тепловатая ванна. Хорошіе результаты даетъ иногда специфическое леченіе туберкулиномъ.

Прибавленіе.

6. Аддисонова болѣзнь (бронзовая болѣзнь).

Въ основѣ Аддисоновой болѣзни почти во всѣхъ случаяхъ лежить заболѣваніе надпочечныхъ железъ (большею частью туберкулезъ). Надпочечныя железы принадлежать къ числу железъ «внутренней секреціи»; вытяжка надпочечныхъ железъ сѣуживаетъ секреты и повышаетъ кровяное давленіе. Кромѣ того надпочечнымъ железамъ свойственна, вѣроятно, антитоксическая функція (обезвреживаніе продуктовъ обмена веществъ).

Главные симптомы. Болѣзнь начинается исподоволь съ мышечной слабости, повышенной утомляемости, диспепсін, чувства давленія въ верхней области живота. Въ дальнѣйшемъ появляется буровато-желтая окраска кожи, то въ формѣ крупныхъ пятенъ, то иногда сплошная, притомъ сперва на мѣстахъ кожи, не покрытыхъ одеждой: на лицѣ, на шеѣ и на тыльной поверхности кистей рукъ; затѣмъ пигментація распространяется на все тѣло, въ особенности на болѣе темныя или подвергающіеся давленію участки кожи (окружность сосковъ, половыя органы, подкрыльцовыя впадины, гребень подвздошной кости, позвоночникъ, талія). Впослѣдствіи окраска кожи принимаетъ иногда бронзовый оттѣнокъ. — Такая же окраска замѣчается также на слизистыхъ оболочкахъ; однако цвѣтъ соединительныхъ оболочекъ глазъ большею частью не измѣняется. Не измѣняется также окраска кожи на ладоняхъ рукъ и подошвахъ ногъ и окраска ногтей. Лихорадки обыкновенно не бываетъ. — Въ дальнѣйшемъ теченіи наблюдаются малокровіе, парѣстезіи, психическія разстройства, возростающая кахексія. Выздоровленіе наблюдается очень рѣдко. Что касается діагноза, то на основаніи другихъ симптомовъ и теченія можно отличить бронзовую болѣзнь отъ различныхъ заболѣваній, сопровождающихся измѣненіемъ цвѣта кожи (желтуха, аргирія, маларійная кахексія, хлоазма). Леченіе. Усиленное питаніе, причемъ при назначеніи діеты слѣдуетъ принимать во вниманіе разстройства со стороны пищеварительнаго аппарата, если таковыя имѣются; симптоматическое леченіе диспепсін; внутрь назначаютъ рыбій жиръ, мышьякъ, желѣзо, хину. Специфическое леченіе веществомъ надпочечныхъ железъ не даетъ надежныхъ результатовъ.

Rp. Sol. Adrenalini hydrochlor. (1:1000) 10,0.

S. Черезъ 2—3 дня по 10 капель.

Отравленія.

1. Алкоголь. Симптомы острого отравленія. Спиртнй запахъ выдыхаемаго воздуха. Сонливость, суженіе зрачковъ. Рвота, низкая температура тѣла, малый пульсъ.

Леченіе. Холодныя обливанія, чернй кофе, впрыскиванія камфорнаго масла, при рѣзкомъ пониженіи температуры горячія завертыванія рукъ и ногъ.

2. Атропинъ (белладонна). Расширеніе и отсутствіе реакціи зрачковъ, сухость въ горлѣ, сухость кожи, учащеніе пульса, тошнота, бредъ, галлюцинаціи.

Леченіе. Промываніе желудка, рвотное (Sol. Apomorphin. hydrochlor. 0,1 : 10,0. D. in vitro nigro. S. Для подкожныхъ впрыскиваній, по $\frac{1}{2}$ —1 шприцу), чернй кофе, морфій 0,03 подъ кожу.

3. Берголетова соль см. Хлорноватоокислй кали.

4. Болиголовъ (коніинъ). Симптомы. Сухость во рту, боли въ животѣ, параличъ дыханія, судороги, коматозное состояніе.

Леченіе. Промываніе желудка, рвотное (см. №№ 2 и 15), искусственное дыханіе, возбуждающія, кофеинъ.

5. Грибы ядовитыя. Симптомы въ легкихъ случаяхъ ограничиваются явленіями гастроэнтерита; въ тяжелыхъ случаяхъ—коллапсъ, слюнотеченіе, суженіе зрачковъ.

Леченіе. Промываніе желудка, рвотное (см. №№ 2 и 15). Слабительныя, кофе, возбуждающія. Впрыскиванія атропина (см. № 14).

6. Змѣиный ядъ. Симптомы. Мѣстный воспалительный процессъ, синюха, гангрена, кровоизліянія, расстройства чувствительности. Дрожаніе, расстройства зрѣнія, судороги, параличи, параличъ дыханія. Кромѣ того поносъ, геморрагическій діатезъ, желтуха.

Леченіе. Прижиганіе мѣста укуса раскаленнымъ желѣзомъ, карболовой кислотой; впрыскиваніе 3% раствора марганцовокислаго калия, хлорная вода. Перетяжка члена выше укуса. Внутрь алкоголь (коньякъ въ большихъ дозахъ), возбуждающія.

7. Карболовая кислота. Симптомы. Чувство жженія во рту и въ желудкѣ, бѣлаго цвѣта ожоги слизистой оболочки рта, рвота, помраченіе сознанія, бредъ, зелено-черная окраска мочи. Характерный запахъ.

Леченіе. Промываніе желудка 3% растворомъ сѣрниокислаго натра, *calcaria saccharata*, молоко, ледъ. Sol. Natrii sulfur. 10,0 : 150,0, черезъ два часа по столовой ложкѣ.

8. Кислоты (сѣрная, соляная, азотная, хромовая кислота). Симптомы. Ожоги во рту, чувство жженія во рту и въ желудкѣ, рвота кислыми массами. Тошнотныя движенія, сильныя боли въ животѣ, альбуминурія, гематурія.

Леченіе. Введеніе обильнаго количества щелочной жидкости: вода съ *Magnesia carbonica* или *usta*, *Calcaria carbonica* или *saccharata*, *Natr. bicarbonicum*, взвѣсъ порошка мѣла, мыльная вода, молоко, кусочки льда, впрыскиванія морфія. Не слѣдуетъ производить промыванія желудка. Впослѣдствіи леченіе гастрита и суженій.

9. Кокаинъ. Симптомы. Сухость во рту, коллапсъ, малый пульсъ, холодный потъ, сердцебиеніе, бредъ, судороги, расширеніе зрачковъ, блѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ.

Леченіе. Холодныя обливанія, искусственное дыханіе, вдыханіе амилнитрита. (Въ видахъ профилактики полезно прибавлять къ раствору кокаина адреналинъ или *suprageninum*).

10. Колбасный ядъ см. Рыбный и мясной ядъ.

11. Колхицинъ (Colchicum). Симптомы. Гастроэнтеритъ, жженіе во рту, подергиванія, синюха, коллапсъ.

Лечение. Промываніе желудка, рвотное (см. №№ 2 и 15). Слабительныя, кофе, коньякъ, опій, вливанія фізіологическаго раствора поваренной соли.

12. Креозотъ см. Карболовая кислота.

13. Лизолъ см. Карболовая кислота.

14. Морфій и опій. Симптомы остраго отравленія. Рѣзкое сѣуженіе зрачковъ, сонливость, коматозное состояніе. Кромѣ того тошнота, головныя боли, хрипящее дыханіе; кожа блѣдная, голова на-ощупъ горячая. У дѣтей явленія столбняка.

Лечение. Промываніе желудка, крѣпкій кофе, коффеинъ, возбуждающія, горчичники, искусственное дыханіе, клизма съ уксусомъ. Впрыскиваніе атропина (Sol. Atropini sulfur. 0,01:10,0. D. S. По $\frac{1}{2}$ —1 шприцу = $\frac{1}{3}$ —1 млгрм.).

Хроническое отравленіе морфіемъ. Сѣуженіе зрачковъ, упадокъ питанія, потеря аппетита, кахексія. Слѣды уколовъ, нарывы кожи, запоры, утрата нравственнаго чувства.

Лечение. Лишеніе морфія.

15. Мышьякъ. Симптомы остраго отравленія. Тошнота, рвота. Боли въ области желудка; испражненія похожи на рисовый отваръ, какъ при холерѣ; малый пульсъ, затрудненное дыханіе, хриплый голосъ, иногда судороги, коллапсъ, холодная на-ощупъ кожа.

Лечение. Промываніе желудка, рвотныя средства (Sol. Cupri sulfur. 1,0:60,0. S. Черезъ каждыя 5—10 минутъ по чайной ложкѣ до наступленія рвоты). Antidotum arsenici (Liqu. ferri sulfur. oxydat. 100,0, Aq. 250,0 и Magn. usta 15,0 на Aq. 250,0. Оба раствора передъ употребленіемъ смѣшиваютъ и даютъ по 2—4 столовыхъ ложки и болѣе съ теплой водой, сперва черезъ каждыя 10 минутъ, а затѣмъ черезъ каждыя $\frac{1}{4}$ и $\frac{1}{2}$ часа), жженая магнезія, молоко, бѣлокъ.

