

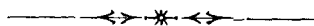
# СЕМІОТИКА и ДІАГНОСТИКА

## ДѢТСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

СЪ ПРИЛОЖЕНІЕМЪ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАГО УКАЗАТЕЛЯ.

Нила Лулатова

Приватъ-Доцента дѣтскихъ болѣзней въ ИМПЕРАТОРСКОМЪ Московскомъ университетѣ и ординатора Московской дѣтской больницы.



МОСКВА.

Складъ изданія въ магазинѣ А. Лангъ, (Кузнецкій мостъ).

1890.

Дозволено цензурою. Москва, 30 Мая 1890 г.

---

Высочайше утвержденное Т—ство „Печатня С. П. Яковлева“ Петровка, Салтыковский  
пер., № 9.

## ПРЕДИСЛОВІЕ.

Книга эта назначается для начинающихъ врачей и для студентовъ высшихъ курсовъ т. е. для лицъ, уже знакомыхъ съ частной патологіей и терапіей, а также и съ методами изслѣдованія больныхъ, но еще не пріобрѣтшихъ достаточнаго опыта въ дѣлѣ самостоятельнаго распознаванія болѣзней. Цѣль моя дать имъ краткое руководство, при помощи котораго они легче могли бы разобраться въ различныхъ симптомахъ даннаго заболѣванія и поставить діагностику на основаніи главныхъ симптомовъ, не увлекаясь въ сторону мелочами. Я думалъ достигнуть этой цѣли во 1-хъ, посредствомъ болѣе подробнаго, чѣмъ это обыкновенно дѣлается въ руководствахъ, разбора значенія отдѣльныхъ симптомовъ и въ 2-хъ, тѣмъ, что при изображеніи картинъ болѣзней я старался приводить только наиболѣе существенные признаки, съ умысломъ опуская все неважное, такъ какъ въ теченіи 12-ти лѣтнихъ моихъ занятій съ студентами, я имѣлъ случай убѣдиться, что начинающіе нерѣдко придаютъ значеніе мелочамъ, не замѣчая самаго главнаго и, такъ сказать, „изъ-за деревьевъ не видятъ лѣса“.

Болѣзни, наиболѣе встрѣчающіяся у дѣтей и отличающіяся въ дѣтскомъ возрастѣ извѣстными особенностями, разобраны мною подробнѣе, но за то нѣкоторыя рѣдкости или совсѣмъ пропущены, или упомянуты лишь вскользь; то же относится и къ тѣмъ болѣзнямъ, діагностика которыхъ ничѣмъ не отличается отъ діагностики ихъ у взрослыхъ, напр. болѣзни сердца.

Имя въ виду начинающихъ, я не счелъ за лишнее начать свою книгу изложеніемъ метода собиранія анамнеза и закончить ее краткимъ терапевтическимъ указателемъ съ наиболѣе употребительными и простыми рецептными формулами, при чемъ обращено особенное вниманіе на дозировку лѣкарствъ по возрастамъ.

Чтобъ облегчить пользованіе книгой при различныхъ справкахъ, къ ней приложенъ алфавитный списокъ медицинскихъ терминовъ съ указаніемъ страницъ (жирнымъ шрифтомъ обозначены страницы, на которыхъ о данномъ терминѣ говорится по преимуществу) и названій лѣкарствъ, съ обозначеніемъ номеровъ рецептовъ.

Если начинающіе найдутъ мою книгу составленной практично и хотя бы до нѣкоторой степени полезной для нихъ, то главная цѣль моя будетъ достигнута. Въ заключеніе замѣчу, что мнѣ было бы желательно получать отъ нихъ письма съ указаніемъ на недостатки книги, чтобъ я, приступая ко второму изданію, буде оно понадобится, могъ-бы сообразоваться съ тѣми изъ указаній которыя я найду справедливыми.

Москва.  
Мая 20-го

---

# ОГЛАВЛЕНИЕ.

Предисловіе.....	Стр. I
------------------	-----------

## Исслѣдованіе дѣтей.

Анамнезъ.....	1— 8
Объективное исслѣдованіе и значеніе отдѣльныхъ симптомовъ.....	9— 48
Положеніе тѣла—9; выраженіе лица и глазъ—10; общее питаніе и сложеніе—11; взвѣшиваніе дѣтей—11; ростъ тѣла, головы и груди—13; атрофія дѣтей—15. <i>Исслѣдованіе ю. лобы</i> —17; большая голова—18; размягченіе костей черепа—18; аномалии родничковъ и швовъ—19; опухоли головы—20. <i>Исслѣдованіе рта и зъва</i> —21. <i>Исслѣдованіе шеи</i> —22. <i>Исслѣдованіе груди</i> —23; дыханіе поворожденныхъ—26; аномалии формы грудной кѣтки—29; исслѣдованіе сердца—30; частота пульса—34; <i>семіотика крика</i> —35; кашель—40. <i>Исслѣдованіе живота</i> —40; <i>семіотика пупка</i> —41. <i>Исслѣдованіе мочи</i> —45. <i>Измѣреніе температуры</i> —46.	

## Болѣзни органовъ пищеваренія.

Болѣзни рта.....	48— 61
<i>Болѣзни рта не сопровождающіяся ни образованіемъ язвъ, ни вошью:</i> катарръ рта—48; измѣненія языка—49; молочница—50; кольцевидное шелушеніе эпителия—51; пораженіе рта при кори—52; узелки Вонн'а—52; прорѣзываніе зубовъ—53.	
<i>Болѣзни рта, протекающія съ изъязвленіями слизистой оболочки, но безъ воши:</i> афты рта—55; афты Веднар'а—56; язва подъязычной уздечки—57; пораженіе рта при сифилисѣ—57; укушенные раны языка—58. <i>Болѣзни рта съ образованіемъ изъязвленій на слизистой оболочкѣ и съ вошью изо</i>	

<i>рта</i> : вонючее воспаление рта—59; водяной р. къ щепи—60; osteogingivitis gangrenosa neonatorum 61.	
<b>Семіотика аппетита</b> .....	61— 65
Прожорливость и потеря аппетита—61; отчего ребенокъ не беретъ груди—63; усиленная жажда—65.	
<b>Болѣзни зѣва</b> .....	65— 76
<i>Болѣзни зѣва выражающіяся краснотой</i> : катарральная жаба—65; измѣненіе слиз. обол. зѣва при инфекціонныхъ сыпныхъ болѣзняхъ—66. <i>Болѣзни зѣва съ образованіемъ на миндалинахъ бѣловатыхъ островковъ</i> : фолликулярная и лакунарная жаба—67; афтозная жаба—68; точечный дифтеритъ—68. <i>Болѣзни зѣва съ образованіемъ бляшекъ</i> : герпетическая жаба—69; крупъ зѣва — 70; дифтеритъ зѣва — 71; скарлатинная жаба—75; язвенная жаба—75.	
<b>Семіотика затрудненнаго глотанія</b> .....	76— 78
Ложная и настоящая дисфагія—76; параличъ небной занавѣски—77; oesophagitis carrossiva и соог—77; суженіе его—78.	
<b>Семіотика рвоты</b> .....	79— 86
Срыгиваніе—79; кровавая рвота—80; обыкновенная рвота—81; рвота при кашлѣ—82; желудочная и мозговая рвота—83; рвота отъ отравленія крови—84; —отъ раздражительной слабости и отъ притворства—85; выбрасываніе пищи, не дошедшей до желудка—86.	
<b>Болѣзни желудка и кишекъ</b> .....	87—100
<i>Острыя заболѣванія желудка и кишекъ у грудныхъ дѣтей</i> : диспепсія—87; жировой поносъ — 89; острый катарръ тонкихъ кишекъ —90; дѣтская холера—90; острый катарръ толстыхъ кишекъ—91; зеленый поносъ—92.	
<i>Болѣзни желудка и кишекъ у дѣтей старшаго возраста</i> : острый и подострый катарръ желудка и кишекъ—94; періодическій поносъ—98.	
<b>Семіотика кровавыхъ испражнений</b> .....	100—105
Кровавыя испражненія при общихъ болѣзняхъ—100; язвы кишекъ—102; дизентерія—103; полипъ прямой кишки—104.	
<b>Семіотика запора</b> .....	105—110
Запоръ у грудныхъ дѣтей—105; причины его—107; трещина задняго прохода—109.	
<b>Болѣзни выражающіяся упорнымъ запоромъ и рвотой</b> .....	110—116

Непроходимость кишек—110; воспаление слѣпой кишки—114; острое воспаление брюшины—115; гимнастическія боли живота—116.

**Семіотика боли живота**..... 116—120

Гиперестезія кожи живота — 117; боль въ мышцахъ и апоневрозахъ—118; боль въ брюшинѣ—118; боль въ кишкахъ (катарръ, первая боль, болотная лихорадка)—119.

**Семіотика увеличенія живота**..... 121—130

Нормальный и вздутый животъ—121; водянка живота (отъ гидреміи, закупорки сосудовъ, болѣзней печени)—123; серозный и туберкулезный перитонитъ—126.

**Опухоли живота**..... 131—138

Увеличеніе печени — 131; увеличеніе селезенки — 133; опухоли почекъ — 135; опухоли ретроперитонеальныхъ железъ—138.

**Кишечныя глисты**..... 139—141

### Болѣзни органовъ дыханія.

**Болѣзни носа**..... 141 - 145

Насморкъ—141; дифтеритъ носа—142; хроническій насморкъ—143; носовое кровотеченіе—144.

**Болѣзни гортани и трахеи, характеризующіяся стенотическимъ дыханіемъ**..... 145 - 148

*Острыя болѣзни гортани, ведущія къ стенозу ея:* ложный крупъ и крупъ настоящій—148; отекъ гортани—151; инородныя тѣла въ гортани и спазмъ мышцъ—152; заднеглоточный варывъ—154. *Хроническія суженія верхнихъ дыхательныхъ путей:* сифилисъ гортани—156; новообразованія—157; perichondritis laryngea—157; опухоль щитовидной железы—158; гиперплазія бронхіальныхъ железъ—158.

**Болѣзни легкихъ, при которыхъ перкуторный звукъ остается нормально яснымъ**..... 161—177

Катарръ дыхательныхъ вѣтвей—161; крупозный бронхитъ—162; хроническій фарингитъ и періодическій ночной кашель — 164; капиллярный бронхитъ — 165; бронхіальная астма—166; гриппъ—167; коклюшъ—171; отекъ легкаго—176; эмфизема—177.

**Болѣзни легкихъ, характеризующіяся появленіемъ тупого звука**. 177—199

Крупозное воспаление легких—177; диагностика пнеймоніи отъ плеврита—179. *Аномальныя формы пнеймоніи*: абортивная пнеймонія—182; мозговья пнеймоніи: конвульсивная—183 и менингеальная—184; бродячая пнеймонія—185. Катарральное воспаление легких—186; гипостаъз легких—190. Воспаление легкаго при гриппѣ—190. Воспаление плевры—195; hydro—и pneumothorax—199.

**Болезни легких съ выдѣленіемъ вонючей мокроты** . . . . . 200—201

### Болезни нервной системы.

**Семіотика головной боли** . . . . . 202—209

Острая головная боль—203; головная боль при мозговыхъ болѣзняхъ—203. Хроническая головная боль 205; мигрень 205; верхнеглазничная нейралгія 206; головная боль отъ упадка питанія—207; школьная головная боль—208; голов. боль отъ аномалій рефракціи—208.

**Семіотика общихъ судорогъ** . . . . . 209—221

Мозговья судороги—209; лихорадочныя судороги—210; безлихорадочныя судороги у дѣтей старшаго возраста—214;—у дѣтей до 2½ лѣтъ—215. Виттова пляска—217; мигательный спазмъ и spasm. nutans—219. Тетанія 220.

**Сведеніе шейныхъ мышцъ** . . . . . 221—223

Сведеніе затылка—221; боковое искривленіе шеи—223.

**Семіотика параличей** . . . . . 224—241

Отличіе центральныхъ параличей отъ периферическихъ—224. *Параличи съ разслабленіемъ мышцъ*: дѣтскій параличъ—226; церебральный параличъ Strümpel'я 227—множественное воспаление нервовъ—229; воспаление спинного мозга—230; прогрессивная атрофія мышцъ—231; ложный параличъ (эпифизарный сифилисъ)—233; дифтеритическій параличъ—233; параличъ лицевого нерва—235. *Параличи съ напряженіемъ мышцъ или спастическіе*: идиопатическій спастическій параличъ лицевого нерва—236; Поттова болѣзнь—237; шейный спондилитъ—239.

**Воспаление мозговыхъ оболочекъ** . . . . . 241—267

Патологоанатомическая характеристика—241; этиологія—242; туберкулезный менингитъ—245; простая острая головная водянка—258; ограниченный менингитъ—258; гидро-



цефалопдъ—259; пассивная гиперемія мозга—260; тромбозъ сплусовъ—261; гнойное воспаление мягкой мозговой оболочки — 261; эпидемическій цереброспинальный менингитъ—265.

### Болезни моче-половыхъ органовъ.

<b>Семіотика мочи</b> .....	268—281
Альбуминурия—268; острый паренхиматозный нефритъ—270; острое интерстиціальное воспаление почек—273; хроническій паренхиматозный нефритъ—275; застойная почка—275; первичный межпочечный нефритъ—276; haematuria—276; гемоглобинурия—279; piuria—280.	
<b>Семіотика мочеиспускания</b> .....	281—286
Затрудненное и болезненное мочеиспускание—281; недержание мочи—285.	
<b>Опухоли мошонки и пахового канала</b> .....	286—288
Грыжа—286; водянка яичка и сѣмянного канатика—287;	

### Семіотика кожи и подкожной клетчатки.

<b>Общая окраска кожи</b> .....	289—295
<i>Болезни, характеризующіяся блѣдностью кожи:</i> обыкновенная анемія—289; хлорозъ—290; злокачественная анемія—290; лейкомія—291; ложная лейкомія—292. <i>Болезни, характеризующіяся желтой окраской кожи:</i> желтуха новорожденныхъ—292; cyanosis afebrilis icterica pernicioosa cum haemoglobinuria (болезнь Winckel'я)—293; катарральная желтуха—293; инфекціонная желтуха—294. <i>Болезни, характеризующіяся синеватой окраской кожи:</i> синюха—294.	
<b>Сыпная болезни</b> .....	295—319
<i>Болезни кожи, выражающіяся главнымъ образомъ краснотой:</i> физиологическая эритема новорожденныхъ—296; dermatitis exfoliativa—296; рожа—298; erythema caloricum—298; эритематозная продромальная оспенная сыпь—299; пятнистая эритема: roseola—299; eryth. multiforme—301; eryth. nodosum—302; пятнистая форма стригущаго лишая—302; крапивница—303; лѣкарственные сыпи—304. <i>Болезни кожи, характеризующіяся появленіемъ мелкихъ кровоизліяній въ кожу:</i>	

травматическія петехіи—304; purpura simplex, haemorrhagica и rheumatica—305; purpura urticans—306; purpura fulminans—307; purp. variolosa—307. *Болезни кожи, характеризующіяся образованіемъ пузырьковъ, шойничковъ и корокъ*: вѣтревая оспа—308; потница—309; herpes и zoster—310; экцема—310; seborrhoea—311; favus—311; herpes tonsurans—312; impetigo simpl. и contagiosa—313; ecthyma—313. *Болезни кожи, характеризующіяся образованіемъ отдѣльно сидящихъ пузырей*: пемфигусъ—313. *Болезни кожи, характеризующіяся зудомъ*: простой зудъ кожи—314; папулезная экцема, prurigo, чесотка—314. *Болезни кожи съ затвердѣніемъ или отекомъ подкожной клетчатки*: sclerema neonatorum—316; отекъ тѣла и отдѣльныхъ частей—316; нейропатическій отекъ—317; подкожная эмфизема—318.

### **Хроническія общія безлихорадочныя болѣзни съ разнообразной локализацией.**

<b>Золотуха</b> .....	319—324
Симптомы ея—319; діагностика отъ лейкоэміи и наследственнаго, поздняго сифилиса—321.	
<b>Рахитизмъ</b> .....	324—328
Симптомы развитого и начинающагося рахитизма—324; отличіе отъ сифилиса—328.	
<b>Наслѣдственный сифилисъ</b> .....	328—333
Симптомы его—328; syphilis haered. tarda—330; діагностика наслѣдственнаго сифилиса отъ приобрѣтеннаго—331.	

### **Лихорадочныя болѣзни.**

Лихорадочныя болѣзни кожи—334; воспаленіе шейныхъ железъ—335; periparotitis epidaemica—336; железистая лихорадка—337; воспаленіе ушей—337; насморкъ, болѣзни рта и зѣва—337; болѣзни легкиихъ, сердца и костей—338. Скрытно протекающія мѣстныя болѣзни—339.

### Лихорадочныя болѣзни безъ рѣзко выраженныхъ локализаций.

Болѣзни, характеризующіяся лихорадной постояннойго типа .	340—355
Брюшной тифъ . . . . .	340—348
Симптомы—340; легкій и тяжелый тифъ—343; діагностика тифа отъ интермиттента—344; отъ сыпного тифа—345; отъ туберкулеза—346; отъ тифозной формы туберкулеза менингита—347; отъ язвеннаго эндокардита и гнойнаго менингита—348.	
Возвратная горячка . . . . .	349
Острый милиарный туберкулезъ . . . . .	349—355
Различныя формы его—349; тифозная форма туберкулеза—350. Подострая форма 353.—Діагностика отъ тифа—354.	
Болѣзни, характеризующіяся лихорадной перемежающагося типа . . . . .	355—357
Болотная лихорадка—355; послабляющая лихорадка—356.	

### Лихорадочныя болѣзни типическаго теченія съ локализацией на кожѣ.

Сыпныя горячки . . . . .	359—360
Скарлатина . . . . .	360—369
Симптомы—360; различныя формы ея—365; діагностика отъ кори—366; скарлатинозной краснухи—367; потницы—367; лѣкарственныхъ сыпей—368.	
Корь . . . . .	369—375
Симптомы—369; различныя формы ея—371; діагностика ея въ періодъ предвѣстниковъ и въ пер. высыпанія—372; отъ краснухи 374.	
Оспа . . . . .	375—377
Вѣтреная оспа . . . . .	377—378

### Терапевтическій указатель.

Болѣзни органовъ пищеваренія . . . . .	379
» » дыханія . . . . .	400

## VIII

	<i>Стр.</i>
Болезни моче-половыхъ органовъ.....	408
Болезни органовъ нервной системы.....	412
Золотуха и рахитизмъ.....	416
Острыя лихорадочныя болѣзни.....	420
Сыпныя горячки.....	421
Сифилисъ.....	426
Болезни кожи.....	428
Дозировка средствъ по возрастамъ.....	432
Алфавитный указатель.....	438

---

## ИЗСЛѢДОВАНИЕ ДѢТЕЙ.

Изслѣдованіе дѣтей старшаго возраста не представляетъ какихъ либо крупныхъ особенностей сравнительно съ изслѣдованіемъ людей взрослыхъ, и потому мы будемъ имѣть въ виду главнымъ образомъ маленькихъ дѣтей, лѣтъ до двухъ.

Приступая къ осмотру такого ребенка, врачъ долженъ прежде всего подумать о томъ, чтобы сразу не напугать своего пациента, неистовый крикъ и всякаго рода движенія котораго могутъ сильно помѣшать изслѣдованію. Всего лучше, войдя въ комнату больного, до поры до времени не обращать на него никакого вниманія и, занявшись пока анамнезомъ, дать ему присмотрѣться къ новому человѣку, послѣ чего изслѣдованіе удастся легче; не нужно только начинать съ манипуляцій, неприятныхъ для ребенка и тѣмъ болѣе съ болѣзненныхъ. По этой причинѣ постукиваніе и выслушиваніе напр. лучше производить послѣ общаго осмотра тѣла, счета дыханія и проч., а изслѣдованіе горла и рта должно быть послѣднимъ актомъ, такъ какъ послѣ этого никакой рѣчи о примиреніи съ врачомъ быть уже не можетъ.

### А н а м н е з ъ .

Итакъ, изслѣдованіе начинается съ анамнеза, но предварительно слѣдуетъ дать матери высказать все, что она желаетъ, такъ какъ безъ соблюденія этого она постоянно будетъ прерывать дальнѣйшій разспросъ и отклонять его въ сторону. Спрашиваютъ, что съ ребенкомъ? Давно ли началась болѣзнь? Что замѣчено было прежде всего и что присо-единилось потомъ?

Первый вопросъ послѣ этого долженъ быть о *возрастѣ* ребенка, такъ какъ рѣшеніе этого вопроса даетъ опредѣленное направленіе дальнѣйшему разспросу и соображеніямъ врача не только по поводу діагностики даннаго случая, но и относительно предсказанія и лѣченія.

Вліяніе возраста на діагностику явствуетъ во 1-хъ, изъ того, что нѣкоторыя болѣзни встрѣчаются особенно часто или даже исключительно только въ извѣстномъ возрастѣ, такъ напр. нѣкоторыя болѣзни описываются въ руководствахъ въ особой главѣ подъ именемъ болѣзней новорожденныхъ, куда относятся асфиксія, тетанусъ, кефаломатома, бленноррея глазъ и др.

Въ первые мѣсяцы жизни часто встрѣчаются желудочныя болѣзни и особенно колики и диспепсія, въ первые 2—3 мѣсяца проявляется врожденный сифилисъ и нѣсколько позднѣе рахитизмъ головы. Въ періодѣ прорѣзыванія зубовъ, значить отъ 7-го до 30 мѣсяца, и въ періодѣ отнятія отъ груди на первый планъ выступаетъ катарръ кишекъ, болѣзни рта, рахитизмъ, спазмъ голосовой щели, эглямпися. Послѣ 3-хъ лѣтъ разныя инфекціонныя болѣзни, катарръ дыхательныхъ органовъ, туберкулезъ.

Во 2-хъ, возрастъ можетъ оказать вліяніе на діагностику еще и потому, что семіотическое значеніе припадковъ можетъ рѣзко измѣниться съ возрастомъ. Возьмемъ для примѣра желтуху: встрѣчая ее у новорожденного, врачъ не придаетъ ей особаго значенія, считая ее за явленіе фізіологическое, между тѣмъ какъ у дѣтей старшаго возраста этотъ симптомъ всегда имѣетъ патологическое значеніе. Возьмемъ еще примѣръ: ребенокъ часто страдаетъ общими судорогами, будучи въ промежуткахъ между приступами совершенно свободенъ отъ всякихъ мозговыхъ симптомовъ; спрашивается, на что прежде всего надо думать? Если ребенокъ въ возрастѣ прорѣзыванія зубовъ, то вѣроятно у него окажется рахитизмъ и ларингоспазмъ, если же ему лѣтъ 6, то больше шансовъ за эпилепсію. Подобныхъ примѣровъ можно бы привести очень много, такъ какъ приблизительно тоже самое относится къ большинству припадковъ, такъ велико индивидуальное значеніе возраста для діагностики.

Второе мѣсто по важности занимаютъ вопросы, касающіеся *индивидуальной діететической обстановки* ребенка, т. е., о пищѣ, которой онъ кормился и кормится, и о жилищѣ. Свѣдѣнія эти необходимы во 1-хъ, для установки правильнаго режима больного, а во 2-хъ, они выясняютъ этиологію самыхъ распространенныхъ дѣтскихъ болѣзней, каковы катарръ кишекъ и упадокъ общаго питанія въ формѣ рахитизма, золотухи, анеміи, тучности и истощенія.

Спрашиваютъ прежде всего о томъ, былъ ли ребенокъ при груди или воспитывался на рожкѣ?

Если ребенокъ на грудномъ молокѣ, то кормить ли мать или кормилица? какъ часто даютъ грудь? (До 3-го мѣсяца слѣдуетъ давать

грудь черезъ 2 часа днемъ и 3 раза ночью т. е., 10 разъ въ сутки, послѣ 3-го мѣсяца черезъ 3 часа днемъ и 2 раза ночью, а всего 7 разъ въ сутки) долго ли (сколько минутъ) каждый разъ остается ребенокъ при груди, и соблюдается ли очередь между грудями? (При достаточномъ количествѣ молока ребенокъ не долженъ сосать долѣе  $\frac{1}{4}$  часа) Какая пища кормящей? (причиной диспепсiи можетъ быть какъ слишкомъ скудная (постная), такъ и исключительно мясная пища, а также все, что разстраиваетъ пищеваренiе у кормящей женщины или оказываетъ вредное влiянiе на молоко, напр. кислые фрукты, нѣкоторыя слабительныя средства, опiй и проч. Какъ здоровье кормящей и нѣтъ ли у нея регулъ? (иногда диспепсiя и колики появляются у ребенка только во время регулъ у кормилицы); много ли молока въ грудяхъ? (если молока мало, то оно часто оказывается при томъ и дурного качества, такъ что ребенокъ худѣетъ и беспокоится не только подъ влiянiемъ хроническаго голоданiя, но и отъ диспепсiи).

Если кормить кормилица, то кромѣ предыдущихъ вопросовъ, давно ли родила она? (Слишкомъ большая разниця въ возрастѣ ея ребенка и питомца можетъ быть достаточной причиной упорной диспепсiи съ ея послѣдствiями). Живъ ли ея ребенокъ и, если умеръ, то отъ чего? (Хорошее здоровье собственнаго ребенка, пока онъ былъ при груди, свидѣтельствуетъ о хорошемъ молокѣ кормилицы).—Одна ли была кормилица у даннаго ребенка или ихъ перемѣнилось нѣсколько? (Въ послѣднемъ случаѣ ребенокъ рѣдко остается свободнымъ отъ рахитизма).

Если ребенокъ рожковой или прикармливается, то чѣмъ кормятъ: цѣльнымъ ли молокомъ или разведеннымъ и какъ разбавляютъ? (Цѣльное молоко полагается давать ребенку послѣ  $\frac{1}{2}$  года.—Въ первый мѣсяцъ разбавляютъ молоко тремя частями воды, на 2—3 мѣсяцахъ двумя, позднѣе берутъ 1 : 1 ; 2 : 1). Чго прибавляютъ къ молоку: воду, крупу, бѣлый хлѣбъ или какой нибудь отваръ? (Всякiя прибавки крахмала строго воспрещаются для дѣтей первыхъ 4—5 мѣсяцевъ жизни, такъ какъ отъ подобной пищи развиваются и желудочныя расстройства, и рахитизмъ). Сколько даютъ заразъ и часто ли кормятъ? Не даютъ ли еще чего: супъ, кашку, соску и проч.? (Соска можетъ быть причиной у маленькихъ дѣтей молочницы, а послѣ 6 мѣсяцевъ порчи зубовъ). Давно ли начали прикармливать? (При достаточномъ количествѣ молока у кормилицы прикормъ бываетъ ненуженъ до 7-го, 8-го мѣсяца.—Чѣмъ раньше начинаютъ прикармливать, тѣмъ скорѣе могутъ появиться расстройства пищеваренiя и общаго питанiя (тучность, анемiя, рахитизмъ).

При разспросѣ о жилищѣ ребенка имѣютъ въ виду количество воздуха въ дѣтской (желательно бы не менѣе 5 в. саж.), чистоту воздуха, температуру его (отъ 14° до 16°) и влажность (въ сырой квартирѣ едва ли удастся выходить ребенка, вполне свободнаго отъ золотухи или рахитизма; не менѣе вреденъ и недостатокъ свѣта). Съ цѣлью выясненія гигиѣнической обстановки ребенка умѣстны далѣе вопросы о кроваткѣ (мало проницаемые для воздуха пологи, пропитанные мочей и потому вонючіе матрацы, мягкія пуховыя подушки при потливости головы), объ одеждѣ (чрезмѣрное кутаніе годится только для недоносковъ; а тугое пеленаніе ни для кого), о ваннахъ (прохладныя располагаютъ къ простудѣ, а горячія дѣйствуетъ ослабляющимъ образомъ и могутъ быть причиной тѣхъ или иныхъ дерматитовъ, напр. пемфигуса у новорожденныхъ и сулорогъ въ формѣ напр. тетануса. Въ теченіе первой половины года купаютъ обыкновенно по разу въ день, позднѣе до конца года черезъ день или два 2 въ недѣлю; температура воды для новорожденнаго 28° R, позднѣе 27° R. къ концу года и лѣтомъ 25° R).

Покончивши съ гигиѣно-діететической обстановкой ребенка, переходятъ къ его предшествовавшему здоровью, начиная ab ovo, т. е., спрашиваютъ, въ срокъ-ли родился ребенокъ, благополучны-ли были роды и сейчасъ-ли началъ онъ кричать?

Недоношенные дѣти часто остаются слабыми и блѣдными на долгое время, даже на цѣлые годы и обыкновенно дѣлаются рахитиками; значитъ отъ того или иного рѣшенія этого вопроса зависитъ оцѣнка этиологіи въ случаѣ недостаточнаго развитія или хворости ребенка; кромѣ того, если для преждевременныхъ родовъ не было никакой видимой причины (болѣзнь матери, паденіе и проч.), то является подозрѣніе на счетъ участія въ этомъ дѣлѣ сифилиса и въ случаѣ, еслибы оказалось, что выкидыши бывали и прежде, то подозрѣніе въ данномъ направленіи становится еще болѣе вѣроятнымъ. Какія болѣзни перенесъ ребенокъ, и нѣтъ-ли у него какойнибудь привычной болѣзни въ видѣ напр. склонности къ поносу или къ запору, или къ кашлю, или сыпи? когда вырѣзались первые зубы и какъ велики были антракты между группами зубовъ? (Прорѣзываніе зубовъ находится въ большой зависимости отъ состоянія общаго питанія, и потому правильное и своевременное появленіе зубовъ служитъ до нѣкоторой степени гарантіей правильнаго развитія ребенка). Сопровождалось-ли прорѣзываніе зубовъ какими либо болѣзненными припадками и какими именно? При каждомъ-ли новомъ зубѣ повторялись тѣ-же самые припадки? (Если да, то по всей вѣроятности они зависѣли отъ прорѣзыванія зубовъ. Часто



случается, что на вопросъ, не хвораль-ли прежде чѣмъ нибудь ребенокъ, мать даетъ отрицательный отвѣтъ, но стоитъ только спросить, безболѣзненно-ли рѣзались зубы и сейчасъ-же оказывается, что у ребенка не разъ было и то, и другое, и третье; объясняется эта странность тѣмъ, что матери очень склонны приписывать всѣ хворости грудного ребенка ничему иному, какъ зубамъ, и потому, въ видахъ лучшаго выясненія анамнеза, полезно ставить вопросъ о бывшихъ болѣзняхъ въ связи съ зубами даже и въ томъ случаѣ, когда ребенку ужъ нѣсколько лѣтъ отъ роду. Въ нормѣ у 7-ми мѣсячнаго ребенка должно быть два зуба, къ концу года—8, къ концу 2-го года—16). Когда началъ ребенокъ держать головку? (въ нормѣ на 3—4-мъ мѣсяцѣ), сидѣть (на 4—5-мъ), стоять (9—12-мъ) и ходить (отъ 12 до 18 мѣс.)? Не переставалъ-ли онъ ходить? Если переставалъ, то отъ острой-ли болѣзни или хронической? (Если мать не можетъ указать причину, то рахитизмъ болѣе чѣмъ вѣроятенъ). Вопросы относительно того, сколько было у больного братьевъ и сестеръ, сколько осталось изъ нихъ въ живыхъ, въ какомъ возрастѣ и отъ чего умирали,—важны главнымъ образомъ для выясненія, нѣтъ ли въ данной семьѣ наследственнаго расположенія къ какимъ либо болѣзнямъ; извѣстно напр., что въ нѣкоторыхъ семьяхъ много дѣтей умираетъ въ извѣстномъ возрастѣ отъ туберкулезнаго менингита, хотя-бы со стороны родителей чахотки и не значилось.—Извѣстно также, что частые роды оказываютъ ослабляющее вліяніе не только на мать, но и на потомство. Важно также знать, умирали-ли только тѣ дѣти, которыхъ кормила сама мать, или наоборотъ, только тѣ, которыхъ она не кормила? Отъ рѣшенія этого вопроса можетъ зависѣть совѣтъ врача о томъ, продолжать-ли матери кормленіе или передать ребенка кормилицѣ. Не хворають-ли другія дѣти въ данное время чѣмъ либо, особенно заразною болѣзнію? (Вопросъ этотъ чрезвычайно важенъ для діагностики острыхъ инфекціонныхъ болѣзней въ ихъ началѣ, когда онѣ еще не выяснились).

Наконецъ переходятъ къ вопросу о здоровьѣ родителей. Какъ чувствовала себя мать во время беременности? долго-ли продолжался періодъ рвоты, и оставалась-ли мать на ногахъ до конца беременности или подъ конецъ слегла? Какой возрастъ родителей; не въ близкомъ-ли они родствѣ, и не страдаетъ-ли кто изъ нихъ какой-либо болѣзнію, въ особенности способной передаваться по наследству (туберкулезъ, сифилисъ, тяжелыя нервныя болѣзни, гемофилія, золотуха)?

Покончивши съ анамнезомъ, переходятъ къ настоящему состоянію больного, при чемъ слѣдуетъ держаться разъ на всегда опредѣленнаго порядка, чтобъ ничего не пропустить. Начинають напр., съ органовъ

пищеваренія, а потомъ идутъ органы дыханія, кровообращенія, мочеполовые, нервная система и лихорадка.

*Органы пищеваренія.* — Спрашивая объ аппетитѣ, нельзя довольствоваться короткимъ отвѣтомъ—хорошъ или плохъ, а слѣдуетъ подробно разспросить объ образѣ жизни ребенка.—Въ какіе именно часы и что даютъ ребенку ѣсть? При этомъ легко можетъ оказаться, что плохой аппетитъ только кажущійся, а что въ дѣйствительности ребенокъ ѣсть довольно много. Какъ жажда? Хорошо-ли онъ глотаетъ и хорошо-ли беретъ грудь? Нѣтъ-ли у него рвоты (у грудного-срыгиванія) или отрыжки? Если грудной срыгиваетъ, то тогда-ли, когда его перепеленываютъ и поднимаютъ, вообще беспокоятъ (въ такомъ случаѣ это не имѣетъ значенія), или и при покойномъ положеніи? (значитъ перекармливаютъ). Не бываетъ-ли такъ: если срыгнетъ минутъ черезъ 15—20 послѣ сосанія, то свернутымъ молокомъ, а если тотчасъ послѣ сосанія, то цѣльнымъ (это нормально) или бываетъ какъ разъ наоборотъ? (избытокъ или недостатокъ кислоты или сычужнаго фермента въ желудочномъ сокѣ). Если есть рвота, то при какихъ условіяхъ: послѣ ѣды (желудочная), при перемѣнѣ положенія (мозговая), послѣ кашля (коклюшъ), кончается сномъ (мигрень), при сильномъ жарѣ (инфекціонная болѣзнь)? Часто-ли испражняется? грудныя дѣти въ нормѣ мараются 2—3 раза въ сутки, послѣ года, по крайней мѣрѣ, разъ въ день; испражненія при исключительно молочной діетѣ должны быть киселеобразной консистенціи, равномернаго желто-оранжеваго цвѣта, не вонючи и безъ всякихъ примѣсей, каковы—слизь, бѣлые комки, зелень, кровь и проч. Всякое уклоненіе отъ этой нормы со стороны частоты, консистенціи, цвѣта, запаха и состава представляетъ ненормальность, и вопросы должны касаться всѣхъ этихъ свойствъ въ отдѣльности, чтобъ выяснить, нѣтъ-ли у ребенка диспепсія или катарра тонкихъ кишекъ, или фолликулярнаго энтерита. Не появляется-ли поносъ періодически въ извѣстное время сутокъ или черезъ день (маскированная лихорадка).

Нѣтъ-ли боли живота (у грудныхъ приступовъ коликъ)? Является-ли она приступами или постоянно, и, если приступами, то послѣ-ли пищи, или натощахъ (глисты, *cardialgia*), или періодически (*intermitt. largata*). Если существуетъ склонность къ запору, то нормально-ли консистенція испражнений (мягкая, кашицеобразная—тогда ничего, или твердая, что для грудного совсѣмъ ненормально).

Не сопровождается-ли актъ дефекаціи жилинемъ, (запоръ, слизистый поносъ) или сильной болью (трещина задняго прохода), или выпаденіемъ кишки? Не выходитъ-ли послѣ испражненія нѣсколько капель чистой крови? (полипъ).

Не выходятъ-ли съ испражненіями глисты или отдѣльные членики, не бываетъ-ли зуда въ заднемъ проходѣ? (оксіуры).

*Органы дыханія.* Нѣтъ-ли насморка острога или хроническаго? Въ первомъ случаѣ выдѣляется-ли слизисто-гнойная жидкость (простой насморкъ, гриппъ, корь), или ѣдкая, съ примѣсью крови (дифтеритъ носа, сифлисъ)? При хроническомъ насморкѣ—поражены-ли обѣ ноздри (золотуха), или одна сторона (инородное тѣло)? Не бываетъ-ли носовыхъ кровотеченій, и при какихъ условіяхъ? (Послѣ кашля-коклюшъ; отъ неизвѣстныхъ причинъ—привычныя, полипы носа, пороки сердца; періодически, въ особенности по ночамъ—*intermit. largv*). Нѣтъ-ли кашля? Хриплый, лающий (ларингитъ или крупъ) или обыкновенный? сухой (свѣжій), или влажный (разрѣшпвшійся бронхитъ)? Когда сильнѣе кашляетъ ребенокъ—днемъ или ночью? (этотъ и слѣдующіе вопросы имѣютъ цѣлью выяснитъ, не коклюшъ-ли у больного). Ведетъ-ли пароксизмъ кашля къ покрасвѣнію лица и не кончается-ли онъ рвотой? Не бываетъ-ли во время кашля свистящаго дыханія? Не выдѣляется-ли послѣ кашля тягучая мокрота? Когда кашель былъ сильнѣе: вначалѣ своего появленія или теперь? Было-ли тогда лихорадочное состояніе? По отношенію къ гриппу особое значеніе имѣютъ вопросы: былъ-ли въ началѣ сильный жаръ, насморкъ, стрѣльба въ ухѣ? По отношенію къ воспалительнымъ болѣзнямъ—нѣтъ-ли боли при кашлѣ?

*Органы кровообращенія* не даютъ поводовъ къ постановкѣ вопросовъ, такъ какъ діагностика относящихся сюда болѣзней основывается на результатахъ объективнаго изслѣдованія. На сердцебіеніе дѣти почти никогда не жалуются.

*Мочеполовые органы.* Нормально-ли мочеиспусканіе въ смыслѣ частоты? Какъ часто долженъ мочиться ребенокъ въ нормальномъ состояніи, сказать трудно, такъ какъ тутъ большую роль играетъ индивидуальность; дѣти старшаго возраста по ночамъ обыкновенно не мочатся; въ случаѣ раздраженія мочевого пузыря больной мочится примѣрно каждый часъ и при томъ понемногу. Не болѣзненно-ли мочеиспусканіе? Свѣтла-ли моча? Нѣтъ-ли задержанія мочи или наоборотъ—недержанія ея, особенно по ночамъ?