Хроническое отравленіе. Гастроэнтеритъ, конъюнктивитъ, отеки, хрипота, экзема, разстройства чувствительности, невралгіи, невритъ.

Лечение. Устраненіе причинныхъ моментовъ (мышьяковыя краски), лечение неврита, внутрь іодистый калий.

16. Наперстянка (digitalis). Симптомы. Тошнота, рвота, поносъ, неправильный пульсъ, разстройства зрѣнія, одышка, коматозное состояніе.

Лечение. Алкоголь, крѣпкій кофе, камфора, горчичники, вдыханіе амилънитрита.

17. Нитробензолъ, мирбановое масло, отравленіе анилиномъ. Симптомы. Тошнота. Выдыхаемый воздухъ имѣетъ запахъ горькихъ миндалей, одышка, ціанозъ, сѣроватосиняя окраска кожи, судороги, коматозное состояніе.

Лечение. Промываніе желудка, возбуждающія, искусственное дыханіе.

18. Окись углерода. Симптомы. Головная боль, головокруженіе, тошнота, коматозное состояніе, асфиксія (спектроскопическое изслѣдованіе крови обнаруживаетъ присутствіе соединенія окиси углерода съ гемоглобиномъ). Синюха, одышка. Расширенныя кровеносныя сосуды просвѣчиваютъ въ видѣ вишневокрасныхъ полосъ. Медленное выздоровленіе: нефритъ, гликозурия, параличи.

Лечение. Свѣжій воздухъ, вдыханіе кислорода, искусственное дыханіе, раздраженія кожи, кровопусканіе, вливаніе раствора поваренной соли.

19. Опій см. Морфій.

20. Ракитникъ (cytisis laburnum). Симптомы. Тошнота, рвота. Боли въ желудкѣ, одышка, ціанозъ, головокруженіе, судороги, расширеніе зрачковъ.

Лечение. Промываніе желудка, рвотныя (см. №№ 2 и 15). Слабительныя, искусственное дыханіе, возбуждающія.

21. Ртуть см. Сулема.

22. Рыбный, мясной и колбасный ядъ. Отравленіе сыромъ. Симптомы. Рвота, поносъ, головокруженіе, лихорадка. Иногда явленія паралича (параличъ глотанія, расширеніе зрачковъ). Параличъ сердца, коллапсъ. Иногда преобладаютъ тифозныя и септическія явленія.

Лечение. Промываніе желудка, рвотныя средства (см. №№ 2 и 15). Слабительныя, возбуждающія, раздраженіе кожи.

23 Сантонинъ. Симптомы. Тошнота, слюнотеченіе, ксантопія, расширеніе зрачковъ, одышка, гастроэнтеритъ, судороги.

Лечение. Промываніе желудка, слабительныя, кофе, въ случаѣ надобности хлораль-гидратъ.

24. Свинецъ. Симптомы хроническаго отравленія. Диспепсія, за-

пахъ изо рта, свинцовая колика, запоры, исхуданіе, свинцовая кайма по краю десенъ, напряженный пульсъ, боли въ суставахъ (arthralgia saturnina), параличи, дрожаніе, мозговые симптомы.

Леченіе. Иодистый калий, теплая ванны, слабительныя; по возможности перемѣна профессіи.

25. Свѣтільный газъ см. Окись углерода.

26. Синильная кислота, ціанистый калий. Потеря сознанія, судороги, судорожное дыханіе; выдыхаемый воздухъ имѣетъ запахъ горькихъ миндалей. Часто быстро наступаетъ смерть вслѣдствіе остановки дыханія.

Леченіе. Сперва рвотныя средства (см. №№ 2 и 15), затѣмъ искусственное дыханіе, возбуждающія средства, внутрь 3% растворъ перекиси водорода.

27. Спорынья (*Secale cornutum*). Симптомы. Гастроэнтеритъ, сухость въ горлѣ, головокруженіе, коматозное состояніе.

Леченіе. Промываніе желудка, рвотное, возбуждающія, слабительныя.

Хроническое отравленіе (злая корча, эрготизмъ): судороги, парѣстезіи, омертвѣніе пальцевъ рукъ и ногъ, гастроэнтеритъ, душевныя разстройства.

Леченіе. Запретить употребленіе въ пищу муки и хлѣба, содержащихъ спорыню; симптоматическое леченіе.

28. Стрихнинъ. Симптомы. Приступы сильныхъ тоническихъ и клоническихъ судорогъ, скелетныхъ мышцъ, въ особенности разгибательныхъ; *opisthotonus*, сведеніе затылка, тризмъ. Прерывистое дыханіе, ціанозъ. Рѣзкое повышеніе рефлекторной возбудимости. Быстрое теченіе и, большею частью, смертельный исходъ. Приступы судорогъ чередуются съ промежутками покоя.

Леченіе. Промываніе желудка, рвотное (см. №№ 2 и 15); вдыханія хлороформа, клизмы съ хлораль-гидратомъ, опій, морфій.

29. Сулема. Симптомы. Ожоги во рту. Кровянистыя испраженія, тенезмы, стоматитъ, нефритъ, дизурія. Въ дальнѣйшемъ дифтеритическія язвы въ толстыхъ кишкахъ. Поносъ. Сердечная слабость.

Леченіе. Рвотное (см. №№ 2 и 15), обильное питье бѣлковой воды, молока. Древесный уголь, желѣзо въ порошокъ, жженая магнезія.

30. Укусы насѣкомыхъ. Симптомы. Мѣстныя воспалительныя явленія, иногда лимфангоитъ, лихорадка.

Леченіе. Смазываніе нашатырнымъ спиртомъ, примочки изъ спирта и свинцовой воды. Извлеченіе жала, если оно осталось въ кожѣ.

31. Устрицы. Симптомы. Гастроэнтеритъ, тифозныя явленія.

Леченіе. Рвотное (см. №№ 2 и 15), затѣмъ симптоматическое леченіе.

32. Фосфоръ. Симптомы остраго отравленія: боли въ желудкѣ и рвота, рвотныя массы свѣтятся въ темнотѣ и пахнутъ фосфоромъ. Черезъ нѣсколько дней желтуха, увеличеніе печени, кровавая рвота, геморрагическій діатезъ, сердечная слабость, мозговья явленія, коматозное состояніе.

Леченіе. Промываніе желудка или рвотное (см. №№ 2 и 15). Затѣмъ старое терпентинное масло (*Ol. Terebinth. ozonisat.*), кофе, камфора; не давать жировъ и молока.

Хроническое отравленіе: некрозъ нижней челюсти, гастроэнтеритъ, хроническій бронхитъ, геморрагическій діатезъ.

Леченіе. Перемѣна профессіи, симптоматическое леченіе.

33. Хлораль-гидратъ. Симптомы. Сонливость, одышка, ціанозъ, параличъ сердца.

Леченіе. Промываніе желудка, искусственное дыханіе, раздраженіе кожи, впрыскиваніе подъ кожу азотнокислаго стрихнина 0,001—0,002.

34. Хлорноватокислый кали (бертолетова соль). Симптомы. Сѣровато-фіолетовыя пятна на кожѣ, синюха, желтуха, рвота, зеленовато-черный цвѣтъ рвотныхъ массъ, поносъ, одышка, альбуминурія, метгемоглобинурія (темная моча), помраченіе сознанія, судороги.

Леченіе. Промываніе желудка, вливаніе физиологическаго раствора поваренной соли, мочегонныя средства, глотаніе кусочковъ льда, возбуждающія, подкожное впрыскиваніе пилокарпина (*Sol. Pilocarpin. hydrochlor. 0,2:10,0. S.* Для подкожныхъ впрыскиваній по $\frac{1}{2}$ —1 шприцу). Слѣдуетъ избѣгать кислотъ и напитковъ, содержащихъ углекислоту.

35. Хлороформъ. Симптомы. Параличъ дыханія и сердца.

Леченіе. Искусственное дыханіе, вдыханіе кислорода, электризація грудобрюшныхъ нервовъ, *strychnin nitr.* 0,001—0,002 подъ кожу.

36. Ціанистый калий, см. Синильная кислота.

37. Щавельная кислота. Симптомы. Чувство жженія во рту, рвота,

холодная липкая кожа. Вокругъ рта бѣловатая просвѣчивающія обожженные мѣста. Одышка, коллапсъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи геморрагическій нефритъ.

Леченіе. Промываніе желудка, известковая вода, жженая магнезія, разболтанный въ водѣ порошокъ мѣла.

38. Ъдкія щелочи. Симптомы. Ожоги вокругъ рта, сильное чувство жженія во рту и зѣвѣ, щелочная реакція рвотныхъ массъ, боли въ желудкѣ, поносъ. Впослѣдствіи обыкновенно суженія пищевода.

Леченіе. Вода съ уксусомъ, молоко, *emulsio oleosa*, лимонный сокъ, кусочки льда.

39. Эфиръ. Симптомы. Характерный запахъ выдыхаемаго воздуха. Сонливость, полная анестезія всего тѣла, параличъ сердца и дыханія.

Леченіе. Искусственное дыханіе, вдыханіе кислорода. Гальванизація грудобрюшныхъ нервовъ, горчичники на область сердца.

Предметный указатель.

А.

Aachen 254, 258, 324, 325.

Abazzia 135.

Absence 311.

Абсцессъ, поддиафрагмальный 193.

Абсцессъ легкихъ 137.

Агглютинація 3, при брюшномъ тифѣ 17, при паратифѣ 21, при дизентеріи 21, при азіатской холерѣ 24, при чумѣ 38, при эпидемическомъ цереброспинальномъ менингитѣ 42.

Агарицины 134.

Аграфія 289.

Агрупнія 306.

Аддисонова болѣзнь 354.

Adipositas universalis 346.

Adonis vernalis 61.

Адреналинъ 88, 146.

Азіатская холера 24.

Акротермы 253, 300, 324.

Акропарестезія 320.

Актиномикозъ 52, легкихъ 139.

Actinomyces bovis 52.

Алалія 286.

Алексія 289.

Алжиръ 126, 135, 226.

Алкогольный невритъ 262, 269.

Алкоголь, отравленіе 355.

Алоѣ 183.

Altaeae sirup. 9, 100.

Альбуминурія 217, лихорадочная 18, юношеская 232, циклическая 232, ортостатическая 232.

Альбумозурия 217.

Amoeba hystolytica 21.

Амебная дизентерія 21.

Amylium nitrosum 79, 122, 268, 313.

Амилоидная печень 213.

Амилоидная селезенка 213, 216.

Амилоидныя почки 213, 233.

Ammonium aceticum 141, 181.

Ammonium causticum, liq. 86, bromatum 95, 252, 312, chloratum 100, anisatum 100, 105, 109, 177.

Амнезія 310.

Anadenia gastrica 156.

Ангина 31, 143, катарральная 143, лакунарная и фолликулярная 143, флегмонозная 144, гангренозная и рожистая 144, некротическая 144, герпетическая 144, Vincent'a, Plaut-Vincent'a 144.

Angina Ludovici 142, при скарлатинѣ 11, при актиномикозѣ 52, pectoris vera 79, pseudo 78.

Английская болѣзнь 325.

Andermatt 135.

Andreasberg 135.

Аневризма аорты 81, восходящей части аорты 82, брюшной аорты 82.

Anaemia splenica 338.

Анемія, прогрессивная злокачественная 333, вторичная 331.

Анорексія 167.

Аноpheles 35.

Антигены 6.

Антипирины 21, 28, 29, 40, 253.

Антитѣла 6.

Anthracosis 136.

Anthrax 50.

Анузоловые суппозитории 181.

Anchylostoma duodenale 197.

Анхилостоміазъ 197.

Анэстезія 250.

Аорта, аневризма ея 81, атероматозъ 83, недостаточность клапановъ ея 72, суженіе устья ея 73.

Appollinaris 238.

Apoplexia meningialis 271.

Апоплексія 297.

Апоплектиформные приступы 299.

Апоплектический инсультъ 298.

Аппендицитъ 192.

Aprosexia nasalis 145.

Arco 126, 135.

Argentum colloidalе 40, nitricum 88, 91, 140, 141, 145, 160, 170, 227.

Arosa 122, 135.

Артеріи, тоны ихъ 71, шумы ихъ 71.

Артериосклерозъ 83.

Артикуляція, разстройства ея 286.

Arthritis deformans 324, urica 349.

Артропатіи 277.

Ascaris lumbricoides 196.

Аспираціонная пневмонія 108.

Аспиринъ 28, 67, 116, 273.

Assmannhausen 205, 240.

Астазія—абазія 307.

Астма, бронхиальная 120, сердечная 56, 120, уремическая 120.

Асцитъ 169, 199, 202, 211.

Атаксія 248, 277, 291, наследственная 279, при прогрессивномъ параличѣ 303.

Ателектазъ легкихъ 111.

Атероматозъ аорты 83.
 Атетозъ 316.
 Атоксилъ 53.
 Атонія желудка 162, 167.
 Атропинъ 134, 142, 286, 313.
 Атропинъ, отравленіе 355.
 Атрофія 248, 282.
 Аура 310.
 Aussee 254.
 Аускультация сердца 58.
 Аутоинтоксикація 198, 223, 343.
 Аутоотрансфузія 160.
 Афазія, двигательная, сенсорная, оптиче-
 ская 289, 301.
 Афонія 89, 286.
 Афтозный стоматитъ 53, 141.
 Афты 53, 141.
 Achylia gastrica 155.
 Ацетилсалициловая кислота см. Аспиринъ.
 Ацетонъ и ацетоуксусная кислота 221, 342.
 Ацидозъ 343.
 Acidum arsenicosum 122, 253, 315, benzoic-
 um 105, 201, boricum 23, 87, 88, 93,
 140, 227, carbolicum 86, 137, 138, 201,
 hydrochloricum 20, 36 154, 203, 355,
 lacticum 93, phosphoricum 20, salicylicum
 227, sulfuricum 29, tannicum 23, 26, 91,
 170, 173, 174, 176, 177, 236, 239, 272.
 Ajaccio 135, см. Корсика.

Б. В*.

Baden-Baden 59, 74.
 Badenweiler 135.
 Базедова болѣзнь 318.
 Banting'овское леченіе 347.
 Battaglia 324.
 Бедренная невральгія 265.
 Бедренный нервъ, параличъ 259.
 Безсонница 306.
 Beelitz 135.
 Белладонна, отравленіе 355
 Belzig 135.
 Бензидиновая проба 150.
 Бери-бери 53.
 Berca 324.
 Бертолетова соль, отравленіе 355.
 Билинь 154, 157, 176, 179, 200, 208, 238,
 239.
 Билирубинъ 220.
 Вiegme'овское измѣненіе звука 119.
 Bismutum subnitricum 23, 160, 165, 176.
 Биуретовая проба 218.
 Блоковый нервъ, параличъ 255.
 Блуждающій нервъ, параличъ 257.
 Блѣдная немочь 333.
 Bozen 74, 126, 135.
 Bocklet 172.
 Болевая точки Valleix 262.
 Болиголовъ, отравленіе 355.
 Большеберцовый нервъ, параличъ 259.
 Болѣзни легкихъ отъ вдыханія пыли 135.
 Болѣзнь Banti 210.
 Болѣзнь Barlow'a 340.
 Болѣзнь Weil'я 204.
 Болѣзнь Glénard'a 187.
 Болѣзнь Graves'a 318.

Болѣзнь Menière'a 317.
 Болѣзнь Raynaud 320.
 Болѣзнь Thomsen'a 316.
 Болѣзнь Friedreich'a 279.
 Болѣзнь Hodgkin'a 337.
 Борная кислота, борная вода 8, 12.
 Борниваль 306.
 Bothriosephalus latus 196.
 Брадикардія 69, нервная 76, при артеріо-
 склерозѣ 84.
 Брайтова болѣзнь 228.
 Brieger'овскія ванны съ движеніями
 266, 273, 280.
 Brown-Séquard'овскій параличъ 274.
 Бромизмъ 312.
 Bromoforn 29.
 Бронзовая болѣзнь 354.
 Бронхи, болѣзни ихъ 97, суженіе ихъ 127.
 Бронхитъ, острый 102, капиллярный 103,
 фибринозный 105, хроническій 125.
 Бронхіальная астма 120, формы ея 120,
 кристаллы въ мокротѣ при ней 121, ле-
 ченіе 121.
 Бронхіальныя железы, туберкулезъ ихъ
 131, 139.
 Бронхіолитъ 103.
 Бронхіэктазія 136.
 Бронхопневмонія 106, 108.
 Бронхоррея 126.
 Брюшина, болѣзни 168.
 Брюшина, воспаленіе ея см. Перитонитъ.
 Брюшной тифъ 17.
 Бубонная чума 38.
 Бугорчатка рта и зѣва 146.
 Bulimia 167.
 Бульбарный параличъ, прогрессивный 285,
 острый апоплектиформный 286.
 Burtscheid 324.
 Бѣлковая вода 24.
 Бѣлокъ, содержаніе его въ мочѣ 220.
 Бѣшенство 46.

В. V*.

Вазомоторно-трофическіе невроты 318.
 Ванны изъ фанго 324.
 Varicella 15.
 Varices 85.
 Variola vera 12, 13.
 Variola confluens haemorrhagica 14.
 Variolois 14.
 Вароліевъ мостъ, очаговые симптомы при
 заболѣваніи его 290.
 Вены, заболѣванія 85.
 Верльгофова болѣзнь 338.
 Vertigo 317.
 Виттова пляска 314.
 Внутренняя капсула 246, 290.
 Внѣперикардіальные шумы тренія 113.
 Водобоязнь 46.
 Воды глауберовой соли 80.
 Водянка 57.
 Водяной ракъ 142.
 Возвратный нервъ, полный параличъ его
 96.
 Возвратный тифъ 37.
 Vox cholericus 25.