*Нервная система.* Нѣтъ-ли головной боли? Недавняго-ли она происхожденія или хроническая, часто повторяющаяся? Не появляется-ли она всегда послѣ умственныхъ занятій?—Не появилася-ли она послѣ ушиба? Мѣсто боли? (Одинъ високъ или одна половина головы при мигрени). Нѣтъ-ли другихъ болей? Не бываетъ-ли судорогъ? Если да, то какъ часто онѣ повторяются? Не сопровождаются-ли онѣ свистящимъ дыханіемъ (ларингоспазмъ)? или сильнымъ жаромъ (лихорадочная

эклампсія)? или ослабленіемъ умственныхъ способностей, параличами и др. мозговыми симптомами (мозговья судороги)? Нѣтъ-ли параличей? Каковъ сонъ у больного? Въ нормальномъ состояніи какъ маленькія, такъ и болѣе взрослыя дѣти спать всю ночь почти безъ просыпу; до двухъ лѣтъ ребенокъ спитъ также и днемъ. Плохой сонъ выражается или тѣмъ, что ребенокъ часто просыпается, или тѣмъ, что онъ бредитъ во снѣ или скрежещетъ зубами, или тѣмъ, что, хорошо заснувши съ вечера, онъ вдругъ просыпается и вскакиваетъ въ кровати въ состояніи испуга, озирается широко раскрытыми глазами на окружающихъ, не узнавая даже и самыхъ близкихъ лицъ, иногда громко выкрикиваетъ названіе предмета, испугавшаго его во снѣ; чрезъ нѣсколько минутъ онъ приходитъ въ себя, успокаивается, снова засыпаетъ крѣпкимъ сномъ и утромъ ничего не помнитъ о случившемся. Подобные приступы, извѣстные подъ именемъ *ночною испуга*, всего чаще наблюдаются у дѣтей 2—5 лѣтъ и повторяются или каждую ночь, или лишь изрѣдка.

Если непокойный сонъ, въ какой-бы то ни было формѣ, встрѣчается у ребенка лихорадящаго, то симптомъ этотъ не имѣетъ особаго значенія; если-же плохой сонъ есть явленіе привычное, то указываетъ на ненормальное состояніе (раздражительность) центральной нервной системы.

У маленькихъ дѣтей, лѣтъ до 3-хъ, тревожный сонъ всего чаще стоитъ въ связи съ общимъ малокровіемъ (анемія мозга) въ зависимости отъ рахитизма или отъ продолжительнаго поноса; въ другихъ случаяхъ непокойный сонъ зависитъ отъ раздраженнаго состоянія нервной системы подъ вліяніемъ прорѣзыванія зубовъ.

У дѣтей постарше тревожный сонъ тоже часто зависитъ отъ анеміи или общей нервности (подъ вліяніемъ наследственности). У анемичныхъ-же и нервныхъ дѣтей всего чаще встрѣчается и ночной испугъ.

У дѣтей школьнаго возраста самой частой причиной безсонницы бывають усиленныя умственныя занятія до позднего вечера.

Въ числѣ причинъ плохого сна значится также раздраженіе кишекъ глистами или продуктами ненормальнаго пищеваренія (всасываніе птомаиновъ?), или застоявшимся каломъ (запоръ).

*Лихорадка.* Не замѣчаютъ-ли у ребенка жара, зноба, пота? Давно-ли началось лихорадочное состояніе и какъ протекало?

Понятно, что мы привели здѣсь только главнѣйшіе вопросные пункты и что въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ могутъ понадобится еще и другіе добавочные вопросы, перечислить которые невозможно, да и не нужно.

## Объективное изслѣдованіе и значеніе отдѣльных симптомовъ.

Всего лучше начинать изслѣдованіе съ общаго осмотра, который можетъ доставить много данныхъ для діагностики. При этомъ прежде всего обращается вниманіе на общій видъ, т. е. habitus больного т. е. на положеніе тѣла, выраженіе лица и глазъ, состояніе питанія, свойство кожи, характеръ дыханія и вообще на все, что можетъ замѣтить глазъ; если дѣло идетъ о маленькомъ ребенкѣ, то выгодно заставить его спать, чтобы имѣть возможность сосчитать дыханіе и пульсъ и получить надлежащее понятіе о цвѣтѣ его покрововъ, такъ какъ всѣ эти симптомы подъ вліяніемъ крика и безпокойства рѣзко измѣняются.

*Положеніе тѣла* можетъ быть вынужденное и вольное. Вынужденнымъ положеніемъ называется такое, которое ребенокъ принимаетъ инстинктивно или поневолѣ вслѣдствіе того, что всякое иное положеніе причиняетъ ему или боль, или какое либо неудобство.

Вынужденное положеніе прямо наводитъ врача на мысль о соответствующемъ страданіи, а вмѣстѣ съ другими симптомами habitus'a можетъ совсѣмъ выяснитъ діагностику; такъ напр. неизмѣнное положеніе на боку (на больной сторонѣ) уже само по себѣ довольно характерно для плевритическаго экссудата (такъ какъ при иномъ положеніи еще болѣе затруднилось бы дыханіе вслѣдствіе оттѣсненія средостѣнія къ здоровой сторонѣ и сдавленія здороваго легкаго), а если при томъ мы видимъ, что больной сильно поблѣднѣлъ и похудалъ (значитъ боленъ ужъ много дней) и страдаетъ одышкой, выражающейся учащеннымъ дыханіемъ съ раздуваніемъ ноздрей, да толчокъ сердца у него смѣщенъ въ противоположную сторону, а межреберные промежутки на больной сторонѣ сглажены, то можно поставить діагностику обильнаго плевритическаго экссудата и безъ изслѣдованія груди; развѣ только придется ударить разокъ молоточкомъ для исключенія pneumothoracis.

Характерны также неподвижное положеніе на спинѣ съ слегка согнутыми ногами—при остромъ перитонитѣ; положеніе на животѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ Почтовой болѣзни, флегмоны спины и при сильной свѣтобоязни (съ цѣлью спрятать лицо въ подушку); сидячее положеніе съ закинутой назадъ головой—при стенозахъ гортани; положеніе левой собаки (на боку сильно скукожившись) часто встрѣчается при острой головной водянкѣ, когда сведеніе затылка мѣшаетъ лежать на спинѣ.

*Безпокойство*, выражающееся постоянной смѣной положенія, встрѣчается при сильной головной боли, одышкѣ и при высокихъ, температурахъ, протекающихъ съ бредомъ и съ потемнѣніемъ сознанія.

Важно также обращать вниманіе на *выраженіе лица и глазъ*. Быстрая смѣна въ окраскѣ лица, при *неподвижномъ взглядѣ, устремленномъ въ пространство, при широко раскрытыхъ и рѣдко мигающихъ вѣкахъ* чрезвычайно характерно для менингита и при случаѣ можетъ служить надежнѣйшимъ признакомъ для отличія его отъ тифа.

Ярко *красныя щеки*, стоящія въ рѣзкомъ контрастѣ съ *блѣдностью губъ*, подбородка и носа постоянно встрѣчаются при скарлатинѣ и иногда при корп.

Очень *блѣдное и одутловатое лицо* позволяетъ предполагать нефритъ, а одутловатое съ влажными и налитыми глазами — коклюшъ; совсѣмъ характерное коклюшное лицо получается въ томъ случаѣ, если при одутловатости лица больной представляетъ кровоподтеки на одномъ или обонхъ глазныхъ яблокахъ. Наоборотъ—*осунувшееся лицо*, съ слегка ввалившимися глазами, окруженными синими кругами, указываетъ на обильную потерю воды организмомъ т. е. на водянистый, холеровидный поносъ, или на запусъ артерій вслѣдствіе упадка дѣятельности сердца напр. при остромъ перитонитѣ.

*Точечныя, тѣсно сидящія петехи* на щекахъ и въ особенности на вѣкахъ указываютъ на временный, но значительный венозный застой въ кожѣ лица и позволяютъ предположить или сильную рвоту, или коклюшный кашель, или приступъ общихъ судорогъ съ задержкой дыханія.

*Восковая блѣдность лица, безъ слѣдовъ отека* указываетъ на значительное обѣднѣніе крови гемоглобиномъ и встрѣчается при хлорозѣ, ложной и настоящей лейкеміи, при злокачественной анеміи и у маленькихъ дѣтей при рахитизмѣ съ большой селезенкой. *Блѣдность съ желтоватымъ оттенкомъ* лица, при темной пигментациі и себорреѣ надбровныхъ дугъ и при продолжительномъ насморкѣ у ребенка *нѣсколькихъ недѣль отъ роду* дѣлаетъ возможнымъ діагностику врожденнаго сифилиса еще задолго до появленія болѣе характерныхъ его признаковъ.

*Старческое, сморщенное лицо* у грудныхъ дѣтей встрѣчается при всякаго рода атрофіи, всего чаще зависящей отъ хроническаго голоданія (недостатокъ грудного молока или несоотвѣтственная возрасту пища) или отъ продолжительнаго поноса.

Непроизвольныя *подергиванія различныхъ мышцъ* лица обуславливаютъ появленіе своеобразныхъ гримасъ, по которымъ не трудно узнать хорею.

По *скошенію лица* на одну сторону заключаемъ о параличѣ лицевого нерва и прежде всего думаемъ о варіозномъ процессѣ въ височной кости.

*Болъзненное искаженіе чертъ лица*, появляющесея всякій разъ при оцупываніи опредѣленнаго мѣста, позволяетъ съ точностью опредѣлнть мѣсто боли.

Въ лицѣ-же ясно отражается одышка (движеніе крыльевъ носа) и всякое сильное расстройство кровообращенія въ видѣ синюхи губъ.

Словомъ, лицо даетъ врачу массу данныхъ для діагностики и мы привели здѣсь только главнѣйшія.

*О состояніи общаго питанія и о сложеніи пациента* мы судимъ по развитію скелета и мышцъ, по величинѣ и вѣсу тѣла, по цвѣту кожи и слизистыхъ оболочекъ и по количеству подкожнаго жирнаго слоя. Если мы находимъ, что скелеть развитъ правильно и мышцы плотны на ошупь, то говоримъ, что ребенокъ крѣпокъ, если кости тонки, грудная влѣтка плоска, мышцы дряблы и какъ бы атрофированы, то удостовѣряемъ, что онъ слабаго сложенія. Что касается до подкожнаго жира, то какъ избытокъ его (тучность), такъ и недостатокъ (истощеніе) одинаково ненормальны. Особенно дурное значеніе имѣетъ быстрое или медленное *похуданіе безъ всякой замѣтной причины*, такъ какъ подобнаго рода „безпричинное“ истощеніе всего чаще встрѣчается при скрытно протекающемъ туберкулезѣ, хотя можетъ зависѣть и отъ другихъ причинъ, напр. отъ быстрого роста, отъ потери аппетита вслѣдствіе малокровія или усиленныхъ умственныхъ занятій и особенно отъ ованизма.

Наружнымъ осмотромъ узнаются только грубые недостатки развитія организма, но когда дѣло идетъ объ опредѣленіи начальныхъ степеней упадка питанія, когда приходится слѣдить за развитіемъ ребенка шагъ за шагомъ, то одного осмотра конечно недостаточно, тутъ необходимы точныя измѣренія длины тѣла и отдѣльныхъ его частей, въ особенности головы и груди и опредѣленіе вѣса.

Къ этимъ именно средствамъ прибѣгаемъ мы во всѣхъ случаяхъ, когда имѣемъ предъ собой грудного ребенка и когда приходится рѣшать вопросъ, достаточно ли получаетъ онъ пищи, хороша ли кормилица, не пора ли начать прикармливать его или отымать отъ груди.

Въ подобныхъ случаяхъ самые надежные результаты получаютъ отъ *методическаго взвѣшиванія ребенка* по крайней мѣрѣ хоть разъ или два въ недѣлю. При оцѣнкѣ добытыхъ результатовъ руководствуются извѣстными нормами, крупныя отступленія отъ которыхъ считаются патологическимъ явленіемъ. Такъ какъ всякій ребенокъ развивается по своему, и ростъ тѣла никогда не идетъ совсѣмъ равномерно, то точно опредѣленной пормы, годной для всѣхъ, установить конечно невозможно, и потому каждый авторъ, занимавшійся этимъ дѣломъ,

предлагаетъ свои собственные таблицы вѣса, но такъ какъ всѣ эти таблицы не имѣютъ, по моему мнѣнію, никакихъ преимуществъ передъ, такъ называемой, идеальной кривой увеличенія вѣса тѣла грудного ребенка, предложенной Bouchaud'омъ, а эта послѣдняя между прочимъ легко запоминается, то ее только я и приведу здѣсь, какъ норму, съ которой можно сообразоваться при оцѣнкѣ результатовъ взвѣшиванія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ.

Нормальный вѣсъ новорожденного считается отъ 2500 до 5000 грм., а въ среднемъ 3250 грм. ( $7\frac{1}{2}$  фунтовъ). Вѣсъ ниже 2500 указываетъ на недоразвитіе ребенка и встрѣчается у недоносковъ. Въ первые дни послѣ рожденія всегда замѣчается нѣкоторая потеря въ вѣсѣ, доходящая до своего maximum'a, примѣрно на 4-й день, въ общей сложности до 130—200 грм. Къ 10-му дню вѣсъ долженъ подняться до первоначальной величины, въ противномъ случаѣ есть какая-нибудь ненормальность. У первенцевъ, а также у недоносковъ и у дѣтей, вскармливаемыхъ искусственно, потеря вѣса бываетъ больше и выравнивается позднѣе; (недоноски, по Миллеру, сглаживаютъ утрату вѣса обыкновенно не раньше конца 2-й недѣли). Послѣ 10-го дня вѣсъ ребенка прогрессивно увеличивается и всего сильнѣе въ 1-й и 2-й мѣсяцы, а потомъ съ каждымъ мѣсяцемъ все медленнѣе. При правильномъ развитіи первоначальный вѣсъ удваивается къ концу 5-го мѣсяца, а къ концу года почти утраивается. По таблицѣ Bouchaud'a прибавка вѣса идетъ такимъ образомъ:

I-й мѣсяцъ	750	въ день	25	грм.	(6	золотн.)
II	700	"	23	"	( $5\frac{1}{2}$	" )
III	650	"	22	"	(5	" )
IV	600	"	20	"	( $4\frac{1}{2}$	" )
V	550	"	18	"	(4	" )
VI	500	"	17	"	(4	" )
VII	450	"	15	"	( $3\frac{1}{2}$	" )
VIII	400	"	13	"	(3	" )
IX	350	"	12	"	( $2\frac{3}{4}$	" )
X	300	"	10	"	( $2\frac{1}{3}$	" )
XI	250	"	8	"	(2	" )
XII	200	"	7	"	( $1\frac{3}{4}$	" )

Къ концу года вѣсъ ребенка долженъ быть слѣдовательно около 9000 грм. (22 фунта). Этотъ вѣсъ удваивается приблизительно къ 6 годамъ (ежегодная прибавка около 1500—1800 грм.) и доходить до



40—50 фунтовъ; потомъ еще черезъ 7 лѣтъ опять удваивается (ежегодно по 1800—2000 грм., а послѣ 10 лѣтъ около 3000 грм.).

*Ростъ тѣла, головы и груди.* Нормальная длина новорожденного считается въ среднемъ 50 сант. (minim. 45, maxim. 58). Ростъ идетъ всего быстрѣе въ первые мѣсяцы жизни и къ концу года, по Quetelet, увеличивается на 20 снт.; на 2-мъ году на 10 с., на 3-мъ на 7 с. потомъ ежегодно отъ 4 до 16-ти лѣтъ на 5,5 с. отъ 16—17 на 4 с., потомъ до 25-ти лѣтъ на 2,5, а всего на 128, такъ что нормальный ростъ взрослога равняется 178 снт.

По Liharzik'у всѣ здоровые люди растутъ приблизительно одинаково по періодамъ, которыхъ онъ принимаетъ 23; каждый періодъ длиннѣе предыдущаго, и разница эта увеличивается въ арифметической прогрессіи: 1-й пер. одинъ мѣсяць, 2-й два, 3-й—три и т. д. Въ теченіе любого періода до 21-го мѣсяца (конецъ 6-го періода) длина тѣла увеличивается на  $7\frac{1}{2}$  снт., окружность головы на  $2\frac{1}{2}$  с., а окружность груди на  $2\frac{1}{2} + \frac{13}{17}$  с. Послѣ 21-го мѣсяца ростъ идетъ много тише: длина тѣла увеличивается въ каждый періодъ только на 5 снт., окруж. головы на  $\frac{13}{34}$ , а груди на  $\frac{13}{34} + \frac{13}{17}$ ; съ 12-ти лѣтъ (18-й періодъ) замѣчается усиленный ростъ груди и съ этихъ поръ она увеличивается въ каждый періодъ на  $\frac{13}{34} + 5$  снт.

Данныя эти можно выразить слѣдующей таблицей.

Періоды по поряд.	Число мѣсяцевъ.	Ростъ головы.	Ростъ груди.	Ростъ тѣла.	Окружн. головы.	Окружн. груди.	Длина тѣла.
1	1	—	$2\frac{1}{2} + \frac{13}{17}$	$7\frac{1}{2}$ с.	$37\frac{1}{2}$	$36\frac{9}{34}$	$57\frac{1}{2}$
2	3	—	—	—	40	$39\frac{18}{34}$	65
3	6	по $2\frac{1}{2}$ с.	—	—	$42\frac{1}{2}$	$42\frac{27}{34}$	$72\frac{1}{2}$
4	10	—	—	—	45	$46\frac{2}{34}$	80
5	15	—	—	—	$47\frac{1}{2}$	$49\frac{11}{34}$	$87\frac{1}{2}$
6	21	—	—	—	50	$52\frac{20}{34}$	95
7	28	$\frac{13}{34}$ с.	$\frac{13}{34} + \frac{13}{17}$	5	$50\frac{13}{34}$	$53\frac{23}{34}$	100
8	36	—	—	—	$50\frac{26}{34}$	$54\frac{30}{34}$	105
9	45	—	—	—	$51\frac{5}{34}$	$56\frac{1}{34}$	110
10	55	—	—	—	$51\frac{18}{34}$	$57\frac{2}{34}$	115
11	66	—	—	—	$51\frac{31}{34}$	$58\frac{11}{34}$	120
12	78	—	—	—	$52\frac{10}{34}$	$59\frac{16}{34}$	125
13	91	—	—	—	$52\frac{20}{34}$	$60\frac{21}{34}$	130
14	105	—	—	—	$53\frac{2}{34}$	$61\frac{26}{34}$	135
15	120	—	—	—	$53\frac{15}{34}$	$62\frac{31}{34}$	140
16	136	—	—	—	$53\frac{26}{34}$	$64\frac{2}{34}$	145

17	153	—	—	—	$54^{7/34}$	$65^{7/34}$	150
18	171	—	$13/34 + 5$ с.	—	$54^{20/34}$	$70^{20/34}$	155
19	190	—	—	—	$54^{33/34}$	$75^{33/34}$	160
20	210	—	—	—	$55^{12/34}$	$81^{12/34}$	165
21	231	—	—	—	$55^{25/34}$	$86^{25/34}$	170
12	253	—	—	—	$56^{4/34}$	$92^{4/34}$	175
23	276	—	—	—	$56^{1/2}$	$97^{1/2}$	180
(23 гд.)							

$21^{1/2}$  с.  $64^{1/2}$  с. 130 снт.

Окружность головы новорожденного равняется 34—35 снт., а груди (на уровнѣ сосковъ) 32—33.

Такъ какъ не всѣ дѣти растутъ одинаково быстро и многія, будучи совершенно здоровыми, развиваются все-таки медленно, то знаніе однихъ лишь абсолютныхъ чиселъ роста еще не достаточно для того, чтобы признать развитіе даннаго ребенка нормальнымъ или патологическимъ. Въ этомъ отношеніи болѣе интересныя данныя получаются изъ сравненій размѣровъ головы, груди и длины тѣла, ради чего мы ихъ и привели въ таблицѣ рядомъ другъ съ другомъ.

Чрезмѣрно быстрый ростъ тѣла пріобрѣтаетъ особое значеніе въ томъ случаѣ, если ему не соотвѣтствуетъ увеличеніе тѣла въ ширину т. е. окружности груди и ширины плечъ. *Поперечникъ плечъ во всѣхъ періодахъ роста долженъ быть приблизительно равенъ  $1/4$  длины тѣла.*

По Uffelmann'у наиримѣръ такъ:

Лѣта.	Поперечникъ плечъ.	Длина тѣла.
0	13,7	50
3 гд.	23	87
6 л.	32	122
14 л.	36	150

У нормально-развитога новорожденного окружность головы превышаетъ окружность груди на 1—2 снт., а грудь превышаетъ половину длины тѣла на 9—10 снт. (minimum на 7 снт.). Если разниця между головой и грудью больше 2, а между грудью и половиной длины тѣла меньше 7 снт., то это указываетъ на врожденную слабость ребенка, на его малую жизнеспособность.

Вообще говоря, чѣмъ ребенокъ крѣпче сложенъ, тѣмъ скорѣе грудь его по своимъ размѣрамъ сравнивается съ головкой, а чѣмъ слабѣе

ребенокъ, тѣмъ больше превалируетъ голова. По таблицѣ Liharzik'a выходитъ, что окружность груди сравнивается съ окружностью головы къ концу первой половины года, но въ дѣйствительности такой ростъ груди встрѣчается довольно рѣдко, именно только у самыхъ крѣпкихъ дѣтей, у большинства-же здоровыхъ дѣтей грудь начинаетъ брать перевѣсъ надъ головой лишь на 3-мъ году, а у слабыхъ и рахитиковъ на 5—6-мъ году.

По отношенію къ длинѣ тѣла мы ужъ замѣтили, что окружность груди должна превышать половину длины тѣла покрайней мѣрѣ на 7 или 8 снт. (въ среднемъ на 10). Въ теченіе первыхъ лѣтъ жизни эта разница мало по малу сглаживается и на 7-мъ—8-мъ году жизни доходитъ до нуля, а потомъ окружность груди начинаетъ понемногу отставать отъ полуроста и разница въ пользу послѣдняго къ 12-ти годамъ доходитъ до 2—4 снт. Чѣмъ лучше развитъ ребенокъ, чѣмъ онъ крѣпче, тѣмъ сравнительно больше его окружность груди; у хорошо сложенныхъ дѣтей подростковъ окружность груди къ 10-ти годамъ все еще превышаетъ полуростовую длину тѣла на 4—5 снт. и сравнивается лишь къ 14—15 годамъ.

Если первоначальный вѣсъ тѣла не достигаетъ 3000 грм., а размѣры головы, груди и роста вышеуказанной нормы, то значить ребенокъ родился слабымъ, если-же всѣ эти величины превышаютъ среднюю норму, то ребенокъ родился крѣпкимъ. О дѣтяхъ гигантахъ говорятъ въ томъ случаѣ, если вѣсъ при рожденіи превышаетъ 5000 грм. (12 ф.).

Самый большой экземпляръ, извѣстный мнѣ изъ литературы, встрѣтился д-ру Wysin'у, онъ вѣсилъ 9000 грм.; слишкомъ малый вѣсъ новорожденнаго, иначе сказать, общая атрофія его, указываетъ или на то, что онъ недоношенъ или (если родился въ срокъ), что питаніе его во время утробной жизни шло неправильно вслѣдствіе-ли болѣзни матери (всею чаще сифилисомъ) или послѣда.

Атрофія дѣтей, родившихся здоровыми и крѣпкими, всего чаще происходитъ подъ вліяніемъ хроническаго голоданія отъ недостатка пищи это *простая* или чистая *атрофія*. Въ другихъ случаяхъ причиною истощенія бываютъ какія нибудь хроническія болѣзни и всего чаще поносы и общій туберкулезъ, это *симптоматическая атрофія*.

*Простая атрофія*, какъ совершенно самостоятельная болѣзнь, т. е., не зависящая ни отъ катарра кишекъ, ни отъ другихъ какихъ-либо заболѣваній внутреннихъ органовъ, встрѣчается только у дѣтей первыхъ мѣсяцевъ жизни и въ силу своей этиологии, симптоматологии и терапіи должна быть строго отличима отъ симптоматической атрофіи, какъ результата истощающихъ болѣзней. Этиология чистой атрофіи сводится

исключительно къ *хроническому голоданію*, все равно зависитъ-ли оно отъ недостатка молока у кормящей, или отъ неправильнаго искусственнаго вскармливанія малыми порціями разведеннаго коровьяго молока или совсѣмъ несоотвѣтствующей возрасту ребенка пищи, которую онъ не можетъ ассимилировать.

Симптомы всякой атрофіи состоятъ въ общемъ истощеніи организма, всего рѣзче выражающемся полнымъ исчезаніемъ подкожнаго жира и дряблостью или складчатостью кожи. У дѣтей первыхъ мѣсяцевъ жизни къ числу характерныхъ симптомовъ принадлежитъ также спаденіе черепа, вслѣдствіе уменьшенія объема мозга: большой родничекъ глубоко вваливается, и кости черепного свода заходятъ своими краями одна подъ другую.

Простая, ничѣмъ не осложненная атрофія отличается отъ симптоматической атрофіи вслѣдствіе хроническаго поноса слѣдующими особенностями 1) она всего чаще развивается въ первые четыре мѣсяца и очень рѣдко послѣ полугода, тогда какъ симптоматическая наоборотъ; 2) вмѣсто поноса и вздутаго живота при ней бываетъ обыкновенно запоръ при плоскомъ или ввалившемся животѣ и при свудномъ отдѣленіи мочи (см. главу о запорѣ), 3) при ней никогда не бываетъ отековъ подкожной клетчатки, рѣдко отсутствующихъ (на ступняхъ и лодыжкахъ) при истощеніи отъ поносовъ. Если простая атрофія осложнена катарромъ кишекъ (что случается не особенно рѣдко, особенно, если атрофія развивается подъ вліяніемъ несообразной пищи), тогда можетъ быть и значительное вздутіе живота и для правильной оцѣнки случая остаются 1 и 3 критеріи и анамнезъ, (значительное похуданіе началось еще до поноса, справка о томъ, чѣмъ кормил ребенка и по скольку давали пищи, изслѣдованіе груди кормящей по отношенію къ количеству молока).

*Симптоматическая атрофія*, встрѣчающаяся иногда въ тяжелыхъ случаяхъ рахитизма, отличается отъ самостоятельной формы атрофіи помимо возраста ребенка еще и симптомами ясно выраженнаго рахитизма; послѣднее обстоятельство пріобрѣтаетъ для діагностики особенно важное значеніе въ виду интереснаго факта, подмѣченнаго Вонн'омъ, что дѣти, находясь въ состояніи простой атрофіи, не проявляютъ никакого расположенія къ рахитизму, такъ что у нихъ не наблюдается даже и размягченія затылка.

Всего труднѣе отличить простую атрофію отъ туберкулеза маленькихъ дѣтей, особенно если атрофія осложняется бронхитомъ или пневмоніей, что такъ часто случается; съ другой стороны, и отсутствіе кашля не исключаетъ общаго туберкулеза. Если на основаніи анамнеза

можно исключить простую атрофію, а между тѣмъ для объясненія истощенія нѣтъ никакихъ замѣтныхъ причинъ, то придется предположить туберкулезъ и искать подтвержденія этому со стороны лихорадочнаго состоянія и наслѣдственности.

При *осмотрѣ кожи* обращаютъ вниманіе на общую окраску ея и на могоущія встрѣтиться сыпи (см. главу о семіотикѣ кожи).

*Измѣдованіе головы* производится посредствомъ осмотра, ощупыванія и измѣренія. При этомъ обращается вниманіе на форму и величину головы, на состояніе швовъ и родничковъ, на твердость костей и на состояніе кожи.

Голова у нормальнаго ребенка должна имѣть овальную форму, безъ рѣзкихъ выступовъ теменныхъ и лобныхъ бугровъ и вполне симметрична; кости свода черепа должны быть тверды и не должны уступать давленію пальца. Большой родничекъ остается открытымъ до 16—20 мѣсяца, а швы ламбовидный, стрѣловидный и вѣнечный могутъ быть ощупаны до конца 3—4-го мѣсяца. О величинѣ головы у новорожденнаго, объ увеличеніи ея по возрастамъ и объ отношеніи окружностей головы и груди было ужъ сказано выше.

Отклоненія отъ нормы могутъ быть разнообразны. Неправильная, угловатая формы головы вслѣдствіе ненормальнаго разрастанія теменныхъ и лобныхъ бугровъ указываетъ на рахитизмъ, въ высшихъ степеняхъ котораго получается т. н. *сплоская голова*, характеризующаяся уплощеніемъ черепного свода и чрезмѣрнымъ разрастаніемъ бугровъ, тогда какъ въ мѣстахъ, соответствующихъ швамъ, замѣчаются углубленія въ черепѣ.

*Легкая асимметрия черепа* въ видѣ нѣкотораго уплощенія одной стороны (б. ч. въ области соединенія теменной кости съ затылочной) встрѣчается у маленькихъ очень часто и обуславливается постояннымъ лежаніемъ ребенка на одной сторонѣ; такая асимметрия не имѣетъ патологическаго значенія и скоро исчезаетъ, если только начинаютъ слѣдить за тѣмъ, чтобъ ребенокъ не лежалъ бы постоянно на одномъ боку. Другое дѣло высшія степени асимметріи, зависящія отъ ранняго окостенѣнія швовъ одной стороны черепа или отъ врожденнаго недоразвитія одного полушарія.

Если ужъ на первомъ году окружность груди значительно превышаетъ окружность головки, то это указываетъ на недоразвитіе головы (*microcephalia*) и даетъ поводъ опасаться въ будущемъ идиотіи; наоборотъ, если голова сравнительно съ грудью и по возрасту слишкомъ велика, то у ребенка или рахитизмъ съ гипертрофіей мозга, или хроническая головная водянка. Хроническая головная водянка почти всегда

бываетъ врожденнымъ страданіемъ и состоитъ въ скопленіи жидкости въ мозговыхъ желудочкахъ; съ возрастомъ она обыкновенно увеличивается.

Franz Maug сопоставляетъ отличительные признаки гипертрофіи мозга и головной водянки въ слѣдующей таблицѣ (Jahrb. f. Kinderh. I. B. s. 15).

#### Hypertrophia cerebri.

*Форма черепа:* широкая угловатая при сильно выдающемся лбѣ и затылочныхъ буграхъ.

*Увеличеніе черепа* развивается крайне медленно, почти незамѣтно и никогда не достигаетъ такой значительной степени, чтобы лицо сдѣлалось бы сравнительно съ черепомъ несоразмѣрно мало.

*Большой родничекъ* больше, чѣмъ въ нормѣ, онъ приподнятъ и сильно пульсируетъ.

*Кости* въ мѣстахъ швовъ подвижны, но незначительно разъединены.

#### Осложненія:

Слѣды начинающагося рахитизма на остальномъ скелетѣ.

#### Laryngospasmus.

*Умственное развитіе* идетъ безпрепятственно, перѣдко замѣчательно хорошо.

*Послѣдствія сдавленія мозга* не замѣтны, если въ началѣ болѣзни родничекъ былъ еще открытъ.

*Размякненіе костей черепа* можетъ быть врожденнымъ или приобретеннымъ. Въ первомъ случаѣ это не есть патологическое явленіе и исчезаетъ довольно скоро послѣ родовъ, во второмъ оно считается симптомомъ рахитизма и именно начальнаго его періода. Врожденная мягкость костей бываетъ всего замѣтнѣе въ первые дни жизни; мягкія мѣста располагаются обыкновенно вдоль стрѣловиднаго шва. Приобретенная или рахитическая мягкость костей появляется на 3—4-мъ мѣся-

#### Hydrocephalus chronicus.

шарообразная, безъ особыхъ выступовъ.

развивается быстро, такъ что ужъ черезъ 2 недѣли можно констатировать замѣтное увеличеніе діаметра; лицо сравнительно съ черепомъ несоразмѣрно мало.

необычайно великъ, выпяченъ и совсѣмъ или почти не пульсируетъ.

соединены перепончатыми, напряженными промежутками.

отсталое развитіе костей и мускуловъ всего тѣла.

#### Общая судороги

восприимчиво, но крайней мѣрѣ, въ отдѣльныхъ направленіяхъ, часто идиотизмъ.

въ большей или меньшей степени всегда на лицо: рвота, тяжесть головы, дрожаніе при движеніи, косоглазіе, широкіе зрачки, etc.

цахъ жизни и рѣдко остается замѣтною до конца года, чаще до 9-ти мѣсяцевъ. Мягкія мѣста занимають затылочную кость (размягченіе затылка—*craniotabes*) и въ легкихъ случаяхъ являются въ видѣ отдѣльных острововъ, а въ тяжелыхъ размягчается почти вся чешуя *oss. occipitalis*. Узнать размягченіе не трудно, такъ какъ при надавливаніи на мягкое мѣсто пальцемъ оно подается давленію подобно пергаменту. Чтобъ не просмотрѣть и маленькій островокъ размягченія, всего лучше изслѣдовать ребенка при положеніи его на спинѣ. Врачъ стоитъ около его ногъ и помѣщаетъ обѣ свои руки такимъ образомъ, чтобъ большіе пальцы упирались бы на лобъ, а всѣ остальные, которыми производится ощупываніе, на затылокъ; надавливаніе на всѣ мѣста затылка производится концами слегка согнутыхъ пальцевъ.

Размягченіе затылка особенно часто встрѣчается у рахитиковъ, страдающихъ ларингоспазмомъ.

*Аномалии родничка и швовъ.* Въ первые 9 мѣсяцевъ большой родничекъ и у вполне здоровыхъ дѣтей можетъ постепенно увеличиваться и такое увеличеніе считается нормальнымъ явленіемъ, но въ послѣднюю четверть года онъ долженъ постепенно уменьшаться и къ 18-му мѣсяцу совсѣмъ закрыться, т. е. окостенѣть. Слишкомъ долгое неза-  
растаніе родничка и швовъ, если не зависитъ отъ хронической головной водянки, указываетъ на замедленный ходъ окостенѣнія, т. е. на рахитизмъ; съ этимъ совпадаетъ обыкновенно и неправильное или позднее прорѣзываніе зубовъ (см. гл. о прорѣзываніи зубовъ).

Выпяченный родничекъ указываетъ на повышенное давленіе въ полости черепа, а ввалившійся на уменьшеніе давленія и спаденіе мозга. Сильно ввалившійся родничекъ, комбинирующійся у дѣтей первыхъ мѣсяцевъ жизни съ надвиганіемъ краевъ черепныхъ костей другъ на друга (край затылочной кости подходитъ подъ теменные) является очень важнымъ отличительнымъ признакомъ острой головной водянки отъ гидроцефалоида.

*Слеза вытяженная и пульсирующая фонтанель* указываетъ на гиперемію мозга (обычный спутникъ сильнаго жара), а *вытяженная и напряженная* т. е., не поддающаяся давленію пальца—на экссудацию въ полости черепа—будетъ ли это гнойный менингитъ поверхности полушарій или острая головная водянка, опухоль мозга или интерменнгеальное кровоизліяніе у новорожденныхъ. Значеніе этого симптома важно именно въ томъ отношеніи, что онъ исключаетъ простое переполненіе сосудовъ, такъ какъ выпуклая и туго натянутая фонтанель не замѣчается ни при активной, ни при пассивной гипереміи мозга; по этой причинѣ состояніе родничка можетъ имѣть рѣшающее значеніе во мно-

гихъ сомнительныхъ случаяхъ, когда дѣло идетъ о рѣшеніи вопроса, происходятъ ли мозговья явленія (рвота, соноръ, конвульсія) въ данномъ случаѣ отъ какихъ-либо причинъ, лежащихъ внѣ полости черепа (сильное повышеніе температуры, острая пневмонія, нефритъ съ уреміей), или отъ самостоятельнаго пораженія мозга.

Еще большее значеніе этотъ признакъ имѣетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда по ходу болѣзни и по общему истощенію ребенка надо бы ждать ввалившейся фонтанели, а она оказывается выпяченной.

Если выпяченный и резистентный родничекъ замѣчается у *новорожденнаго* и вовсе не пульсируетъ, то можно предполагать обильное интерменингеальное кровоизліяніе.

При выслушиваніи родничка удается слышать у нѣкоторыхъ дѣтей *дующій шумъ*, синхроничный съ пульсомъ, и происходящій по Jurasch'y въ *art. carotis*, слегка сдавленной въ *canalis caroticus* височной кости; онъ не имѣетъ патологическаго значенія, хотя у рахитиковъ встрѣчается чаще, чѣмъ у дѣтей здоровыхъ.

*Изслѣдованіе кожи головы.* Облысѣніе затылка вмѣстѣ съ потливостью головы являются частыми спутниками *scapitotabes* и имѣютъ одинаковое съ нимъ значеніе. (см. выше). Кожа головы принадлежитъ къ числу излюбленныхъ мѣстъ различныхъ сыпей; у грудныхъ дѣтей здѣсь часто встрѣчаются корки отъ себоррей и экземы, а у старшихъ экзема и паразиты (вши, *herpes tonsurans*, *favus*). О діагностикѣ этихъ сыпей—въ гл. о семіотикѣ кожи.

*Опухоль головы* особенно часто встрѣчаются у новорожденныхъ. Въ первые два дня послѣ рожденія появляется *разлитая* опухоль мягкихъ частей вслѣдствіе отека и пропитыванія кровью предлежавшей части. Такая опухоль, извѣстная подъ именемъ добавочной головы, *caput succedaneum*, исчезаетъ очень скоро послѣ родовъ и потому особенаго значенія не имѣетъ. Отъ всѣхъ другихъ опухолей она отличается, кромѣ того, своей тѣстообразной консистенціей, отечнымъ характеромъ (отъ давленія пальцемъ остается ямка), синеватымъ цвѣтомъ покрововъ и разлитыми границами. Она можетъ занимать любую часть черепа и никакого отношенія къ швамъ не имѣетъ.

*Кровяная опухоль головы.* *Cephalhaematoma* результатъ кровоизліянія между костью и надкостницей, образуется тоже подъ вліяніемъ родовъ, но появляется не тотчасъ послѣ рожденія ребенка, какъ предыдущая, а дня черезъ 2--3 и въ первое время продолжаетъ увеличиваться, затѣмъ на нѣсколько дней остается стаціонарной и къ 4—6 недѣлямъ медленно исчезаетъ. Величина опухоли до грецкаго орѣха, она покрыта нормальной кожей, имѣетъ рѣзкія границы и флюктуируетъ. Особен-



по характерно для нея то, что опухоль *никогда не переходитъ за шовъ* (такъ какъ здѣсь надкостница крѣпко приращена и не можетъ быть отдѣлена излившейся подъ нею кровью). Излюбленное мѣсто этихъ опухолей—середина темяныхъ костей одной или обѣихъ сторонъ. Послѣ нѣскольконедельнаго существованія основаніе опухоли окружается ясно замѣтнымъ при ошупываніи твердымъ валикомъ (разрастаніе надкостницы).