- Волчий голодъ 167.
 Vomitus matutinus 156.
 Vomitus nervosus 166.
 Воротная вена, острое воспаление 205,
 тромбозъ 214.
 Воспаленіе плевры 112.
 Вънечныя артеріи, склерозъ ихъ 68.
- Г. Н.* G.**
- Гальванизація 33, 80, 244, 251, 255, 257,
 258, 260, 261, 266, 273, 278, 283, 284,
 286, 300, 305, 309, 318.
 Гальванопунктура 83.
 Гангрена, симметрическая 320, легкихъ
 138.
 Harris оn'овская борозда 89.
 Гастральгія 159, 164.
 Gastrectasia 162.
 Gastritis acuta 155, chronica 156, phlegmo-
 nosa 156, toxica 156.
 Gastroptosis 164.
 Gastosuccorrhoea 167.
 Gastroxynsis 167.
 Гастроэнтеритъ 26.
 Gastein 254, 279, 300, 323, 324.
 Guajacol 101.
 Haematoma durae matris 292.
 Haematomyelia 274.
 Гематурия 218.
 Hemisrania 267.
 Гемиплегія при коклюшѣ 29.
 Геміанопсія 289.
 Hemiatheosis hemiplegica 316.
 Hemiatrophia facialis progressiva 319.
 Гемоглобинурия 219.
 Гемоглобинурия при маляріи 36.
 Haemopericardium 76.
 Гемопневмоторакъ 118.
 Геморрагическіе діатезы 338.
 Геморрагическій инфарктъ легкихъ 110.
 Геморрагическій инфарктъ почки 234.
 Haemorrhagia cerebialis 297.
 Геморрой 181.
 Гемоторакъ 118.
 Гемофилія 341.
 Geosot 101.
 Hepatitis acuta diffusa 204, parenchymatosa
 acuta diffusa 206, interstitialis chronica
 209.
 Görbersdorf 93.
 Gerhardt'овское измѣненіе звука 131.
 Herpes при инфекціонныхъ болѣзняхъ 3.
 Hydrastis canadensis 101.
 Гидронефрозъ 236.
 Hydropericardium 75, 76.
 Гидропневмоторакъ 119.
 Hydrops articulorum intermittens 320.
 Гидротерапія при инфекціонныхъ болѣз-
 няхъ 4, при артеріосклерозѣ 85, при
 бронхіальной астмѣ 123, при бронхіо-
 литѣ 104, при заболѣваніяхъ сердца 62,
 при нервномъ сердцебіеніи 77, при ин-
 флуэнцѣ 28, при сухомъ плевритѣ 112,
 при экссудативномъ плевритѣ 113, при
 пневмоніи 108, при оспѣ 14, при скар-
 латинѣ 12.
- Hydrothorax 118.
 Hydrophobia 46.
 Hydrocephalus chronicus 295.
 Гиперемія головного мозга 296.
 Гиперемія печени, конгестивная 204.
 Гиперлейкоцитозъ 329.
 Гиперлейкоцитозъ при инфекціонныхъ бо-
 лѣзняхъ 3.
 Гипертонія 56.
 Гипертрофія сердца 68.
 Гиперѣстезія кожныхъ нервовъ и орга-
 новъ чувствъ 43.
 Гипостазъ легкихъ 110.
 Гипостазы, гидротерапевтическое леченіе
 ихъ 4.
 Гипостатическая пневмонія 110.
 Глазная реакція при туберкулезѣ легкихъ
 130.
 Глазныя мышцы, параличъ ихъ 255.
 Глазодвигательный нервъ, параличъ 255.
 Глицеринъ 55.
 Гліозъ 284.
 Globus 308.
 Гломеруло нефритъ при скарлатинѣ 11.
 Glossina palpalis 53.
 Glossitis 142.
 Гной, содержаніе его въ испражненіяхъ
 168, въ мочѣ 234.
 Гнойныя тѣльца 331.
 Головная боль 266.
 Головная водянка 295.
 Головной мозгъ, абсцессъ его 301.
 Головной мозгъ, анемія его 296.
 Головной мозгъ, болѣзни 288, очаговые
 симптомы 288, 290, 291.
 Головной мозгъ, гиперемія его 296.
 Головной мозгъ, кровоизліянія въ него
 297.
 Головной мозгъ, опухоли его 302.
 Головной мозгъ, эмболическое или тром-
 ботическое размягченіе его 297.
 Головной мозгъ, эмболія его 297.
 Головокруженіе 317.
 Голосовая щель, отекъ ея 92, спазмъ ея
 95, параличъ мышцъ, суживающихъ
 ее 96, раскрывающихъ ее 96.
 Homburg 59, 75, 81, 124, 126.
 Гортанный нервъ, верхній, параличъ 96.
 Гортань, абсцессъ ея 91.
 Гортань, болѣзни ея 89.
 Гортань, дифтерія ея 31.
 Гортань, доброкачественныя новообразо-
 ванія пѣвцовъ 94.
 Гортань, катарръ ея, острый 89, хрони-
 ческій 90.
 Гортань, крупъ 31, ложный 90.
 Гортань, параличи ея 95.
 Гортань, перихондритъ 91.
 Гортань, ракъ ея 94.
 Гортань, сифилисъ ея 93.
 Гортань, стенозъ, при дифтеріи 31.
 Гортань, туберкулезъ ея 92.
 Гортань, язвы ея, катарральныя 90, ра-
 ковыя 94, сифилитическія 93, туберку-
 лезныя 92, тифозныя 93.
 Горькія воды 172, 173.

Грибы, ядовитые, отравление 355.
 Гриппъ 27.
 Gries 12⁴.
 Грудная водянка 118.
 Грудная жаба, ложная 78, истинная 79.
 Грудобрюшная преграда, параличъ ея 260.
 Грудобрюшная преграда, судорога 261.

D. D.*

Davos 122, 135.
 Двойныя изображенія 255.
 Двустворчатая заслонка, недостаточность ея 71.
 Двѣнадцатиперстная кишка, язва ея 179.
 Deviation conjuguee 298.
 Dementia paralytica 303.
 Défense musculaire 189.
 Дивертикулы пищевода 149.
 Дигалень 33, 60, 105, 108, 109, 110, 177.
 Digipuratum 60.
 Digitoxinum 60.
 Дизартрія 257.
 Дизентерійный бациллъ 21.
 Дизентерія 21.
 Dysuria spastica 243.
 Dilatatio ventriculi 162.
 Дилятациа сердца 68.
 Diplococcus intracellularis meningitidis 42.
 Диплококкъ пневмоніи 106.
 Диплонія 255.
 Dysbasia angiosclerotica 84.
 Диспенсія, нервная 165, 304.
 Диспептическія явленія 149.
 Dystrophia muscularis progressiva 283.
 Дифтерійная сыворотка 32.
 Дифтерійные параличи при дифтеріи 31.
 Дифтерійный бациллъ 30.
 Дифтерійный невритъ 268.
 Дифтерія 30, септическая форма 31, гор-
 тани 31, носа 31, лечение 32.
 Дифтонгія 89.
 Diabetes mellitus 341, insipidus 345.
 Диабетическій невритъ 269.
 Диазо реакція 222.
 Dialysatum fol. digitalis Golaz 60.
 Diarrhoea см. Поносъ.
 Diuretin 60, 61, 67, 116.
 Діэта при анеміи 332, при брюшномъ тифѣ
 20, при дифтеріи 33, при инфекціонныхъ
 болѣзняхъ 5, при кори 8, при плевритѣ
 116, при пневмоніи 107, при оспѣ 14,
 при дизентеріи 23, при скарлатинѣ 12,
 при хлорозѣ 334, при болѣзняхъ моче-
 вого пузыря 227, при остромъ катаррѣ
 кишекъ 176, при хроническомъ катаррѣ
 178, при болѣзняхъ печени 200, при
 циррозѣ печени 210, при болѣзняхъ же-
 лудка 152, при хроническомъ катаррѣ
 желудка 157, при туберкулезѣ легкихъ
 133, при нервныхъ болѣзняхъ 250, при
 неврастеніи 305, при болѣзняхъ почекъ
 224, при запорѣ 182, при суженіи пи-
 шевода 148, при перитонитѣ 190, 191,
 при перитифлитѣ 194, при рахитѣ 327.
 Діэта Ebstein'a 347.
 Діэта Oertel'я 348.

Дренажъ Büla и 117.
 Driburg 254.
 Дрожаніе глазныхъ яблокъ см. Нистагмъ.
 Дрожательный параличъ 317.
 Дуга сердечной тѣни 59.
 Duotal 192.
 Душевная слѣпота 289.
 Дѣтская холера 176.
 Дѣтскій параличъ, церебральный 300.
 Du g a n d e'овское средство 208.
 Dürkheim 205, 240.

E.

Египетъ 122, 126, 135, 226.
 Eclampsia infantum 313.
 Empyema necessitatis 115.
 Encephalitis infantilis 300, suppurativa 301.
 Encephalomalacia 297.
 Endaortitis chronica 83.
 Enderteriitis chron. deformans 83.
 Enteritis catarrhalis acuta 175, chronica 178,
 membranacea 178, bacillus enteritidis
 Gaertneri 26.
 Enuresis nocturna 244.
 Epistaxis 88.
 Eructatio nervosa 167.
 Erysipelas 47.
 Erythema nodosum 339.
 Etat mamelonné 156.
 Exophthalmus 318.
 Extractum Belladonnae 165, 167, 183, 187,
 188, 243, 313.

Ж.