У болѣе взрослыхъ дѣтей тоже появляется иногда кровяная опухоль въ видѣ рѣзко ограниченной, упругой, слегка флюктуирующей шишки (б. ч. на лбу), но исключительно только отъ ушиба, и потому кожа бываетъ обыкновенно экхимозирована и на мѣстѣ опухоли появляется потомъ синякъ.

Флюктуирующая, ограниченная опухоль на черепѣ у ребенка можетъ зависѣть еще отъ нарыва. Острые нарывы отличаются легко по болѣзненности и по краснотѣ кожи, а при холодныхъ нарывахъ покровы остаются нормальными, боли никакой нѣтъ, нарывъ никакого отношенія къ швамъ не имѣетъ и отличается этиологіей, (б. ч. вслѣдствіе костофды, слѣдовательно у дѣтей золотушныхъ и сифилитиковъ, а также при піеміи), возрастомъ (холодные абсцессы на головѣ у новорожденныхъ не встрѣчаются) и отсутствіемъ твердаго валика при основаніи опухоли.

*Мозговая грыжа* въ отличіе отъ предыдущихъ является всегда на мѣстѣ какого-нибудь шва, всего чаще при основаніи носа (glabella) или на затылкѣ. Опухоль имѣетъ обыкновенно мѣшкообразную форму съ перетянутымъ основаніемъ. Она содержитъ или только жидкость—hydroencephalocoele, или и мозгъ—encephalocoele.

Первая флюктуируетъ и просвѣчиваетъ, вторая не флюктуируетъ и иногда пульсируетъ. Въ обоихъ случаяхъ можно прощупать при основаніи опухоли край отверстія кости, черезъ которое вышла грыжа. Если это отверстіе достаточно велико, то опухоль можно вправить и тогда появляются признаки увеличеннаго давленія въ полости черепа въ видѣ выпячиванія и напряженія родничка, а иногда и общихъ судорогъ.

Мозговая грыжа напрягается во время крика и этимъ признакомъ можно пользоваться въ числѣ другихъ для отличія этой опухоли отъ врожденныхъ саркомы или липомы.

У дѣтей старшаго возраста на черепѣ встрѣчаются иногда ограниченные періоститы, простые и гнойные, и саркомы.

*Изслѣдованіе рта и зѣва* производится осмотромъ, для чего приходится иногда насильственно открывать ротъ ребенку. У новорожденныхъ

и у грудныхъ дѣтей для этого достаточно произвести легкое давленіе пальцемъ на подбородокъ, но у дѣтей 3—5 лѣтъ врачъ встрѣчается подчасъ съ весьма трудно преодолимымъ сопротивленіемъ со стороны ребенка. Во многихъ случаяхъ удается заставить его открыть ротъ посредствомъ сжиманія ноздрей, но и это средство не всегда ведетъ къ цѣли, такъ какъ нѣкоторые дѣти ухитряются дышать черезъ щели между зубовъ. Въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ завести рукоятку чайной ложечки между щекой и зубами за послѣдніе коренные зубы и тутъ повернуть ложечку такъ, чтобы рукоятка ея помѣстилась бы между деснами; при такомъ маневрѣ ребенокъ обязательно откроетъ ротъ, и если голова его хорошо фиксируется, то достаточно нѣсколькихъ секундъ, чтобы осмотрѣть его зѣвъ.

При изслѣдованіи рта могутъ встрѣтиться различныя врожденныя аномаліи, каковы напр., полное или неполное сращеніе губъ, раздвоеніе верхней губы—*заячья губа*, *labium leporinum*, или мягкаго неба—*волчья пасть* (*palatum fissum*).

Нѣкоторые симптомы со стороны рта могутъ имѣть значеніе для діагностики другихъ болѣзней: напр., судорожное сжатіе челюстей обыкновенно бываетъ первымъ проявленіемъ тетануса, постоянно открытый ротъ часто встрѣчается у золотушныхъ дѣтей при хроническомъ насморкѣ и при гипертрофій тонзиллъ; въ острыхъ случаяхъ открытый ротъ съ слюнотеченіемъ встрѣчается при афтозномъ стоматитѣ, и то же самое въ хроническомъ видѣ свойственно идиотизму.

Утолщеніе верхней губы принадлежитъ къ числу признаковъ золотушнаго *habitus'a* и развивается подъ вліяніемъ повторныхъ насморковъ съ ѣдимымъ отдѣляемымъ, поддерживающихъ легкой воспалительный процессъ въ кожѣ и въ подкожной клѣтчаткѣ губы.

Слизистая оболочка губъ является любимымъ мѣстомъ для проявленій наследственнаго сифилиса въ видѣ трещинъ и мокнущихъ папулъ.

О болѣзняхъ рта и зѣва мы будемъ говорить въ соответственныхъ главахъ.

*Осмотръ и ощупываніе шеи* можетъ дать при случаѣ много данныхъ для діагностики. Обращаютъ вниманіе на положеніе головы, (см. *torticollis* и сведеніе головы) на состояніе позвоночника, (*spondylitis*) лимфатическихъ железъ, подкожной клѣтчатки. О значеніи ограниченнаго отека шеи мы будемъ говорить въ главѣ о семиотикѣ кожи и подкожной клѣтчатки; но помимо отека, на шеѣ чаще, чѣмъ гдѣ-либо, встрѣчаются разлитыя флегмоны и абсцессы лимфатическихъ железъ; флегмоны всего чаще сопровождаютъ злокачественныя скарлатинозныя жабы, а нагноенія железъ развиваются или самостоятельно и тогда

преимущественно въ заднеушныхъ железахъ, или вслѣдствіе какихъ-нибудь мокнущихъ сыпей на головѣ (затылочныя железы у маленькихъ дѣтей) или лицѣ (железка подъ подбородкомъ).

Въ видѣ врожденной аномаліи иногда встрѣчается на шеѣ фистулезное отверстіе или просто небольшое, постоянно мокнущее, углубленіе, какъ слѣдствіе неполнаго закрытія жаберныхъ дугъ. Отверстіе находится или по средней линіи шеи и сообщается узкимъ каналомъ съ трахеей (*fistula colli trachealis congenita*), или по бокамъ, надъ грудноключичнымъ сочлененіемъ и ведетъ къ пищеводу. Изъ опухолей шеи, кромѣ тѣхъ, что зависятъ отъ остраго припуханія железъ и клѣтчатек, заслуживаетъ вниманія у новорожденныхъ небольшая, гладкая, плотная, овальной формы опухоль, покрытая нормальной кожей и сидящая какъ разъ на *musc. sterno-cl. mastoideus*. Опухоль эта образуется въ первые дни жизни ребенка и указываетъ на разрывъ этой мышцы во время акта родовъ и обуславливается кровоизліяніемъ въ мѣстѣ разрыва и образованіемъ воспалительной мозоли—*haematoma musc. sterno cl. mastoidei*.— Опухоль эта всегда бываетъ односторонней и черезъ 2—3 недѣли безслѣдно исчезаетъ.

Изъ хроническихъ опухолей шеи у дѣтей болѣе взрослыхъ встрѣчается иногда увеличеніе щитовидной железы, т. е. *зобъ*—*struma*, легко узнаваемая по своей мягкости и по положенію на передней поверхности шеи. Въ нашей мѣстности эта болѣзнь встрѣчается рѣдко; сравнительно чаще приходится встрѣчать хроническую опухоль лимфатическихъ железъ, спаивающихся между собой въ громадныя, бугристыя пакеты; железы въ такихъ случаяхъ оказываются въ состояніи творожистаго или саркоматознаго перерожденія. Подобнаго рода опухоли не слѣдуетъ смѣшивать съ врожденными кистами шеи—*hygroma cysticum congenitum colli*, которыя хотя и отличаются жидкимъ содержимымъ, но иногда всетаки оказываются на ощупь довольно плотной консистенціи.

*Изслѣдованіе груди* у дѣтей производится по тѣмъ же способамъ, какъ и у взрослыхъ, т. е. осмотромъ, оцупываніемъ, измѣреніемъ, постукиваніемъ и выслушиваніемъ. Мы предполагаемъ у нашихъ читателей полное знакомство со всѣми этими методами изслѣдованія и потому ограничимся лишь краткими замѣчаніями по поводу нѣкоторыхъ особенностей постукиванія и выслушиванія у дѣтей, такъ какъ тутъ встрѣчаются нѣкоторыя мелочи, отъ незнакомства съ которыми врачъ можетъ сдѣлать совсѣмъ ложные выводы; при постукиваніи напр., онъ получаетъ тупой звукъ тамъ, гдѣ его нѣтъ или, наоборотъ—просмотритъ дѣйствительно существующее приглушеніе. Такъ, при *перкуссии* не

*симметричной грудной клетки*, когда ребра на одной сторонѣ груди болѣе выпуклы, а на другой уплощены, постукиваніе по выпуклымъ ребрамъ дастъ, при прочихъ равныхъ условіяхъ, болѣе тупой звукъ, чѣмъ по уплощеннымъ. При нормально развитой грудной клеткѣ ошибка можетъ получиться вслѣдствіе того, что ребенокъ сидитъ неправильно, перегнувшись на одну сторону; въ этомъ случаѣ, какъ и при боковомъ искривленіи позвоночника, болѣшая тупость будетъ на вогнутой сторонѣ. Если подъ влияніемъ неодинаковаго положенія рукъ мышцы на одной сторонѣ грудной клетки напряжены, а на другой расслаблены, то тупость получается на сторонѣ сокращенныхъ мышцъ (если постукиваніе производится надъ сокращенной мышцей). Чтобы избѣгнуть подобной ошибки, необходимо держать ребенка такимъ образомъ, чтобъ плечи его сгояли на одинаковомъ уровнѣ и чтобъ положеніе лопатокъ было бы одинаково на обѣихъ сторонахъ. Если дѣло идетъ о ребенкѣ 1—2 лѣтъ, то при постукиваніи груди всего лучше класть его на спину, а при изслѣдованіи спины я рекомендую держать его такъ: ребенка сажаютъ на горизонтальную плоскость, напр., на подушку, положенную на столъ, руки сгибаются въ локтяхъ подъ прямымъ угломъ и предплечья кладутся поперекъ живота такимъ образомъ, чтобъ они лежали другъ за другомъ, и въ этомъ положеніи удерживаются и прижимаются къ животу правой рукой матери, стоящей съ правой стороны ребенка; лѣвую свою руку она кладетъ на затылокъ ребенка и легкимъ надавливаніемъ сгибаетъ голову, съ цѣлью воспрепятствовать ему выпбаться назадъ, что онъ пытается дѣлать всегда, какъ только начинаютъ постукивать его спину.

Далѣе слѣдуетъ помнить, что перкуторный звукъ значительно притупляется, если *постукиваніе* производится *во время крика*, и всего болѣе замѣтно это притупленіе въ ниже-заднихъ частяхъ грудной клетки, гдѣ прикрѣпляются большинство выдыхателей; а потому, если ребенокъ кричитъ, то надо постукивать на одномъ мѣстѣ короткими и частыми ударами до тѣхъ поръ, пока ребенокъ сдѣлаетъ глубокинъ вздохъ; если тупой звукъ остается и въ это время, то можно быть увѣреннымъ въ его реальности.

Постукиваніе всегда слѣдуетъ производить слабыми ударами, такъ какъ вслѣдствіе болѣшей эластичности дѣтской грудной клетки и малыхъ размѣровъ ея, перкуторныя сотрясенія слишкомъ легко передаются на отдаленныя части легкихъ, и потому при сильномъ постукиваніи тупой звукъ ограниченнаго мѣста можетъ быть совершенно заглушенъ яснымъ звукомъ здоровыхъ сосѣднихъ частей легкаго.

При *постукиваніи спины* начинающіе часто дѣлають ошибку въ томъ

отношеніи, что помѣщаютъ плессиметръ слишкомъ низко, т. е. тамъ, гдѣ ужъ и легкихъ-то нѣтъ. Относительно положенія нижней границы легкихъ можно руководствоваться извѣстными обозначательными пунктами скелета, при чемъ дѣло значительно упрощается тѣмъ, что какъ у маленькихъ дѣтей, такъ и у болѣе взрослыхъ отношеніе легкихъ къ скелету грудной клѣтки остается постояннымъ, а именно на спинѣ нижняя граница соответствуетъ остистому отростку 11-го позвонка и идетъ отсюда горизонтально впереди, пересѣкая на лѣвой сторонѣ по l. axillaris—9-е ребро и по l. mamil на правой сторонѣ 6-е ребро.

*Выслушиванію* очень мѣшаютъ непрерывныя движенія ребенка и крикъ. Благодаря безпокойству маленькихъ дѣтей, выслушиваніе ихъ обыкновеннымъ стетоскопомъ дѣлается крайне затруднительнымъ, а иногда и совсѣмъ невозможнымъ. При изслѣдованіи спины можно помочь горю, выслушывая непосредственно ухомъ, тогда не трудно держать ребенка въ неподвижномъ положеніи, ущемивши его, такъ сказать, между головой и рукой, положенной на грудь; но прежде чѣмъ прикладывать ухо къ тѣлу ребенка, надо обозначить пальцемъ то мѣсто, которое желательно выслушать, и потомъ ужъ приложить ухо по пальцу; безъ соблюденія этой предосторожности начинающіе часто впадаютъ въ крупную ошибку, выслушивая напр., вмѣсто спины—поясницу или вмѣсто задне-боковой поверхности груди—позвоночникъ.

Выслушивать непосредственно ухомъ переднюю поверхность груди, особенно верхнихъ частей, неудобно, за недостаткомъ мѣста; для такихъ случаевъ можно бы пользоваться мягкимъ гуттаперчевымъ стетоскопомъ, которымъ гораздо удобнѣ слѣдить за движеніями ребенка и которымъ можно выслушивать, не производя большого давленія на кожу и не причиняя ни малѣйшей боли; но такой стетоскопъ требуетъ большаго навыка, такъ какъ онъ усиливаетъ дыхательные шумы и измѣняетъ характеръ ихъ.

Что касается до крика, то онъ является прелатствіемъ развѣ только для начинающихъ, а опытный врачъ считаетъ крикъ моментомъ благопріятствующимъ изслѣдованію и именно во 1-хъ, тѣмъ, что онъ даетъ возможность изслѣдовать голосовыя сотрясенія—столь важный симптомъ въ дѣлѣ отличія пнеймоніи отъ плеврита, и бронхофонію, значеніе которой для діагностики нисколько не меньше, чѣмъ бронхиальнаго дыханія, а во 2-хъ, при крикѣ больной обязательно дѣлаетъ глубокіе вздохи и потому можно лучше, чѣмъ при покойномъ дыханіи, слышать характеръ вдыхательнаго шума и хриповъ, особенно мелкихъ и крепитирующихъ.

При выслушиваніи кричащаго ребенка не мѣшаетъ, по совѣту Ziem-

ssen'a, затыкать свободное ухо пальцемъ, чтобы лучше сконцентрировать вниманіе на звуковыхъ явленіяхъ, исходящихъ изъ грудной кѣтки къ выслушивающему уху.

Начинающіе должны помнитъ еще и то, что везикулярный дыхательный шумъ въ нормальномъ состояніи у дѣтей съ 2-хъ-лѣтняго возраста бываетъ выраженъ очень рѣзко (почему онъ получилъ даже особое названіе—пуэрильное дыханіе) и можетъ быть принятъ за бронхиальный. У дѣтей на 1-мъ году жизни дыхательный шумъ подѣ влияніемъ слабой дѣятельности мышцъ кажется ослабленнымъ.

При *осмотрѣ грудной кѣтки* обращаемъ вниманіе на число и характеръ дыхательныхъ движеній, на мѣсто сердечнаго толчка, на форму груди и на состояніе кожи.

*Дыханіе у новорожденныхъ* и у грудныхъ дѣтей отличается абдоминальнымъ характеромъ и только къ 4-мъ годамъ оно дѣлается постепенно болѣе груднымъ. У дѣтей первыхъ мѣсяцевъ жизни дыханіе въ нормальномъ состояніи при полномъ покоѣ, во время сна напр., бываетъ не совсѣмъ правильнымъ, такъ какъ мелкія дыхательныя движенія смѣняются болѣе глубокими въ перемежку съ паузами; подобнаго рода неправильности могутъ считаться патологическимъ явленіемъ лишь у дѣтей послѣ 2-го года жизни и имѣютъ особое значеніе для діагностики мозговыхъ болѣзней, хотя встрѣчаются также при болѣзненномъ дыханіи напр., при ревматизмѣ грудныхъ мышцъ и при плевритѣ.

Къ нормальнымъ же явленіямъ у маленькихъ дѣтей относятся и втягиваніе мѣсть прикрѣпленія діафрагмы на передней и боковыхъ поверхностяхъ груди (перипнеймоническая бороздка Troussseau), слегка замѣтное и при покойномъ дыханіи, но особенно рѣзко выступающее во время крика. У ребенка въ возрастѣ болѣе 4-хъ мѣсяцевъ втягиваніе это не должно быть замѣтно при покойномъ дыханіи; въ противномъ случаѣ мы имѣемъ право предполагать одно изъ двухъ: или у него затрудненъ доступъ воздуха въ легкія, или ребра его ненормально уступчивы т. е. мягки. Если препятствіе для дыханія находится въ гортани или въ трахеѣ, то при этомъ будетъ стеногическій дыхательный шумъ и втягиваніе надключичныхъ и яремной ямокъ, если-же оно лежитъ въ бронхахъ, то дыханіе обязательно значительно учащается, и ребенокъ сильно кашляетъ; если-же нѣтъ ни кашля, ни признаковъ стеноза гортани, то остается допустить мягкость реберъ, въ зависимости отъ рахитизма.

Къ числу явленій, не имѣющихъ особаго значенія, Politzer относитъ между прочимъ *привычное, продолжающееся съ момента рожденія громкое, блѣющее выдыханіе*, наблюдаемое иногда у новорожденныхъ

въ первые дни жизни. Симптомъ этотъ, зависящій отъ неправильной иннерваціи и со временемъ исчезающій безъ всякихъ послѣдствій, состоитъ въ томъ, что при свободномъ, едва слышномъ, короткомъ и вообще нормальномъ дыханіи, выдыханіе совершается не сразу, а въ 5—7 пріемовъ и сопровождается громкимъ звукомъ, въ родѣ бляенія козы. Въ большинствѣ случаевъ такое дыханіе, появившись тотчасъ послѣ родовъ, продолжается до 8-го мѣсяца или даже до конца года. Разъ появившись, оно не прерывается ни днемъ, ни ночью, независимо отъ того, спитъ ли ребенокъ или бодрствуетъ. Значеніе этого симптома состоитъ только въ томъ, чтобъ врачъ, зная его, могъ-бы успокоить родителей и не принималъ бы ненужныхъ терапевтическихъ мѣръ.

Счетъ дыхательныхъ движеній производится или просто глазомъ, или рукой, помѣщенной на подложечную область. Нормальное число дыханій у маленькихъ дѣтей опредѣлить съ точностью нельзя, такъ какъ оно подвержено большимъ колебаніямъ даже и въ совершенно покойномъ состояніи, чѣмъ и объясняются разнорѣчивыя показанія авторовъ; такъ напр., за среднее число дыханій у новорожденного Vogel принимаетъ 26.4, а Quetelet—44. Въ вертикальномъ положеніи новорожденный дышетъ на  $\frac{1}{3}$  чаце; такъ же вліяетъ и бодрствованіе (46—58 разъ въ минуту). Среднее число дыханій на 2-мъ году принимается въ 28; на 3—4-мъ году 25, отъ 6 до 10 лѣтъ—20—28. Подъ вліяніемъ лихорадочнаго состоянія и усиленныхъ движеній частота дыханія во всѣхъ возрастахъ значительно увеличивается (на 1—2-мъ годахъ жизни при температурѣ въ 40—40,5 нѣрѣдко можно насчитать отъ 50 до 70 дыханій въ минуту), а потому учащеніе дыханія само по себѣ еще не доказываетъ существованія легочной болѣзни; оно пріобрѣтаетъ это значеніе лишь въ томъ случаѣ, если ребенокъ представляетъ при этомъ еще и другіе признаки одышки, каковы напр., раздуваніе ноздрей, втягиваніе мѣстъ прикрѣпленія діафрагмы, оханье или кряхтѣніе при каждомъ выдохѣ; обращаютъ также вниманіе на отношеніе числа дыханій къ пульсу: если первое относится ко второму, какъ 1:3,5—4,5, то это нормальное отношеніе указываетъ на то, что причина учащеннаго дыханія не лежитъ въ пораженіи легкихъ, такъ какъ тогда отношеніе дѣлается, какъ 1:2,5—2.

Замедленіе дыханія указываетъ на серьезное разстройство иннерваціи дыханія и наблюдается при мозговыхъ болѣзняхъ, ведущихъ къ сдавленію мозга, при уреміи (въ одномъ случаѣ у дѣвочки лѣтъ 8 послѣ уреміческихъ судорогъ я наблюдалъ вмѣстѣ съ д-ромъ Гурвичемъ упадокъ дыханія до 4 вздоховъ въ минуту, и больная эта всетаки выздоровѣла) и холерѣ.

Для острой головной водянки считаются характерными глубокіе вздохи, послѣ которыхъ слѣдуютъ продолжительныя паузы; такіе вздохи сначала появляются изрѣдка, а позднѣе, въ періодѣ сна, ихъ можно наблюдать ежеминутно и именно въ формѣ Cheyne-Stockes'скаго дыханія, состоящаго въ томъ, что едва замѣтное дыханіе съ каждымъ вздохомъ дѣлается все глубже и глубже, доходитъ до аспе и потомъ опять постепенно или вдругъ ослабѣваетъ до полной остановки секундъ на 10 или на 30. Cheyne-Stockes'скій типъ дыханія указываетъ на истощеніе дыхательнаго центра и въ большинствѣ случаевъ является предвѣстникомъ близкой смерти.

Что его нельзя считать все таки безусловно смертельнымъ симптомомъ, это доказываютъ между прочимъ два случая съ благополучнымъ исходомъ, описанные мной во Врачеб. Вѣстникѣ за 1874 г. Оба ребенка были въ возрастѣ около года, у одного былъ коклюшъ, осложненный пневмоніей, у другого—отравленіе опиумъ. Слабо выраженное Ch.-St.'ское дыханіе у новорожденныхъ и у очень маленькихъ дѣтей часто наблюдается во время сна.

Полное отсутствіе дыхательныхъ движеній у ребенка, только что родившагося, составляетъ главный симптомъ *мнимой смерти* или *асфиксии новорожденныхъ*. Диагностическій интересъ представляетъ только опредѣленіе степени асфиксии, такъ какъ отъ рѣшенія этого вопроса зависить и предсказаніе (всегда благопріятное въ первой степени и опасное во второй) и лѣченіе.

Легкая степень асфиксии характеризуется сохраненіемъ рефлексовъ и мышечнаго тонуса, вторая—исчезаніемъ рефлексовъ и полнымъ разслабленіемъ мышцъ; въ первомъ случаѣ пульсъ сравнительно замедленъ, но полонъ, покровы ціанотичны, лицо одутловато; во второмъ пульсъ очень частъ и едва ощутимъ, а покровы блѣдны. Очень простой и практичный способъ опредѣленія степени асфиксии предлагаетъ Runge: при всякой асфиксии у новорожденнаго ребенка врачъ прежде всего долженъ позаботиться объ очищеніи рта и зѣва отъ скопившейся тамъ слизи и аспирированнаго меконія, для этого онъ вводитъ въ зѣвъ палецъ, и если на это раздраженіе ребенокъ отвѣчаетъ какимъ-нибудь рефлексомъ (глотательнымъ или тошнотнымъ движеніемъ), то, значитъ, имѣется дѣло съ первой степенью асфиксии, въ противномъ же случаѣ—со второй.

У дѣтей старшаго возраста, происходящихъ отъ нервныхъ родителей, замѣчается иногда совершенно своеобразное дыханіе, на которое обратилъ вниманіе Politzer, (Jahrb. f. Kinderh. XXI 1884, s. 5) считающій такое дыханіе за вѣрный признакъ *Chorea majoris*. Оно ха-



рактируется *чрезвычайно удлинненнымъ* (въ 10—15 разъ противъ нормы) *звучнымъ* иногда даже какъ бы *рычащимъ выдыханіемъ при нормальномъ выдыханіи и при полномъ отсутствіи одышки*. Симптомъ этотъ совершенно достаточенъ для діагностики большой пляски, если только онъ типически повторяется т. е., всякій день въ извѣстное время или въ теченіе цѣлаго дня, но черезъ опредѣленные промежутки напр., каждая 7—10 секундъ; въ послѣднемъ случаѣ каждый разъ бываетъ только по одному рычащему выдыханію. Къ характеристикамъ этого страданія Р. относятъ излѣчивость его большими приемами хинина ( $\frac{1}{2}$ —1—1 $\frac{1}{2}$  грм. pro die), а также и то, что безъ хиннаго лѣченія симптомъ этотъ можетъ продолжаться въ одиночномъ своемъ видѣ въ теченіе недѣль и даже мѣсяцевъ, но въ концѣ концовъ къ нему присоединяются и другія разстройства въ двигательной и психической сферахъ.

*Рѣзко выраженное грудное дыханіе съ постоянно стонущимъ выдыханіемъ*, но безъ стенотического выдыхательнаго шума и при слабой дѣятельности діафрагмы (значитъ безъ втягиванія нижней периферіи грудной кѣтки) указываетъ по Politzer'у на начинающійся упадокъ дѣятельности сердца и зависитъ отъ недостаточнаго притока крови къ капиллярамъ легочныхъ пузырьковъ. Діагностическое и прогностическое значеніе этого симптома ясно изъ того, что онъ является обыкновенно ранѣе другихъ симптомовъ паралича сердца, каковы: ціанозъ, нитевидный пульсъ и похолоданіе конечностей.

Относительно *аномалій формы грудной кѣтки* замѣтимъ, что уплощеніе груди съ обѣихъ сторонъ при выпяченной груди на плч, такъ называемая, курпная грудь (увеличеніе передне-задняго діаметра насчетъ поперечнаго) несправедливо считается нѣкоторыми за симптомъ несомнѣннаго рахитизма, такъ какъ такая форма груди можетъ произойти и безъ рахитизма, именно въ случаѣ хронически затрудненнаго доступа воздуха къ легкимъ съ раннихъ лѣтъ, какъ это бываетъ напр., при значительной гипертрофіи миндалевидныхъ железъ.

*Одностороннее уплощеніе грудной кѣтки* встрѣчается при рѣзко выраженномъ боковомъ искривленіи позвоночника вслѣдствіе рахитизма или поздняго всасыванія обильнаго плевритическаго экссудата. — Наоборотъ, въ свѣжихъ случаяхъ послѣдняго замѣчается *одностороннее увеличеніе грудной кѣтки* съ сглаживаніемъ межреберныхъ промежутковъ. Такъ какъ симптомъ этотъ никогда не встрѣчается при пнеймоніи, хотя бы и очень распространенной, то онъ можетъ имѣть при случаѣ рѣшающее значеніе для дифференціальной діагностики. Ограниченное выпячиваніе области сердца наблюдается у дѣтей при гипертрофіи сердца и при экссудативномъ перикардитѣ.

Со стороны мягкихъ частей груди заслуживаютъ вниманія нарывы, могущіе имѣть различное происхожденіе. У поворожденныхъ дѣтей самой частой причиною ихъ является *mastitis neonatorum* вслѣдствіе застоя молока въ грудныхъ железахъ, функционирующихъ въ первые дни и недѣли жизни одинаково, какъ у мальчиковъ, такъ и у дѣвочекъ. У дѣтей старшаго возраста встрѣчаются иногда *холодные нарывы*, покрытые нормальной кожей и неболѣзненные при давленіи, и требующіе совершенно разнаго лѣченія въ зависимости отъ того, происходятъ-ли они отъ востойды реберъ или позвоночника, или отъ эмпиэмы, готовой къ самопроизвольному вскрытію. Діагностика ихъ не трудна на основаніи сопутствующихъ симптомовъ.

О значеніи размѣровъ грудной кѣтки для оцѣнки общаго развитія организма было говорено выше.

Способы *изслѣдованія сердца* въ дѣтскомъ возрастѣ тоже не представляютъ какихъ-либо особенностей, но при оцѣнкѣ результатовъ надо имѣть въ виду нѣкоторыя физиологическія отклоненія отъ нормы, установленной для взрослыхъ. Такъ напр., относительно *сердечнаго толчка* замѣтимъ, что онъ лежитъ у дѣтей далѣе внаружи, чѣмъ у взрослыхъ и тѣмъ больше, чѣмъ моложе ребенокъ, такъ что у дѣтей до 4-хъ лѣтъ онъ заходитъ за l. mamillaris; отъ 4 до 7 лѣтъ онъ всего чаще лежитъ на l. mamil. и отъ 7 до 12 л. вкнутри отъ нея (Starck). Чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ далѣе заходитъ толчекъ верхушки за сосковую линію; по Starck'у у дѣтей до 3-хъ лѣтъ на 1½—2 снт.; позднѣе, не болѣе, какъ на 1 снт., а потому, если у маленькаго ребенка толчокъ верхушки заходитъ за l. mamil. болѣе, чѣмъ на 2 снт., а у старшихъ болѣе, чѣмъ на 1 снт., то можно предпологать патологическое смѣщеніе толчка вслѣдствіе гипертрофіи сердца или оттѣсненія его, что должно выяснять дальнѣйшее изслѣдованіе посредствомъ постукиванія и выслушиванія.

Съ возрастомъ толчокъ верхушки постепенно приближается къ средней линіи и въ тоже время нѣсколько опускается, такъ что у маленькихъ дѣтей онъ ощущается большею частью въ 4-мъ межреберномъ промежуткѣ, а позднѣе въ 5-мъ.

Если у маленькаго ребенка сердечный *толчокъ* всего яснѣе въ *подложечной области*, тоны сердца всего громче на груди, а абсолютная тупость сердца заходитъ за правый край грудины, то можно считать, что сердце сохранило еще свое зародышевое положеніе на средней линіи (конечно, если только оно не смѣщено лѣвостороннимъ плевритическимъ экссудатомъ). Если сердце оказывается у здороваго ребенка смѣщеннымъ еще далѣе вправо, и сердечный толчокъ оцущу-

вается около праваго края грудины, то надо обратить вниманіе, не перемѣщены-ли также печень и селезенка—*situs viscerum inversus*.

*Распространенный* и сильный *толчок* сердца при нормальныхъ границахъ сердечной тупости, при чистыхъ тонахъ и при отсутствіи лихорадки нерѣдко встрѣчается у дѣтей старшаго возраста и указываетъ на нервное сердцебіеніе (обычный спутникъ хлороза и вообще всякаго сильнаго малокровія). У маленькихъ дѣтей подобнаго рода сердцебіеніе можетъ зависѣть отъ врожденныхъ пороковъ сердца, изъ которыхъ не всѣ сопровождаются шумомъ. Діагностика порока сердца дѣлается еще болѣе вѣроятной, если ребенокъ подъ вліяніемъ незначительныхъ причинъ (небольшой кашель, крикъ) легко получаетъ ціанозъ.

Что касается до результатовъ *постукиванія сердца*, то въ этомъ отношеніи разница сравнительно съ взрослыми состоитъ въ томъ, что *относительная сердечная тупость* у дѣтей замѣчается на бѣльшемъ пространствѣ; она тѣмъ выше подымается и тѣмъ дальше заходитъ за правый край грудины, чѣмъ моложе ребенокъ.

У годовалаго верхняя граница сердечной тупости по Starck'у начинается съ хряща 2-го ребра, у ребенка 6 ти лѣтъ со 2-го межребернаго промежутка и у 12-ти-лѣтнаго съ 3-го ребра. Правая граница относительной сердечной тупости доходить у годовалаго на уровнѣ соска до 1. parasternalis, у 6-ти-лѣтнаго нѣсколько не доходить до нея и у 12-ти-лѣтнаго въ срединѣ между 1. parasternalis и правымъ краемъ грудины. Лѣвый край сердечной тупости во всѣхъ возрастахъ нѣсколько заходитъ за толчокъ верхушки. *Абсолютная тупость* на 1-мъ году жизни начинается отъ нижняго края 3-го ребра, на 6-мъ отъ верхняго края 4-го ребра и на 12-мъ отъ нижняго его края. Правая граница абсолютной тупости во всѣхъ возрастахъ доходить только до лѣваго края грудины, а лѣвая нѣсколько не доходить до 1. mamillaris.

Распространенный тупой звукъ сердца при усиленномъ толчкѣ указываетъ на *гипертрофію сердца*, а если сердечный толчокъ ослабленъ, то на *расширеніе сердца* (слабый пульсъ) или на скопленіе жидкости въ полости околосердечной сорочки т. е., на *hydropericardium* (anasarca, водянка живота), или на *pericarditis* (шумъ тренія перикардія, нѣкоторая болѣзненность при давленіи на область сердца). Гипертрофія сердца *при чистыхъ тонахъ* даетъ право подозрѣвать у больного существованіе остраго или хроническаго нефрита (изслѣдованіе мочи). Если при гипертрофіи сердца замѣчается еще и жесткость доступныхъ осязанію артерій, напр., плечевыхъ, то существованіе, рѣдкой у дѣтей формы, хроническаго интерстиціального нефрита очень вѣроятно.

*Выслушивание сердца* у маленькихъ дѣтей значительно затрудняется малой величиной его и очень частыми сокращеніями; вслѣдствіе этихъ двухъ причинъ не всегда легко опредѣлить мѣсто происхожденія шума и время его.

Имѣя дѣло съ шумомъ въ области сердца, надо рѣшить прежде всего, происходитъ ли онъ въ самомъ сердцѣ или въ перикардіи; въ первомъ случаѣ: зависитъ ли онъ отъ органической болѣзни сердца т. е. порока клапановъ, или это шумъ, такъ называемый, функциональный или малокровный.

*Перикардіальный шумъ* въ большинствѣ случаевъ легко узнается уже по своему характеру, напоминающему не то царапаніе, не то хрустѣніе (въ отличіе отъ дующаго сердечнаго шума); далѣе можно руководствоваться тѣмъ, что шумъ тренія перикардія во многихъ случаяхъ усиливается при надавливаніи стетоскопомъ или при переходѣ изъ лежачаго положенія въ сидячее, и еще тѣмъ, что шумъ этотъ *слышится только на ограниченномъ пространствѣ* и не проводится въ сосуды шеи. Всего чаще шумъ тренія перикардія появляется у основанія сердца, напр., на груди нѣ въ области 3-го ребра. По времени онъ не совпадаетъ ни съ систолой, ни съ діастолой.

*Малокровные шумы* отличаются отъ органическихъ, главнымъ образомъ, тѣмъ, что при нихъ нѣтъ никакихъ другихъ признаковъ пораженія сердца, т. е. тупой звукъ остается въ нормальныхъ границахъ и 2-й тонъ легочной артеріи не усиленнымъ; они всегда совпадаютъ съ первымъ временемъ (никогда съ діастолой сердца) и всего чаще слышатся при основаніи сердца, въ области легочной артеріи (въ аортѣ почти никогда) т. е. слѣва отъ грудины во 2-мъ промежуткѣ и на самой груди нѣ; характерно далѣе и то, что подобные шумы встрѣчаются только у малокровныхъ и истощенныхъ субъектовъ и сопровождаются обыкновенно шумомъ въ шейныхъ венахъ. Анемичные сердечные шумы едва-ли когда-нибудь встрѣчаются у дѣтей до 5-ти лѣтнаго возраста. Съ улучшеніемъ малокровія шумъ ослабѣваетъ.

За органической шумъ въ сердцѣ можетъ быть принять иной разъ рѣзко выраженный венозный шумъ, который въ легкихъ случаяхъ слышится только на шеѣ, около задняго края *m. st. cl. mast.* вблизи мѣста прирѣпленія его къ ключицѣ, но иногда и *ниже ключицы до 2-го и даже до 3-го ребра*, съ обѣихъ сторонъ и тогда можетъ быть принять за сердечный шумъ. Ошибка въ этомъ отношеніи тѣмъ возможнаѣе, что венозный шумъ усиливается подъ вліяніемъ всѣхъ условій, уско-ряющихъ токъ крови въ шейныхъ венахъ, а стало быть, и во время діастолы и потому онъ можетъ симулировать діастолическій шумъ аорты

или легочной артеріи и дать поводъ діагносцировать несуществующую недостаточность тѣхъ или другихъ полулунныхъ клапановъ.

Венозные шумы какъ на шеѣ, такъ и ниже ключицъ, встрѣчаются какъ у маленькихъ дѣтей, лѣтъ до двухъ, такъ и у болѣе взрослыхъ. Отъ сердечныхъ шумовъ они отличаются во 1-хъ, своимъ постояннымъ характеромъ (венозный шумъ рѣдко бываетъ перемежающимся; если во время діастолы онъ и усиливается, то все же не совсѣмъ исчезаетъ и при систолѣ); во 2-хъ, интензивность ихъ значительно измѣняется въ зависимости отъ поворота головы: шумъ усиливается при поворотѣ лица въ сторону противоположную той, на которой производится выслушивание, и ослабѣваетъ или даже совсѣмъ исчезаетъ при иномъ положеніи головы. Легкое надавливаніе на вену стетоскопомъ или пальцемъ усиливаетъ шумъ, но полное сдавленіе ея уничтожаетъ его.

Если венозный шумъ слышится только на шеѣ и тѣмъ болѣе еще, если только при поворотѣ лица въ сторону, то онъ не имѣетъ діагностическаго значенія, но если онъ легко констатируется и ниже ключицъ или на грудно-ключичномъ сочлененіи, то всегда указываетъ на анемію.

Значеніе органическихъ шумовъ у дѣтей то же, что и у взрослыхъ, и потому при диагностикѣ болѣзней сердца обращается вниманіе на мѣсто происхожденія шума (гдѣ онъ всего сильнѣе слышенъ) и на признаки гипертрофіи сердца, но при изслѣдованіи надо имѣть въ виду, что у маленькихъ дѣтей чаще, чѣмъ у взрослыхъ, встрѣчаются врожденные пороки сердца, діагностика которыхъ помимо вышеприведенныхъ условій (частота пульса, малые размѣры сердца) затрудняется еще тѣмъ, что они сравнительно рѣдко бываютъ чистыми, чаще же комбинируемыми т. е., страданіе одного клапана ведетъ къ разстройству другого, напр., врожденное суженіе легочной артеріи непрѣнно комбинируется съ открытіемъ Боталлова протока, суженіе tricuspidalis—съ открытіемъ овальнаго отверстія и т. п., вслѣдствіе чего шумы могутъ происходить въ нѣсколькихъ мѣстахъ. Какъ на особенность врожденныхъ пороковъ сердца можно указать между прочимъ на то, что они по преимуществу касаются праваго сердца, и что такого рода больные очень наклонны къ ціанозу (сильно синѣютъ во время крика) и отличаются слабостью мышцъ и упадкомъ общаго питанія.