Жевательныя мышцы, судорога 260.
 Желатина 82, 101, 118.
 Железистая лихорадка 146.
 Железистая чума 38.
 Желтая лихорадка 26.
 Желтуха 198, катарральная 203.
 Желудокъ, болѣзни 149, общая терапія
 152, острый катарръ 155, токсическій
 гастритъ 156, флегмонозный гастритъ
 156, хроническій катарръ желудка 156,
 язва 158, ракъ 161, расширение 162,
 неврозы 164.
 Желудочные неврозы 157.
 Желчная колика 159, 207.
 Желчные камни 207.
 Желчные пигменты 220.
 Желчные пути, гнойное воспаленіе 204.
 Желчный пузырь 199, воспаленіе его 206.
 Желчный тифоидъ 37.
 Желзистые источники 172, 254, 336.
 Животъ 169.
 Жирная печень 213.
 Жировыя испраженія 168.

З.

Заворотъ кишки 185.
 Заглочочный нарывъ 146.
 Запирательный нервъ, параличъ 259.
 Запоръ, привычный 181, спастическій 183.
 Застойная почка 233.
 Затылочная невральгія 264.
 Затяжныя язвы 19.

Заушница 34.
 Зеленое мыло, втираніе его 32.
 Зловонный насморкъ 87.
 Змѣнный ядъ, отравленіе 355.
 Зобное сердце 81.
 Золотуха 352.
 Зрительный бугоръ, очаговые симптомы при заболѣваніяхъ его 291.
 Зрительный нервъ, параличъ его 254.
 Зѣвъ, болѣзни его 143, хроническій катарръ его 144, сифились 146, бугорчатка 146.

И. I.

Известковая вода 170.
 Икота 261.
 Икроножныя мышцы, судороги 262.
 Icterus 198, infectiosus 204.
 Имунитетъ 6.
 Инвагинація кишки 185.
 Ингаляціи 100, 101.
 Индиканъ 222.
 Инородныя тѣла въ носу 88, въ гортани 95.
 Интубація при дифтеріи 32.
 Инфарктъ легкихъ, геморрагическій 110, при септикопѣміи 39.
 Инфекціонныя болѣзни 3.
 Инфлуэнца 27, бациллъ ея 27, главные симптомы 27, діагнозъ 27, прогнозъ 28, лечение 28.
 Iresacianhae radix 23, 100.
 Испражненія 168.
 Истерія 307.
 Источники поваренной соли 81.
 Ихтиоловая мазь 15, 48.
 Ischias 265.

I. J*.

Jacksoп'овская или корковая эпилепсія 289.
 Йодипинъ 84.
 Йодъ, препараты его 84.

K. C*.

Каверны 119.
 Califig 172.
 Каловыя опухоли 170.
 Каломель 23, 61.
 Calcium phosphoricum 327.
 Камни мочевого пузыря 239.
 Камфора 60, 69, 105, 108, 110, 201, 306.
 Капиллярный пульсъ 72.
 Caput medusae 85, 169, 199, obstipum spasticum 257.
 Карболовая кислота, отравленіе 355.
 Карболовый глицеринъ 9.
 Кардіальгія 164.
 Карлсбадъ 37, 80, 91, 126.
 Carcinoma ventriculi 161.
 Cascara sagrada 183.
 Катарральное воспаленіе легкихъ 108.
 Кашель 98.
 Квасцы (alumen) 91.
 Kösen 100.
 Кислоты, отравленіе 355.
 Киссингенъ 37, 59, 74, 81, 91.
 Кистозное перерожденіе почекъ 234.

Кишечная колика 187.
 Кишечная форма сибирской язвы 50.
 Кишечное кровотеченіе 174, при брюшномъ тифѣ 19.
 Кишечные кризы 278.
 Кишечныя глисты 195.
 Кишечныя язвы 179, дизентерійныя 180, дифтерійныя 180, катарральныя, эмболическая и сифилитическія 180, тифозныя 180.
 Кишки, атонія ихъ 181.
 Кишки, атрофія 178.
 Кишки, болѣзни 168, общая терапія 170, поносъ 175.
 Кишки, непроходимость 185.
 Кишки, острый катарръ 175, у грудныхъ дѣтей 176, хроническій катарръ 178, у маленькихъ дѣтей 179.
 Кишки, ракъ 183.
 Кишки, суженіе 185.
 Кишки, туберкулезъ 180.
 Clavus hystericus 308.
 Claudicatio intermittens 84.
 Клизмы 23, 55, 171.
 Клоунизмъ 308.
 Codeinum phosphoricum 29, 61, 90, 101, 155.
 Кожная реакція на туберкулинъ по Pirquetу 130.
 Кожная чума 38.
 Кожный дренажъ 61.
 Cocainum hydrochloricum 86, 87, 92, 155, 181, 243.
 Коканинъ, отравленіе 355.
 Коклюшъ 28.
 Колбасный ядъ, отравленіе 355.
 Colica mucosa 178.
 Колларголь 40.
 Колхицинъ, отравленіе 355.
 Компенсация сердца, лечение разстройствъ ея 59.
 Convallaria majalis 61.
 Condurango 134, 154.
 Конинъ, отравленіе 355.
 Конъюнктивитъ при кори 7.
 Коньякъ 108.
 Копайскій бальзамъ 126, 243.
 Коробочный тонъ перкуторнаго звука 104, 123.
 Корсика 126.
 Корь 7.
 Coffein. patrio-benzoic. 61, 108, 296.
 Crampus 262.
 Краснуха 9.
 Красящее вещество крови, опредѣленіе его 219.
 Креозоталь 101, 109.
 Креозоть 101.
 Креозоть, отравленіе 356.
 Кривая Damoiseau 115.
 Crises gastriques 277.
 Кровавая рвота 98, 149, 150.
 Кровеносные сосуды, болѣзни ихъ 55, 83.
 Кровоизвлеченіе, мѣстное 299.
 Кровоизвлеченіе въ оболочки спинного мозга 271, въ спинной мозгъ 274, въ головной мозгъ 297.

Кровоупусканіе 101, 226.
Кровоточивость 341.
Кровохарканье 98, 101, начальное 128.
Кровь, болѣзни ея 329.
Кровяное давленіе, повышеніе его 56, 231.
Кровяныя пластинки 331.
Кровяныя тѣльца, красныя 330, ядросо-
держащія 330, бѣлыя 330.
Крупозная пневмонія при инфлуэнцѣ 106.
Крупозное воспаленіе легкихъ 106.
Крупъ 31.
Cubeba 243.
Cudowa 59.

Л. L*.

Лактофенинъ 21.
Laryngitis acuta 89, chronica 90.
Laryngospasmus при эклампсiи 313.
Laryngostenosis 89.
Легкія, ателектазъ ихъ 111.
Легкія, болѣзни ихъ 96.
Легкія, вздутіе ихъ 123.
Легкія, воспаленіе, крупозное (фибриноз-
ное) 106, катарральное 108.
Легкія, геморрагическій инфарктъ 110.
Легкія, гипостазъ 110.
Легкія, границы 99.
Легкія, кровотеченіе 128.
Легкія, отекъ 105.
Легкія, туберкулезъ 127.
Легкія, эмфизема 123.
Легочная артерія, недостаточность клапа-
новъ ея 73, суженіе устья ея 74.
Легочная форма сибирской язвы 50.
Легочная чахотка 127, скоротечная 128.
Легочная чума 38.
Лейкемія 336.
Лейкопенія 333, при брюшномъ тифѣ
18.
Лейкоплакія языка 142.
Лейкоциты 329, одноклеточные, 43, 115, 330,
полиморфноклеточные 115, 330.
Ленточные глисты 195.
Lepra 48.
Leptomeningitis spinalis acuta 270, chronica
275, purulenta 292.
Леченіе бромомъ и опіемъ 312.
Леченіе молочной сывороткой 118, 126.
Лизоль, отравленіе 356.
Liquor ferri sesquichlorati 161, 174, 236.
Лимфатическія железы, заушные, опуханіе
ихъ при краснухѣ 9, подчелюстные,
опуханіе при дифтерiи 31.
Лимфома, злокачественная 337.
Лимфоциты 330.
Липемія 343.
Lyssa 46.
Лихорадка при брюшномъ тифѣ 18, 19,
при маларіи 35.
Лихорадочная діета 5, 116.
Лицевой нервъ, параличъ его 256, 291,
292, 293.
Лицевой нервъ, судорога его 260.
Лицевыя мышцы, судороги ихъ 260.
Ложный крупъ 90.
Локтевой нервъ, параличъ 258.

Lumbago 325.
Лучевой нервъ, параличъ 258.
Лягушечій животъ 179.

М.