Къ порокамъ сердца, имѣющимъ спеціальное отношеніе къ дѣтскому возрасту по своему происхожденію (врожденность), относятся слѣдующіе:

1) Суженіе легочной артеріи; 2) открытіе Боталлова протока; 3) недостаточность полулунныхъ клапановъ легочной артеріи; 4) суженіе и 5) недостаточность трехстворчатого клапана; 6) недостатокъ развитія межжелудочковой перегородки и 7) открытіе овальнаго отверстія.

Если тотъ или другой изъ этихъ пороковъ существуетъ въ чистомъ видѣ, то можетъ быть узнавъ по слѣдующимъ признакамъ: *суженіе легочной артеріи*, какъ и *открытіе Боталлова протока*, выражается систолическимъ шумомъ въ области легочной артеріи (2-й промежутокъ слѣва) и гипертрофіей съ расширеніемъ праваго желудочка (увеличеніе сердечной тупости вправо, пульсація подъ ложечкой). Разница въ томъ, что при открытіи Боталлова протока легочная артерія переполняется кровью и потому 2-й тонъ ея значительно усиливается, между тѣмъ какъ при стенозѣ легочной артеріи 2-й тонъ никогда не бываетъ усиленъ, но за то ціанозъ въ послѣднемъ случаѣ бываетъ гораздо рѣзче выраженъ, чѣмъ при открытіи Боталлова протока.

При *недостаточности клапановъ легоч. артеріи* тоже будетъ и ціанозъ, и гипертрофія съ расширеніемъ праваго желудочка, и шумъ во 2-мъ межреберьи слѣва, но только не съ 1-мъ временемъ, а со вторымъ, т. е. діастолическій. Общимъ признакомъ съ открытіемъ Ботал. прот. будетъ пульсація легочной артер. во 2-мъ промежутокѣ слѣва.

Общими признаками *суженія и недостаточности трехстворчатого клапана* будутъ: увеличеніе сердечной тупости вправо вслѣдствіе гипертрофіи и дилатаціи праваго сердца (особенно предсердія), сильный венозный застой, выражающійся ціанозомъ, водянкой и венознымъ пульсомъ, запустѣніе легочной артеріи, и потому 2-й тонъ ея не усиливается. Это тѣже симптомы, что встрѣчаются и при суженіи легочной артеріи, но разница въ мѣстѣ наисильнѣйшаго шума: при порокахъ трехстворчатого клапана близъ праваго края грудины въ области 4-го или 5-го межреберья; при стенозѣ онъ систолическій, при недостаточности діастолическій.

При *дефектахъ въ межжелудочковой перегородкѣ* кровь во время систолы переходитъ отчасти изъ лѣваго желудочка въ правый, который вслѣдствіе этого гипертрофируется; отъ повышеннаго давленія въ легочной артеріи 2-й тонъ ея усиливается; при верхушкѣ сердца слышится систолическій шумъ. Это тѣже признаки, что встрѣчаются и при недостаточности двухстворчатого клапана, такъ что точная діагностика рѣдко возможна.

*Открытіе овальнаго отверстія* во многихъ случаяхъ не проявляется никакими объективными симптомами. Если, какъ это бываетъ нерѣдко, невозможно разобрать, въ какомъ именно мѣстѣ происходитъ шумъ и съ какимъ временемъ онъ совпадаетъ, при этомъ ясно выраженная гипертрофія сердца и ціанозъ или наклонность къ нему, то діагностика не идетъ далѣе констатированія врожденнаго порока сердца.

*Частота пульса* у дѣтей подвержена еще большимъ колебаніямъ,

чѣмъ дыханіе; крикъ и беспокойство ребенка настолько учащаютъ пульсъ, что счисленіе его въ это время не можетъ дать годнаго результата; у маленькихъ дѣтей нѣкоторое значеніе имѣеть только счисленіе пульса во время сна. Счетъ пульса производится пальцемъ, слегка надавливая имъ на лучевую артерію; при лихорадочномъ состояніи и вообще при всякомъ значительномъ учащеніи пульса, напр., до 160 и больше, чтобы не сбѣться со счета, слѣдуетъ считать два удара за одинъ; при такомъ способѣ можно правильно сосчитать даже и 200 ударовъ въ минуту, между тѣмъ какъ при обыкновенномъ способѣ счисленія, языкъ не успѣваетъ даже и за 160-ю ударамп. При изслѣдованіи пульса обращаютъ вниманіе главнымъ образомъ на частоту и ритмъ пульса и на полноту его.

За норму частоты пульса принимаютъ въ 1-ю половину года отъ 120 до 140, во вторую отъ 100 до 130, на 2-мъ году 90—120; отъ 3—5 лѣтъ 72—110; отъ 6—10 лѣтъ 70—100. При крикѣ и лихорадкѣ пульсъ учащается на 20—50 ударовъ.

*Замедленный и неправильный пульсъ* всего чаще встрѣчается при мозговыхъ болѣзняхъ, протекающихъ съ припадками сдавленія мозга, но также при всякаго родѣ желтухѣ (у дѣтей старшаго возраста) при гастритахъ, въ періодѣ выздоровленія послѣ острыхъ лихорадочныхъ болѣзней, подъ влияніемъ нѣкоторыхъ лѣкарствъ (*digitalis*, опиѣ), а у нѣкоторыхъ дѣтей даже и въ нормальномъ состояніи. Чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ слабѣе функционируютъ задерживающіе нервныя аппараты вообще и въ частности *vagus* и потому тѣмъ рѣже встрѣчается замедленный пульсъ; у дѣтей на 1-мъ и даже на 2-мъ году жизни рѣдко можно констатировать характерный мозговой пульсъ даже и при острой головной водянкѣ; въ этомъ возрастѣ ужъ и относительное замедленіе напр., 112 ударовъ при температурѣ въ 38 можетъ имѣть значеніе для діагностики мозгового страданія, тогда какъ у дѣтей старшаго возраста пульсъ въ такихъ случаяхъ падаетъ до 70 и даже до 60 ударовъ въ минуту.

Въ большой зависимости отъ состоянія органовъ дыханія и кровообращенія находится между прочимъ *крикъ* и потому можно здѣсь же сказать нѣсколько словъ по поводу этого симптома, столь часто встрѣчающагося у маленькихъ дѣтей,

*Громкій крикъ при рожденіи* принадлежитъ къ числу нормальныхъ и весьма желанныхъ явленій; онъ свидѣтельствуетъ о глубокомъ первомъ вздохѣ; наоборотъ, пискливый, слабый крикъ при рожденіи указываетъ либо на общую слабость ребенка (недоносокъ), либо онъ стоитъ въ зависимости съ ненормальнымъ ходомъ родового акта и съ

внутриутробной асфиксией ребенка и заставляет предполагать у новорожденного легочные ателектазы или врожденные пороки сердца, (въ тѣсной связи съ ателектазами стоитъ напр., открытіе Боталлова протока).

*Продолжительный громкій крикъ* указываетъ на какую-нибудь острую боль у ребенка.

Выяснить причину крика удается обыкновенно дальнѣйшимъ изслѣдованіемъ больного. Отъ чего бы ни зависѣлъ крикъ, прежде всего надо распеленать ребенка и осмотрѣть не только все тѣло его, но и пеленки и кровать. Причиной постоянного безпокойства и непокойнаго сна можетъ оказаться кабая-нибудь иголка, нечаянно попавшая въ тыфячекъ или присутствіе въ кровати клоповъ или блохъ.

При опредѣленіи причинъ крика надо имѣть въ виду, что не всякая сильная боль сопровождается у ребенка громкимъ крикомъ. Если боль усиливается подъ вліяніемъ застоя венозной крови или при дѣйствіи брюшнаго пресса или при глубокомъ вздохѣ, то при такого рода боли ребенокъ избѣгаетъ сильнаго крика, онъ будетъ стонать, жалобно хныкать или пищать, но не кричать изо всей силы. На этомъ основаніи можно руководствоваться крикомъ для исключенія головной боли отъ менингита, боли въ груди при плевропнеймоніи и въ животѣ отъ перитонита. Напротивъ того, наисильнѣйшимъ крикомъ сопровождаются у дѣтей 1) острые нарывы въ подкожной клетчаткѣ (у новорожденныхъ специальнаго упоминанія заслуживаетъ воспаленіе грудныхъ железъ) 2) острые пораженія костей и сочлененій (переломъ, синовитъ; патогномично для этихъ страданій моментальное появленіе сильнѣйшаго крика при малѣйшемъ пассивномъ движеніи пораженной конечности) 3) колики при диспепсiи, 4) затрудненное мочеиспусканіе, 5) воспаленіе наружнаго или средняго уха и 6) голодь.

Первая и вторая категорія причинъ крика опредѣляются или исключаются на основаніи результатовъ общаго осмотра всего тѣла.

*Крикъ отъ диспептической колики* характеризуется тѣмъ, что является нѣсколько разъ въ день, особенно ночью, въ видѣ сильныхъ приступовъ, которые быстро начинаются, но сразу и оканчиваются; въ промежутки между крикомъ ребенокъ кажется совсѣмъ здоровымъ: онъ веселъ и не лихорадитъ. (Температура выше 38° исключаетъ простую диспепсiю) Ребенокъ часто испускаетъ вѣтры и нерѣдко онъ моментально успокаивается послѣ выхода газовъ; испраженія его представляютъ признаки диспепсiи (зеленоватый цвѣтъ и примѣсь бѣлыхъ комковъ). При изслѣдованіи живота онъ оказывается болѣе или менѣе вздутымъ. Особенно характерно для крика отъ коликъ то, что



онъ немедленно прекращается послѣ испражненія, а потому съ діагностической цѣлью можно съ большимъ успѣхомъ прибѣгнуть къ клистиру.

Невѣроятно, что ребенокъ кричитъ отъ коликъ, если испражненія его нормальнаго цвѣта и консистенціи, если животъ не вздутъ и мягковъ и если есть лихорадочное состояніе. Діагностика коликъ часто ставится на томъ основаніи, что ребенокъ во время крика, будучи распеленутъ, „сучитъ ножками“ т. е., то притягиваетъ бедра къ животу, то отталкиваетъ ихъ и при этомъ третъ одной голенью о другую. Признакъ этотъ особеннаго значенія не имѣетъ, такъ какъ встрѣчается при всякомъ сильномъ крикѣ. Крикъ отъ коликъ всего чаще встрѣчается у дѣтей до 3-хъ мѣсяцевъ отъ роду.

*Крикъ*, зависящій отъ *болѣзненнаго мочеиспусканія*, характеризуется тѣмъ, что ребенокъ кричитъ передъ мочеиспусканіемъ и успокаивается послѣ выхода мочи.

Для дѣтей первыхъ недѣль жизни въ числѣ причинъ надо имѣть въ виду *почечный песокъ* (остатки песка на ргаерітium или на пеленкахъ), и высокую степень *фимоза*; чтобъ убѣдиться въ томъ, что крикъ зависитъ отъ спазма мочевого пузыря, нужно только послѣдить за пеленками: если окажется, что каждый разъ онѣ дѣлаются мокрыми съ окончаніемъ крика, то спазмъ пузыря, какъ причина крика, становится очень вѣроятнымъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда можно исключить диспепсію. По Politzer'у (Jahrb. f. Kinderh 1884 s. 30) распознаваніе подтверждается назначеніемъ ликоподія въ формѣ эмульсіи, быстро устраняющей простой спазмъ пузыря. Онъ приводитъ случай спазма у 2-хъ лѣтней дѣвочки, которая въ теченіи 4 недѣль каждую ночь кричала по 8—10 разъ и успокоилась послѣ первыхъ приѣмовъ ликоподія.

Если *крикъ* зависитъ отъ *воспаленія уха*, то онъ усиливается отъ давленія на tragus или при оттягиваніи ушной раковины назадъ, а также при сотрясеніяхъ тѣла и быстрыхъ движеніяхъ головы, при глотаніи и сосаніи; Tröltsch считаетъ поэтому очень характернымъ для крика отъ воспаленія ушей то, что онъ появляется, между прочимъ, всякій разъ, какъ только ребенокъ начинаетъ сосать грудь или рожокъ. Если врачъ подозрѣваетъ причину крика въ страданіи ушей, то блистательную поддержку своимъ подозрѣніямъ онъ можетъ найти въ терапіи: нерѣдко случается, что такой крикъ, продолжавшійся съ малыми антрактами цѣлый день, немедленно прекращается вслѣдъ за вливаніемъ въ оба слуховыхъ прохода нѣсколькихъ капель подогрѣтаго масла или раствора кокаина.

Если боль въ ушахъ вызывается чирьеобразнымъ воспаленіемъ наружнаго слухового прохода, то діагностика легка ужъ при простомъ осмотрѣ ушей.

Боль, зависящая отъ otitis externa или media, обыкновенно сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ.

*Крикъ отъ голода* узнать не трудно, но, не смотря на то, очень часто онъ остается неузнаннымъ въ теченіе многихъ дней и даже недѣль, что зависитъ отъ того, что врачъ не имѣетъ его въ виду. Чтобы узнать крикъ отъ голода, надо принять за правило осматривать грудь кормящей всегда, когда приходится имѣть дѣло съ кричащимъ ребенкомъ. Для избѣжанія возможной ошибки слѣдуетъ изслѣдовать количество молока непосредственно послѣ того, какъ ребенокъ пососалъ грудь; если при этомъ молоко будетъ выдавливаться только по каплямъ, то молока въ грудяхъ мало и наоборотъ, если послѣ сосанія удастся безъ труда выдавливать молоко изъ грудей нѣсколькими струйками, то можно сказать смѣло, что ребенокъ кричитъ не отъ голода (предполагая, конечно, что ребенокъ можетъ хорошо сосать грудь, и что кормилица, недовольная мѣстомъ, не моритъ его голодомъ умышленно.) Если есть подъ руками вѣсы, то діагностика значительно облегчается, такъ какъ во 1-хъ, можно прямо опредѣлить, сколько именно высасываетъ ребенокъ молока \*) и во 2-хъ, посредствомъ ежедневнаго взвѣшиванія можно констатировать быструю убыль вѣса ребенка. Если для объясненія убыли вѣса нѣтъ ни лихорадочнаго состоянія, ни другой какой-либо болѣзни напр., поноса, то одно ужъ это обстоятельство способно говорить въ пользу голоданія.

Голодающія дѣти рѣдко мочатся и страдаютъ обыкновенно запоромъ, хотя диспепсія нисколько не исключаетъ голоданія, такъ какъ малое количество молока въ грудяхъ обыкновенно совпадаетъ съ его дурнымъ качествомъ.

Если есть подозрѣніе на то, что ребенокъ кричитъ отъ голода, то окончателно убѣдиться въ этомъ очень легко, для этого нужно только покормить ребенка коровьимъ молокомъ, послѣ чего онъ успокаивается и на нѣсколько часовъ засыпаетъ крѣпкимъ сномъ, какимъ онъ давно ужъ не спалъ.

Итакъ, имѣя дѣло съ кричащимъ ребенкомъ, надо его распеленать и осмотрѣть все тѣло и пощупать уши, справиться объ испражненіяхъ и мочепусканіи, изслѣдовать количество молока и, сообразно полу-

\*) Въ первые мѣсяцы жизни онъ долженъ высасывать каждый разъ около  $\frac{1}{100}$  вѣса своего тѣла.

ченными данными, примѣнить для окончательнаго распознаванія то или другое терапевтическое средство.

Продолжительный, сильный крикъ, правильно повторяющійся въ извѣстные часы, по всей вѣроятности, зависитъ отъ типической нейралгіи малярійнаго происхожденія; распознаваніе подтверждается блистательнымъ дѣйствіемъ хинина, даннаго за 4—6 часовъ до начала ожидаемаго крика. Въ другихъ случаяхъ подобный періодическій крикъ, особенно послѣ полуночи, можетъ зависѣть отъ начинающейся meningitis spinalis вслѣдствіе костоѣды позвоночника.

Короткій, сильный крикъ или громкое монотонное вскрикиваніе, замѣчаемое у ребенка, находящагося въ сонливомъ состояніи, всего чаще встрѣчается при острой головной водянкѣ и при гидроцефалондѣ (см. соотв. главу) и потому такой крикъ называется clamor cephalicus.

Совершенно иное значеніе имѣетъ ночной крикъ, 2—3 минутной продолжительности у дѣтей 5—8 лѣтняго возраста, вообще совершенно здоровыхъ. Такой крикъ сопровождается испуганнымъ выраженіемъ лица и повторяется или каждую ночь, или черезъ нѣсколько ночей, но почти всегда въ первые часы сна; онъ характеризуетъ т. н. *ночной испугъ*. По Politzer'у характерно также для діагностики ночного испуга вѣрное и быстрое дѣйствіе хинина по 5—8 гр. за 2 часа до сна нѣсколько дней подъ рядъ.

Крикъ при испражненіи кала въ комбинаціи съ боязнью акта дефекаціи и упорнымъ запоромъ можетъ считаться потогномоничнымъ признакомъ для трещины задняго прохода. Въ одномъ изъ моихъ случаевъ, у дѣвочки 3-хъ лѣтъ, „боязнь горшка“ замѣчалась не передъ дефекаціей, а при каждомъ мочеиспусканіи, которое всякій разъ сопровождалось крикомъ. Причиной крика оказались поверхностныя ссадины на внутренней поверхности labii majoris.

Для діагностики можетъ имѣть значеніе также и тембръ голоса. Хриплый голосъ указываетъ на пораженіе гортани; въ острыхъ случаяхъ надо предполагать или катарръ или крупъ, а въ хроническихъ всего скорѣе сифилисъ. У дѣтей въ первыя недѣли жизни хриплый голосъ является обычнымъ слѣдствіемъ слишкомъ громкаго многодневнаго, почти непрерывнаго крика, который въ такой формѣ едва-ли когда встрѣчается при простыхъ коликахъ, но часто зависитъ отъ голода, отъ образованія гдѣ либо абсцесса (mastitis) или отъ страданія ушей.

Носовой оттънокъ голоса (гносавость) замѣчается во всѣхъ случаяхъ паралича небной занавѣски послѣ дифтерита и очень часто при заднемолочномъ нарывѣ, а также при раздвоеніи твердаго неба, при заложенномъ носѣ и иногда при гипертрофіи тонзиллъ.

Важное діагностическое значеніе *кашля* вытекаетъ изъ того, что онъ прямо указываетъ на пораженіе дыхательныхъ органовъ. Во многихъ случаяхъ по характеру кашля можно судить о мѣстѣ и о натурѣ болѣзни. Такъ напр., если *кашель* *появляется въ видѣ сильныхъ приступовъ, прерывающихся свистящимъ вдыханіемъ, и состоящихъ изъ цѣлаго ряда кашлевыхъ толчковъ, слѣдующихъ другъ за другомъ безъ передышки и кончающихся рвотой или изверженіемъ тягучей мокроты*, то мы безъ большого риска ошибиться, можемъ прямо сказать, что у больного коклюшъ (о возможности ошибки см. гл. о коклюшѣ.) Короткій, хриплый, такъ называемый, *лающий кашель*, указываетъ на ложный или настоящій крупъ.

Въ случаѣ бронхита мы судимъ по характеру кашля о періодѣ болѣзни, и если кашель сухой и частый, мѣшаетъ спать больному, то говоримъ о первомъ періодѣ бронхита, въ случаѣ же влажнаго кашля дѣлаемъ заключеніе о разрѣшеніи ватарра. Короткій, болѣзненный кашель, сопровождающійся искаженіемъ чертъ лица или охавьемъ, указываетъ на воспаленіе легкаго или плевры.

Изслѣдованіе мокроты въ дѣтскомъ возрастѣ имѣетъ сравнительно мало значенія, такъ какъ дѣти до 5 лѣтъ, а нерѣдко и постарше, обыкновенно проглатываютъ мокроту и потому трудно добыть ее; если ребенокъ, по словамъ родителей, каждый разъ послѣ кашля выдѣляетъ мокроту наружу, то это обстоятельство говоритъ въ пользу того, что у него коклюшъ.

Присутствіе крови въ мокротѣ у дѣтей встрѣчается крайне рѣдко, такъ какъ одна изъ самыхъ частыхъ причинъ кровохарканья у взрослыхъ, именно чахотка, протекаетъ у дѣтей обыкновенно безъ кровавой мокроты. У дѣтей старшаго возраста кровохарканье встрѣчается почти исключительно только при порокахъ сердца и гораздо рѣже при пурпурѣ. Небольшая примѣсь крови къ мокротѣ встрѣчается иногда послѣ приступовъ сильнаго кашля при бронхитѣ и въ особенности при коклюшѣ. Чаше замѣчается примѣсь крови не къ мокротѣ, а къ слюнкѣ; такое плеваніе кровью нерѣдко встрѣчается при язвенныхъ стоматитахъ, особенно при stomacase, а также при дифтеритѣ зѣва.

При *осмотрѣ живота* обращаютъ вниманіе на его величину и форму. Въ нормальномъ состояніи, т. е. если животъ не увеличенъ и не втянутъ, переднія и боковыя стѣнки его при положеніи больного на спинѣ должны стоять на уровнѣ нижняго края грудной клѣтки т. е., стѣнки живота составляютъ какъ бы непосредственное продолженіе груди. О семіотикѣ увеличенія живота будетъ сказано въ спеціальной части, а что касается до ввалившагося живота, то самъ по себѣ этотъ

симптомъ не имѣетъ иного значенія, кромѣ того, что онъ указываетъ на малое содержаніе въ кишечникѣ газовъ, каковое обстоятельство у ребенка здороваго можетъ свидѣтельствовать о хорошемъ пищевареніи. Особое діагностическое значеніе ввалившійся животъ получаетъ только при наличности другихъ симптомовъ, такъ напр., если ребенокъ страдаетъ поносомъ, то ввалившійся животъ указываетъ на быстрое выведеніе кишечныхъ газовъ, что наблюдается при очень частыхъ испражненіяхъ, характеризующихъ слизистый или кровавый поносъ. По этой причинѣ ввалившійся животъ несравненно чаще встрѣчается при фолликулярномъ энтеритѣ, чѣмъ при катаррѣ тонкихъ кишекъ.

Если ввалившійся животъ, не смотря на запоръ, наблюдается у лихорадящаго больного, у котораго ходъ температуры и нѣкоторые другіе симптомы говорятъ за тифъ, то одно ужъ отсутствіе метеоризма должно возбуждать во врачѣ сомнѣніе на счетъ возможности туберкулезнаго менингита; сомнѣніе переходитъ въ увѣренность, если больной дѣлается сонливымъ, не смотря на сравнительно низкія температуры (ниже 39°). У маленькихъ дѣтей и у рахитиковъ, отличающихся большимъ животомъ, дѣло обыкновенно не доходитъ до ясно вваливашагося живота, напротивъ того, онъ остается нѣсколько увеличеннымъ даже и въ періодъ ясно выраженнаго менингита, но въ подобныхъ случаяхъ важно констатировать чрезвычайную мягкость живота и уступчивость его стѣнокъ, такъ что, не смотря на нѣкоторый метеоризмъ, нерѣдко удается проникнуть давящими пальцами вплоть до позвоночника. Подобная *мягкость живота* имѣетъ то же самое діагностическое значеніе, что и ввалившійся животъ у дѣтей болѣе взрослыхъ.

Далѣе при осмотрѣ живота обращаемъ вниманіе у маленькихъ дѣтей на состояніе *пупка*. Въ нормальномъ состояніи остатокъ пуповины у новорожденнаго мумифицируется и отпадаетъ на 5-й день (у недоносковъ и при толстой Вартоновой студени нѣсколько позднѣе). Процессъ мумификаціи не долженъ сопровождаться вонью, указывающей на гніеніе пуповины, и зависящей всего чаще отъ нецѣлесообразнаго ухода за пуповиной, когда напр., заворачиваютъ ее въ масляную тряпочку и тѣмъ самымъ препятствуютъ ея высыханію. Послѣ отпаденія пуповины пупокъ представляетъ гноящуюся поверхность, окруженную вѣнчикомъ слегка воспаленной кожи. Эта пупочная рана заживаетъ приблизительно къ концу 2-й недѣли, но она можетъ гноиться и дольше, и это всетаки не будетъ ненормальностью, если только за это время нисколько не увеличивается реактивное воспаленіе т. е., не усиливается ни количество отдѣляемаго, ни краснота кожи, въ противномъ случаѣ говорятъ объ *изъязвленіи* или *эскориации*

*пупка*; если гноящаяся пупочная рана увеличивается по поверхности, отдѣляетъ дурнокачественный гной или покрывается какъ бы ложными оболочками, то говорятъ о *пупочной язвѣ* или о *крупѣ и дифтеритѣ пупка* (мѣстная инфекция). Если при этомъ появляется инфильтрація соединительной ткани въ окружности пупка (яркая краснота, плотная припухлость и болѣзненность при давленіи въ области пупка) и лихорадочное состояніе, то это будетъ воспаленіе или *флегмона пупка*, (инфекція соединительной ткани въ окружности пупка)—*omphalitis*.— Такое состояніе пупка угрожаетъ жизни больного, такъ какъ воспаленіе легко можетъ распространиться на периваскулярную соединительную ткань пупочныхъ сосудовъ т. е., развивается *periarteriitis* или *periphlebitis umbilicalis* съ послѣдовательной піэміей или септицеміей. Узнать воспаленіе пупочныхъ сосудовъ не легко, такъ какъ никакихъ мѣстныхъ симптомовъ, специально указывающихъ на поврежденіе ихъ обыкновенно не бываетъ. Указаніе нѣкоторыхъ авторовъ на красноту кожи по направленію артерій или на возможность выдавить гной изъ пупка при давленіи по тракту артерій въ большинствѣ случаевъ не оправдывается. Предполагать воспаленіе пупочныхъ сосудовъ можно во всѣхъ случаяхъ, когда при изъязвленномъ пупкѣ ребенокъ начинаетъ сильно лихорадить и скоро впадаетъ въ колапсъ или когда появляются мѣстные симптомы піэміи въ видѣ подкожныхъ гнойниковъ, воспаленія сочлененій, серозныхъ оболочекъ и т. п.

Вообще говоря, *periarteriitis* встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ *periphlebitis* и потому при наличности вышеназванныхъ симптомовъ больше вѣроятности за поврежденіе артерій, но если при томъ замѣчается еще сильная желтуха, то есть лишній шансъ за *periphlebitis*.

Если при осмотрѣ долго гноящагося пупка открывается шарообразная опухоль, величиной съ горошину, сидящая на ножкѣ и при прикосновеніи легко кровоточащая, то подобная опухоль, обязанная своимъ происхожденіемъ разросшимся грануляціямъ, извѣстна подъ именемъ пупочнаго гриба—*fungus umbilici. s. sarcomphalus*. Оставленная безъ лѣченія, опухоль продолжаетъ гноиться въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ и можетъ достигнуть до величины лѣсного орѣха, но въ концѣ концовъ всетаки зарубцовывается или отваливается.

Иногда пупокъ бываетъ мѣстомъ обильнаго кровотеченія. Различаютъ артеріальное и паренхиматозное *пупочное кровотеченіе*. Первое наблюдается у дѣтей, у которыхъ была слабо перевязана пуповина. Кровь показывается изъ пупочныхъ сосудовъ еще до отпаденія пуповины и легко можетъ быть остановлена наложеніемъ новой лигатуры. Напротивъ того, паренхиматозное кровотеченіе отличается чрезвычайнымъ

упорствомъ; оно всегда зависитъ отъ общаго заболѣванія организма, такъ называемой, *временной гемофилии*, подъ вліяніемъ которой у ребенка появляются кровотечения и изъ другихъ органовъ (слизистой оболочки рта, десенъ, vulvae и проч.) и подъ кожу. Паренхиматозное кровотеченіе начинается обыкновенно около 5-го дня и въ громадномъ большинствѣ случаевъ (80—90%) черезъ нѣсколько дней кончается смертью. Временная гемофилія можетъ быть слѣдствіемъ врожденнаго сифилиса, общаго сепсиса и остраго жирового перерожденія новорожденныхъ. Послѣднее заболѣваніе характеризуется на трупѣ паренхиматознымъ воспаленіемъ и исходомъ въ жировое перерожденіе паренхиматозныхъ органовъ и кровоизліяніями подъ кожу, серозныя оболочки и разные внутренніе органы; клинически болѣзнь выражается желтухой и различными кровотечениями, при чемъ температура нерѣдко остается нормальной.

Если пупокъ сильно выпяченъ, то это можетъ зависѣть или отъ *пупочной грыжи* или отъ избытка кожи—*кожный пупокъ*. Въ первомъ случаѣ опухоль имѣетъ шаровидную форму и достигаетъ величины отъ лѣснаго до грецкаго орѣха; еще болѣе крупныя пупочныя грыжи принимаютъ коническую или грушевидную форму; при сдавленіи опухоли пальцами она легко вправляется чрезъ пупочное кольцо въ животъ, но при крикѣ ребенка опять сейчасъ-же появляется. Въ случаѣ кожнаго пупка, послѣдній выдается въ видѣ цилиндрическаго придатка, не измѣняющагося отъ давленія и не вправляющагося; пупочное кольцо не прощупывается; при крикѣ величина и форма пупка не измѣняются.

Послѣ осмотра приступаютъ къ *изслѣдованію живота ощупываніемъ*. Въ нормальномъ состояніи животъ у дѣтей при ощупываніи производитъ впечатлѣніе какъ бы упругой подушки, умѣренно надутой воздухомъ; никакихъ затвердѣній или отдѣльныхъ органовъ прощупать въ немъ нельзя. Исключеніемъ изъ этого правила являются лишь дѣти первыхъ мѣсяцевъ жизни, у которыхъ и въ здоровомъ состояніи нерѣдко прощупываются печень и особенно селезенка. Если какія-либо уплотнѣнія или опухоли прощупываются у ребенка постарше, то это ужъ ненормальность, указывающая либо на увеличеніе, либо на уплотнѣніе одного изъ органовъ живота (печень, селезенка, лимфатическія железы, почки), либо на новообразованіе воспалительнаго или иного происхожденія.

Ощупываніе живота производится при положеніи больного на спинѣ; рука врача помѣщается на животъ ладьями и концами (мякотью третьихъ фалангъ) пальцевъ производятъ легкое давленіе до тѣхъ поръ, пока

ребенокъ не сдѣлаетъ вдоха; во время выдыханія брюшныя стѣнки расслабляются и давящіе пальцы, опускаясь вглубь живота, имѣютъ возможность прощупать уплотнѣніе, если оно находится на мѣстѣ давленія руки; во время крика ребенка наибудобнѣйшій моментъ для ощупыванія бываетъ во время глубокаго вдоха, но такъ какъ моментъ этотъ довольно коротокъ, то при ощупываніи кричащаго ребенка требуется значительный навыкъ, но и при этомъ условіи удается констатировать лишь болѣе или менѣе крупныя отклоненія отъ нормы.

Желая опредѣлить нижній край печени или селезенки, начинаютъ изслѣдованіе снизу, напр, отъ горизонтали пупка и съ каждымъ вздохомъ поднимаются давящими пальцами на 1—2 дюйма выше; если край того или другого изъ этихъ органовъ въ данномъ случаѣ можетъ быть ощупанъ, то во время одного изъ вздоховъ онъ и попадаетъ подъ пальцы. Такой способъ постепеннаго перемѣщенія пальцевъ мы рекомендуемъ потому, что ощупать край органа гораздо легче, чѣмъ поверхность его; во многихъ случаяхъ не особенно сильнаго затвердѣнія печени или селезенки поверхность ихъ не удается ощупать даже и тогда, когда края прощупываются легко.

Ощупываніемъ живота мы пользуемся далѣе для оцѣнки степени напряженія брюшныхъ стѣнокъ (при необильныхъ транссудатахъ въ полость брюшины брюшныя мышцы расслаблены, при экссудатахъ—напряжены) и для опредѣленія флюктуаціи.

Посредствомъ *постукиванія живота* мы можемъ опредѣлять границы органовъ, (см. болѣзни печени и селезенки) степень наполненія мочевого пузыря, толщину опухолей, прощупывающихся черезъ брюшную стѣнку (воспалительные инфильтраты въ брюшинѣ и салъвикѣ производятъ иногда впечатлѣніе очень объемистыхъ опухолей, но, благодаря своей небольшой толщинѣ, они даютъ при постукиваніи тимпаническій звукъ, чѣмъ рѣзко отличаются отъ солидныхъ новообразованій, исходящихъ отъ ретроперитонеальныхъ железъ, почекъ или яичниковъ); постукиваніемъ же опредѣляемъ мы присутствіе въ полости живота свободно мѣняющей мѣсто жидкости и количество ея (по стоянію верхней границы тупого звука).

При изслѣдованіи *мочеполовыхъ органовъ* обращаютъ вниманіе на состояніе наружныхъ половыхъ органовъ и при жалобахъ на болѣзненное мочеиспусканіе обращаютъ спеціальное вниманіе на состояніе крайней плоти (фимозъ, balanitis). При задержаніи мочи ощупываніемъ мочеиспускательнаго канала справляются о томъ, нѣтъ ли въ немъ застрявшаго камня и если нѣтъ, то прислунаютъ къ катетеризаціи пузыря. Семіотикѣ мочеиспусканія мы посвятимъ отдѣльную главу, а



потому распространяться здѣсь по этому поводу не будемъ, но скажемъ нѣсколько словъ по поводу *изслѣдованія мочи*.

Въ нормальномъ состояніи моча у дѣтей, за исключеніемъ новорожденныхъ, представляетъ въ общемъ тѣ же свойства, какъ и у взрослыхъ; она соломенно-желтаго цвѣта, совершенно свѣтла и прозрачна, въ свѣжемъ видѣ не даетъ осадка, слабо-кислой реакціи, около 1005—10 удѣльнаго вѣса и выдѣляется въ тѣмъ бѣльшемъ количествѣ, чѣмъ старше ребенокъ. Приблизительно можно сказать, что отъ 1 до 5 лѣтъ приходится въ сутки по 150 грм. на годъ, отъ 5 до 10 лѣтъ по 125 грм.

У дѣтей на 1-мъ году жизни моча отличается очень блѣднымъ цвѣтомъ и низкямъ удѣл. вѣсомъ (до 1002), у новорожденныхъ, напротивъ, моча бываетъ мутна отъ примѣси слизи, эпителия и мочекислыхъ солей и въ теченіе первыхъ 8—10 дней содержитъ обыкновенно бѣлокъ и цилиндры (физиологическая гиперемія почекъ).

Изслѣдованіе дѣтской мочи производится по тѣмъ же способамъ, какъ и у взрослыхъ, и потому входитъ въ подробности объ этомъ считаемъ излишнимъ, а ограничимся лишь указаніемъ на нѣкоторые источники ошибокъ при опредѣленіи бѣлка въ мочѣ по общеупотребительнымъ способамъ. Кто не знаетъ о возможности подобныхъ ошибокъ, тотъ можетъ не найти бѣлка даже и тамъ, гдѣ его очень много или, наоборотъ, опредѣлить альбуминурию при нормальной мочѣ.

Извѣстно, что щелочная моча не даетъ реакціи на бѣлокъ при кипяченіи и потому во всѣхъ руководствахъ дается совѣтъ слегка подкислять мочу уксусной или азотной кислотой, при чемъ упоминается, что въ *избыткѣ* этихъ кислотъ бѣлокъ при кипяченіи растворяется и реакція не удается, слѣдовательно, надо прибавлять къ мочѣ не болѣе нѣсколькихъ капель реактива. Но вотъ фактъ, на который я наткнулся случайно и на который я не нашелъ пока нигдѣ ясныхъ указаній: 1—2 капли *ac. nitrici puri*, прибавленные къ нѣсколькимъ кубическимъ сантиметрамъ кислой мочи не позволяютъ бѣлку свертываться при *наирываніи*, такъ что моча, даже и очень богатая бѣлкомъ и ясно кислой реакціи, остается совершенно прозрачной, между тѣмъ какъ при прибавленіи еще нѣсколькихъ капель той же кислоты реакція съ кипяченіемъ удается прекрасно, равно какъ удается она и безъ всякой прибавки кислоты (\*). Подобные опыты я много разъ показывалъ и

\*) Если бѣлка въ мочѣ много, то каждая капля азотной кислоты производитъ муть уже и безъ кипяченія, но муть эта при взбалтываніи мочи исчезаетъ; если кислоты прибавлено столько, что взбалтываніе не устраняетъ муты, то тогда кипяченіе даетъ положительный результатъ, т. е., мутность мочи усиливается и образуются хлопья бѣлка;

студентамъ и товарищамъ по больницѣ. Изъ сказаннаго понятно, какъ легко можетъ случиться, что бѣлокъ не будетъ найденъ, не смотря на значительную альбуминурию.

Извѣстно далѣе, что мутность мочи, получающаяся отъ простого прибавленія азотной кислоты *безъ кипяченія*, еще не доказываетъ присутствія въ мочѣ бѣлка, такъ какъ такая реакція можетъ получиться еще отъ пропептона (очень рѣдко) или отъ мочевиныхъ солей (часто). Въ обоихъ случаяхъ подогреваніе снова просвѣтляетъ мочу; если же мутность зависитъ отъ бѣлка, то при кипяченіи она не только не исчезаетъ, а даже усиливается и получаютъ хлопья бѣлка; въ виду этого руководства рекомендуютъ не ограничиваться одной пробой съ азотной кислотой, а провѣрять ее кипяченіемъ.

Совѣтъ этотъ понимается нѣкоторыми въ томъ смыслѣ, что надо взять въ пробирку новую порцію мочи, которую и вскипятить; въ случаѣ положительнаго результата (появленіе мутн) присутствіе бѣлка въ мочѣ считается доказаннымъ; но здѣсь опять можетъ произойти ошибка, потому что при кипяченіи можетъ получиться мутность или даже осадокъ отъ фосфатовъ, а такъ какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ моча въ одно и то же время бываетъ богата и уратами и фосфатами, то обѣ эти реакціи, *взятыя порознь*, могутъ дать положительный результатъ, не смотря на полное отсутствіе альбуминурии. Избѣгнуть ошибки конечно очень легко, для этого нужно только продѣлать обѣ реакціи на *одной и той-же порціи мочи* т. е., сначала вскипятить, потомъ прибавить кислоты уксусной или азотной, это безразлично.

*Измѣреніе температуры* у дѣтей, какъ и у взрослыхъ, производится максимальнымъ или обыкновеннымъ медицинскимъ термометромъ Цельзія.

Самый короткій и въ тоже время очень точный способъ измѣренія температуры состоятъ въ введеніи термометра черезъ задній проходъ: ребенокъ помещается на подушку въ лежачемъ положеніи на боку, или на колѣняхъ матери спиной направленнымъ впереди; шарикъ термометра смазывается чѣмъ нибудь жирнымъ и вводится *in anum* на

---

для полученія отрицательнаго результата кислоту можно прибавлять по каплѣ только до тѣхъ поръ, пока моча послѣ взбалтыванія остается свѣтлой. Мои наблюденія относятся къ мочѣ при остромъ нефритѣ; въ одномъ случаѣ альбуминурии при дифтеритѣ отрицательный результатъ не получался ни при какомъ количествѣ кислоты.