Мадейра 126.
Макроциты 330.
Malaria larvata 36.
Маларіинная кахексія 36.
Маларія 24, хроническая 36, геморраги-
ческая 36, тропическая 36.
Малиновый языкъ при скарлатинѣ 10.
Malleus 51.
Малоберцовый нервъ, параличъ 259.
Маріенбадъ 37, 80, 91, 124, 126.
Мастодинія 265.
Мегалообласты 330.
Медиастинитъ 140.
Mediastino pericarditis fibrosa 76.
Межреберная невралгія 204, при аневриз-
мѣ аорты 82.
Meningitis siderans 43.
Менингитъ, эпидемическій цереброспи-
нальный 19, 39, 42, туберкулезный 43.
Менингитъ 270, 275, гнойный, выпуклой
поверхности мозга 292, туберкулезный
294, сифилитическій 295.
Менингококки 42.
Ментоль 9, 86.
Merap 74, 126.
Металлическій отгѣнокъ сердечныхъ то-
новъ 58.
Метеоризмъ при брюшномъ тифѣ 18.
Methylenum coeruleum purum 37.
Мигрень 267.
Микроциты 330.
Миксэдема 319.
Miliaria при скарлатинѣ 11.
Милиарный туберкулезъ 20, 40.
Миндалины, гипертрофія ихъ 145.
Митральный стенозъ 71.
Myalgia 325.
Myastenia gravis pseudoparalytica 287.
Myodegeneratio cordis 69.
Миокардитъ, острый заразный 31, 33, 65,
хроническій 69.
Myositis 328.
Myotonia congenita 316.
Міэлитъ, острый 271, хроническій 275,
отъ сдавленія 276.
Міэлоциты 331.
Mogigraphia 261.
Мозговая ножка, очаговые симптомы при
заболѣваніяхъ ея 290.
Мозговые синусы, тромбозъ ихъ 292.
Мозжечокъ, очаговые симптомы при за-
болѣваніяхъ его 291.
Мокрота 98.
Молочница 141.
Morbilli 7.
Morbus coeruleus 74.
Morbus maculosus Werlhofii 338.
Morbus sacer см. Эпилепсія.
Морфій 61, 79, 101.
Морфій, отравленіе 356.

Моча 217, измѣненія ея при заболѣваніяхъ сердца 57.
 Мочевой песокъ 239.
 Мочевой пузырь 224, 226, нарушение функций его 247.
 Мочевой пузырь, камни въ немъ 217, 239.
 Мочевой пузырь, катарръ его 217, 241, хроническій катарръ его 242.
 Мочевой пузырь, параличъ его 244.
 Мочевой пузырь, промыванія его 227.
 Мочевой пузырь, судорога его 243.
 Мочевые органы, болѣзни 217, общая терапия 226.
 Мочегонныя 60, 61.
 Мочеиспускательный діатезъ 349.
 Мутизмъ 307.
 Мышечная атрофія, спинномозговая прогрессирующая (типъ Duchenne-Agap'a) 282.
 Мышечная дистрофія, прогрессирующая 283, миопатическая 283.
 Мышечныя контрактуры 43.
 Мышечный ревматизмъ 325.
 Мышьяковый невритъ 269.
 Мышьякъ, отравленіе 356.
 Мышьякъ см. *Acidum arsenicosum*.
 Мясоной ядъ, отравленіе 356.
 Мясные препараты 162.

Н. N*.

Наперстянка 59, 60, 67, 69, 110, отравленіе 60, 356.
 Нарывъ печени 210.
 Нарывъ почки 234.
 Наслѣдственная атаксія 279.
 Насморкъ 86, зловонный 87, при кори 7.
Natrium bromatum 78, 95.
Natrium iodatum 78, 84.
Natrium nitrosum 79.
Natrium salicylicum 65, 67, 116.
Natrium sozojodol. 9, 86.
 Наугеймъ 59, 74, 81.
 Невралгія суставовъ 266.
 Невралгія 262, при маларіи 36.
 Невралгія почки 241.
 Неврастеническая грудная жаба 78.
 Неврастенія 304, половая 306.
 Невритъ 268, множественный 269.
 Неврозы 304, 314, 318.
 Неврозы желудка 164, 167.
 Недостаточность сердечныхъ клапановъ 63, двустворчатой заслонки 71, клапановъ аорты 72, трехстворчатой заслонки 73, клапановъ легочной артеріи 73.
Neuenahr 126.
Neuritis optica 43.
 Неправильности прорѣзыванія зубовъ при рахитѣ 326.
 Нервная анорексія 167.
 Нервная диспепсія 165.
 Нервная отрыжка 167.
 Нервная рвота 166.
 Нервная система, болѣзни 245, общая терапия 250.
 Нервное сердцебиеніе 76.

Несахарное мочеизнуреніе 345.
 Нефритъ, острый 229, хроническій паренхиматозный 230, интерстиціальный 231.
 Нистагмъ 260, 281, 292.
 Нитробензолъ, отравленіе 356.
 Нитроглицеринъ 79.
 Нитрозоиндоловая реакція 24.
 Новообразованія гортани 94.
 Нома 142.
 Нормобласты 330.
 Носители бациллъ 17, 24, 42.
 Носовое кровотеченіе 88.
 Носъ, дифтерія 31.
 Ночное недержаніе мочи 244.
 Ночные поты чахоточныхъ 131, 134.

О.

Obersalzbrunn 100, 126.
 Обмѣнъ веществъ, болѣзни 341.
 Оболочки спинного мозга, болѣзни 270, острые болѣзни 270, хроническія болѣзни 275, болѣзни твердой оболочки 285, головного мозга, болѣзни 288.
 Одышка 41, 56, 97.
Oeynhausien 59.
 Ожирѣніе 346.
 Ожирѣніе сердца 80.
Oesophagismus 149.
Ozaena 87.
 Окись углерода, отравленіе 356.
Oxyuris vermicularis 197.
Oleum Hyoscyami 101.
Oleum jecoris aselli 101.
Oleum Chaulmoograe 49.
Oleum terebinthinae 93, 100.
 Олигоциемія 329.
Omalgia 325.
 Опій 21, 23.
 Опій, отравленіе 356.
Opisthotonus 45.
 Опухоли головного мозга 302.
 Опухоли средостѣнія 139.
 Опущеніе желудка 164.
 Органы движенія, болѣзни 321.
 Ортодіаграфія сердца 59.
 Ортоформъ 93.
 Оспа 12, черная 14, вѣтряная 15.
Ossificans progressiva 328.
 Остеомаляція 327.
 Остеоміэлитъ 20.
 Острый восходящій параличъ 273.
 Острый милиарный туберкулезъ 40.
 Отводящій нервъ, параличъ 255.
 Отводящія мышцы, параличъ ихъ 96.
 Отеки при трихинозѣ 54.
 Отекъ кожи, острый 320.
 Отекъ легкихъ 105.
 Отравленіе свинцомъ, параличъ глазныхъ мышцъ послѣ него 255, невритъ послѣ него 268.
 Отрыжка, нервная 167.

П. Р*.

Падучая болѣзнь см. Эпилепсія.
Palpitatio cordis 76.

- Папиллома мочевого пузыря 243.
 Папилломы гортани 94.
 Параанэстезія 250.
 Paralysis agitans 317.
 Paralysis glosso-labio-laryngea 285.
 Параличи, дифтерійные 31.
 Параличъ Erb'a 257.
 Параличъ Landry 273.
 Параличъ мочевого пузыря 244.
 Параличъ m. serrati 259
 Паранефритъ 237.
 Паратифлитъ 193.
 Паратифъ 21.
 Парафазія 289.
 Парацентезъ 117.
 Пароксизмальная тахикардія 77.
 Parotitis epidemica 34.
 Паротитъ 142.
 Парэстезіи 250.
 Rachydermia laryngis 91.
 Pachymeningitis cerebri interna haemorrhagica 291, cervicalis interna hypertrophica 285.
 Penghawar djambi 88.
 Перекручиваніе кишки 185.
 Reliosis rheumatica 339.
 Перемежающаяся лихорадка 34.
 Перигепатитъ, острый 205.
 Перикардитъ, острый 66, хроническій 75.
 Перипроктитъ 180.
 Перитифлитъ 192.
 Перитонитъ, острый разлитой 189, хроническій 190, туберкулезный 191, карциноматозный 192, ограниченный 192.
 Периферическіе нервы, болѣзни 254, параличи 254.
 Перихондритъ гортани 91.
 Periarteriitis nodosa 85.
 Perturbatio critica 16.
 Пертуссинъ 29.
 Перуанскій бальзамъ 100, 126, 272.
 Pestis 38, siderans 38.
 Петехіи 16, 338.
 Петехіи при сыпномъ тифѣ 15, при септикопозіи 39.
 Печеночный пульсъ 72.
 Печень, болѣзни 198, общая терапія 200, острое воспаленіе 204, острая желтая атрофія 206, циррозъ 209, зернистая атрофія 209, нарывъ 210, сифилисъ 211, ракъ 212, измѣненія положенія и формы 214.
 Pylephlebitis suppurativa 205.
 Pylethrombosis 214.
 Пирамидонъ 40.
 Писчая судорога 260.
 Пищеводъ, болѣзни его 147, суженіе его 147, расширеніе его 149.
 Пионефрозъ 236.
 Пиопневмотораксъ 119.
 Пиоцианозъ 33.
 Піэлитъ 238.
 Піелонефритъ 238.
 Піэмія 39.
 Пласмодии маларіи 34.
 Плевра, болѣзни ея 97, воспаленіе ея 112.
 Плевритъ 112, діафрагмальный 113, эксудативный 113, сухой 112.
 Плевроперикардіальные или внѣперикардіальные шумы тренія 113.
 Плевропневмонія 107.
 Pleurodynia 325.
 Плечевая невралгія 264.
 Плечевое сплетеніе, параличъ его 257.
 Plumbum aceticum 102.
 Пневматотерапія 123, 124.
 Пневмонія, астеническая или адинамическая 107, крупозная (фибринозная) 106, гипостатическая 110, катарральная 108, лобарная 106, лобулярная 106, тифозная 107, хроническая 135, интерстиціальная 135.
 Пневмококкіозъ 135.
 Пневмотораксъ 118, открытый 119, ограниченный и осумкованный 120, закрытый 119, травматическій 119.
 Pneumococcus 106.
 Pneumonia migrans 107.
 Pneumopericardium 76.
 Поваренная соль, вливанія раствора ея 23, 25, ингаляціи 32, 100.
 Поваренная соль, полосканія 87.
 Поврежденія спинного мозга 274.
 Подагра 349.
 Подвижная печень 214.
 Подвижная почка 241.
 Поддиафрагмальный абсцессъ 193, 195.
 Поджелудочная железа, болѣзни 215.
 Подковообразная почка 241.
 Подкрыльцовый нервъ, параличъ 258.
 Подъязычный нервъ, параличъ 257.
 Пойкилоциты 330.
 Полиневритъ 269.
 Полицитемія 329.
 Polyarthritides rheumatica acuta 321, chronica 323.
 Poliomyelitis anterior acuta infantum 272.
 Полиоміелитъ, хроническій передній 285.
 Поллантинъ 87.
 Поллентоксинъ 87.
 Polymyositis acuta 54.
 Половинное пораженіе спинного мозга 274.
 Полость рта, болѣзни ея 140.
 Полулуныя при маларіи 35.
 Полулунное пространство 114.
 Поносъ 175, при холерѣ 25, при дизентеріи 22.
 Pontresina 122.
 Порошокъ противъ насморка 9, 86, 87.
 Постъродовой невритъ 269.
 Походка, атактическая 277, спастическая 280.
 Почечные камни 239.
 Почка, болѣзни 217, общая терапія 224, зернистая атрофія 231, гнойное воспаленіе 234.
 Пояснично-брюшная невралгія 265.
 Поясничный проколъ 44.
 Предохранительныя прививки при чумѣ 38, при бѣшенствѣ 46.
 Препараты желѣза 335.
 Прибавочный нервъ, параличъ 257.