Замѣчаніе Jaksch'a (Klin. Diagnost. 1887. s. 214), что слишкомъ малое количество азотной кислоты можетъ оказаться недостаточнымъ для осажденія бѣлка относится во 1-хъ, къ щелочной мочѣ, а во 2-хъ, къ только что вскипяченной. То же и у Eichhorst'a (частная патол и терапия. Т. II. 1887. стр. 430), у vierordt'a (Diagnostik 1888 г.) по этому поводу нѣтъ никакихъ указаній.

1½—2 дюйма (чѣмъ глубже вводится инструментъ, тѣмъ лучше, такъ какъ тѣмъ скорѣе ртутный столбикъ дойдетъ до максимальной точки данной температуры; если ввести въ вилку только одинъ ртутный резервуаръ, то измѣреніе продолжается 5 минутъ, а если градусникъ введенъ на 2 дюйма, то достаточно и двухъ минутъ). Во время пребывания градусника въ прямой вилкѣ, необходимо фиксировать тазъ ребенка, чтобъ при какомъ-нибудь внезапномъ движеніи ребенка, онъ не сломалъ бы инструмента; послѣдній слѣдуетъ также поддерживать, иначе онъ выскочитъ наружу.

Способъ измѣренія подъ мышкой требуетъ 12—15 минутъ и потому можетъ быть рекомендованъ лишь для дѣтей старшаго возраста, которыя могутъ терпѣливо держать градусникъ въ теченіе нужнаго времени.

Для маленькихъ дѣтей съ пухлыми руками, я, не смотря на протесты нѣкоторыхъ нѣмецкихъ врачей, снова рекомендую измѣрять температуру подъ мышкой *разогрѣтымъ градусникомъ*, при чемъ наблюдаю не поднятіе ртутнаго столба, а паденіе его; черезъ 1 минуту ртуть падаетъ до извѣстной высоты, весьма близко подходящей къ настоящей температурѣ даннаго субъекта; ошибка бываетъ тѣмъ меньше, чѣмъ сильнѣе лихорадка и при 39,5°—40° равняется приблизительно 0,1°—0,2°, а при болѣе низкихъ градусахъ до 0,3°. Способъ этотъ требуетъ нѣкотораго навыка при нагрѣваніи ртутнаго резервуара и большой аккуратности въ помѣщеніи термометра подъ мышкой. Разогрѣваніе градусника производится треніемъ нижняго его конца сухой рукой или одѣяломъ и т. п., при чемъ ужъ въ ½ минуты легко довести ртутный столбикъ до 43°; когда это достигнуто, то термометръ поспѣшно помѣщается въ заранее приготовленную подмышку (т. е. долженъ быть растегнутъ воротъ рубашки, но подмышка должна быть закрыта приведеннымъ плечомъ, иначе подъ вліяніемъ доступа воздуха кожа слишкомъ остываетъ, что обуславливаетъ полученіе неточнаго результата); ртуть сейчасъ-же начинаетъ довольно быстро падать, такъ что черезъ 1—2 минуты измѣреніе можно считать ужъ оконченнымъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ртуть опускается такъ медленно, что черезъ минуту стоитъ выше, чѣмъ слѣдуетъ, и достигаетъ надлежащей высоты черезъ 2 или 3 минуты, тогда какъ въ другихъ случаяхъ она опускается такъ быстро, что черезъ 2 минуты она стоитъ нѣсколько ниже, чѣмъ нужно; въ виду подобныхъ случайностей, которыхъ нельзя заранее предвидѣть, я предлагаю сравнить показаніе термометра черезъ 1 минуту съ показаніемъ его черезъ 2 минуты и взять среднее между ними, напр., если черезъ минуту онъ показывалъ 39,5°, а черезъ 2 минуты 39,3°, то можно принять, что у больнаго настоящая темпер. 39,4°. Если въ тече-

ніе 2-й минуты высота стоянія ртути не измѣнилась, то значитъ точный результатъ получился уже черезъ минуту.

Хотя предлагаемый мною способъ и не можетъ считаться *вполнѣ* точнымъ, но тѣмъ не менѣе онъ даетъ результаты, совершенно достаточные для цѣлей практическаго врача, такъ какъ ошибка въ  $0,1^0$ — $0,2^0$  не можетъ имѣть особаго значенія.

## Болѣзни органовъ пищеваренія.

### Б о л ѣ з н и р т а .

Болѣзни рта встрѣчаются у дѣтей очень часто и при томъ во всѣхъ возрастахъ. Однѣ изъ этихъ болѣзней обладаютъ полною самостоятельностью, тогда какъ другія являются лишь симптомами другихъ заболѣваній, преимущественно общихъ и тогда могутъ значительно способствовать діагностикѣ послѣднихъ, напр., при сифилисѣ, скарлатинѣ, кори и проч.

*Болѣзни рта, не сопровождающіяся ни образованіемъ язвъ, ни сильной вонью изо рта.*

*Stomatitis erythematosa s. catarrhalis*—катарральное воспаленіе рта у грудныхъ дѣтей выражается краснотой слизистой оболочки языка и десенъ и слюнотеченіемъ. Эта болѣзнь встрѣчается у нихъ довольно часто, предшествуя развитію молочницы или сопровождая прорѣзываніе зубовъ. Ребенокъ дѣлается раздражителенъ, капризенъ, покоенно спитъ и лихорадитъ. Эта, такъ называемая, *лихорадка къ зубамъ* у нѣкоторыхъ дѣтей достигаетъ высокой степени, такъ что дѣло можетъ дойти даже до судорогъ; впрочемъ, подобнаго рода осложненія въ дѣйствительности встрѣчаются рѣдко, такъ какъ лихорадка при *stomatitis erythem.* обыкновенно невелика и дня черезъ три исчезаетъ.

У болѣе взрослыхъ дѣтей замѣчается иногда припуханіе языка, вслѣдствіе чего на краяъ его получаютъ отпечатки зубовъ въ видѣ небольшихъ, но ясно замѣтныхъ вдавленій. Языкъ въ началѣ красный, скоро, вслѣдствіе усиленнаго разростанія эпителия и различныхъ грибовъ, покрывается болѣе или менѣе толстымъ бѣловато-желтымъ или сѣроватымъ слоємъ, иногда придающимъ ему видъ войлока, и занимающимъ всю его верхнюю поверхность за исключеніемъ краевъ и кончика-*обложенный языкъ*. Чѣмъ сильнѣе катарръ рта, тѣмъ больше обложенъ языкъ и тѣмъ скорѣе появляется запахъ изъ рта, особенно по утрамъ,

тотчасъ послѣ сна. Запахъ этотъ отличается отъ вони, служащей признакомъ болѣе серьезнаго воспаленія рта, тѣмъ, что онъ во 1-хъ, не противенъ и на столько слабъ, что ощущается лишь на самомъ близкомъ разстояніи и во 2-хъ, тѣмъ, что послѣ прополаскиванія рта на нѣкоторое время совсѣмъ исчезаетъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ особенности у дѣтей, страдающихъ хроническимъ разстройствомъ пищеваренія, языкъ представляется покрытымъ нѣжными, тонкими, но весьма ясно замѣтными черными волосами, придающими ему темнубурый цвѣтъ. Этотъ, такъ называемый, черный или *волосатый языкъ* не имѣетъ особаго діагностическаго значенія \*).

Черный волосатый языкъ не слѣдуетъ смѣшивать съ чернымъ языкомъ вслѣдствіе случайной окраски его пищевыми или лѣкарственными веществами, каковы напр., черника, вишни, препараты желѣза и проч. или отъ образованія на немъ темнубурыхъ корокъ, какъ напр., при тяжеломъ тифѣ.

Простой катарръ рта является подъ вліяніемъ самыхъ разнообразныхъ причинъ; такъ напр., у новорожденныхъ онъ предшествуетъ обыкновенно развитію молочницы, позднѣе онъ часто сопутствуетъ прорѣзыванію зубовъ, а также всѣмъ лихорадочнымъ процессамъ и мѣстнымъ болѣзнямъ зѣва, желудка и кишекъ.

Не смотря однако на такое разнообразіе причинъ, обложенный языкъ или способъ очищенія его въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ служить надежнымъ подспорьемъ діагностикѣ.

Такъ, въ сомнительныхъ случаяхъ катарра желудка, симулирующихъ менингитъ, толсто обложенный (войлочный) языкъ сильно говоритъ въ пользу пораженія желудка и противъ менингита. Способъ очищенія языка имѣетъ значеніе для дифференціальной діагностики тифа отъ перваго періода рекуррента. Для большинства случаевъ тифа средней силы характерно то, что очищеніе языка начинается съ краевъ и кончика такимъ образомъ, что на передней половинѣ языка получается красный треугольникъ, обращенный своей верхушкой къ корню языка, тогда какъ при рекуррентѣ языкъ все время остается умѣренно обложеннымъ. Позднѣе, при тифѣ языкъ дѣлается суховатымъ, при высовываніи онъ кажется узкимъ, толстымъ, остроконечнымъ, тогда какъ при

---

\*) По новѣйшимъ изслѣдованіямъ Гундобина. (Мед. Обозр. т. XXX, с. 604) и Brosid'a (тамъ-же, рефер. с. 612) оказалось, что прежнее мнѣніе насчетъ микотическаго происхожденія волосатаго языка—невѣрно, въ дѣйствительности нити состоятъ исключительно изъ ороговѣвшихъ и потемнѣвшихъ эпителиальныхъ клетокъ; въ полости рта при lingua nigra не найдено какого-либо паразита, специфическаго для этого страданія.

рекуррентъ, онъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ влажный, широкій и плоскій съ закругленнымъ концомъ.

Еще характернѣе очищеніе языка при скарлатинѣ и т. н. *скарлатинозный языкъ* справедливо пользуется большой извѣстностью. Въ первые 2—3 дня языкъ при скарлатинѣ бываетъ обыкновенно сильно обложенъ, а потомъ начинаетъ постепенно очищаться (раньше всего съ кончика и краевъ) и дня черезъ два совершенно освобождается отъ покрывавшаго его налета и является интенсивно красно-малиноваго цвѣта съ значительно увеличенными сосочками.

Такой языкъ (красный, съ большими сосочками) очень характеренъ для скарлатины, такъ какъ въ рѣзвой формѣ встрѣчается только при ней и потому можетъ рѣшать діагностику сомнительныхъ случаевъ скарлатины, протекающихъ напр., почти или совсѣмъ безъ сыпи, но съ жабой. Нужно только помнить, что отсутствіе скарлатинознаго языка не можетъ служить мотивомъ для исключенія скарлатины, а *на первый или даже и на второй день болъзни свойство языка совсѣмъ не имѣетъ значенія для діагностики*, потому что очищеніе его начинается позднѣе.

У грудныхъ дѣтей, питающихся исключительно молокомъ, языкъ часто представляется бѣлымъ отъ тонкаго слоя молока, оставшагося на шероховатой поверхности языка; у нѣкоторыхъ рожковыхъ дѣтей на языкѣ скопляются постепенно осадки казеина, по цвѣту и локализациі очень похожіе на обложенный языкъ. Разница въ томъ, что налетъ съ обложеннаго языка не удаляется черенкомъ ложечки, а свертки казеина удаляются пластами и крошатся при этомъ на подобіе скорлупы яйца; въ сухихъ комочкахъ не трудно узнать казеинъ даже и простымъ глазомъ.

Нѣкоторое сходство съ обложеннымъ языкомъ можетъ представить микозъ рта, извѣстный подъ именемъ **молочницы**—*soor*. Болъзнь эта характеризуется появленіемъ совершенно *бѣлыхъ* островковъ на языкѣ, задней поверхности губъ, на слизистой оболочкѣ щекъ и десенъ.

Въ началѣ островки пристають къ слизистой оболочкѣ крѣпко, а въ періодъ выздоровленія отдѣляются отъ нея сами собой. Если молочница остается безъ лѣченія, то отдѣльные островки быстро разрастаются, и сливаясь между собой, могутъ образовать сплошной слой, выстилающій рѣшительно всю поверхность рта, не исключая и твердаго, и мягкаго неба. Къ числу характерныхъ особенностей молочницы относится между прочимъ и возрастъ больныхъ, такъ какъ въ видѣ *самостоятельной* болъзни она встрѣчается *только у дѣтей въ первые дни внутрѣбной жизни*, а у болѣе взрослыхъ она развивается не иначе, какъ въ теченіе другихъ болъзней, ведущихъ къ истощенію организма,

напр., при дизентеріи и въ такихъ случаяхъ служитъ обыкновенно предвѣстникомъ близкой смерти. Развитію грибка—(*oidium albicans Robin'a*) благоприятствуетъ кислая реакція ротовой слизи, а потому соог особенно часто появляется у дѣтей, страдающихъ диспепсіей съ кислыми отрыжками и при неопрятномъ содержаніи рта.

Снѣжнобѣлый цвѣтъ пятенъ соог'a служитъ надежнымъ признакомъ для легкаго отличія молочницы отъ афтознаго воспаленія рта, при которомъ тоже являются островки на различныхъ мѣстахъ слизистой обол. рта, но островки эти въ 1-хъ, желтоваты, а во 2-хъ, имѣютъ видъ поверхностныхъ язвочекъ. Вообще говоря, бѣлыя отложения при молочницѣ настолько характерны, что практическому врачу едва-ли когда придется въ видахъ діагностики прибѣгать къ микроскопу для отысканія соог'наго грибка, состоящаго изъ длинныхъ, вѣтвящихся нитей, раздѣленныхъ перегородками и круглыхъ, сильно переломляющихъ споръ.

По цвѣту и распространенію всего больше напоминаютъ молочницу небольшіе сверточкі молока, остающіеся иногда во рту ребенка послѣ сосанія или срыгиванія, но разница та, что свертки эти чрезвычайно легко удаляются при обтираніи рта; хотя въ періодѣ выздоровленія островки молочницы тоже легко отдѣляются, но никогда всѣ сразу.

Густо обложенный языкъ не легко смѣшать съ молочницей уже потому, что при соог'ѣ бѣлый налетъ никогда не ограничивается однимъ языкомъ, а распространяется и на другія мѣста рта; любимымъ мѣстомъ скопленія соог'ныхъ пленокъ является внутренняя поверхность щекъ въ мѣстѣ, соответствующемъ соединенію верхней и нижней челюстей. Полноты ради упомяну еще о томъ, что бѣлыя пятна или пленки на слизистой оболочкѣ рта могутъ получиться вслѣдствіе прижиганія ляписомъ или салициловой кислотой, что легко выясняется анамнезомъ.

Совершенно такія-же бѣлыя или нѣжныя, но легко снимающіяся пленочки нерѣдко появляются на деснахъ при катаррѣ рта какого бы то ни было происхожденія. Онѣ обязаны своимъ происхожденіемъ гиперплазіи эпителия. Отъ пятенъ молочницы онѣ отличаются легкой снимаемостью: чтобъ удалить достаточно провести по деснамъ пальцемъ.

Совершенно своеобразный видъ языка получается при **кольцевидномъ шелушеніи его эпителия** — *pityriasis linguae*. При этой формѣ катарра рта (вѣроятно тоже микотическаго происхожденія) на верхней поверхности языка, (нижняя поверхность его никогда не поражается), появляются островки величиной съ чечевицу, блѣдно-розоваго цвѣта, (нормальная слиз. оболочка) окруженные бѣловатымъ валикомъ (гиперплазирванный эпителий). Съ каждымъ днемъ кольца эти (иногда бываетъ только одно кольцо) увеличиваются подобно тому, какъ бываетъ это на

кожѣ при psoriasis, herpes iris и проч., сосѣдніе круги сталкиваются своими периферіями, при чемъ въ мѣстахъ встрѣчи бѣлые валики исчезаютъ и вмѣсто круговъ получаютъ на поверхности языка извигныя линіи, рѣзко ограничивающія блѣдно-розовыя, нормальныя мѣста отъ сосѣднихъ бѣловатыхъ, обложенныхъ — *ландкартообразный языкъ*. По истеченіи извѣстнаго времени языкъ очищается на всей своей поверхности и, покрываясь нормальнымъ слоемъ эпителия, приходитъ къ нормѣ, но рѣдко онъ остается таковымъ надолго, обыкновенно же кольцевидное шелушеніе начинается снова и такъ дѣло можетъ затянуться на многіе мѣсяцы, не причиняя впрочемъ больному никакихъ непріятностей, такъ какъ болѣзнь эта не вызываетъ субъективныхъ ощущеній. Она очень часто встрѣчается у дѣтей всѣхъ возрастовъ какъ у здоровыхъ, такъ и у больныхъ и, въ особенности, у рахитиковъ.

Диагностика не трудна даже и въ томъ періодѣ, когда вмѣсто круговъ остались зигзагообразныя линіи, потому что характерный валикъ на границѣ нормальной слизистой оболочки языка ни съ чѣмъ не можетъ быть смѣшанъ. Въ первомъ періодѣ болѣзнь можетъ быть принята пожалуй за stomatitis aphthosa, но здѣсь нѣтъ ни язвъ, ни слюнотеченія, ни боли. Parrot совершенно несправедливо считалъ pityriasis linguae за проявленіе врожденнаго сифилиса, продукты котораго дѣйствительно представляютъ иногда отдаленное сходство съ занимающей насъ болѣзью, особенно при бѣгломъ взглядѣ. Помимо того, что при врожденномъ сифилисѣ почти всегда можно найти характерныя для него сыпи на кожѣ, разница въ данномъ случаѣ состоитъ еще въ томъ, что сифилисъ никогда не проявляется на языкѣ въ видѣ описанныхъ выше колець, а всегда въ формѣ бляшекъ (см. стр. 57.).

**Stomatitis morbillosa.** — Пораженіе рта при кори, въ видѣ пятнистой или пятнисто-папулезной сыпи на слизистой оболочкѣ рта, является на 12—36 часовъ ранѣе, чѣмъ коревая сыпь на кожѣ, а потому позволяетъ діагносцировать корь уже въ періодѣ предвѣстниковъ, почему и самая сыпь эта называется *продромальной коревой сыпью*. Сыпь эта состоитъ изъ небольшихъ красныхъ пятнышекъ, занимающихъ первоначально мягкое небо, но скоро распространяющихся и на губы и на щеки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ продромальная сыпь запаздываетъ своимъ появленіемъ и высыпаетъ или одновременно съ сыпью на лицѣ или даже еще позднѣе, а потому отсутствіе сыпи на небѣ не можетъ служить доказательствомъ того, что у больного начинается не корь.

**Comedones palati duri.** У новорожденныхъ и у дѣтей въ первыя недѣли жизни почти всегда можно замѣтить на твердомъ небѣ врожденныя образованія, извѣстныя подъ именемъ *узелковъ Вольфа*. Они



имѣютъ видъ маленькихъ (не больше головки булавки) чисто бѣлаго цвѣта коническихъ возвышеній, сидящихъ группами по нѣскольکو штукъ по срединѣ твердаго неба, вдоль шва. Диагностическій интересъ эти узелки приобретаютъ лишь тогда, если встрѣчаются на деснахъ у дѣтей нѣсколькихъ мѣсяцевъ отъ роду и имитируютъ рѣжущіеся зубы. Но дѣло въ томъ во 1-хъ, что образованія эти долго остаются въ одномъ и томъ-же видѣ и потомъ безслѣдно исчезаютъ и во 2-хъ, что при своей упруго-плотной консистенціи они при постукиваніи по нимъ чѣмъ-нибудь металлическимъ не даютъ того характернаго звука, который получается при постукиваніи по показавшемуся зубу.

Въ тѣсной связи съ болѣзнями рта стоитъ между прочимъ **прорѣзываніе зубовъ**, о которомъ здѣсь уместно сказать нѣскольکو словъ. *Первое прорѣзываніе зубовъ* у дѣтей начинается въ различные сроки въ зависимости отъ семейнаго расположенія, отъ состоянія общаго питанія организма и отъ различныхъ болѣзней. Среднимъ срокомъ для начала прорѣзыванія зубовъ можно принять 7-й—8-й мѣсяцы; въ это время показывается пара нижнихъ среднихъ рѣзцовъ; черезъ мѣсяць (9—10) 4 верхнихъ рѣзца, еще черезъ мѣсяць (11—12) 2 нижнихъ боковыхъ рѣзца, такъ что къ концу года у здороваго ребенка должны быть на лицо всѣ рѣзцы (8 зубовъ). Затѣмъ антракты удлинняются до двухъ мѣсяцевъ и отъ 14—16 мѣс. появляются первые коренные зубы, отъ 18—20 клыки, отъ 22—24 вторые коренные зубы, чѣмъ и заканчивается прорѣзываніе молочныхъ зубовъ.

Первые зубы появляются иногда на нѣскольکو мѣсяцевъ раньше нормальнаго срока, напр. на 4—5-мъ мѣсяцѣ, но такое *преждевременное появленіе зубовъ* никакого особаго значенія не имѣетъ; въ большинствѣ подобныхъ случаевъ слѣдующія группы рѣжутся въ свой нормальный срокъ, т. е. къ концу года у такихъ дѣтей бываетъ все-таки не болѣе 8—10 зубовъ. Слишкомъ короткіе промежутки между отдѣльными группами, зависящіе отъ ненормально-усиленнаго питанія зародыша зуба, наблюдаются иногда у дѣтей, наклонныхъ къ приливамъ крови къ головѣ и нерѣдко кончающихся острой головной водянкой. и потому чрезмѣрно быстрое появленіе зубовъ можно считать до нѣкоторой степени за неблагопріятный признакъ.

*Запоздалое прорѣзываніе* зубовъ состоитъ въ томъ, что или запаздываетъ появленіемъ только первая группа, а всѣ слѣдующія показываются въ свое время, или же удлинняются промежутки (антракты), вслѣдствіе чего прорѣзываніе зубовъ идетъ крайне медленно и затягивается до конца 3-го и до 4-го года.

Въ первомъ случаѣ, т. е. когда антракты не удлинняются и поря-

до въ появленія группъ остается нормальнымъ, позднее прорѣзываніе первыхъ зубовъ не имѣетъ патологическаго значенія, такъ какъ *такое* запаздываніе наблюдается нерѣдко и у совершенно здоровыхъ дѣтей, особенно при извѣстномъ семейномъ расположеніи, когда подобная аномалія встрѣчается напр., у всѣхъ или у большинства родныхъ братьевъ и сестеръ. Другое дѣло, если позднее появленіе зубовъ обусловливается длинными паузами и если притомъ нарушается порядокъ появленія отдѣльныхъ зубовъ или цѣлыхъ группъ, когда напр., одновременно рѣжутся представители разныхъ группъ; такой беспорядокъ указываетъ на замедленный процессъ окостенѣнія скелета, вообще свойственный рахитизму.

Относительно вопроса о томъ, можетъ-ли прорѣзываніе зубовъ имѣть *вліяніе на здоровье ребенка*, мнѣнія авторовъ чрезвычайно расходятся; одни слишкомъ преувеличиваютъ значеніе этого фізіологическаго процесса въ этиологіи болѣзней, другіе наоборотъ его совсѣмъ отрицаютъ. По нашему мнѣнію, отрицать существованіе причинной связи между прорѣзываніемъ зубовъ и *нѣкоторыми* болѣзнями дѣтей невозможно, но въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ слѣдуетъ быть крайне осторожнымъ и осмотрительнымъ, чтобы не проглядѣть какую нибудь причину. Предполагать зависимость болѣзни отъ зубовъ можно лишь въ томъ случаѣ, если болѣзнь *начинается незадолго до появленія зуба, когда соответствующее мѣсто десны припухло, напряжено и когда съ выходомъ зуба болѣзнь немедленно исчезаетъ*; врачъ имѣетъ еще больше оснований допустить существованіе причинной связи между прорѣзываніемъ зубовъ и нездоровьемъ ребенка, когда одни и тѣ же *болѣзненные явленія повторяются при каждомъ новомъ зубѣ*, и если при томъ для данной болѣзни *нельзя открыть никакой другой причины*.

Если при распознаваніи „болѣзней къ зубамъ“ руководствоваться только что установленнымъ критеріемъ, то окажется, что зависимость болѣзней отъ зубовъ встрѣчается вовсе не особенно часто и что болѣзни эти не тяжелы и далеко не такъ разнообразны, какъ о нихъ многіе думаютъ.

Во многихъ случаяхъ прорѣзываніе зубовъ совершается совсѣмъ незамѣтно и можетъ быть узнано лишь тогда, когда верхушка зуба ужъ покажется изъ десны, въ другихъ случаяхъ, особенно при прорѣзываніи толстой коронки коренныхъ зубовъ, за нѣсколько дней до появленія зуба появляется катарральное или афтозное воспаленіе рта, съ лихорадочнымъ состояніемъ, раздражительностью, бессонницей и т. п. Что воспаленіе рта въ подобныхъ случаяхъ зависитъ отъ прорѣзыванія зубовъ, а не отъ другой какой-нибудь причины можно зак-

лючать изъ того, что всего сильнѣе воспаленіе выражено на томъ мѣстѣ десны, гдѣ рѣжется зубъ.

Матери часто обращаются къ врачу съ вопросомъ, не рѣжутся-ли у ребенка зубы и указываютъ при этомъ, что у него постоянное слюноотеченіе и что онъ лазаетъ въ ротъ пальцами; увѣренность матерей бываетъ полной, если онѣ усмотрятъ гдѣ нибудь на деснѣ узелокъ Вонн'а.

При рѣшеніи подобныхъ вопросовъ надо имѣть въ виду, что у дѣтей 2—3 мѣсяцевъ *самизация* есть явленіе *физиологическое*, такъ какъ съ этого возраста начинается у нихъ усиленная дѣятельность слюнныхъ железъ, которыя въ теченіе первыхъ двухъ мѣсяцевъ почти вовсе не функционировали. Ошибки легко избѣгнуть, если обратить вниманіе на возрастъ ребенка и на отсутствіе признаковъ мѣстнаго раздраженія десны.

Прорѣзываніе зубовъ можетъ вызвать далѣе легкое расстройство пищеваренія, въ видѣ учащенныхъ и разжиженныхъ испражнений и рвоты. Такое расстройство тянется обыкновенно недолго, появляется при явныхъ признакахъ раздраженія десенъ рѣжущимся зубомъ, исчезаетъ вслѣдъ за появленіемъ зуба и нерѣдко повторяется при слѣдующей группѣ зубовъ и опять *безъ всякой опредѣленной причины*.

Могутъ-ли сдѣлаться отъ прорѣзыванія зубовъ *эклампсическія судороги* у ребенка—вопросъ спорный.

Едва-ли когда случается чтобы совершенно здоровый ребенокъ страдалъ-бы судорогами только во время прорѣзыванія зубовъ и чтобы онѣ повторялись при каждой группѣ, но съ другой стороны несомнѣнно, что прорѣзываніе зубовъ можетъ быть случайной, вызывающей причиной рефлекторныхъ судорогъ у дѣтей, ужъ и безъ того къ нимъ расположенныхъ, какъ напр., у рахитиковъ. Само собою разумѣется однако, что при діагностикѣ „судорогъ къ зубамъ“ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ должны быть на лицо условія, приведенныя на стр. 54.

*Болѣзни рта, протекающія съ образованіемъ изъязвленій на слизистой оболочкѣ, но безъ вони.*

Афтозное воспаленіе рта—*Stomatitis aphthosa*. Болѣзнь эта характеризуется появленіемъ на слизистой оболочкѣ языка, губъ и щекъ круглыхъ, поверхностныхъ, величиной отъ булавочной головки до чечевицы язвочекъ, покрытыхъ желтоватымъ экссудатомъ и окруженныхъ краснымъ ободкомъ.

Язвочки эти сидятъ то разбросанно и въ небольшомъ числѣ, (1—6) то очень тѣсно, такъ что нѣкоторыя изъ нихъ сливаются, образуя болѣе обширныя изъязвленія неправильнаго очертанія, но всегда поверхностныя и желтоватаго цвѣта; образованіе язвъ всегда сопровож-

дается значительной болѣзненностью, (особенно при употребленіи горячаго питья, а также всего соленаго, сладкаго и твердаго) слюнотеченіемъ и густо обложеннымъ языкомъ. Афтозный стоматитъ протекаетъ или субакутно, безъ лихорадочнаго состоянія, или остро и тогда съ лихорадкой, причеиъ температура нерѣдко подымается градусовъ до 40 и больше, а у маленькихъ дѣтей (лѣтъ до 2-хъ) при этомъ могутъ появиться и судороги. Въ подобныхъ случаяхъ высыпаніе афтъ происходитъ не съ самаго начала, (значитъ не воспаленіе рта вызываетъ лихорадку) а лишь на 2-й или 3-й день послѣ повышенія температуры. Это обстоятельство въ связи съ фактомъ заболѣванія нвой разъ нѣсколькихъ членовъ одной семьи другъ за другомъ, указываетъ на инфекціонное происхожденіе болѣзни;—нѣчто подобное бываетъ при высыпаніи herpes'a на губахъ (*fièvre herpétique* французскихъ авторовъ). Сходство, а можетъ быть даже и тождество, этихъ двухъ болѣзней т. е., остро-лихорадочной формы афтознаго стоматита и herpes'a губъ выражается еще и въ томъ, что афты высыпаютъ иногда на языкъ или на другихъ мѣстахъ слизистой оболочки рта группами, состоящими изъ нѣсколькихъ тѣсно сидящихъ круглыхъ язвочекъ; такая форма стоматита описывается иногда подъ именемъ *герпетическаго воспаления рта—stomatitis herpetica*.

Въ другихъ случаяхъ афтозное воспаленіе рта стоитъ въ зависимости отъ разстройства желудка или отъ прорѣзыванія зубовъ (особенно коренныхъ). Болѣзнь эта всегда кончается скорымъ выздоровленіемъ и ни къ какимъ неприятымъ послѣдствіямъ не ведетъ, чѣмъ между прочимъ отличается отъ другой формы язвеннаго стоматита, т. н. stomacase.

Афтозные язвочки настолько сами по себѣ характерны, что смѣшивать съ чѣмъ либо stom. aphthosa не легко. (Объ отличіи отъ молочницы см. стр. 51, отъ stomacase будетъ сказано дальше). Нѣкоторое сходство съ афтами представляетъ *варичеллезный стоматитъ* (stomat. varicellosa), характеризующійся высыпаніемъ пузырьковъ величиной въ булавочную головку и нѣсколько больше на мягкомъ и твердомъ небѣ, а отчасти и на другихъ мѣстахъ. Пузырьки эти рѣдко превращаются въ язвочки. Натура ихъ легко выясняется присутствіемъ сыпи varicellae на кожѣ.

Отъ stomat. aphthosa слѣдуетъ строго отличать другую болѣзнь рта, ничего общаго, кромѣ названія, съ ней неимѣющую, именно:

*Афты новорожденныхъ* или **Bednar'sнія афты**. Болѣзнь эта, свойственная только дѣтямъ въ возрастѣ отъ 2-хъ дней до 6 недѣль, характеризуется появленіемъ двухъ, симметрично расположенныхъ въ

углахъ неба (на заднемъ наружномъ углу горизонтальной части небной кости) круглыхъ, поверхностныхъ, сѣровато-желтоватыхъ изъязвленій, занимающихъ какъ разъ то мѣсто слизистой оболочки, гдѣ она подпирается однимъ изъ отростковъ основной кости (*hamulus pterygoideus*). Въ громадномъ большинствѣ случаевъ язвочки безслѣдно исчезаютъ черезъ 1—3 недѣли, но при дурныхъ гигиеническихъ условіяхъ и у слабыхъ дѣтей эти маленькія язвочки распространяются по поверхности и въ глубь и, сливаясь между собой, образуютъ глубокія язвы, доходящія до кости и занимающія все мягкое небо и тогда симулируютъ дифтеритъ. Основаніемъ діагностики служатъ во 1-хъ, классическое мѣсто этихъ изъязвленій, во 2-хъ, возрастъ больныхъ, и въ 3-хъ, безлихорадочное теченіе (если только нѣтъ другихъ причинъ для повышенія температуры).

Къ числу болѣзней рта, могущихъ служить для выясненія діагностики общаго заболѣванія, относится между прочимъ пзъязвленіе уздечки языка и сифилитическій стоматитъ. *Изъязвленіе уздечки языка*—признакъ, характерный для коклюша, такъ какъ язвочка происходитъ отъ подрыванія или надрыва уздечки нижними рѣзцами во время сильныхъ приступовъ коклюшного кашля. Изъязвленіе имѣетъ видъ совершенно бѣлой пленки величиной съ чечевицу, сидящей какъ разъ на уздечкѣ. Она почти никогда не встрѣчается у дѣтей, не имѣющихъ нижнихъ рѣзцовъ. Діагностическое значеніе этой язвочки очень велико, такъ какъ она встрѣчается почти исключительно только при коклюшѣ.

**Сифилитическій стоматитъ** встрѣчается у дѣтей сифилитиковъ очень часто, въ особенности при рецидивахъ. *Stomatitis syphilitica* характеризуется появленіемъ на слизистой оболочкѣ рта, въ особенности на внутренней поверхности щекъ вблизи угловъ рта, а также на губахъ, языкѣ, небной занавѣскѣ и миндалинахъ, бѣловатыхъ, слегка возвышенныхъ бляшекъ (кондломъ), отличающихся отъ всѣхъ другихъ образований, могущихъ здѣсь встрѣтиться, своимъ сосочковиднымъ строеніемъ, благодаря которому даже и невооруженнымъ глазомъ нерѣдко удается видѣть на поверхности бляшки многочисленныя, очень тѣсно сидящія вершины сосочковъ въ видѣ бѣловато-сѣроватыхъ точекъ.

Менѣе характерны для сифилиса *трещины губъ* и угловъ рта; сравнительно большее діагностическое значеніе этихъ симптомовъ нужно признать для врожденнаго сифилиса у дѣтей въ первыя недѣли жизни.— У дѣтей же болѣе взрослыхъ трещины губъ часто встрѣчаются и безъ сифилиса, напр., подъ вліяніемъ лихорадочнаго состоянія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ подобныя трещины превращаются въ очень болѣзненные язвы. Въ другихъ случаяхъ, поводомъ къ развитію изъязвленія

губъ является склонность дѣтей къ отдиранію кусочковъ кожицы, отстающихъ отъ высыхающихъ губъ. Наконецъ, бываютъ и такіе случаи, когда обѣ губы покрываются поверхностными, легко кровоточащими и болѣзненными извочками, (напоминающими афты) для происхожденія которыхъ не удается открыть никакихъ причинъ, кромѣ общихъ разстройствъ питанія въ видѣ золотухи или рахитизма. Весь процессъ носитъ характеръ поверхностнаго страданія, ограничивающагося слизистой оболочкой въ мѣстѣ перехода ея въ кожу; подкожная клетчатка губъ при этомъ не инфильтрируется и губы не утолщаются замѣтнымъ образомъ.—Всего чаще я встрѣчалъ такіа язвы у еврейскихъ дѣтей. Простое изъязвленіе губъ не можетъ быть принято за сифилисъ уже потому, что страданіе это острое, кончающееся выздоровленіемъ въ 7—14 дней при смазываніи язвъ слабымъ растворомъ ляписа (1:100) или отъ примочекъ 3% борной кислоты.

Если экссудатъ, покрывающій эти язвы, настолько толстъ, что образуетъ какъ бы пленки, по наружному виду весьма похожія на дифтеритическія, то болѣзнь можетъ быть принята за дифтеритъ губъ, на который она дѣйствительно больше похожа, нежели на сифилисъ. Но болѣзнь, насъ занимающая, вовсе не заразительна и въ отличіе отъ дифтерита не оказываетъ склонности къ переходу на сосѣднія части слизистой оболочки рта.

Въ заключеніе упомянемъ еще объ *укушенныхъ ранахъ языка*, носимыхъ себѣ самимъ больными во время эпилептическаго припадка или какихъ-либо судорогъ иного происхожденія, для діагностики которыхъ раны эти могутъ имѣть значеніе въ случаѣ недостатка анамнеза.

*Болѣзни рта съ образованіемъ изъязвленій на слизистой оболочкѣ и съ вонью изо рта.*

Источникомъ дурнаго запаха изо рта не всегда бываетъ ротъ; причиной его можетъ быть напр.: 1) вонючій насморкъ (вонь всего сильнѣе ощущается при выдыханіи черезъ носъ съ закрытымъ ртомъ и почти не ощущается при выдыханіи черезъ ротъ съ зажатыми носдрями); 2) катарръ желудка съ вонючими отрыжками или 3) бронхоэктазы съ вонючимъ содержимымъ и особенно 4) гангрена легкаго.

Не особенно сильный и легко устраняемый простымъ полосканіемъ запахъ изо рта встрѣчается при всякомъ густо обложенномъ языкѣ, при различнаго рода катаррахъ рта, въ особенности въ теченіе лихорадочныхъ процессовъ, также при каріозныхъ зубахъ и при разложеніи остатковъ мясной пищи, застрявшей въ зубахъ, но во всѣхъ этихъ случаяхъ дѣло никогда не доходитъ до настоящей вонни, указывающей на болѣе серьезное пораженіе рта.

**Вонючее воспаленіе рта** — *Stomacace s. Stomatitis ulcerosa*. Эта болѣзнь рта, стоящая въ связи съ общимъ упадкомъ питанія, характеризуется во 1-хъ, сильной вонью изо рта, во 2-хъ, тѣмъ, что язвенный процессъ всегда начинается съ свободного края десенъ рѣзцовъ или клыковъ и потомъ распространяется на десны другихъ зубовъ и въ 3-хъ, тѣмъ, что она никогда не наблюдается у дѣтей беззубыхъ. Характерно также и въ 4-хъ, измѣненіе десенъ, которыя сильно припухаютъ, дѣлаются рыхлыми, чрезвычайно полнокровными и легко кровоточатъ при малѣйшемъ къ нимъ прикосновеніи.

Отъ афтознаго стоматита эта форма воспаленія рта рѣзко отличается во 1-хъ, формой язвъ (тамъ небольшія круглыя язвочки, разбросанныя по всей слизистой оболочкѣ рта, а здѣсь язвенное разрушеніе *края* распухшихъ и легко кровоточащихъ десенъ), во 2-хъ, сильной вонью изо рта и въ 3-хъ, дальнѣйшимъ теченіемъ.

Въ запущенныхъ случаяхъ распленіе десенъ сопровождается выпаденіемъ зубовъ и можетъ вести даже къ некрозу челюсти. Съ другой стороны вслѣдствіе самозараженія язвенный процессъ весьма легко распространяется съ десенъ на прилегающую къ нимъ слиз. оболочку щеки, вслѣдствіе чего недѣли черезъ 2 отъ начала болѣзни на щекѣ является отпечатокъ десенъ въ видѣ двойной язвенной полоски желтоватаго цвѣта. Вслѣдствіе характерной наклонности язвъ при *stomacace* распространяться не столько по поверхности, сколько въ глубь (отличіе отъ дифтерита) первоначальное поверхностное изъязвленіе щекъ черезъ нѣсколько дней принимаетъ видъ довольно глубокихъ язвъ, дно и края которыхъ покрыты грязно-желтымъ распадомъ; вся щека въ это время отечно припухаетъ, увеличиваются также и подчелюстные железы, но кожа опухшей щеки остается блѣдной. Лихорадочное состояніе можетъ отсутствовать совершенно, а если температура и подымается, то лишь въ началѣ болѣзни и не достигаетъ высокихъ градусовъ (38—39).