Прибавочный нервъ, судорога его 261.
 Приводящія мышцы, парализъ ихъ 96.
 Признакъ *Manikorf'a* 314.
 Признакъ *Oliver'a* 57, 82.
 Проба на агглютинацію 17.
 Пробки *Dittich'a* 125, 136.
 Пробный проколъ 115.
 Прободеніе стѣнки бронховъ 127.
 Прогрессивный бульбарный парализъ 285.
 Прогрессивный парализъ 303.
 Продолговатый мозгъ, болѣзни его 285, очаговые симптомы при заболѣваніяхъ его 291.
 Проказа 48.
 Проказный бациллъ 48.
 Проколъ при остромъ перикардитѣ 67, при плевритѣ 117, при пневмотораксѣ 120.
 Проктитъ 180.
Prolapsus ani 181.
 Пролежень 272.
 Противопоносныя средства 173, 174, 176.
 Прямая кишка, заболѣванія ея 180.
 Псевдогипертрофія мышцъ 283, 284.
 Псевдолейкемія 337.
Pseudo-angina pectoris 78.
Pseudotabes alcoholica 269.
 Психоневрозы 304.
Ptyalismus 142.
 Пульсъ 41, 58, 81.
 Пульсъ, относительно замедленіе его при брюшномъ тифѣ 18.
Purpura 338.
Purpura variolosa 14.
Pustula maligna 50.
 Пятна *Korlik'a* при кори 7, при краснухѣ 9.

P. R*.

Radix Colombo 134, 176, 179.
 Размягченіе костей 327.
 Разстройства пищеваренія у грудныхъ дѣтей 176.
 Ракитникъ, отравленіе 356.
 Ракъ гортани 94, легкихъ 139.
 Ракъ желудка 161.
 Ракъ кишекъ 183.
 Ракъ мочевого пузыря 243.
 Ракъ печени 212.
 Ракъ почки 236.
 Ранній выпотъ 189.
 Расширеніе венъ 85.
 Расширеніе желудка 162.
 Расширеніе пищевода 149.
 Расширеніе сердца 68.
 Рахитъ 325.
 Рвота 149, 169, при инфекціонныхъ болѣзняхъ 3, при непроходимости кишекъ 169, при расширеніи желудка 163, при извѣ желудка 158, при ракѣ желудка 161, нервная 166.
 Реакціи иммунитета 3.
 Реакція перерожденія 249.
 Ребра, резекція ихъ 117.
Reinerz 122.
Rheumatismus articulorum acutus 321, *chronicus* 323, *musculorum* 325.

Reichenhall 74, 91, 100, 122, 124.
Ren mobilis 241.
 Рентгеноскопія при аневризмѣ аорты 82, при недостаточности двустворчатой заслонки 71, сердца 59, при болѣзняхъ легкихъ 99, при перикардитѣ 66, при плевритѣ 114.
 Рефлексъ *Babinsk'аго* 246, 281, 298.
 Рефлексъ брюшныхъ покрововъ, отсутствіе его при множественномъ склерозѣ головного и спинного мозга 280.
 Ривьера 122, 126.
Rhinitis acuta 86, *chronica* 87.
 Ритмъ галопа 58, 69.
 Рожа 47.
Rhonchi 103.
Roseola при сыпномъ тифѣ 16, при милиарномъ туберкулезѣ 41, при септикопеміи 39, при брюшномъ тифѣ 18.
 Ртуть, отравленіе 356.
Rubeola 9.
 Рубцовыя стриктуры пищевода 148.
 Рыбный ядъ, отравленіе 356.

C. S.*

Sajodin 84, 122.
 Саккадированное (везикулярное) дыханіе 112.
Salviae folia 12.
 Салипиринъ 28.
 Салициловая кислота 222.
 Салолъ 222.
Salzbrunn 124.
Salzungen 100.
 Сальная печень 213.
 Сальная почка 233.
 Сантонинъ, отравленіе 356.
 Сапный бациллъ 51.
 Сапъ 51.
 Саркома почки 236.
 Сахарное мочеизнуреніе 341.
 Сведеніе затылка 43.
 Свинецъ, отравленіе 356.
 Свинка 34.
 Свинцовая колика 188.
 Свинцовый невритъ 269.
 Свѣтильный газъ, отравленіе 357.
Secale cornutum см. Спорынья.
 Селезенка, болѣзни ея 216.
 Селезенка, увеличеніе ея 3, 35.
 Сепсисъ 39.
 Септикопемія 39, криптогенетическая 39.
 Сердечная астма 56, 120.
 Сердечная мышца, функціональная слабость ея 81.
 Сердечная слабость вслѣдствіе дилатаціи 81.
 Сердечная сумка, сращеніе ея 66.
 Сердечные клапаны, пороки ихъ 70, комбинированные (сложные) 74.
 Сердечные шумы, случайные 58.
 Сердечный абсцессъ 65.
 Сердечный горбъ 57.
 Сердечныя разстройства вслѣдствіе общаго ожирѣнія 80.
 Сердце, боль въ области его 55.
 Сердце, болѣзни его 55.

- Сердце, гипертрофія его 56, 68, 70.
 Сердце, дилатація его 68.
 Сердце, невроды его 70, 76.
 Сердце, недостаточность его 56, 68.
 Сердце, порокъ его 70.
 Сердце, расширение его 68.
 Сердцебиение 55, нервное 76.
 Серодиагностическая реакція Wid a l'я 17.
 Серопневмоторакъ 119.
 Сибиреязвенный бациллъ 50.
 Сибирская язва 50.
 Siderosis 136.
 Симптомокомплексъ Adams-Stokes'a 84.
 Симптомъ Кернига 43.
 Симптомъ Martius'a 81.
 Симптомъ Robertson'a 246.
 Симптомъ Chvostek'a 315.
 Singultus 261.
 Synecchia pericardii 66, 76.
 Синильная кислота, отравление 357.
 Синюха, врожденная 74.
 Сиропъ изъ калифорнійскихъ винныхъ ягодъ 172.
 Sіrupus ferri iodati 296, 335.
 Сифилисъ 49, гортани 93, костей 328, рта и зѣва 146, печени 211.
 Сифонный дренажъ 117, 120.
 Скарлатина 10, scarlatina papulosa, haemorrhagica 11, sine exanthemate 11.
 Скарлатинная диффузная краснота 10.
 Скарлатинная сыворотка 12.
 Скарлатинный языкъ 10.
 Скарлатинозный нефритъ 11.
 Склеродактилія 320.
 Склеродермія 320.
 Склерозъ боковыхъ столбовъ 280, множественный, головного и спинного мозга 280, амиотрофическій боковой 281.
 Скорбутъ 339.
 Scrophulosis 352.
 Слабительныя средства 172, 187.
 Слѣпая кишка, воспаленіе ея 192.
 Слюнотечение 142.
 Сморщенная почка, вторичная 231, первичная 231.
 Сонливость, гидротерапевтическое лечение ея 4.
 Сонная болѣзнь 53.
 Soor 141.
 Спазмофилія 326.
 Spasmus glottidis 95.
 Спазмъ голосовой щели при эклампсіи 313.
 Спастическій спинномозговой параличъ 280.
 Специфическое лечение инфекционныхъ болѣзней 6.
 Спинная сухотка 277.
 Спинномозговой дѣтскій параличъ 272.
 Спирали Curschmann'a 121.
 Спинной мозгъ, болѣзни 270, острые болѣзни 270, хроническія болѣзни его съ паралигическими параличами 275, съ атактическими или спастически-паретическими явлениями 276, съ прогрессивной мышечной атрофіей 281.
 Spirochaete pallida 49.
 Splenomegalia 210.
 Спорынья, отравление 357.
 Срединный нервъ, параличъ 259.
 Средостѣние, болѣзни 139, опухоли 139.
 Стенокардія 79.
 St. Moritz 122.
 Столбнякъ 44.
 Стоматитъ катаральный 140, язвенный 141, афтозный 141.
 Стрептококковая сыворотка 12, 40.
 Стрихнинъ, отравление 357.
 Судорога мочевого пузыря 243.
 Судороги желудка 164.
 Succussio Hippocratis 119.
 Сулема, отравление 357.
 Сумеречное состояніе 310.
 Суставная мышъ 323.
 Суставной ревматизмъ, острый 54, 321, хроническій 323.
 Суставы, невралгіи ихъ 266.
 Съуженіе лѣваго венознаго отверстія 71, устья аорты 73, праваго венознаго отверстія 73, устья легочной артеріи 74, бронховъ 127, пищевода 147, раковое 147, кишекъ 185.
 Сыпи послѣ лекарственныхъ средствъ 11.
 Сыпной тифъ 15.
 Сыпныя заболѣванія, острые 7.
 Сырь, отравление 356.
 Съдалищная невралгія 265.
 Съдалищный нервъ, параличъ 259.
 Сънная астма 86.
 Сънная лихорадка 86.
- Т.**
- Tabes dorsalis 277, spasmodica 280.
 Tabes mesaraica 353.
 Tarasp 80, 124.
 Тахикардія, пароксизмальная 77.
 Taenia mediocanellata s. saginata 195, solium 195.
 Tetania 315.
 Tetanus 44.
 Tic convulsif 260.
 Tinctura myrrhae 9.
 Typhlitis stercoralis 193.
 Тифозный бациллъ 17.
 Тифозный языкъ 18.
 Тифоидъ 37.
 Typhus abdominalis 17, exanthematicus 15, recurrens 37.
 Тифъ, абортивный 19, амбулаторный 19.
 Токсины 6.
 Торпидная форма золотухи 352.
 Torticollis 325.
 Точка замерзанія крови 223, мочи 224.
 Травматическіе невроды 314.
 Трахеотомія при дифтеріи 32.
 Trismus 260.
 Tripanosoma gambiense 53.
 Tripanosomiasis 53.
 Trichina spiralis 53.
 Трихинозъ 53.
 Trichocephalus dispar 197.
 Тройничный нервъ, невралгія 263.