Дальнѣйшее отличіе *stomacace* отъ афтознаго стоматита мы имѣемъ въ отношеніи этихъ болѣзней къ хлорноватокислому калию (*kalium oxymuriaticum s. chloricum*), который является специфическимъ средствомъ только для *stomacace*, тогда какъ при афтахъ онъ довольно индифферентенъ.

Въ силу указанныхъ признаковъ, діагностика типичныхъ случаевъ *stomacace* всегда легка, затрудненіе можетъ встрѣтиться лишь при осложненіи *stomacace* афтами, что встрѣчается вовсе нерѣдко. Тогда рядомъ съ признаками первой (вонь изо рта, изъязвленіе и кровоточивость десенъ) мы встрѣчаемъ еще и многочисленныя круглыя желтоватыя язвочки на языкѣ и другихъ мѣстахъ. Въ подобныхъ случаяхъ главное значеніе слѣдуетъ признавать за *stomacace*.

Вонючее воспаленіе рта вслѣдствіе неумѣреннаго употребленія ртути—*stomatitis mercurialis* (которая, замѣтимъ встать, встрѣчается и у маленькихъ дѣтей при лѣченіи каломелемъ), ничѣмъ не отличается отъ stomacase, какъ только определеннымъ этиологическимъ моментомъ. Тоже нужно сказать и о *скорбутномъ стоматитѣ*, который, впрочемъ, въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается очень рѣдко.

Въ періодѣ изъязвленія и опухоли щеки stomacase вызываетъ картину, сильно напоминающую

**Водяной ранъ щеки**—*cancer aquaticus s. noma*, въ началѣ развитія котораго обязательно появляется опухоль щеки при блѣдныхъ, негорячихъ и неболезненныхъ при давленіи покровахъ, изъязвленіе ея слизистой оболочки и сильнѣйшая вонь изо рта. Сходство этихъ двухъ процессовъ идетъ и еще дальше: въ обоихъ случаяхъ припухаютъ лимфатическія подчелюстныя железы, но лихорадочное состояніе нерѣдко отсутствуетъ, хотя можетъ и быть; какъ stomacase, такъ и нома развиваются у истощенныхъ дѣтей; сродство этихъ болѣзней проявляется наконецъ и въ томъ, что stomacase переходитъ иногда въ ному, а эта послѣдняя въ свою очередь весьма рѣдко развивается самостоятельно, обыкновенно же изъ stomacase.

Тѣмъ не менѣе, узнать ному не трудно; діагностика основывается на видѣ пораженныхъ частей, на *быстротѣ теченія* и исходахъ. Притомъ дѣло идетъ не объ изъязвленіи слизистой оболочки щеки, а о гангренѣ, вслѣдствіе чего пораженное мѣсто получаетъ не желтый цвѣтъ, а бурый или черный и издаетъ гангренозный запахъ. Разрушеніе щеки и сосѣднихъ мягкихъ частей идетъ при номѣ гораздо быстрее, чѣмъ при stomacase, такъ какъ для гангренознаго прободенія щеки требуется всего 3—4 дня, а потомъ съ каждымъ днемъ гангрена распространяется все дальше и дальше, и въ нѣсколько дней отъ мягкихъ частей щеки не остается и слѣда, если только смерть, этотъ обычный, хотя и не исключительный исходъ номы, не помѣшаетъ этому.

Иногда нома начинается съ кожи щеки и въ такомъ случаѣ могла бы представиться возможность смѣшенія этого страданія съ сибирской язвой. Послѣдняя начинается съ образованія небольшой пустулы, которая скоро превращается въ плотный, не вонючій струпу, который окружается вѣничкомъ изъ новыхъ пузырьковъ, а засимъ ужъ слѣдуетъ опухоль сосѣднихъ мягкихъ частей. Процессъ распространяется быстро, но не ведетъ къ прободенію щеки, какъ при номѣ.

Stomacase, какъ уже сказано, никогда не развивается у беззубыхъ дѣтей, но въ этомъ возрастѣ встрѣчается аналогичное страданіе, описанное впервые Климентовскимъ въ медиц. отчетѣ Московск. воспит. дома за 1876 годъ подъ именемъ



*Osteoingivitis gangraenosa neonatorum* (последній эпитетъ не совсемъ вѣренъ, такъ какъ изъ трехъ его больныхъ только одинъ былъ 6-ти дней отъ рожденія, а въ двухъ другихъ случаяхъ болѣзнь началась на 39-й и 54-й дни). *Osteoingivitis* новорожденныхъ начинается съ ограниченнаго, воспалительнаго припуханія десны, которая въ этомъ мѣстѣ очень скоро гангренозно распадается и уже черезъ 2—3 дня изъ образовавшейся язвы вываливается коронка молочнаго зуба. Процессъ этотъ сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ и упадкомъ силъ и если больной переживаетъ первые дни болѣзни, то злокачественное нагноеніе распространяется на челюсть и ведетъ къ омертвѣнію кости. Въ случаяхъ Климентовскаго смерть послѣдовала на 3-й, 5-й и 45-й дни болѣзни.

По мнѣнію Кл. *osteoingivitis* отличается отъ *stomatase* слѣдующимъ: въ началѣ болѣзни нѣтъ вони, поражаетъ дѣтей еще до прорѣзыванія зубовъ, страданіе начинается не со слизистой оболочки, а прямо съ болѣе глубокихъ тканей, и опухоль десны, предшествующая выпаденію зуба, представляется ограниченной и рѣзко очерченною, такъ что напоминаетъ скорѣе *ragulis*, нежели *stomatase*; десны не кровоточивы; отличіе отъ номы—отсутствіе гангренознаго запаха и гангрены мягкихъ частей.

Къ числу вонючихъ язвенныхъ стоматитовъ относятся еще воспаленія рта при нѣкоторыхъ общихъ заразныхъ болѣзняхъ, каковы: дифтеритъ, оспа, скарлатина, но всѣ эти стоматиты въ діагностическомъ отношеніи не представляютъ особаго интереса, такъ какъ они появляются уже тогда, когда всѣ другіе симптомы этихъ болѣзней выражены настолько рѣзко, что діагностика не можетъ быть затруднительна.

### Семіотика аппетита.

Усиленіе аппетита имѣетъ благоприятное значеніе, если появляется у ребенка въ періодѣ выздоровленія отъ какой-либо остро-лихорадочной или какой-либо другой истощающей болѣзни. Такой аппетитъ продолжается обыкновенно недолго и исчезаетъ, какъ только ребенокъ совсемъ поправится.

*Прожорливость*, какъ явленіе фізіологическое, замѣчается у грудныхъ дѣтей первыхъ мѣсяцевъ жизни и служитъ весьма частой причиною развитія у нихъ диспепсіи и другихъ кишечныхъ расстройствъ, такъ какъ въ этомъ возрастѣ ребенокъ не отказывается проглатывать гораздо большія количества молока, чѣмъ въ состояніи переварить.

Эта же прожорливость является благоприятнымъ условіемъ для развитія тучности у грудныхъ дѣтей.

Какъ явленіе патологическое, усиленный аппетитъ наблюдается у нѣкоторыхъ рахитиковъ, а также у дііотовъ и при сахарномъ мочеизнуреніи.

*Потеря аппетита*, доходящая иногда до отвращенія отъ пищи, наблюдается при всѣхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ, при страданіяхъ желудка и воспаленіяхъ рта.

Потеря аппетита, какъ симптомъ выдающійся и почти единственный, на который жалуются родители, нерѣдко наблюдается у дѣтей отъ 7 до 12 лѣтъ, представляющихъ при этомъ типическую картину упадка питанія, которюю можно бы назвать *школьнымъ малокровіемъ*. Такія дѣти при сравнительно большомъ ростѣ отличаются узкой грудью, значительнымъ похуданіемъ, (такъ что всѣ ребра легко пересчитать, не трогая ихъ пальцемъ) блѣдностью кожи и слизистыхъ оболочекъ (однако блѣдность эта по степени своей далеко уступаетъ хлоротической) и полной потерей аппетита, особенно къ мясной пищѣ. Обыкновенно они склонны къ запорамъ и часто жалуются на головную боль. За лѣто больные поправляются и начинаютъ лучше ѣсть, но съ началомъ ученія аппетитъ снова пропадаетъ и такъ тянется дѣло лѣтъ до 12—14, когда больной какъ бы перерождается, начинаетъ усиленно ѣсть и полнѣть.

Точно такая же картина получается въ нѣкоторыхъ случаяхъ хроническаго катарра желудка или хронической диспепсїи, такъ что подчасъ трудно бываетъ сказать, зависитъ ли потеря аппетита отъ малокровія или же и то и другое обуславливается катарромъ желудка; послѣднее предположеніе дѣлается болѣе вѣроятнымъ, если больной часто жалуются на отрыжки или даже на тошноту, если у него бываютъ по временамъ боли живота, при чемъ запоръ смѣняется поносомъ и если у него постоянно замѣчается желтизна конъюнктивъ. За всѣмъ тѣмъ остается все-таки нерѣшеннымъ вопросъ, не оттого ли такія дѣти часто страдаютъ явленіями катарра желудка, что подъ вліяніемъ малокровія у нихъ отдѣляется мало желудочнаго сока и оттого они особенно расположены къ болѣзнямъ желудка. (*Dyspepsia nervosa*).

Діагностика катарра желудка отъ нервной диспепсїи значительно облегчается помощью изслѣдованія желудка зондомъ: продолжительность пребыванія пищи въ желудкѣ при нервной диспепсїи остается нормальной (часовъ черезъ 6—8 послѣ легкаго обѣда желудокъ пустъ) при катаррѣ же значительно удлиняется.

Иногда ребенокъ отказывается отъ пищи не отъ недостатка аппе-

тита, а отъ совсѣмъ пныхъ причинъ; я имѣю въ виду именно грудныхъ дѣтей, не берущихъ груди. Ребенокъ отказывается сосать грудь или съ самаго рожденія, или онъ сначала бралъ ее, а потомъ бросилъ.

Если новорожденный *ребенокъ не беретъ груди* на первый день жизни, то это еще ничего не значить, такъ какъ явленіе это очень частое и временное только, но если ребенокъ продолжаетъ отказываться и на 2-й и на 3-й день, то съ этимъ приходится ужъ считаться.

Всѣ причины, отъ которыхъ зависить отказъ ребенка отъ груди, могутъ быть подведены подъ двѣ группы или 1) онъ не можетъ сосать или 2) ему нечего сосать. Ребенокъ не можетъ сосать грудь или оттого, что онъ очень слабъ, напр., недоношенъ или родился въ асфиксіи и страдаетъ ателектазомъ легкихъ, или оттого, что страдаетъ порокомъ развитія въ видѣ раздвоенія губы и твердаго неба или недоразвитія рта—*mikrostomia*.

Въ другихъ случаяхъ ребенокъ не беретъ груди оттого, что она или вовсе безъ молока, или, хотя и съ молокомъ, но онъ не можетъ ничего высосать изъ нея, такъ какъ либо она очень туга и, такъ сказать, не подъ силу ребенку, либо сосокъ совсѣмъ не развитъ.

Если ребенокъ бралъ грудь въ первые дни жизни, но потомъ бросилъ, то это всего чаще зависить отъ молочницы или отъ присутствія во рту язвочекъ, афтозныхъ или сифилитическихъ, а также отъ трещинъ губъ, вообще оттого, что сосаніе причиняетъ ему боль; въ подобныхъ случаяхъ бываетъ и такъ, что рожокъ онъ сосетъ, а грудь нѣтъ, (потому что послѣдняя требуетъ болѣшихъ усилій); или сосаніе оказывается невозможнымъ отъ тризма (у новорожденныхъ при тетапусѣ, у дѣтей постарше въ послѣднемъ періодѣ менингита) или отъ насморка (не можетъ дышать во время сосанія), или ребенокъ перестаетъ брать грудь отъ общей слабости вслѣдствіе ли того, что онъ родился недоношеннымъ, или ослабѣлъ отъ какой-нибудь болѣзни. Наконецъ, въ третьемъ ряду случаевъ причиной отказа отъ груди бываетъ слишкомъ раннее даваніе соски или рожка; ребенка очень легко избаловать и привить ему разныя дурныя привычки, точно такъ же, какъ легко приучить его и къ порядку. Привыкнувъ къ сладкой соскѣ или къ подслащенному коровьему молоку, ребенокъ начинаетъ упорно отказываться отъ груди, (особенно, если она тугая и требуетъ отъ него извѣстной затраты силъ на сосаніе) и кончаетъ тѣмъ, что совсѣмъ бросаетъ ее.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ ребенокъ дѣйствительно не беретъ груди т. е., губы его остаются просто неподвижными, когда сосокъ груди вводится въ ротъ, или онъ дѣлаетъ слабыя попытки сосанія и скоро

прекращаетъ ихъ, нерѣдко разражаясь при этомъ громкимъ крикомъ. Но помимо этого, встрѣчаются еще и другіе случаи, когда ребенокъ начинаетъ сосать жадно, но скоро поперхивается и бросаетъ грудь. Въ этомъ случаѣ невозможность сосанія обусловливается чрезмѣрнымъ количествомъ молока у кормилицы и слабой грудью, при каковыхъ условіяхъ ребенокъ не успѣваетъ глотать получаемого молока и потому захлебывается.

Въ публикѣ распространено мнѣніе, что самой частой причиной того, что ребенокъ плохо беретъ грудь, бываетъ слишкомъ короткая подъязычная уздечка. Въ дѣйствительности эта причина никогда не обусловливаетъ полной невозможности сосанія, хотя и можетъ затруднять его. Узнать существованіе короткой уздечки не трудно: если приподнять свободный конецъ языка шпателью, то видно, что уздечка натягивается при этомъ въ видѣ тонкой перепонки, прикрѣпляющейся слишкомъ далеко впереди, вслѣдствіе чего при высовываніи языка или при подъемѣ его шпателью образуется на его кончикѣ родъ зазубрины, которой не должно быть, если уздечка не коротка (т. е. прикрѣплена не слишкомъ далеко впереди).

Если ребенокъ не беретъ груди оттого, что въ ней нѣтъ молока или оттого, что она слишкомъ туга, то это можно узнать посредствомъ изслѣдованія груди, т. е., выдавливаніемъ (сдаиваніемъ) изъ нея молока.

Матери обращаются иногда къ врачу съ жалобой, что ребенокъ не беретъ груди, а между тѣмъ оказывается, что онъ сосетъ, но не такъ долго, какъ хотѣлось-бы это матери, и врачу предстоитъ рѣшить вопросъ, оттого-ли ребенокъ скоро бросаетъ грудь, что онъ сытъ или отъ какой либо иной причины? Если ребенокъ скоро насасывается, то это можетъ быть только при многомолочной груди, и тогда ребенокъ представляется хорошо упитаннымъ; если-же онъ скоро перестаетъ сосать подъ вліаніемъ общей слабости и т. п., то онъ хронически голодаетъ и прогрессивно худѣетъ. Вопросъ этотъ можетъ быть рѣшенъ и прямымъ путемъ, именно посредствомъ взвѣшиванія ребенка передъ кормленіемъ и непосредственно послѣ него; прибавка вѣса съ точностью указываетъ количество высосаннаго молока. Чтобъ судить о томъ, достаточно ли это количество, можно пользоваться данными Сниткина, по которому ребенокъ высасываетъ въ первый день  $\frac{1}{100}$  ч. вѣса своего тѣла (30 грм.) а потомъ съ каждымъ днемъ на 1 грм. больше, т. е. въ концѣ 1-го мѣсяца онъ высасываетъ около 2 унцій, въ концѣ 3-го около 4-хъ и т. д. до 6-го мѣсяца, а потомъ количество выпиваемого молока прибавляется ужъ не такъ быстро. Въ ча-

стной практикѣ, за неизмѣнимъ вѣсовъ, приходится довольствоваться приблизительнымъ опредѣленіемъ молока.

*Усиленная жажда* встрѣчается у дѣтей чаще прожорливости. Нерѣдко напр., она наблюдается у рахитиковъ, даже и у не страдающихъ ни поносомъ, ни усиленнымъ потомъ. Polydipsia является далѣе постояннымъ спутникомъ поносовъ и діабета настоящаго или ложнаго. Во многихъ случаяхъ обильное питье молока или сладкаго чая, особенно по ночамъ, обуславливается просто дурной привычкой и еще тѣмъ, что такимъ дѣтямъ очень нравится вкусъ даваемого имъ питья. Стоитъ напр., замѣнить молоко простой водой и тогда сейчасъ-же окажется, что ребенокъ много пьетъ не отъ жажды, а отъ баловства.

### Б о л ѣ з н и з ѣ в а.

Острыя воспаленія слизистой оболочки зѣва, т. е. жабы встрѣчаются въ дѣтскомъ возрастѣ очень часто, но такъ какъ *дѣти до 5-ти лѣтъ обыкновенно не жалуются на боль при глотаніи*, то весьма легко не замѣтить жабу, если не придерживаться правила *осматривать горло у всякаго заболѣвшаго ребенка*, особенно-же при лихорадочномъ состояніи. Строгое выполненіе этого правила является самымъ главнымъ условіемъ для правильной діагностики болѣзней горла у дѣтей. Во многихъ случаяхъ, особенно у грудныхъ дѣтей, одного осмотра недостаточно, но нужно еще и пощупать пальцемъ, которымъ всего скорѣе удастся открыть существованіе заднеглоточнаго нарыва.

Воспаленіе горла во всѣхъ случаяхъ выражается краснотой и набухлостью слизистой оболочки миндалинъ и мягкаго неба, но иногда все дѣло этимъ только и ограничивается, тогда какъ въ другихъ случаяхъ на красномъ фонѣ появляются бѣловатые или желтоватые островки или бляшки и сплошные налеты и на этомъ основаніи можно различать простыя, точечныя и налетныя жабы.

#### *Болѣзни зѣва, выражающіяся краснотой слизистой оболочки миндалинъ и мягкаго неба.*

Сюда относится прежде всего *простая* или *катарральная жаба* — *angina catarrhalis*. Болѣзнь эта является или первично, подъ вліяніемъ простуды у дѣтей совершенно здоровыхъ, или вторично при обостреніяхъ хроническаго катарра зѣва, въ особенности у золотушныхъ дѣтей съ гипертрофированными миндалями, или при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, именно при гриппѣ, скарлатинѣ и кори.

*Самостоятельная катарральная жаба*, ang. catarrh. rheumatica, встрѣчается довольно рѣдко, гораздо рѣже напр., чѣмъ различнаго рода точечныя жабы. Болѣзнь эта характеризуется значительнымъ лихорадочнымъ состояніемъ (у старшихъ дѣтей болѣю при глотаніи) и краснотой съ набухlostью слизистой оболочки миндалинъ и мягкаго неба. Черезъ 2—3 дня все проходитъ.—Если подобныя припадки повторяются у ребенка нѣсколько разъ въ осень и зиму, и если миндалевидныя железы представляются увеличенными или есть другіе признаки хроническаго катарра зѣва, въ видѣ расширения сосудовъ и припухлости железокъ на задней стѣнкѣ глотки. слизистая оболочка которой бываетъ обыкновенно суха, то тогда имѣемъ дѣло съ обостреніемъ хроническаго катарра, и въ такомъ случаѣ лихорадочное состояніе бываетъ ничтожнымъ, а то такъ и совсѣмъ отсутствуетъ.

Катарральная жаба, какъ спутникъ острой инфекціонной болѣзни, отличается отъ первичной ангины сопутствующими симптомами: при гриппѣ обязательно бываетъ насморкъ, а нерѣдко и кашель; при скарлатинѣ уже въ концѣ первыхъ сутокъ появляется характерная сыпь на кожѣ, а при кори діагностика облегчается тѣмъ, что на первый день лихорадочнаго состоянія слизистая оболочка зѣва остается еще нормальной, а на 2-ой или 3-й день появляется не разлитая краснота, какъ при ang. catarrh., а пятнистая. Пятнышки величиной до чечевицы, болѣе или менѣе въ ограниченномъ числѣ, появляются на мягкомъ и отчасти на твердомъ небѣ среди нормальной, т. е. непокрашеннѣвшей слизистой оболочки, а разлитая инъекція является позднеѣ, напр., черезъ сутки и тогда отдѣльныя пятнышки ступеньваются: въ это время ихъ легче замѣтить на другихъ частяхъ рта, въ особенности на слизистой оболочкѣ губъ и щекъ. О діагностическомъ значеніи этой продромальной коревой сыпи см. болѣзни рта (стр 52.).

При скарлатинѣ на первый день болѣзни краснота зѣва тоже бываетъ не разлитой, а мелкоточечной. Точки гораздо мельче, чѣмъ пятнышки при кори, и сидятъ очень тѣсно другъ около друга и иногда ясно видно, что онѣ обусловлены петехіями. Если скарлатинозная сыпь мягкаго неба не сопровождается точечными кровоизліяніями, то она очень скоро уступаетъ мѣсто разлитой краснотѣ, которая до нѣкоторой степени характерна только потому, что въ первое время занимаетъ центръ мягкаго неба, тогда какъ при простой катарральной жабѣ больше поражаются миндалины. Черезъ день или два специфическій характеръ скарлатинозной катарральной жабы исчезаетъ, краснота дѣлается разлитой и распространяется на миндалины и на заднюю стѣнку глотки.

*Болѣзни зѣва, выражающіяся образованіемъ на миндалинахъ  
бѣловато-желтоватыхъ островковъ.*

**Фолликулярная жаба** — *angina follicularis*. Вслѣдствіе закупорки и воспаленія фолликулярныхъ железокъ на покраснѣвшей поверхности миндалинъ появлется значительное количество желтоватыхъ, круглыхъ, величиной съ булавочную головку, слегка возвышенныхъ островковъ или угорьковъ. Отъ всѣхъ другихъ формъ точечныхъ жабъ эта *angina* отличается довольно легко по *равномерной величинѣ* и *правильной формѣ островковъ*, придающихъ миндалинамъ видъ „звѣзднаго неба“, по мѣткому сравненію Stromeуera. *Высыпаніе угорьковъ никогда не заходитъ за границы миндалевидныхъ железъ*. Болѣзнь эта сразу начинается сильнымъ жаромъ, а иногда и рвотой и потому можетъ навести врача на мысль о скарлатинѣ, тѣмъ болѣе, что *angina scarlatinosa* проявляется иногда и въ формѣ фолликулярной. Сомнѣніе не можетъ продолжаться долѣе сутокъ т. е., до времени высыпанія скарлатины.

**Лакунарная жаба** — *angina lacunaris* отличается отъ предыдущей формой и цвѣтомъ островковъ. На покраснѣвшей миндалинѣ замѣчаются совершенно *неправильной формы*, часто щелеобразныя фигуры, отличающіяся совершенно *блѣдымъ цвѣтомъ*. Здѣсь дѣло идетъ не объ угорькахъ слизистой оболочки т. е., не о припухшихъ фолликулахъ, а просто о скопленіи катаррального секрета (слизь, эпителий, грибки) въ углубленіяхъ, которыми такъ богаты миндалевидныя железы, въ особенности гипертрофированныя. Если пробки, выполняющія лакуны, чисто бѣлаго цвѣта, то діагностика легка, такъ какъ при другихъ точечныхъ ангилахъ островки отличаются желтоватымъ или сѣроватымъ цвѣтомъ; если же лакуны выполняются слизисто-гнойнымъ отдѣляемымъ и получаютъ видъ желтоватыхъ островковъ, то болѣзнь можетъ быть принята за точечный дифтеритъ. Этому послѣднему присущи два свойства, на основаніи которыхъ діагностика можетъ быть поставлена тотчасъ-же или, по крайней мѣрѣ, не далѣе, какъ черезъ сутки. Первое свойство дифтерита состоитъ въ томъ, что экссудатъ при немъ (гдѣ бы то ни было — въ зѣвѣ-ли, кпшкахъ и проч. — это все равно) первоначально занимаетъ выпуклыя мѣста слизистой оболочки (при дизентеріи напр., вершины складокъ) и потому при существованіи углубленій на тонзиллахъ дифтеритъ займетъ сначала не полость ямки, какъ *angina lacunaris*, а края ея. Чтобъ разсмотрѣть подробнѣе локализацию островковъ, необходимо, конечно, чтобъ больной умѣлъ показывать горло, что встрѣчается въ дѣтскомъ возрастѣ не особенно часто; въ противномъ случаѣ приходится отложить рѣшеніе до другого дня и пользоваться вторымъ

свойствомъ дифтерита, именно его склонностью *распространяться по поверхности*. Если до завтра островки сдѣлались больше, нѣкоторые изъ нихъ слились, образовавъ бляшки, то это не лакунарная ангина, а дифтеритъ.

Лакунарная жаба начинается и протекаетъ при сильной лихорадкѣ (до 40°) и отличается циклическимъ теченіемъ, кончаясь кризисомъ на 3-й, рѣдко на 4-й день. Если же дифтеритъ начинается сильнымъ жаромъ, то въ первые дни онъ всегда прогрессируетъ, принимаетъ пленчатую форму и такъ скоро никогда не кончается. Abortивная форма дифтерита, остающагося до конца въ видѣ точечной ангины, хотя и можетъ кончиться выздоровленіемъ въ 3—4 дня, но въ такомъ случаѣ она остается въ видѣ чисто мѣстной болѣзни и протекаетъ не только безъ жара, но и безъ красноты пораженной слизистой оболочки. Лакунарная жаба принадлежитъ къ числу острыхъ инфекціонныхъ болѣзней, на что указываетъ ея циклическое теченіе и появленіе ея въ видѣ семейныхъ эпидемій; послѣднее обстоятельство значительно облегчаетъ распознаваніе, такъ какъ эпидеміи дифтерита не могутъ появляться въ видѣ типически протекающихъ легкихъ ангинъ.

**Афтозная жаба** характеризуется образованіемъ на слизистой оболочкѣ мягкаго неба и миндаляхъ небольшихъ (съ чечевичу), круглыхъ, поверхностныхъ, желтоватыхъ *язвочекъ*, съ рѣзко инъецированными краями. Смѣшать эту форму жабы съ дифтеритомъ или съ другими точечными ангинами не легко, такъ какъ язвочки никогда не локализируются на однѣхъ только миндалинахъ, но обязательно сопровождаются афтами и на *другихъ частяхъ слизистой оболочки рта*, въ особенности на языкѣ, губахъ и деснахъ. Афтозная ангина, какъ и афтозный стоматитъ, нерѣдко сопровождается значительнымъ жаромъ.

**Точечный дифтеритъ** отличается отъ другихъ формъ точечныхъ жабъ, какъ уже сказано, двумя свойствами: склонностью къ распространенію по поверхности и первоначальнымъ появленіемъ на выступахъ слизистой оболочки. Дифтеритъ, даже и пленчатый, нерѣдко протекаетъ почти съ нормальной температурой, а точечная его форма почти исключается значительнымъ жаромъ; если дѣло идетъ о семейной эпидеміи дифтерита, то діагностика облегчается тѣмъ, что рядомъ съ abortивными точечными формами наблюдаются и типическіе случаи дифтерита.

Если черезъ 2—3 недѣли у больного появляются дифтеритическіе параличи, то значить жаба у него была дифтеритическая.

*Болѣзни зѣва, сопровождающіяся образованіемъ бляшекъ или пленокъ.*

Въ нормальной, негипертрофированной миндалевидной желѣзѣ всегда можно замѣтить въ срединѣ ея довольно большое углубленіе (лакуна)



овальной формы, съ длиннымъ діаметромъ сверху внизъ. При простой катарральной жабѣ или при паренхиматозной это углубленіе выполняется иногда до самаго верха слизистой пробкой (какъ при ang. lacunaris выполняются мелкія углубленія) и тогда въ центрѣ припухшей и покраснѣвшей миндаины появляется бѣлое пятно, величиной примѣрно въ бобъ. Пятно это сидитъ такъ крѣпко, что не можетъ быть удалено кисточкой и поэтому, а также и по величинѣ своей, симулируетъ дифтеритическую пленку.

Эта разновидность лакунарной ангины часто сопровождается значительной припухlostью всей железы—*angina parenchymatosa*—и рѣдко кончается нарывомъ. Начало болѣзни обозначается сильнымъ жаромъ, обыкновенно съ знобомъ и у дѣтей старшаго возраста очень затрудненнымъ глотаніемъ.

Въ силу того, что бѣлое пятно образуется на мѣстѣ лакуны, оно представляетъ нѣкоторыя особенности, служащія для отличія его отъ дифтеритической бляшки. 1) Оно всегда занимаетъ *середину миндалины*; 2) всегда имѣетъ *овальную форму* съ продольнымъ діаметромъ сверху внизъ; 3) *края его рѣзко ограничены*, а поверхность лежитъ на уровнѣ слизистой оболочки, рѣдко нѣсколько выстоитъ надъ ней; 4) *цвѣтъ* его въ началѣ *интензивно бѣлый*; 5) величина пятна въ теченіе нѣсколькихъ дней остается стаціонарной. Напротивъ того, дифтеритическая бляшка сѣроватаго или желтоватаго цвѣта, съ неправильно очерченными контурами, съ каждымъ днемъ увеличивается и распространяется не только на всю миндалину, но обыкновенно и на мягкое небо (на языкъ), и на заднюю стѣнку.

**Герпетическая жаба** или лишай глотки.—*Herpes tonsillarum* s. *angina herpetica* характеризуется появленіемъ на миндалинѣ группы тѣсносидящихъ пузырьковъ, которые очень скоро лопаются и оставляютъ на своемъ мѣстѣ ссадину, покрытую желтоватымъ детритомъ и окруженную яркочернымъ фономъ. Высыпанію пузырьковъ и образованію желтоватой бляшки (ссадины) предшествуетъ двухъ-трехдневное лихорадочное состояніе, большею частью, очень сильное. Болѣзнь кончается выздоровленіемъ въ 3—4 дня. Если врачъ не засталъ періода пузырьковъ, то онъ легко можетъ ошибиться, принявъ сѣровато-желтую поверхность ссадины за дифтеритическую бляшку, съ которой она похожа и по цвѣту, и по очертанію. По замѣчанію Cadet de Gassicourt'a, herpes глотки служитъ самымъ обильнымъ источникомъ ошибокъ, которыхъ, при однократномъ осмотрѣ больного, не всегда можно избѣгнуть.

Отличія отъ дифтерита состоятъ, помимо этиологическаго момента, (*ang. herpetica* отъ неизвѣстной причины или отъ явной простуды,

diphtheritis отъ зараженія) въ продолжительной и сильной *продромальной* лихорадкѣ, въ происхожденіи бляшки изъ группы пузырьковъ (если удалить экссудатъ съ поверхности язвочки ватнымъ шарикомъ, то удастся видѣть иной разъ фестончатые края ссадины, какъ намекъ на пузырьчатое происхожденіе ея) нерѣдкою сопутствіи лишая глотки herpes'омъ губъ и въ быстромъ выздоровленіи.

**Фибринозная жаба или крупъ зѣва**, *angina fibrinosa*. Самъ я не имѣлъ случая видѣть эту жабу, которая описывается нѣкоторыми авторами (Klebs-Real-Encyklopedie. Diphtheritis) какъ *мѣстная, неза-разительная* болѣзнь слиз. обол. зѣва, характеризующаяся образованіемъ настоящихъ крупозныхъ перепонокъ на одной или обѣихъ миндалинахъ. *Angina fibrinosa* называется также спорадическимъ дифтеритомъ, но въ *этіологическомъ отношеніи эта болѣзнь не имѣетъ ничего общаго съ эпидемическимъ дифтеритомъ*, подобно тому, какъ и *cholera infantum*—съ азиатской холерой. Такъ какъ въ патологоанатомическомъ смыслѣ *ang. fibrinosa* ничѣмъ не отличается отъ крупозной формы дифтеріи, а *этіологія*, составляющая главнѣйшее отличіе этихъ двухъ ангинъ, часто остается невыясненной, то понятно, что распознаваніе фибриновой ангины при постели больного представляетъ большія затрудненія. По Klebs'у, вопросъ можетъ быть рѣшенъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ перепонки: на поверхности крупозной перепонки, взятой отъ больного дифтеріей, обязательно встрѣчается палочковидный грибокъ — *microsporion diphther.*, покрывающій всю поверхность перепонки въ видѣ частокола (чтобы видѣть эти грибки, нужно изслѣдовать свѣжій кусочекъ перепонки въ смѣси глицерина и уксусной кислоты). Въ толщѣ перепонки при дифтеріи встрѣчаются еще кучки тѣсносплоченныхъ мелкозернистыхъ микрококковъ; ни тѣхъ, ни другихъ грибковъ яко бы не бываетъ при *ang. fibrinosa*, но за то въ большомъ количествѣ встрѣчаются шары, состоящіе изъ крупныхъ микрококковъ, относящихся къ группѣ монадинъ.

На основаніи клиническихъ симптомовъ можно указать на слѣдующія точки опоры: можно *исключить фибринозную ангину* и признать дифтеритъ, если въ данной семьѣ уже есть другіе случаи дифтеріи, если болѣзнь протекаетъ безъ лихорадки или съ незначительнымъ повышеніемъ температуры, экссудатъ распространяется по поверхности и переходитъ за границы тонзиллъ, напр., на мягкое небо и на язычекъ и въ особенности на носъ или гортань, если сильно припухаютъ шейныя лимфатическія железы или появляется альбуминурія; если въ періодѣ выздоровленія развиваются дифтеритическіе параличи и, наконецъ, если болѣзнь кончается смертельнымъ исходомъ.

*Предположить фибринозную жабу* можно въ томъ случаѣ, если при отсутствіи всѣхъ вышеприведенныхъ моментовъ, болѣзнь началась послѣ явной простуды или въ мѣстности, совершенно свободной отъ дифтеріи, если перепонки бѣлаго цвѣта и неплотно пристають къ слизистой оболочкѣ, если болѣзнь началась въ видѣ сильной катарральной жабы, т. е. значительной лихорадкой при интензивной краснотѣ тѣла и очень болѣзненнымъ глотаніи и если отъ больного нѣкто не заразился. (По Непосч'у фибринозная ангина обыкновенно бываетъ односторонней и часто ведетъ къ образованію тонзиллярнаго нарыва).

**Дифтеритъ зѣва.** Руководствуясь патологоанатомическимъ критеріемъ, дифтеритомъ зѣва можно бы было называть только такую ангину, при которой образуется настоящій дифтеритическій экссудатъ, при которомъ происходитъ, т. н., коагуляціонный некрозъ слизистой оболочки; въ періодѣ выздоровленія омертвѣвшія части должны бы отдѣлиться путемъ реакціоннаго нагноенія и на мѣстѣ дифтерита осталась бы язва, а по заживленіи ея рубецъ. Но съ клинической точки зрѣнія подъ именемъ дифтерита зѣва понимается нѣчто совсѣмъ другое, нѣчто такое, что не требуетъ ни омертвѣнія слизистой оболочки, ни образованія язвъ, ни рубца, хотя все это и можетъ имѣть мѣсто; при діагностикѣ дифтерита зѣва клиницисты руководствуются не анатомическими измѣненіями слизистой оболочки, а этиологическими моментами: *подъ именемъ дифтерита зѣва мы понимаемъ воспаленіе слизистой оболочки го, развившееся подъ вліяніемъ яда дифтеріи.* Будетъ-ли при этомъ въ зѣвѣ крупозный экссудатъ или дифтеритическій, или воспаленіе abortируется на степени катарральной, — это безразлично; разъ мы знаемъ, что въ данномъ случаѣ ангина произошла отъ зараженія ядомъ дифтеріи, мы назовемъ ее дифтеритической жабой, а для обозначенія ея степени прибавимъ соотвѣтствующій эпитетъ; такимъ образомъ мы различаемъ катарральную форму дифтерита, крупозный дифтеритъ и гангренозный дифтеритъ. Это различныя степени проявленія одного и того же процесса — дифтеріи, принадлежащей къ числу заразительныхъ и эпидемическихъ болѣзней.

Такъ какъ не одинъ только ядъ дифтеріи способенъ вызывать крупозное или дифтеритическое воспаленіе слизистыхъ оболочекъ, но также и яды нѣкоторыхъ другихъ болѣзней, то понятно, что одно только присутствіе дифтеритическаго экссудата на той или другой слизистой оболочкѣ еще не доказываетъ зараженія даннаго субъекта ядомъ дифтеріи; при тяжеломъ кровавомъ поносѣ напр., бываетъ дифтеритъ толстыхъ кишекъ, но это еще не значитъ, что больной заразился ядомъ дифтеріи, такую болѣзнь гораздо чаще производитъ ядъ другой болѣзни,

извѣстной подъ именемъ dysenteria. И здѣсь, также какъ и при дифтеритѣ зѣва, встрѣчаются всевозможныя градаціи воспаленія и потому отличаютъ напр., катарральную форму дизентеріи, крупозную и дифтеритическую, словомъ,—аналогія полная. То же самое по отношенію къ зѣву мы имѣемъ и при скарлатинѣ, ядъ которой всегда вызываетъ воспаленіе слизистой оболочки зѣва, но степень этого воспаленія въ различныхъ случаяхъ колеблется въ широкихъ предѣлахъ отъ простой катарральной жабы до степени настоящаго дифтеритическаго некроза.

Итакъ, по степени развитія мѣстныхъ и общихъ симптомовъ, мы различаемъ точечную форму дифтеріи, пленчатый дифтеритъ и септической.

*Точечная форма* или катарральный дифтеритъ характеризуется появленіемъ на слизистой оболочкѣ миндалинъ сѣроватыхъ или желтоватыхъ островковъ величиной отъ булавочной головки и нѣсколько больше; лихорадка невелика или совсѣмъ отсутствуетъ, подчелюстныя железы не припухаютъ, вся болѣзнь можетъ кончиться выздоровленіемъ въ 3—4 дня.

Въ патологоанатомическомъ смыслѣ точечная форма не можетъ быть названа не только дифтеритомъ, но даже и крупомъ, потому что никакого фибринознаго экссудата тутъ нѣтъ, и дѣло идетъ лишь о легкомъ катаррѣ слиз. обол., при которомъ, вслѣдствіе острововиднаго взбурженія эпителія, пронизаннаго микрококками, образуются желтовато-сѣроватыя пятнышки.

Если эта форма не развѣвается дальше, а абортруется на степени точекъ, то конечно ее легко принять за лакунарную или за какую-нибудь другую катарральную жабу. Объ отличіяхъ было сказано выше. Такъ какъ всѣ катарральныя жабы начинаются обыкновенно съ значительнаго жара, и только одинъ дифтеритъ составляетъ исключеніе, то нормальная или почти нормальная температура при точечной ангиѣ даетъ право подозрѣвать дифтерійную натуру данной жабы, а если притомъ въ семьѣ уже есть или были другіе случаи ясновыраженной дифтеріи, то діагностика дѣлается болѣе, чѣмъ вѣроятной.

Въ дѣйствительности такія формы встрѣчаются очень рѣдко, обыкновенно же распознаваніе облегчается тѣмъ обстоятельствомъ, что съ каждымъ днемъ отдѣльныя островки увеличиваются по поверхности и сливаясь образуютъ бляшки и пленки сначала на миндалинахъ только, а потомъ и на мягкомъ небѣ, и можно прямо сказать, что если пленки захватываютъ край небной занавѣски или язычекъ, то это навѣрное не катарральная жаба, а либо дифтерія, либо скарлатина; осмотръ кожи немедленно рѣшаетъ, что именно.

*Крупозная* или пленчатая форма дифтеріи образуется или из точечной, или является сразу таковой, и въ такомъ случаѣ, подобно катарральнымъ жабамъ, дифтерія начинается нерѣдко сплннымъ жаромъ. При осмотрѣ горла на 1-й день болѣзни можно замѣтить лишь явленія сильной катарральной ангина: яркая краснота миндалинъ и мягкаго неба и отечная припухлость этихъ частей (увеличеніе язычка), на 2-й или только на 3-й день при продолжающейся лихорадкѣ появляются дифтеритическія бляшки на тонзиллахъ или одновременно и на мягкомъ небѣ. Въ начальномъ періодѣ пленки сидятъ плотно и не могутъ быть отдѣлены безъ кровотоčenja, но черезъ нѣсколько дней онѣ отходятъ сами собой.

Постояннымъ спутникомъ подобныхъ жабъ бываетъ опухоль подчелюстныхъ и шейныхъ железъ, которыя однако почти никогда не переходятъ въ нагноеніе (отличіе отъ скарлатинозной жабы).

*Отсутствіе лихорадочнаго состоянія и опухоли железъ не исключаетъ дифтеріи.*

Продолжительность крупозной формы дифтеріи колеблется отъ 5—6 дней до 2—3 недѣль, рѣдко дольше.

Какимъ бы легкимъ ни казался дифтеритъ у даннаго больного, никогда нельзя быть покойнымъ за благополучный исходъ, въ виду возможности распространенія процесса на гортань (крупъ). Безлихорадочное состояніе не только не гарантируетъ отъ этой неприятности, но даже, какъ будто, располагаетъ къ нему. Чѣмъ больше прошло времени отъ начала болѣзни, тѣмъ меньше шансовъ за пораженіе гортани и слѣдов., тѣмъ лучше предсказаніе. Дифтеритъ всего больше оказываетъ склонность распространяться по поверхности въ теченіе первыхъ 5 дней и потому, если благополучно прошла первая недѣля, то можно надѣяться, что крупа не будетъ.

Чѣмъ моложе ребенокъ т. е., чѣмъ меньше разстояніе отъ миндалинъ до гортани, тѣмъ скорѣе можно ждать развитія крупа; у дѣтей до 2-хъ лѣтъ дифтеритъ особенно опасенъ именно потому, что переходъ на гортань въ этомъ возрастѣ является почти правиломъ.

Дифтеритъ можетъ быть опасенъ и самъ по себѣ, по вліянію его на общее состояніе организма и на дѣятельность сердца. Дифтеритъ тѣмъ тяжелѣе, чѣмъ толще ложныя оболочки и чѣмъ болѣе онѣ занимаютъ мѣста; распространеніе дифтерита на заднюю стѣнку глотки и въ особенности на слизистую оболочку носа справедливо считается очень дурнымъ предзнаменованіемъ; такое же значеніе имѣютъ и значительное увеличеніе шейныхъ железъ и отекъ окружающей ихъ клетчатки; всего меньше данныхъ для предсказанія даетъ лихорадка; по

Боткину высочія температуры при дифтеріи допускають лучшее предсказаніе, чѣмъ низкія.

*Септическая форма дифтеріи* отличается отъ предыдущей какъ по характеру мѣстныхъ явленій, такъ и по общему состоянію организма. Значительно увеличенныя миндалины покрыты грязно-сѣрымъ экссудатомъ, издающимъ вонючій запахъ; изъ носа вытекаетъ серозно-гнойная, иногда кровавистая жидкость; шея значительно опухаетъ и не столько отъ нѣльтраціи, сколько отъ отека клѣтчатки; упадокъ силъ, похолоданіе конечностей, слабый пульсъ.

Подобные случаи почти всегда смертельны; если явленія адинаміи являются съ самаго начала, то больной рѣдко переживаетъ первую недѣлю, а нѣкоторые умирають въ первые 2—3 дня.—

О характеристикахъ дифтеритическихъ параличей будетъ сказано въ главѣ о параличахъ.

Дифтеритъ въ своей пленчатой или септической формѣ очень похожъ на *тяжелую скарлатинозную жабу*, которая тоже характеризуется образованіемъ дифтеритическихъ пленокъ въ зѣвѣ. Разница здѣсь не столько клиническая, сколько этиологическая. Отличіе дифтеріи отъ злокачественной (дифтеритической) скарлатинозной жабы можно резюмировать такимъ образомъ: скарлатинозный дифтеритъ происходитъ отъ отравленія организма ядомъ скарлатины, а потому вмѣстѣ съ жабой появляется и скарлатинозная сыпь, а самостоятельный дифтеритъ происходитъ отъ зараженія ядомъ дифтеріи, который никакого отношенія къ кожѣ не имѣетъ и сыпи не вызываетъ. Итакъ, если при пленкахъ въ зѣвѣ есть извѣстная сыпь на кожѣ, то это скарлатинозная жаба или скарлатинозный дифтеритъ, а если сыпи нѣтъ, то обыкновенный дифтеритъ или дифтерія. Но правило это, годное для громаднаго большинства случаевъ, допускаетъ и исключенія, и именно въ двухъ направленіяхъ. Во 1-хъ, встрѣчаются случаи скарлатинознаго дифтерита безъ сыпи (это чаще бываетъ у людей взрослыхъ) и во 2-хъ, больной можетъ заразиться ядами двухъ болѣзней: скарлатины и дифтеріи и тогда можетъ случиться, что у скарлатинознаго больного разовьется дифтерійная жаба.

О діагностикѣ скарлатины безъ сыпи будетъ рѣчь въ главѣ о скарлатинѣ, а что касается до дифтеріи, осложняющей скарлатину, то по одному лишь наружному виду жабы, точная діагностика невозможна.

Скарлатинозный дифтеритъ появляется у больного съ первыхъ дней заболѣванія, всего чаще на 3—5 день, а потому если дифтеритная жаба появляется прежде сыпи или наоборотъ, позднѣе конца первой недѣли, то можно думать, что дифтеритъ у больного самостоятельный,

и это тѣмъ вѣроятнѣе, чѣмъ позднѣе онъ появляется. Скарлатинозная жаба часто распространяется на хоаны, но почти никогда не поражаетъ гортани, а потому если у скарлатинознаго больного дифтеритъ является поздно и распространяется на гортань, то почти навѣрное это самостоятельный дифтеритъ; діагностика становится несомнѣнной, если въ періодѣ выздоровленія появляются характерные дифтеритическіе параличи.

Случай осложненія скарлатины самостоятельнымъ дифтеритомъ, т. е. дифтеріей, встрѣчаются въ частной практикѣ крайне рѣдко, такъ что всѣ случаи дифтеритической жабы при скарлатинѣ можно считать за злокачественную скарлатинозную жабу (или за скарлатинозный дифтеритъ). Поступая такимъ образомъ, врачъ очень мало рискуетъ ошибиться; но въ дурно устроенныхъ больницахъ, гдѣ всѣ заразные больные лежатъ чуть не рядомъ, случаи двойственнаго зараженія принадлежатъ къ числу довольно обычныхъ явленій.

**Скарлатинозная жаба.** Распространяться о діагностикѣ этой жабы не приходится; достаточно сказать, что скарлатинозный ядъ обладаетъ свойствомъ вызывать воспаленіе зѣва; отъ степени злокачественности яда и отъ почвы, на которой онъ развивается (индивидуальная воспримчивость), зависитъ характеръ жабы, другими словами: *интензивность скарлатинозной жабы зависитъ отъ силы самой скарлатины*. Въ легкихъ случаяхъ (умѣренная лихорадка, блѣднорозовая сыпь, хорошее общее состояніе) встрѣчаемъ простую катарральную жабу; въ случаяхъ средней силы — фолликулярную пли лакунарную, въ тяжелыхъ — дифтеритическую во всевозможныхъ степеняхъ развитія; всѣ эти различныя формы жабы мы признаемъ за скарлатинозныя, разъ онѣ встрѣчаются рядомъ съ скарлатинозной сыпью на кожѣ.

**Язвенная жаба.** Подъ этимъ названіемъ я понимаю язвенное разрушеніе слизистой оболочки миндалинъ, въ основѣ котораго лежитъ тотъ же самый процессъ, что и при язвенномъ вонючемъ воспаленіи рта — stomacase. Въ обонхъ случаяхъ слизистая оболочка сильно набухаетъ, получаетъ синеватый оттѣнокъ и при прикосновеніи легко кровоточитъ; въ скоромъ времени пораженная слизистая оболочка подвергается поверхностному омертвѣнію и распаденію, отчего образуется язва, покрытая довольно толстымъ, мягкимъ, желтовато-грязнымъ слоемъ распада, издающаго вонючій запахъ. Этотъ грязный налетъ на миндалинахъ и вонь изо рта, при небольшомъ лихорадочномъ состояніи и припухлости подчелюстныхъ железъ, обуславливаютъ большое сходство данной формы жабы съ дифтеритомъ.

Въ единственномъ случаѣ, встрѣтившемся мнѣ на консилиумѣ съ

докторомъ Шлосбергомъ, діагностика облегчалась тѣмъ, что у дѣвочки было сильно выраженное *stomacase*, да при томъ рѣзкая набухлость и кровоточивость слизистой оболочки и самый видъ налета, представлявшаго, такъ сказать, особую рыхлость и сочность, говорили противъ дифтерита. Такъ какъ въ то время ни я, ни онъ не слышали про существованіе подобной жабы, то діагностика наша была высказана только въ видѣ предположенія и подтвердилась усиленнымъ дѣйствіемъ берголевой соли.

Впослѣдствіи краткое описаніе этой жабы я встрѣтилъ во II-мъ т. *Traité clin. et prat. d. maladies des enf. Barthezet Sanné p. 266.* По ихъ наблюденіямъ оказывается, что *angine ulcéro-membraneuse*, какъ они называютъ ее, не всегда сопровождается *stomacase* и въ такомъ случаѣ діагностика будетъ труднѣе; она основывается на видѣ пораженныхъ мѣстъ, на этиологіи (тѣ же причины, что и для *stomacase*) и на блистательномъ дѣйствіи *kali chlor.* Особенно характерна для этой болѣзни своеобразная вонь изо рта, какъ при *stomacase*. Вонь эта совершенно иного характера, чѣмъ вонь при гангрени рта или при дифтеритѣ. (См. также „Врачъ“ 1890 № 1. 4, 5 и 7).

Въ этомъ же руководствѣ описывается и *гангренозная жаба*, аналогичная гангрени щеки (поша). О подобной жабѣ я не имѣю возможности говорить по личному опыту, такъ какъ никогда не видалъ ея.

### Семіотика затрудненнаго глотанія—*Dysphagia.*

Если мать обращается къ доктору съ жалобой на то, что ребенокъ ея не можетъ глотать пищу, то это еще не значитъ, что существуетъ какое-нибудь препятствіе для прохода пищи изо рта въ желудокъ; иногда ребенокъ выбрасываетъ пищу изо рта, даже и не сдѣлавъ попытки проглотить ее, что случается именно въ нѣкоторыхъ случаяхъ распространеннаго афтознаго стоматита; многочисленныя язвочки, занимающія языкъ и другія части рта, могутъ причинять ребенку такую боль при жеваніи, что онъ или совсѣмъ отказывается отъ твердой пищи, или беретъ ее въ ротъ, но скоро выкидываетъ; онъ не переноситъ также ничего горячаго, соленнаго и сладкаго, но удобно глотаетъ прохладное молоко и въ этомъ состоитъ особенность этой формы ложной дисфагии, истинная причина которой легко выясняется осмотромъ рта.

Въ другихъ случаяхъ невозможность глотанія дѣйствительно существуетъ и зависитъ она или отъ болѣзней зѣва и глотки или отъ



суженія пищевода; къ первой категоріи относятся почти всѣ острые и подострые случаи дисфагіи, во второй—хроническіе

Замѣчательно, что различныя формы катарральныхъ и фолликулярныхъ ангинъ, сопровождающихся у взрослыхъ значительной болью при глотаніи, у дѣтей протекаютъ въ этомъ отношеніи совсѣмъ незамѣтно и потому часто просматриваются. То же самое можно сказать про многіе случаи дифтерита и скарлатинозныхъ жабъ. Напротивъ, затрудненное глотаніе встрѣчается при флегмонозныхъ жабахъ, кончающихся образованіемъ нарыва въ той или другой миндалевидной железѣ, а также при заднеглоточныхъ абсцессахъ и въ тяжелыхъ случаяхъ дифтеритныхъ и скарлатинныхъ жабъ. Діагностика всѣхъ этихъ процессовъ не трудна при помощи простаго осмотра или ощупыванія пальцемъ, въ случаѣ нарыва.

Затрудненное глотаніе, сопровождающееся поперхиваніемъ отъ паданія пищи или питья въ гортань и выбрасываніемъ проглатываемой жидкости черезъ носъ—зависитъ отъ *паралича небной занавѣски*, какъ послѣдствія недавно перенесеннаго дифтерита. При осмотрѣ зѣва слизистая оболочка оказывается нормальной, но небная занавѣска остается неподвижной, какъ при глубокомъ вздохѣ и фонаціи, такъ и при дотрогиваніи до нея кисточкой. У грудныхъ дѣтей выливаніе молока черезъ носъ можетъ встрѣтиться и безъ паралича небной занавѣски, именно при раздвоеніи твердаго и мягкаго неба.

Изъ острыхъ болѣзней пищевода, ведущихъ къ невозможности глотанія, въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются *oesophagitis carrossiva* (узнается пзъ анамнеза и по присутствію ожоговъ рта и зѣва), *soor пищевода*, исключительно свойственный дѣтямъ первыхъ дней и недѣль жизни при запущенной молочницѣ и *спазмъ пищевода* у дѣтей болѣе взрослыхъ. Правда, въ руководствахъ по дѣтскимъ болѣзнямъ мы не нашли указаній на то, что, помимо бѣшенства, суженіе пищевода вслѣдствіе спазма его мышцъ можетъ быть причиной полной невозможности глотанія, но тѣмъ не менѣе, причина эта всетаки иногда встрѣчается, какъ напр., было это въ случаѣ, демонстрированномъ мною студентамъ въ ноябрѣ прошлаго 1889-го года.

Дѣвочка 7-ми лѣтъ, прежде всегда здоровая, но худощавая и блѣдненькая была приведена въ амбулаторію по случаю того, что ничего не можетъ проглотить. Болѣзнь началась дней 10 тому назадъ съ того, что иногда комки твердой пищи останавливались въ пищеводѣ и вскорѣ выходили обратно въ ротъ; въ послѣдніе дни даже и жидкость проходила съ трудомъ, производя особаго рода урчаніе; временами не проходимость была настолько велика, что дѣвочка не могла проглотить даже и чайной ложечки молока. При изслѣдованіи зондомъ, препятствія въ

пищеводѣ не было найдено, такъ какъ инструментъ, снабженный губкой величиной въ лѣсной орѣхъ, прошелъ совершенно свободно, и больная могла выпить послѣ зондирования нѣсколько глотковъ воды. Больной назначенъ былъ бромистый натръ. Она пришла еще разъ черезъ недѣлю и оказалось, что съ тѣхъ поръ затрудненнаго глотанія болѣе не замѣчалось. Въ пользу спастическаго суженія говорило въ данномъ случаѣ быстрое развитіе и внезапное исчезаніе непроходимости пищевода и временный характеръ его.

Невозможность глотанія вслѣдствіе непроходимости или суженія пищевода характеризуется тѣмъ, что пища или питье хотя и проглатываются больнымъ т. е., скрываются въ пищеводѣ, но не доходятъ до желудка и тотчасъ-же выходятъ обратно въ неизмѣненномъ видѣ; при помощи зонда можно опредѣлить не только мѣсто суженія, но и степень его. Самой частой причиной суженій пищевода у дѣтей бываетъ ожогъ его при нечаянныхъ отравленіяхъ ѣдкими веществами, особенно сѣрной кислотой, которая употребляется обыкновенно при вставленіи зимнихъ рамъ, и ѣдкимъ щелочомъ, примѣняющимся въ дѣлѣ мытья бѣлья. Причина болѣзни выясняется изъ анамнеза; суженіе появляется въ періодъ рубцеванія изъязвленной слизистой оболочки и постепенно прогрессируетъ въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ. Очень рѣдко рубцовыя суженія развиваются у дѣтей отъ другихъ причинъ, каковы напр.: сифилитическія изъязвленія, раны отъ проглатыванія инородныхъ тѣлъ, оспенныя пустулы. Сравнительно чаще, но всетаки тоже рѣдко, стенозъ пищевода у дѣтей происходитъ отъ сдавленія его опухолями передняго средостѣнія, напр., творожисто перерожденными железами.

Въ другихъ случаяхъ суженіе пищевода бываетъ врожденнымъ порокомъ развитія. Въ подобныхъ случаяхъ дѣло идетъ или объ образованіяхъ дивертикула, или объ ограниченномъ суженіи пищевода. Въ первомъ случаѣ зондъ иногда проходитъ свободно въ желудокъ, а иногда вдругъ упирается въ слѣпой мѣшокъ и не идетъ дальше. Комки пищи, попадая въ дивертикуль, могутъ оставаться въ немъ довольно долго и потомъ извергаются наружу въ загнившемъ видѣ.

При врожденной узости пищевода зондъ не всегда открываетъ суженіе въ опредѣленномъ мѣстѣ, (оно постепенно переходитъ въ нормальное) но родители замѣчаютъ, что ребенокъ очень часто давится, какъ только начинаетъ ѣсть плотную пищу; имъ кажется будто онъ торопится ѣсть и глотаетъ пищу недостаточно разжеванной. При полной врожденной непроходимости пищевода новорожденныя дѣти очень скоро (въ 3—4 дня) умираютъ съ голоду, постоянно выбрасывая молоко, которое глотаютъ повидимому съ жадностью.

## С е м і о т и к а р в о т ы .

Рвота является у дѣтей значительно чаще, чѣмъ у взрослыхъ, и наступаетъ тѣмъ легче, чѣмъ моложе ребенокъ. Въ первые мѣсяцы жизни она перѣдко является у вполне здоровыхъ дѣтей вслѣдствіе перекармливанія и носитъ названіе *привычной рвоты* или *срыгиванія*. Отъ настоящей рвоты срыгиваніе отличается внезапнымъ своимъ появленіемъ у ребенка, совершенно здороваго и веселаго, безъ всякихъ предвѣстниковъ, которые указывали бы на тошноту, безъ искаженія чертъ лица и безъ всякаго успія, т. е. безъ замѣтнаго участія брюшнаго пресса. Срыгнувши, ребенокъ остается такимъ-же веселымъ, каковымъ былъ; особенно легко появляется срыгиваніе у ребенка, только что сосавшаго, если его неосторожно берутъ на руки (сдавливаютъ животикъ) или качаютъ. Напротивъ того, настоящей рвотѣ предшествуетъ обыкновенно тошнота, проявляющаяся у груднаго поблѣднѣніемъ лица и общимъ безпокойствомъ, малымъ, частымъ пульсомъ, похолоданіемъ конечностей; самая рвота совершается при участіи брюшнаго пресса, почему содержимое желудка вылетаетъ съ большою силой, и больной издаетъ въ концѣ акта рвоты особый звукъ, производящій впечатлѣніе, будто больной давится. Свойство молока, извергаемаго при срыгиваніи, не имѣетъ особаго значенія для отличія его отъ рвоты, такъ какъ и въ томъ, и въ другомъ случаѣ оно можетъ быть то совсѣмъ свѣжимъ, то свернувшимся, что зависитъ отъ времени, протекшаго со времени кормленія: если срыгиваніе совершается тотчасъ послѣ кормленія, то извергаемое молоко оказывается жидкимъ, если спустя нѣкоторое время, напр., минутъ черезъ 20, то свернувшимся. Въ томъ случаѣ однако, если молоко извергается несвернувшимся, не смотря на достаточный промежутокъ времени послѣ сосанія, то это указываетъ на недостатокъ кислоты (или laab фермента) въ желудочномъ сокѣ, и такая рвота ужъ не можетъ считаться за простое срыгиваніе, а должна быть принята за явленіе патологическое; то же самое надо сказать и по поводу значительной примѣси слизи къ извергнутому молоку или если содержимое рвоты совсѣмъ свободно отъ молока, а состоитъ изъ небольшого количества жидкости съ примѣсью желчи (рвота при пустомъ желудкѣ не м. б. срыгиваніемъ). Совершенно особое значеніе получаетъ рвота въ томъ случаѣ, если въ содержимомъ желудка оказывается значительная примѣсь крови.

Крoваяя рвoта у дѣтей встрѣчается очень рѣдко, такъ какъ обычныя причины для такой рвoты, именно круглая язва желудка или ракъ еѳо и хроническія болѣзни печени дѣтскому возрасту не свойственны. Правда, въ литературѣ описано нѣсколько случаевъ язвъ желудка и 12-ти перстной кишки, но почти всеѳ они относятся къ дѣтлмъ первыхъ недѣль жизни.—Подъ вліяніемъ этой причины у новорожденныхъ дѣйствительно появляется иногда кровавая рвoта и кровь въ испраженіяхъ, при чемъ потеря крови большею частью бываетъ настолько обильна, что больные умираютъ въ нѣсколько дней при явленіяхъ остраго малокровія. Болѣзнь эта описывается въ руководствахъ подъ именемъ *melaena neonatorum*; случаи выздоровленія отъ этой болѣзни рѣдки.

Гораздо чаще, чѣмъ язвы желудка, причиной кишечныхъ и желудочныхъ кровотеченій у новорожденныхъ является общее разстройство питанія, выражающееся при жизни упадкомъ силъ и склонностью къ кровотечениямъ изъ слизистыхъ оболочекъ вообще и въ кожу, а въ трупѣ кровоизліяніями въ серозныя полости и въ паренхиматозныя органы. Сущность болѣзни, названной Grandidier *временной кровоточивостью* новорожденныхъ, до сихъ поръ еще съ точностью не опредѣлена. Сюда относятся случаи септицеміи и т. п. остраго жирового перерожденія новорожденныхъ Buhl'я и нѣкоторые случаи врожденнаго сифилиса, *syphilis haemorrhagica neonatorum*. Кровавая рвoта, какъ симптомъ временной гемофіліи, отличается отъ *melaena neonat.* тѣмъ, что въ первомъ случаѣ кровотечения появляются не только изъ желудочно-кишечнаго канала, но и изъ *различныхъ* органовъ, и одного этого обстоятельства достаточно для діагностики временной гемофіліи. По частотѣ появленія, кровотечения стоятъ приблизительно въ такомъ порядкѣ: пупочныя, желудочно-кишечныя, изъ половыхъ органовъ, изъ рта и носа, изъ соедин. обол. глазъ, изъ ушей, изъ кожи, почечъ. Кровь никогда не бьетъ струей (артеріальныя пупочныя кровотечения сюда не относятся, а составляютъ мѣстную болѣзнь), а сочится по каплямъ изъ неповрежденной слизистой оболочки. Кровотечения всего чаще являются отъ 5 до 12 дня жизни и довольно быстро (3—5 дней) ведутъ къ смертельному исходу; выздоровленіе возможно, но оно случается рѣдко.

У дѣтей болѣе взрослыхъ кровавая рвoта обыкновенно является тоже симптомомъ временной кровоточивости, но только значеніе этого состоянія совсѣмъ иное, чѣмъ у новорожденныхъ, а именно: желудочныя кровотечения встрѣчаются у дѣтей старшаго возраста всего чаще при *геморрагической пурпурѣ s. morbus maculosus Werthofii* (см. пур-

пуру) и рѣже въ продромальномъ періодѣ геморрагической оспы (см. тамъ же). При діагностикѣ кровавой рвоты необходимо имѣть въ виду, что какъ у новорожденныхъ, такъ и у дѣтей старшаго возраста, кромѣ настоящей кровавой рвоты, встрѣчается еще и *ложная кровавая рвота*. Эта послѣдняя есть ничто иное, какъ рвота проглоченной кровью, тогда какъ при настоящей кровавой рвотѣ кровотеченіе имѣетъ мѣсто изъ слизистой оболочки самого желудка.

Ложная кровавая рвота у грудныхъ дѣтей является при трещинахъ сосковъ у кормящей, когда ребенокъ вмѣстѣ съ молокомъ высасываетъ и кровь (очень рѣдка причина!) или при кровотеченіи изъ слизистой оболочки рта, напр., послѣ подрѣзыванія уздечки языка или операціи зачатей губы, по Rilliet и Barbez. отъ проглатыванія крови во время акта родовъ и проч. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ діагностика ложной кровавой рвоты основывается: во 1-хъ, на открытіи источника кровотечения; во 2-хъ, на незначительномъ количествѣ крови въ испражненіяхъ и, въ 3-хъ, на состояніи общаго питанія, которое при незначительной потерѣ крови почти вовсе не страдаетъ, между тѣмъ какъ при настоящей кровавой рвотѣ ребенокъ всегда очень слабъ и блѣденъ.

У дѣтей постарше самой частой причиною ложной кровавой рвоты бываетъ носовое кровотеченіе, особенно когда оно совершается при положеніи больного на спинѣ. Такъ какъ при носовыхъ кровотеченияхъ часть крови всегда выходитъ наружу, то ужъ по этому одному симптому можно легко поставить діагностику. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ кровавую рвоту стимулируютъ вещества, не имѣющія съ кровью ничего общаго, кромѣ цвѣта, напр., красное вино. выпитое больнымъ незадолго до рвоты, лѣкарство, содержащее кошениль и т. п. На всѣ эти возможности слѣдуетъ обращать вниманіе въ анамнезѣ, прежде чѣмъ діагностировать настоящую кровавую рвоту. Что же касается до сходства кровавой рвоты съ кровохарканіемъ, то это обстоятельство не имѣетъ большого значенія въ дѣтскомъ возрастѣ, и именпо въ виду того, что легочное кровотеченіе у дѣтей почти никогда не встрѣчается. Замѣтимъ впрочемъ, что кровь, побывавшая въ желудкѣ, отличается отъ легочной крови болѣе темнымъ цвѣтомъ и кислой реакціей.

Болезни, при которыхъ является **обыкновенная рвота**, могутъ быть раздѣлены на двѣ группы, смотря потому, начинаются ли онѣ сильной лихорадкой или протекаютъ при нормальной или почти нормальной температурѣ. Діагностическое значеніе *рвоты при остро лихорадочныхъ болезняхъ* будетъ различно, смотря по возрасту больного. У маленькихъ дѣтей, лѣтъ до 2—3, однократная рвота при быстромъ и значительномъ повышеніи температуры не имѣетъ особаго значенія для діа-

гностики, такъ какъ въ этомъ возрастѣ рвота нерѣдко появляется въ любой изъ лихорадочныхъ болѣзней, отъ какой бы причины ни повысилась температура градусовъ до 39,5—40. Другое дѣло, рвота у дѣтей болѣе взрослыхъ, у которыхъ она появляется только въ началѣ немногихъ болѣзней, къ числу которыхъ изъ сыпныхъ процессовъ принадлежатъ: скарлатина, оспа и рожа, а изъ болѣзней мѣстныхъ—воспаленіе брюшины. Объ этихъ-то болѣзняхъ и слѣдуетъ прежде всего подумать, когда имѣешь дѣло съ ребенкомъ старше 3-хъ лѣтъ отъ роду, заболѣвшимъ сильнымъ жаромъ и рвотой. Въ началѣ другихъ лихорадочныхъ болѣзней рвота встрѣчается почти исключительно только при нецѣлесообразной діетѣ, а потому для діагностики вышеприведенныхъ болѣзней рвота можетъ имѣть особое значеніе лишь въ томъ случаѣ, если она является при *пустомъ* желудкѣ т. е., если больного рветъ слизистой жидкостью съ примѣсью желчи и если при томъ можно исключить вліяніе различныхъ медикаментовъ, изъ числа которыхъ большую роль въ произведеніи рвоты играютъ между прочимъ новѣйшіе *antipyretica*, каковы напр., антипиринъ, саллициловые препараты и др. Въ интересахъ діагностики и въ виду бесполезности всѣхъ этихъ жаропонижающихъ средствъ въ смыслѣ вліянія ихъ на самый болѣзненный процессъ (въ кратковременномъ пониженіи температуры польза невелика) нельзя не пожелать, чтобъ врачи не слишкомъ спѣшили съ назначеніемъ лѣкарствъ.

*Рвота безъ лихорадочнаго состоянія* или съ незначительнымъ повышеніемъ температуры встрѣчается также при разнообразнѣйшихъ болѣзняхъ. Для правильной оцѣнки рвоты прежде всего слѣдуетъ справиться о томъ, появляется-ли она послѣ кашля, или безъ него.

Рвота послѣ кашля всего чаще встрѣчается 1) при *коклюшѣ*, но не исключительно при немъ, а также 2) при *сухомъ фарингитѣ*, когда слизистая оболочка находится въ состояніи такой гиперестезіи, что уже нѣсколькихъ кашлевыхъ толчковъ достаточно для вызванія рвоты рефлекторнымъ путемъ съ зѣва; 3) при хронической гичерилизѣи и *творожистомъ перерожденіи бронхиальныхъ железъ*, 4) при простудномъ *бронхитѣ*, если онъ развивается у ребенка, только что перенесшаго *коклюшъ*, наконецъ, при удушливомъ кашлѣ, встрѣчающемся иногда 5) при *бронхоэктазіяхъ* съ обильной, но трудно удаляемой мокротой и 6) при *инойномъ плевритѣ*, вскрывшемся чрезъ бронхи.

Вообще говоря, діагностика этихъ случаевъ не трудна. Два послѣднихъ процесса опредѣляются путемъ физикальнаго изслѣдованія (см. соотвѣтствующія главы), а остальные, хотя и могутъ протекать при отрицательныхъ данныхъ въ смыслѣ перкуссіи и аускультацин, но отли-

чаются между собой теченіемъ и самымъ характеромъ кашля (см. о коклюшѣ). Рвота, наступающая въ концѣ пароксизма кашля, имѣетъ особенно важное значеніе для діагностики коклюша у грудныхъ дѣтей, у которыхъ онъ протекаетъ нерѣдко безъ характернаго свиста, но со рвотой, а между тѣмъ другого рода кашель, который могъ бы вызвать рвоту, въ этомъ возрастѣ почти никогда не встрѣчается.

Безлихорадочная рвота, не зависящая отъ кашля, происходитъ или отъ раздраженія слизистой оболочки желудка, или рефлекторно при страданіи другихъ органовъ. **Желудочная рвота**, зависящая отъ введенія въ желудокъ раздражающихъ его веществъ, будетъ-ли то неудобоваримая пища, или просто рвотныя средства, характеризуется тѣмъ, что она не сопровождается никакими другими симптомами и не ведетъ ни къ какимъ послѣдствіямъ; послѣ такой рвоты ребенокъ остается совершенно здоровымъ и даже не теряетъ аппетита. Въ другихъ случаяхъ желудочная рвота является лишь однимъ изъ симптомовъ страданія желудка, каковы диспепсія или катарръ.

Рефлекторная рвота всего чаще вызывается раздраженіемъ кишекъ, или брюшины, или мозга. Рвотой можетъ сопровождаться всякая *сильная боль живота*, будетъ-ли она нервного происхожденія (колика), или воспалительнаго; далѣе всякій упорный *запоръ*, особенно вслѣдствіе непроходимости кишекъ, когда неукротимая рвота получаетъ наконецъ характеръ каловой рвоты (если не по виду, то, по крайней мѣрѣ, по запаху); рвота вызывается иногда кишечными глистами. Последнюю причину можно подозрѣвать въ томъ случаѣ, если больной жалуется на тошноту преимущественно натощакъ, а пріемъ пищи не только не вызываетъ рвоты, а даже предотвращаетъ ее, уничтожая тошноту. Діагностика глисть получаетъ полную достовѣрность въ томъ случаѣ, если микроскопическое изслѣдованіе испраженій открываетъ въ нихъ присутствіе яичекъ, по характеру которыхъ можно съ точностью опредѣлить видъ паразита. Кромѣ этого средства выяснять діагностику глисть, есть еще только одинъ симптомъ для безошибочнаго распознаванія, именно выходъ глисть или ихъ членниковъ съ испраженіями.

*Мозговая рвота* сопровождается какъ острой, такъ и хроническія болѣзни головного мозга и его оболочекъ. Многіе авторы придаютъ особенное значеніе характеру рвоты; желудочная рвота, говорятъ они, отличается отъ мозговой тѣмъ, что первой предшествуетъ тошнота, наступающая вскорѣ послѣ принятія пищи, тогда какъ мозговая рвота является безъ тошноты, вдругъ, какъ будто больной выбрасываетъ содержимое рта, а не желудка; далѣе, мозговой рвотѣ приписывается еще и та особенность, что она часто является натощакъ и, при томъ

главнымъ образомъ, при переходѣ больного изъ горизонтальнаго положенія въ вертикальное. Приведенными признаками слѣдуетъ, конечно, руководствоваться при діагностикѣ мозговой рвоты, но придавать имъ *рѣшающее* значеніе никоимъ образомъ нельзя, такъ какъ здѣсь встрѣчаются нерѣдкія исключенія въ обоихъ направленіяхъ, т. е., съ одной стороны не всегда легко замѣтить тошноту и при желудочной рвотѣ, которая, подобно мозговой, тоже является иногда при переходѣ въ вертикальное положеніе, а съ другой стороны не можетъ подлежать сомнѣнію, что и мозговая рвота весьма часто является послѣ пищи или питья и въ особенности послѣ приѣма лѣкарства. Бѣльшее значеніе для діагностики мозговой рвоты имѣетъ *упорство рвоты*, не уступающей въ теченіе нѣсколькихъ дней ни діетѣ, ни лѣкарствамъ, и еще то обстоятельство, что послѣ желудочной рвоты больной чувствуетъ нѣкоторое (иногда значительное) облегченіе, тогда какъ послѣ мозговой онъ еще больше ослабѣваетъ. Далѣе въ пользу мозговой рвоты говорить чистый языкъ, нормальный стулъ (или запоръ), отсутствіе дурнаго запаха изо рта, болѣзненности при давленіи подъ ложечкой, и метеоризма, *сильная* головная боль (которая впрочемъ бываетъ таковой далеко не во всѣхъ случаяхъ начинающагося туберкулезнаго менингита), сонливость и неправильный, замедленный пульсъ. Вообще говоря, ни одинъ изъ перечисленныхъ признаковъ не можетъ считаться абсолютно вѣрнымъ и каждый изъ нихъ, взятый въ отдѣльности, можетъ отсутствовать, а потому всего важнѣе для діагностики общій комплексъ симптомовъ, представляемый больнымъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ рвотѣ обязательно предшествуетъ въ теченіе нѣсколькихъ часовъ сильная головная боль, общая или односторонняя, но послѣ рвоты больной засыпаетъ покойнымъ сномъ и просыпается совершенно здоровымъ. Подобные приступы повторяются то въ недѣлю разъ, то гораздо рѣже напр., разъ въ мѣсяць или раза два—три въ годъ и зависятъ отъ *мигрени*, чаще встрѣчающейся у дѣтей около 7—10 лѣтъ, но не щадящей и дѣтей первыхъ лѣтъ жизни. Дѣтская мигрень сопровождается обыкновенно поблѣднѣніемъ лица, иногда нѣсколько замедленнымъ пульсомъ и даже легкимъ повышеніемъ температуры, такъ что, не зная анамнеза, (а также въ случаѣ перваго приступа мигрени) врачъ можетъ предположить начало острой головной водянки; но дѣло выясняется конечно очень скоро, такъ какъ послѣ сна ребенокъ оказывается совсѣмъ здоровымъ. Сходство съ мозговой рвотой бываетъ еще больше въ томъ случаѣ, если во время мигрени случается повторная рвота, а сонъ наступаетъ не скоро.

Образчикомъ *рвоты отъ отравленія крови* можетъ служить рвота



отъ подкожнаго впрыскиванія апоморфина. Къ этой же категоріи относится *уремическая рвота* при остромъ и хроническомъ воспаленіи почекъ и *рвота отъ хлороформа*, при діагностикѣ которой слѣдуетъ имѣть въ виду, что она отличается иногда чрезвычайной упорностью и можетъ продолжаться въ теченіе нѣсколькихъ дней подрядъ послѣ операциі, — не уступая никакимъ средствамъ. (Замѣчу кстати, что при такой рвотѣ слѣдуетъ испытать перемѣну воздуха, напр., перевезти больного изъ больницы на частную квартиру; извѣстны случаи, когда эта мѣра оказывала на рвоту магическое дѣйствіе).

Leuyden описываетъ *рвоту отъ раздражительной слабости*. (Zeitsch. f. klin. Medic. XII. 4 Heft). Эта рвота по его мнѣнію есть слѣдствіе гиперестезіи желудка у ослабленныхъ и легко возбуждаемыхъ субъектовъ, выздоравливающихъ отъ тяжелыхъ болѣзней. По его наблюденіямъ, это одна изъ самыхъ тяжелыхъ формъ рвоты, потому что она нерѣдко достигаетъ чрезвычайно сильной степени и угрожаетъ опасностью жизни. Часто такая рвота сопровождается судорожной икотой. Поводомъ можетъ служить нарушеніе діеты или какое нибудь лѣкарство (въ случаѣ Leuyden'a — антипиринъ). Особенно опасной эту рвоту Leuyden считаетъ въ періодѣ выздоровленія отъ цереброспинальнаго менингита, тифа и дифтерита. При тифѣ между прочимъ L. наблюдалъ наступленіе сильной рвоты во время лѣченія ваннами, съ отмѣной которыхъ прекращалась и рвота.

Рвота, какъ выраженіе невроза (гиперестезіи) желудка, встрѣчается иногда и помимо лихорадочныхъ болѣзней, просто вслѣдствіе общей нервозности и хлороза, какъ было это напр., въ слѣдующемъ случаѣ:

Дѣвочка 11 лѣтъ, прежде всегда здоровая, поступила въ больницу по поводу ежедневной рвоты, продолжавшейся безъ перерыва въ теченіе двухъ послѣднихъ мѣсяцевъ; рвоты никогда не бываетъ у нея натошакъ, а всегда послѣ пиши, жидкой или твердой, все равно; до рвоты больная въ теченіе цѣлаго мѣсяца страдала икотой. За послѣдніе два мѣсяца больная, по словамъ родителей, испражнялась не болѣе 4 разъ. При поступленіи въ больницу больная была отнюдь не истощена, но только нѣсколько блѣдна и слаба; теперь она можетъ пройти пѣшкомъ съ версту, но до начала болѣзни она была значительно полнѣе и сильнѣе. *Языкъ чистъ*, аппетитъ не дуренъ, жажда нормальна, *подложечка не вздута* и *неболзненна* при давленіи, животъ замѣтно вздутъ, но *неболзненъ* ни самъ по себѣ, ни при давленіи, никакой опухоли въ немъ не прощупывается, на низѣ не было будто бы дней 10, лихорадки и кашля нѣтъ, сонъ хорошъ, глиць не было; t—37; пульсъ—84, правильный, моча безъ бѣлка. На первый день пребыванія въ больницѣ вырвало два раза — утромъ послѣ нѣсколькихъ ложекъ супа и вечеромъ послѣ чая; самый актъ рвоты совершается чрезвычайно легко, безъ всякаго напряженія. *Послѣ ужина (нѣсколько ложекъ кашицы) рвоты не было*. 2-й день — опять двукратная рвота; 3-й день — рвоты не было, прослабило очень густо само собой. Потомъ до 10-го дня было еще одно испражненіе; рвота повторилась не ежедневно.