Тройничный нерв, параличъ 255.
 Тромбозъ венъ 85.
 Тромбозъ мозговыхъ синусовъ 292, моз-
 говыхъ сосудовъ 297.
 Туберкулезная сыворотка Maragliano
 и Magmorek'a 133.
 Туберкулезные бациллы, нахождение ихъ
 129.
 Туберкулезъ легкихъ 127, скрытая форма
 128.
 Туберкулезъ мочевого пузыря 243.
 Туберкулезъ почекъ 235.
 Туберкулинъ 129, 133.
 Туберкулоцидинъ Klebs'a 133.
 Тулаза Behring'a 133.
 Tumor cerebri 302.
 Tussis convulsiva 28.
 Тучность 346.
 Тѣльца Negri 46.

V. U*.

Углекислыя ванны 59, 62, 74, 77.
 Уксусная вода 201.
 Укусы насѣкомыхъ 357.
 Ulcus ventriculi rotundum 158.
 Уремическая астма 120.
 Уремія 223.
 Устрицы, отравление 357.
 Ущемление кишки 185.

Ф. F*. Ph*.

Falkenstein 93, 135.
 Фарадизация 33, 97, 244, 251, 255, 283,
 300, 309.
 Pharyngitis chronica 144.
 Facies cholerică 25.
 Fachingen 157, 176, 179, 200, 238, 239, 240.
 Febris intermittens 34, flava 26, gastrica
 155, herpetica 17, miliaris 16.
 Фенацетинъ 21, 28, 34, 40.
 Фибромы гортани 94.
 Filaria sanguinis 222.
 Fissura ani 181.
 Флебитъ 85.
 Flinsberg 122, 195, 324.
 Forme fruste 277, 281, 318.
 Фосфоръ, отравление 357.
 Франценсбадъ 80, 154, 172, 195, 254, 276,
 279, 324, 336.
 Franz-Josephsquelle 126, 172, 181, 202.
 Friedrichshall 172, 202.
 Phthisis pulmonum 127, florida 128.
 Функциональная слабость сердечной мыш-
 цы 81.
 Функциональные невроты 304, безъ су-
 щественныхъ психическихъ симптомовъ
 315.

X. Ch*. H*.

Habitus phthisicus 127.
 Chalicosis 136.
 Хилурія 222.
 Хининъ 28, 36, 37, 40, 110, 134, 154, 164,
 171, 214, 253.
 Chloasma 131.
 Хлораль-гидратъ 44, 45, 95, 122, 226, 253,
 295, 314.

Хлораль-гидратъ, отравление 357.
 Хлористый цинкъ для прижиганій 52.
 Хлорноватокислый кали, отравление 357.
 Хлорозъ 333.
 Хлороформъ 86, 95, 101, 155, 325.
 Хлороформъ, отравление 357.
 Hohenhonnef 93.
 Cholangitis catarrhalis 203, suppurativa 203.
 Cholelithiasis 207.
 Холемия 198.
 Cholera asiatica 24, asphyctica 25, nostras
 25, sicca 25, siderans 25.
 Cholera infantum 176.
 Холерина 25.
 Холерина вибрионъ 24.
 Холерный поносъ 25.
 Cholecystitis 206.
 Хологенъ 208.
 Chorea minor 314.
 Хрипы 103.
 Hunyadi-Janos 126.

Ц. C*.

Centrum semiovale 290.
 Цереброспинальный менингитъ см. Ме-
 нингитъ.
 Cerium oxalicum 167.
 Cephalalgia 266.
 Циррозъ легкихъ 135.
 Циррозъ печени 209, гипертрофическій
 210.
 Cystospasmus 243.
 Цитодиагностика 303.
 Цианистый калий, отравление 357.
 Цынга 339.

Ч. Ch*.

Частичный параличъ возвратнаго нерва 96.
 Cheyne-Stokes'овское дыханіе 80, 98.
 Червеобразный отростокъ, воспаленіе 192.
 Четверохолміе, очаговые симптомы при
 заболѣваніяхъ его 291.
 Четвертая болѣзнь Ducres-Филатова
 10.
 Чума 38.
 Чумный бациллъ 38.

Ш. Ch*.

Charlottenbrunn 135, 205.
 Chagot-Leuden'овскіе кристаллы 98,
 121.
 Шелушеніе при кори 8, при скарлатинѣ 10.
 Шнуровая печень 215.
 Шумъ волчка 58.
 Шумы тренія, перикардіальные 66, плев-
 ры 112.

Щ.

Щавелевая кислота, отравление 357.
 Щелочи, отравление 358.
 Щелочно-глауберовые источники 154, 157,
 201, 240.
 Щелочно-соляные источники 154, 201.
 Щелочные источники 154, 201, 240.

Э.

Эйкаинъ 94.
 Эйхининъ 29, 37.
 Эквивалентъ, эпилептический 311.
 Эклампсія 313.
 Экстрасистола 58.
 Эксудативный діатезъ 353.
 Эксудативный діатезъ Czerny 352.
 Эксудатъ, перитонитическій 169.
 Эксудатъ, плевритическій 113, 115, крова-
 вянистый 116.
 Эластическія волокна 130.
 Электризація 171, 248, 305, 309.
 Электрическая возбудимость мышц и
 нервовъ, изслѣдованіе ея 248.
 Электротерапія 251, 305, 309.
 Эльстеръ 154, 172, 240, 254, 276, 324, 336.
 Эмболическія язвы кишекъ 180.
 Эмболія при септикопѣміи 39, легочной
 артеріи 110, мозговыхъ артерій 297.
 Эмбриокардія 58, 77.
 Эмпіема 115, 117.
 Эмсъ 91, 100, 124, 126, 145, 154, 201, 239.
 Эмфизема легкихъ 123, викарная 123,
 интерстиціальная 123.
 Эндокардитъ, бородавчатый 63, криптоге-
 нетическій 63, острый 63, ревматиче-
 скій 63, язвенный 20, 39, 64.

Энтеральгія 187.
 Энтероптозъ 187.
 Эозинофілія 54, 121, 331.
 Эпидемическій цереброспинальный ме-
 нингитъ 42.
 Эпилепсія 309.
 Эпилептиформныя судороги 310.
 Эрготинъ 118, 160, отравленіе см. Secale.
 Эретическая форма золотухи 353.
 Эритромелалгія 320.
 Эстораль 87.
 Этиологическій діагнозъ 3.
 Эфиръ, отравленіе 358.
 Эхинококкъ легкихъ и плевры 139, пече-
 ни 214, почки 285.

Ю.

Юношеская альбуминурия 232.

Я.

Ягодичные нервы, параличъ 259.
 Язва желудка 158.
 Языкоглоточный нервъ, параличъ его 257.
 Языкъ, болѣзни его 142, воспаленія 142,
 ракъ 142, лейкоплакія 142.
 Ящуръ 52.



8454