Назначено: tr. chin. comp.  $\frac{z}{3}$  liq. arsen. Fowl. gttxx Ds. Передъ обѣдомъ и ужинкомъ по 25 капель. Черезъ день послѣ этого рвота и запоръ исчезли и не возвращались даже и тогда, когда черезъ недѣлю мышьякъ былъ отмѣненъ; еще черезъ недѣлю выписана изъ больницы здоровой. Спустя вѣскольکو мѣсяцевъ, больная опять поступила къ намъ по поводу рвоты и на этотъ разъ мышьякъ ужъ не помогъ. Больная скоро была взята родителями и дальнѣйшая ея судьба намъ неизвѣсна.

Вопросъ о томъ, не имѣли-ли мы въ данномъ случаѣ дѣло *со рвотой отъ симуляціи*, остался невыясненнымъ. Легкость, съ которой наступала рвота послѣ самыхъ небольшихъ количествъ пищи, позволяла предполагать, что больная выкидывала пищу, не проглотивъ ее.

Рвоту отъ гиперестезіи желудка (vomitus nervosus) Henoch наблюдалъ преимущественно у нервныхъ дѣтей, въ особенности по утрамъ послѣ торопливой ѣды; въ двухъ случаяхъ (мальчикъ 7 и дѣвочка 8 л.) рвота являлась и днемъ, но не иначе, какъ послѣ какого-нибудь перваго возбужденія. Такая рвота съ перерывами въ нѣскольکو дней продолжалась цѣлые мѣсяцы безъ дальнѣйшихъ послѣдствій и потомъ окончательно прекращалась или самопроизвольно, или подъ вліяніемъ укрѣпляющаго лѣченія.

Отъ рвоты слѣдуетъ отличать выбрасываніе пищи или питья, не дошедшихъ до желудка, что наблюдается во 1-хъ, при суженіяхъ пищевода и во 2-хъ, при параличѣ небной занавѣски.

*Суженія пищевода* въ дѣтскомъ возрастѣ развиваются почти исключительно послѣ ожоговъ горячей водой или ѣдкими веществами, напр., сѣрной кислотой, которая такъ часто употребляется для предохраненія оконныхъ стеколъ отъ замерзанія.

Діагностика не трудна; невозможность проглатыванія твердой пищи или большихъ количествъ жидкости при анамнестическихъ данныхъ вполне достаточны для правильнаго распознаванія; мѣсто и степень суженія опредѣляются желудочнымъ зондомъ.

*Параличъ мягкаго неба* развивается послѣ дифтерита (анамнезъ) и выражается тѣмъ, что при глотаніи пищи или питья больной вдругъ поперхивается и выбрасываетъ пищу черезъ ротъ и носъ; голосъ больного получаетъ носовой оттѣнокъ; при осмотрѣ зѣва легко замѣтить неподвижность небной занавѣски при фонаціи и при раздраженіи ея щекотаніемъ кончикомъ зонда.

### Болезни желудка и кишечника.

#### *Острыя заболѣванія желудка и кишечника у грудныхъ дѣтей.*

Острое расстройство пищеваренія у грудныхъ дѣтей встрѣчается въ трехъ главныхъ формахъ, извѣстныхъ подъ именемъ диспепсiа, катарра тонкихъ кишечника и фолликулярнаго энтерита или катарра толстыхъ кишечника.

Первая форма — *dyspepsia* — обусловливается раздраженіемъ слизистой оболочки желудка и кишечника продуктами броженія непереваренной пищи; расстройство пищеваренія не зависитъ здѣсь отъ какихъ-либо грубыхъ анатомическихъ измѣненій слизистой оболочки, а просто отъ недостаточной дѣятельности желудочнаго сока; впрочемъ, провести рѣзкую границу между диспепсiей и катарромъ желудка нельзя.

Вторая форма имѣетъ своимъ анатомическимъ субстратомъ катарръ слизистой оболочки тонкихъ кишечника, а въ основаніи 3-й формы лежитъ воспаленіе слизистой оболочки толстыхъ кишечника, съ преимущественнымъ пораженіемъ фолликулъ.

Дифференціальная діагностика всѣхъ этихъ видовъ поноса основывается во первыхъ, и главнымъ образомъ, на характерѣ испражнений и во вторыхъ, на сопутствующихъ явленіяхъ. При оцѣнкѣ дѣтскаго стула необходимо обращать вниманіе на *число* испражнений въ теченіе сутокъ, на ихъ *консистенцію*, *цвѣтъ*, *запахъ* и постороннія *примѣси*.

Здоровый грудной ребенокъ, при нормальной дѣятельности желудка марается въ сутки 2—3 раза; испраженія его бываютъ кашцеобразной или киселеобразной консистенціи и не содержатъ избытка воды, т. е., нормальныя испраженія, попавши на простынку, должны промачивать пеленки вокругъ себя приблизительно на 1 снт.; чѣмъ больше воды въ испраженіяхъ, тѣмъ шире дѣлается поясъ влажныхъ пеленокъ. Нормальный стулъ отличается далѣе тѣмъ, что онъ *равномерно* окрашенъ въ прекрасный *желтый* или оранжевый цвѣтъ и обладаетъ слабымъ, не противнымъ кисловатымъ запахомъ; реакція его слабо-кислая; онъ содержитъ обыкновенно замѣтную примѣсь слизи, но она тѣсно смѣшана съ каломъ, а не является въ видѣ отдѣльныхъ комковъ или „гниздъ“, какъ при фолликулярномъ энтеритѣ.

*Диспепсическій* стулъ представляетъ слѣдующія особенности: онъ *обильнъ*, но *не частъ* (вмѣсто 2—3-хъ разъ, ребенка слабитъ до 5 разъ въ сутки) и состоитъ главнымъ образомъ изъ *кала*; содержаніе воды въ немъ почти не увеличено, а потому *консистенція* остается *нормальной киселеобразной*; количество слизи нѣсколько увеличено, но

слизь эта, какъ и въ нормальномъ стулѣ, тѣсно смѣшана съ каломъ, если же она встрѣчается въ отдѣльныхъ комкахъ, то указываетъ на раздраженіе толстыхъ кишекъ и слѣдовательно на переходъ диспепсіи въ фолликулярный энтеритъ. Особенно характеристично для диспепсіи присутствіе въ стулѣ большихъ количествъ неперевареннаго молока, въ видѣ *бѣлыхъ свертковъ*, состоящихъ главнымъ образомъ изъ жира, солей жирныхъ кислотъ, эпителия и казеина. Характерно далѣе и измѣненіе *цвѣта*: билирубинъ желчи при диспепсіи легко переходитъ въ биливердинъ, вслѣдствіе чего желтый цвѣтъ стула является переишпаннымъ съ зеленымъ. Такимъ образомъ, смѣсь желтаго, зеленаго и бѣлаго цвѣта придаютъ диспепсическому стулу довольно своеобразный видъ, оправдывающій сравненіе его съ „рубленными яйцами“. Въ хроническихъ случаяхъ, особенно у дѣтей, вскармливаемыхъ коровьимъ молокомъ, вслѣдствіе недостатка красящихъ веществъ желчи, стулъ является блѣдно-желтымъ или даже и совсѣмъ безцвѣтнымъ.

Запахъ и реакція диспепсическихъ испражнений большей частью бываютъ слабо—или сильно кислые; въ запущенныхъ случаяхъ встрѣчаются и вонючія испраженія, съ запахомъ тухлыхъ яицъ.

Самый актъ дефекаціи совершается легко, нерѣдко съ шумомъ, вслѣдствіе выхода вѣтровъ, но безъ тенезмовъ и безъ боли.

Диспепсія выражается далѣе рвотой, метеоризмомъ и приступами коликъ. *Диспепсическая рвота* является обыкновенно послѣ пищи, иногда тотчасъ, въ другихъ случаяхъ черезъ  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  часа послѣ ѣды, въ сопровожденіи тошноты и безпокойства, чѣмъ она и отличается отъ срыгиванія.

*Метеоризмъ* и *колики* обусловливаются скопленіемъ въ кишкахъ газовъ—продукта броженія непереваренной пищи. Приступы коликъ состоятъ изъ періодически возвращающихся болей живота. Лихорадка при диспепсіи не бываетъ.

Если на основаніи приведенныхъ симптомовъ установлена діагностика диспепсіи, то этимъ сдѣлана только половина дѣла, такъ какъ остается еще опредѣлить причину ея, иначе лѣченіе не можетъ быть успѣшнымъ. Всѣ *причины диспепсіи* могутъ быть сведены на неправильность діеты. У дѣтей, получающихъ грудное молоко, самой частой причиной диспепсіи бываетъ перекармливаніе: или ребенку даютъ грудь чаще, чѣмъ черезъ 2 часа, или позволяютъ ему сосать грудь долѣе 15 минутъ, или кормятъ его всякій разъ изъ обѣихъ грудей, тогда какъ надо соблюдать очередь между грудями. Особенно часто страдаютъ диспепсіей дѣти молодыхъ, здоровыхъ матерей, богатыхъ молокомъ, при слабыхъ грудяхъ (изъ слабой груди молоко бьетъ въ пѣ-

сколько струй уже при легкомъ на нее давленіи пальцами, напротивъ, изъ тугой груди—молоко высасывается и выдавливается труднѣе). Далѣе, причиной диспепсін можетъ быть порча грудного молока подъ вліяніемъ трудноваримой и малопитательной (постной) пищи, а также кислыхъ фруктовъ, регулъ и душевныхъ потрясеній. На свойства молока можетъ имѣть вліяніе и возрастъ (до 20 и послѣ 40 лѣтъ) и состояніе здоровья кормящей, а также время, протекшее со времени родовъ (новорожденные часто получаютъ диспепсію, если ихъ кормить кормилица со старымъ молокомъ). Причины диспепсін у рожковыхъ дѣтей такъ многочисленны и разнообразны, что можно указать лишь на главнѣйшія: коровье молоко дурного качества (не говоря о подмѣсахъ, здѣсь можетъ имѣть значеніе и содержаніе коровы), особенно прокисшее или если молоко недостаточно разводится водой и дается съ какими-нибудь прибавками, не соответствующими возрасту ребенка: такъ напр., можно считать за доказанное, что для дѣтей до 3—4 мѣсяцевъ не годятся ни крахмалъ, ни какао, ни разные сорта кофе, (а стало быть и мука Нестле!). О діагностикѣ всѣхъ этихъ причинъ не распространяюсь, такъ какъ она основывается просто на анамнезѣ.

Нѣкоторые авторы, по почину Demme и Biedert'a, описываютъ еще другого рода диспепсію, характеризующуюся появленіемъ испражнений, очень богатыхъ жиромъ и извѣстную подъ именемъ *жирового поноса*. Это страданіе всегда отличается упорствомъ и излѣчивается только посредствомъ пищи бѣдной жиромъ. По Biedert'у для точной діагностики требуется химическое опредѣленіе процентнаго содержанія жира въ сухомъ остаткѣ испражнений. При жировомъ поносѣ  $\%$  жира колеблется отъ 41 до 67, а въ нормальномъ стулѣ отъ 4 до 25. Для цѣлей практическаго врача можно ограничиться менѣе кропотливымъ, микроскопическимъ изслѣдованіемъ: небольшая частица испражнений разбавляется на объективномъ стеклышкѣ каплей воды и изслѣдуется; въ нормальномъ стулѣ на полѣ зрѣнія микроскопа появляются только мелкія капли жира и при томъ въ ничтожномъ количествѣ, между тѣмъ какъ при жировомъ поносѣ все поле занято крупными каплями жира или кристаллами жировыхъ кислотъ и солей.

Позднѣ Uffelmann и Черновъ показали, что значительное увеличеніе процента жира въ испраженіяхъ оказывается при всякой диспепсін, такъ что руководствоваться этимъ признакомъ въ дѣлѣ діагностики жирового поноса нельзя, а потому и самое существованіе жирового поноса, какъ особой формы диспепсін, приходится считать не доказанной.

При остромъ катаррѣ тонкихъ кишекъ испражненія, какъ и при диспепсiи, обильны, но при томъ значительно учащены (6—8 разъ въ сутки) и вслѣдствіе преобладанія воды надъ прочими составными частями—жидки, водянисты, блѣдны и выходятъ сильной струей и съ шумомъ отъ выдѣляющихся газовъ. Животъ обыкновенно вздутъ, но при давленіи неболъзненъ. Лихорадки не бываетъ.

При одновременномъ пораженіи желудка является и рвота. Подобныя формы гастро—энтерита составляютъ переходъ отъ простаго катарра тонкихъ кишекъ къ дѣтской холерѣ, извѣстной также подъ именемъ *лѣтняго поноса*.

**Дѣтская холера** почти исключительно свойственна дѣтямъ, воспитывающимся на коровьемъ молокѣ и живущимъ въ дурныхъ, *душиныхъ* квартирахъ. Въ смыслѣ патолого-анатомическомъ дѣтская холера есть ничто иное, какъ очень острый катарръ всего тракта желудочно-кишечнаго канала, по всей вѣроятности, микотического происхожденія; по крайней мѣрѣ, проф. Demme находилъ при аутопсiи слизистую оболочку желудка и кишекъ сплошь покрытой кучками бактерій, а въ трехъ случаяхъ ему удалось констатировать подъ микроскопомъ, что бактеріи проникали не только въ млечные сосуды кишекъ, но даже и въ брыжжеечныя железы. Это обстоятельство, въ связи съ внезапнымъ наступленіемъ болѣзни, иногда при высокой лихорадкѣ, несоразмѣрно быстрымъ развитіемъ коллапса и смертельнымъ исходомъ, не всегда соответствующимъ числу и качеству испражнений, даетъ автору поводъ признать такого рода случаи лѣтняго поноса за настоящій острый микозъ кишекъ, т. е., за *инфекціонный катарръ*. Клинически дѣтская холера выражается, какъ и эпидемическая, чрезвычайно упорной рвотой, сильнѣйшимъ поносомъ и *быстрымъ наступленіемъ коллапса*. Больного слабитъ разъ 10—20 въ сутки; испражненія совершенно жидки, какъ вода, очень обильны и совершенно не окрашены желчью (пеленки смочены точно мочей); отъ примѣси кишечнаго эпителия и массы грибковъ они мутны, вначалѣ кислой, позднѣе щелочной реакціи съ едва замѣтнымъ, иногда амміачнымъ, запахомъ; животъ вслѣдствіе частыхъ испражненій мягокъ и невздутъ; лихорадки обыкновенно не бываетъ, но иногда въ началѣ болѣзни температура быстро подымается до 39—40°. Безпрестанная рвота и обильный поносъ сопровождаются не только сильной жаждой и ничтожнымъ отдѣленіемъ мочи (иногда дѣло доходитъ, какъ и при cholera epid., до полной анурии), но и быстро наступающими явленіями коллапса, составляющаго отличительный признакъ дѣтской холеры отъ простаго катарра желудка и кишекъ. Въ такомъ случаѣ прежде всего замѣчается похолоданіе конечностей, малый и частый пульсъ, большая

слабость, а позднѣе развивается ціанозъ (губы), глаза вваливаются, пульсъ почти исчезаетъ, слизистая оболочка рта холодна, покрыта клейкой слизью; хриплый слабый голосъ; родничекъ впадаетъ, кости черепа заходятъ одна подъ другую (края лобной и затылочной костей заходятъ подъ края темянныхъ). Незадолго до смерти появляется *склерема*, т. е., затвердѣніе кожи и подкожной клѣтчатки, зависящее отъ всасыванія въ кровь паренхиматозныхъ жидкостей. Склерема, какъ и похолоданіе кожи, начинается съ ногъ и рукъ, а потомъ идетъ вверху, на ягодицы и туловище и даже лицо. Въ послѣднемъ періодѣ наступаетъ спячка, сведеніе затылка и наконецъ, смерть при явленіяхъ т. н. гидроцефалоида. Теченіе дѣтской холеры очень острое: смерть или поворотъ къ выздоровленію наступаютъ черезъ нѣсколько дней.

Дѣтскую холеру всего легче смѣшвать съ *эпидемической холерой*, такъ какъ случаи въ обоихъ случаяхъ одинаковы. Діагностика основывается лишь на характерѣ эпидеміи: азіатская холера не падаетъ ни взрослыхъ, ни дѣтей и не стоитъ въ такой близкой зависмости отъ лѣтней жары, какъ холера дѣтская, которая съ наступленіемъ прохладныхъ дней быстро ослабѣваетъ.

Какъ о легкой степени кишечнаго мѣкоза или какъ о продромальномъ поносѣ, можно еще упомянуть о томъ, что во время жаркихъ лѣтнихъ мѣсяцевъ у дѣтей часто появляются расстройства пищеваренія въ видѣ весьма жидкихъ, кислыхъ испражнений, чрезвычайно вонючій запахъ которыхъ, а также громадное содержаніе въ нихъ грибковъ, прямо указываютъ на то, что нормальный процессъ пищеваренія уступилъ мѣсто гніенію пищи въ тонкихъ кишкахъ, а можетъ быть и въ желудкѣ.

Симптомы остраго **катарра толстыхъ кишекъ** *enteritis follicularis*—легко объясняются участіемъ въ процессѣ слизистой оболочки прямой кишки. Испражненія состоятъ главнымъ образомъ изъ безцвѣтной или зеленоватой *слизи*, иногда окрашенной кровью; они *не обильны*, но зато очень *часты*; больного слабятъ разъ 10—15 въ сутки, при чемъ (въ отличіе отъ катарра тонкихъ кишекъ и дѣтской холеры) всякій разъ появляются *болѣзненные тенезмы* въ прямой кишкѣ и *жиленіе*. Слизистый стулъ почти совсѣмъ не пахнетъ; въ *легкихъ* случаяхъ послѣ нѣсколькихъ слизистыхъ испражнений появляется нормальный или жидкій каловый стулъ изъ верхнихъ отдѣловъ кишекъ, а послѣ этого опять видѣляется голая слизь; въ болѣе серьезныхъ случаяхъ то же самое наблюдается только послѣ назначенія слабительнаго, а въ самыхъ тяжелыхъ—калового стула не удается вызвать даже и касторовымъ масломъ (этимъ можно руководствоваться при предсказаніи). *Животъ* обыкновенно нѣсколько *валивается*, иногда замѣчается болѣзненность

при давленіи въ области нисходящей части толстой кишки. Дальнѣйшее отличіе фолликулярнаго энтерита отъ другихъ видовъ катарра состоитъ въ томъ, что онъ сопровождается обыкновенно *лихорадочнымъ состояніемъ*, котораго впрочемъ въ легкихъ случаяхъ можетъ и не быть. Легкія формы enter. follic. могутъ кончиться выздоровленіемъ въ 2—3 дня, а въ болѣе тяжелыхъ поносъ затягивается недѣли на 2—3 и дольше или переходитъ въ хроническій катарръ кишекъ.

Въ послѣднее время нѣкоторые французскіе авторы, по почину Haуem'a (Hammon, Vigier, Winter, Delattre, Lesage) отличаютъ еще особую форму поноса, описываемую ими подъ именемъ *зеленаго поноса*, зависящаго отъ развитія въ кишечникѣ хромогеннаго (зеленаго) бацилла. Не всякій зеленый поносъ у дѣтей непременно бацилярный, такъ какъ *зеленый дѣтъ испражненій можетъ зависѣть и отъ примѣси желчи*—это *желчный зеленый поносъ* французскихъ авторовъ. Отличить эти два вида зеленаго поноса легко и безъ микроскопа; стоитъ только подѣйствовать на испражненія азотной кислотой: если окраска зависѣла отъ желчи, то зеленый цвѣтъ или прямо переходитъ въ фіолетовый и розовый или сначала зеленая окраска дѣлается болѣе насыщенной; въ случаѣ-же бацилярнаго поноса испражненія отъ азотной кислоты обезцвѣчиваются. Для діагностики имѣетъ значеніе и возрастъ: желчный зеленый поносъ всего чаще встрѣчается у дѣтей первыхъ двухъ мѣсяцевъ жизни, у которыхъ бацилярный является крайне рѣдко; напротивъ того, отъ 2 до 12 мѣсяцевъ зеленый поносъ чаще зависить отъ хромогеннаго бацилла. Послѣ двухъ лѣтъ этотъ послѣдній почти никогда не встрѣчается.

Lesage различаетъ 3 степени зеленаго бацилярнаго поноса у дѣтей: легкую, среднюю и тяжелую. Первая степень безлихорадочная, число испражненій не болѣе 6, выздоровленіе въ нѣсколько дней. При средней формѣ число испражненій отъ 6—10, ребенокъ лихорадитъ, поносъ нерѣдко затягивается въ хроническую форму. Тяжелая форма или холероподобный зеленый поносъ: число испражненій до 20, скоро развивается колющая, но рвоты, въ отличіе отъ дѣтской холеры, обыкновенно не бываетъ вовсе или она незначительна. Смерть можетъ наступить въ 36—48 часовъ.

### *Острыя заболѣванія желудка и кишекъ у дѣтей старшаго возраста.*

Скоро проходящій катарръ желудка у дѣтей встрѣчается въ острой и подострой формѣ.



**Острый катарръ** или засореніе *желудка*—Gastritis ac. s. gastricismus нерѣдко появляется у дѣтей совершенно здоровыхъ послѣ грубыхъ погрѣшностей въ діетѣ (обильное употребленіе конфектъ, въ особенности шоколадныхъ, фруктовъ, закусокъ и т. п.) и выражается съ самаго начала рвотой, обыкновенно повторной, и сильнымъ лихорадочнымъ состояніемъ (до 40°); на нязъ въ началѣ болѣзни бываетъ обыкновенно запоръ, но позднѣе можетъ появиться и поносъ съ болями живота; полное отсутствіе аппетита, дурной вкусъ и непріятный запахъ изо рта, обложенный языкъ и значительная жажда, особенно къ холодному питью, замѣчаются ужъ съ самаго начала.

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

Вторая форма — **gastritis subacuta** начинается постепенно съ потери аппетита, головной боли, общей слабости и вялости и протекаетъ съ незначительной лихорадкой и съ желтухой, но нерѣдко безъ рвоты и безъ поноса (хотя то и другое можетъ и быть). Лихорадочное состояніе, колеблющееся между 37,8—38,5, затягивается дней на 10—14. Въ случаѣ существованія начальной рвоты, болѣзнь эта можетъ быть принята за туберкулезный менингитъ, начало котораго тоже обозначается рвотой, головной болью, запоромъ, апатіей и легкимъ повышеніемъ температуры.

Основаніемъ діагностикѣ могутъ служить *чисто обложенный языкъ* и непріятный запахъ изо рта, вздутость и легкая болѣзненность подложечки при давленіи на нее и *желтизна конъюнктивъ*. Діагностическое значеніе въ пользу засоренія желудка можетъ имѣть также и *herpes labialis*, который почти никогда не бываетъ при туберкулезномъ менингитѣ, но часто встрѣчается при „желудочной лихорадкѣ“. Наоборотъ, противъ гастрита и за менингитъ говоритъ неправильный и въ то же время замедленный пульсъ (одна неправильность безъ замедленія не имѣетъ особаго значенія), слегка ввалившійся животъ и чистый языкъ.

**Острый катарръ тонкихъ кишекъ** у дѣтей болѣе взрослыхъ ничѣмъ существеннымъ не отличается отъ того же катарра у субъектовъ зрѣлаго возраста. Онъ характеризуется довольно частыми (4—6 разъ въ сутки) обильными, жидкими испражнениями, сопровождающимися схваткообразными болями живота.

**Хроническій катарръ желудка.** *Catar. ventriculi chron.* въ дѣтскомъ возрастѣ рѣдко встрѣчается въ рѣзко выраженной формѣ, столь свойственной взрослымъ и выражающейся отрыжками, изжогами, рвотой большихъ количествъ слизи и значительной болѣзненностью подложечной области при давленіи. Чаше мы встрѣчаемся съ легкими степенями катарра желудка, при которыхъ больные теряютъ аппетитъ, худѣютъ, дѣлаются вялыми и вообще представляютъ картину малокровія, о которомъ была рѣчь въ главѣ объ аппетитѣ, гдѣ указаны также и основанія для дифференціальной діагностики.

Хроническій катарръ желудка у дѣтей сравнительно рѣдко комбинируется съ *расширеніемъ его*: главные признаки *dilatationis ventriculi* состоятъ въ обильной рвотѣ, которой выбрасывается пища, принятая болѣе сутокъ тому назадъ и въ значительномъ распространеніи тимпаническаго тона желудка (до уровня пупка и ниже); послѣ приѣма шпучей смѣси удается иногда видѣть границы желудка; въ сомнительныхъ случаяхъ прибѣгаютъ, какъ и у взрослыхъ, къ изслѣдованію желудочнымъ зондомъ.

**Хроническій катарръ кишекъ.** *Catarrhus intestinalis chronicus* всего чаще встрѣчается у дѣтей отъ года до 3 лѣтъ. Въ однихъ случаяхъ поражаются по преимуществу тонкія кишки, въ другихъ — толстыя (хроническій фолликулярный энтеритъ).

Картины болѣзней при *хронич. катаррѣ тонкихъ кишекъ* и при *хронич. фолликулярномъ энтеритѣ* довольно сходны между собой, такъ какъ острый катарръ при переходѣ въ хроническую форму не остается на первоначальномъ мѣстѣ своего появленія, а распространяется обыкновенно на весь трактъ кишечнаго канала. Въ патолого-анатомическомъ отношеніи сходство состоитъ въ томъ, что въ обоихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ распространеннымъ катарромъ слизистой оболочки тонкихъ и толстыхъ кишекъ и съ припуханіемъ брыжеечныхъ железъ и фолликулъ, съ тою лишь разницею, что при *enteritis fol. chr.* на первый планъ выступаетъ изъязвленіе фолликулъ толстыхъ кишекъ и прямой, что отражается и на клинической картинѣ страданія, тогда какъ при хронич. катаррѣ тонкихъ кишекъ, вслѣдствіе постоянного метеоризма, рѣзче выступаетъ атрофія всей стѣнки кишки вмѣстѣ съ фолликулярнымъ аппаратомъ.

Сходство симптомовъ состоитъ въ слѣдующемъ: испражненія въ обоихъ случаяхъ обильны, сѣровато-желтоватаго или глинистаго цвѣта, жидки и чрезвычайно вонючи; въ обоихъ случаяхъ ребенокъ представляетъ высокую степень истощенія и анеміи; нерѣдко являются отеки рукъ и ногъ (кисти, ступни и голени), въ исключительныхъ случаяхъ дѣло можетъ дойти и до общей водянки, съ скопленіемъ жидкости въ серьезныхъ полостяхъ; подкожный жиръ исчезаетъ; во всѣхъ случаяхъ дѣти страдаютъ бессонницей и выказываютъ сильную жажду.

Отличія состоятъ въ томъ, что при *хронич. кат. тонкихъ кишекъ* испражненія жидки, иногда даже совсѣмъ водянисты, нерѣдко содержатъ богатую примѣсь непереваренной пищи, но *не слизисты*; слабить больного легко, *безъ жиленія* и безъ боли (иногда бываютъ схваткообразныя боли передъ испражненіемъ) и не особенно часто—раза 4 въ сутки, рѣдко больше 6; *животъ* всегда *сильно вздутъ*.

При *enter. fol. chron.* хотя и появляются такія же испражненія, какъ и при хронич. катаррѣ тонкихъ кишекъ, но въ перемежку съ ними выдѣляются испражненія, вполне характерныя для пораженія толстой кишки: они *скудны*, состоятъ по преимуществу изъ *тойной слизи*, иногда съ примѣсью крови и сопровождаются ясно замѣтнымъ *жиленіемъ*, а иногда и болью; число испражненій рѣдко бываетъ меньше 6, обыкновенно же *больше 10* въ сутки, а потому вздутіе живота при *ent. fol. chr.*, хотя бы и осложненной катарромъ тонкихъ кишекъ, никогда не достигаетъ такой степени, какъ при обыкновенномъ катаррѣ. Животъ, если нѣсколько и вздутъ, то все-таки мягокъ, тѣстообразенъ.

При всякомъ хроническомъ поносѣ можетъ явиться вопросъ о томъ, не зависить ли поносъ отъ туберкулеза кишекъ и нѣтъ ли у ребенка казеознаго (туберкулезнаго) перерожденія брыжжеечныхъ железъ. Такъ какъ симптомовъ, специально указывающихъ на то или другое пораженіе, мы не знаемъ (туберкулезно перерожденные брыжжеечныя железы, спавшаяся между собой, хотя и образуютъ иногда значительной величины опухоль съ бугристой поверхностью въ области пупка, но прощупать подобную опухоль при жизни удается крайне рѣдко, такъ какъ этому препятствуетъ обыкновенно напряженіе брюшныхъ стѣнокъ вслѣдствіе метеоризма), то предполагать существованіе туберкулеза кишекъ или железъ мы можемъ лишь въ томъ случаѣ, если хронич. поносъ развивается у ребенка, страдающаго туберкулезомъ другихъ органовъ. Въ дополненіе къ сказанному мы приведемъ здѣсь діагностическую таблицу, заимствованную нами у Widerhofer'a. (Jahrb. f. Kinderh. VI B. S. 16 и 17. Die Semiotik des Unterleibs).

Хронич. катарръ кишекъ.	Туберкулезъ кишекъ.	Творож. перерожденіе брыжжечн. железъ.
<p>Всего чаще встрѣчается у дѣтей послѣ отнятія отъ груди, потомъ все рѣже и рѣже до 4 лѣтъ.</p>	<p>Появляется вообще не ранѣе 3-го года, потомъ все чаще и чаще до 6 лѣтъ у дѣтей туберкулезныхъ родителей.</p>	<p>Почти никогда раньше 3-го года; наибольшее распространеніе отъ 5 до 10 л., большею частью у дѣтей туберкулезн. родителей.</p>
<p>Испражненія не обильны; но поносъ постоянный, хотя бы только 2—3 раза въ день.</p>	<p>Поносъ дѣлаетъ паузы въ нѣсколько дней или недѣль и потомъ появляется снова; только въ случаѣ обширнаго пораженія кишекъ поносъ дѣлается постояннымъ.</p>	<p>Поносъ съ паузами.</p>
<p>Испражненія, состоящія изъ слизи, гноя и крови, чередуются съ катарральными или кашицеобразными, которыя только тогда содержатъ неперевар. остатки пищи, когда очень часты.</p>	<p>Испражн. состоятъ по преимуществу изъ кала, <i>нѣкоторыя пищевыя вещества выходятъ совсѣмъ непереваренными</i>, особенно богатыя жиромъ (мозгъ, желтокъ яйца, плотный жиръ).</p>	<p>Главная составная часть вода; въ испраж. <i>тоже много жира</i>, плавающего на поверхности жидкихъ испражн. и легко различимаго глазомъ.</p>
<p>Слизистыя испражненія выходятъ при тенезмахъ, а катарральныя съ коликообразными схватками.</p>	<p>Боли схваткообразныя никогда не достигаютъ сильной степени, но сопровождаются обыкновенно познаниемъ.</p>	<p>Боли обыкновенно въ времени испражн.; опѣ наступаютъ внезапно и скоро проходятъ; особенно часто возвращаются послѣ вѣды.</p>
<p>Животъ обыкновенно вздутъ въ области colon transvers. и при изслѣдованіи reg. iliacae нижняя часть col. descend. и въ особенности S roman. оказы-</p>	<p>ваетъ не видно особого вздутія, нѣрѣдко весь животъ мягокъ и чувствителенъ при давленіи; ин. область слѣпой кишки напряжена и болѣзненна при</p>	<p>Животъ вздутъ и напряженъ; на нѣкоторыхъ мѣстахъ (при periton. chr.) очень чувствителенъ и въ такомъ случаѣ <i>въ области пупка прощупы-</i></p>

Хронич. катарръ кишекъ.	Туберкулезъ кишекъ.	Творож. перерожденіе брыжжечн. железъ.
<p>ваются припухшими и при болѣе сильномъ давленіи болѣзненными.</p>	<p>глубокомъ давленіи.</p>	<p><i>ваются болѣзненные узлы</i>, тѣсно соединенные съ брюшной стѣнкой и неподвижные.</p>
<p>Лихорадка умѣренная, равномерн. краснота щекъ во время жара. Кожа то суха, то влажна; блѣдна.</p>	<p>Лихор. умѣренная, экзацербациі обозначаются знобами; ограничен. краснота щекъ: кожа суха, на рукахъ и бедрахъ покрыта буроватыми чешуйками (<i>rutigiasis tabescentium</i>) и обильными волосами.</p>	<p>Лихор. очень умѣренная или совсѣмъ отсутствуетъ; кожа очень суха и блѣдна. На кожѣ живота прощупываются лимфатическія железки въ видѣ маленькихъ узелковъ.</p>
<p>Губы сухи, язвѣлены, и больной постоянно возится съ ними, обдирая чешуйки.</p>	<p>Тоже самое.</p>	<p>Нормальны. Больной настоятельно требуетъ сухой, крахмалистой пищи.</p>
<p>Остальные органы здоровы.</p>	<p>Часто можно доказать туберкул. легкихъ; большею частью бываетъ гиперплазія или творож. перерожденіе перитонеальныхъ железъ; никогда не отсутствуетъ значительная припухлость паховыхъ и шейныхъ железъ.</p>	<p>Припухлость и твердость паховыхъ и бронхиальныхъ железъ; золотуха (туберкулезъ) другихъ органовъ.</p>
<p>Похуданіе начпнается значительное время спустя послѣ появленія поноса.</p>	<p>Похуданіе наступаетъ скоро и постоянно прогрессируетъ.</p>	<p>Похуданіе наступаетъ медленно; во время паузъ больной нѣсколько поправляется.</p>
<p>Лѣкарства и покой всегда приносятъ нѣкоторую пользу; рецидивы вызываются обыкновенно нарушеніемъ</p>	<p>Лѣкарства и постельное содерж. или совсѣмъ не оказываютъ дѣйствія, или поносъ прекращ. лишь</p>	<p>Лѣкарства и покой дѣйствуютъ какъ при катаррѣ, но рецидивы часты.</p>

Хронич. катарръ кишекъ.	Туберкулезъ кишекъ.	Творож. перерожденіе брыжжеещн. железъ.
<p>діеты. Наибольшаго успѣха можно ждать отъ полнаго измѣненія діеты и перемѣны климата.</p> <p>Продолжительность 4—8 недѣль и потомъ съ прекращеніемъ лихора. наступаетъ прочное выздоровленіе. Изрѣдка встрѣчаются случаи, затягивающіеся на годъ и дольше.</p>	<p>на время и снова появляется безъ всякой замѣтной причины.</p> <p>2—6 мѣсяцевъ; при перерывахъ до года; въ случаѣ наступленія улучшенія, нельзя считать на прочность его.</p>	<p>Неопредѣлен. продолжительность. Выздоровленіе возможно, если дѣло не дошло еще до перитонита или до другихъ послѣдствій туберкулизаціи железъ.</p>

У дѣтей встрѣчается еще (и притомъ не особенно рѣдко) особая форма хроническаго поноса, служащаго выраженіемъ маскированной болотной лихорадки и отличающагося отъ всѣхъ другихъ видовъ хроническаго поноса своей періодичностью.

Подобный *периодическій поносъ* всего чаще встрѣчался мнѣ у дѣтей отъ 5 до 10 лѣтъ (по Вohn'у — чаще у грудныхъ). Ребенка слабитъ отъ 3 до 5 разъ въ сутки жидкимъ, воюющимъ, каловымъ стуломъ, обыкновенно въ теченіе немногихъ часовъ, а въ остальную часть сутокъ ребенокъ или совсѣмъ не марается или испражняется, нормальнымъ стуломъ. Такая смѣна жидкихъ испражнений нормальными и наоборотъ, довольно характерна для случаевъ болотнаго поноса. Поносъ является въ видѣ пароксизмовъ изо дня въ день и приблизительно всегда въ одно и то же время, *большую частью ночью или утромъ*. Повышенія температуры въ періодъ поноса не бываетъ, но селезенка нерѣдко оказывается настолько припухшей, что прощупывается. До нѣкоторой степени характерно для болотнаго поноса, — сравнительно *хорошій видъ больного*; не смотря на долго продолжающійся поносъ (въ теченіе мѣсяцевъ), подкожный жиръ не исчезаетъ, блѣдность покрововъ и слизистыхъ оболочекъ не велика, больной вовсе не смотритъ вахетичнымъ. Характерно далѣе и то, что желудочное пищевареніе остается въ полномъ порядкѣ: при чистомъ языкѣ больные сохраняютъ прекрасный аппетитъ и могутъ безнаказанно поѣдать гораздо больше

того, чѣмъ имъ даютъ. Наконецъ, еще одна важная особенность періодическаго поноса состоитъ въ томъ, что онъ не уступаетъ ни строгому діететическому лѣченію, ни назначенію опія и вяжущихъ, но *быстро проходитъ отъ хинина*. Одного, много двухъ приемовъ хинина, данныхъ за нѣсколько часовъ до появленія жидкихъ испражнений, часто бываетъ достаточно, чтобъ сразу прекратился поносъ, упорно не уступавшій лѣченію въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ.

Въ свѣжихъ случаяхъ болотный поносъ проявляется большею частью въ формѣ слизистаго или кроваваго поноса съ жиленіемъ и повышеніемъ температуры; замѣчательно, что нерѣдко жаръ держится только одинъ день, но достигаетъ значительной степени, напр., градусовъ 40, такъ что въ виду такой температуры кровавый поносъ производитъ на врача впечатлѣніе очень серьезное, но дальнѣйшее теченіе не оправдываетъ опасеній. При этихъ острыхъ формахъ болотнаго поноса періодичность не бываетъ такъ рѣзко выражена, какъ при хроническихъ, такъ какъ слизистыя испраженія появляются въ теченіе цѣлыхъ сутокъ, но въ *известные часы частота испражнений замѣтно усиливается*. Въ легкихъ случаяхъ, впрочемъ, и при острыхъ формахъ замѣчается строгая періодичность, при чемъ во время аппрексии появляется нормальный стулъ. По Vohn'y \*) кровавый болотный поносъ отличается отъ обыкновенной дизентеріи отсутствіемъ тенезмовъ, жиленія и боли живота, но это наблюденіе подтверждается далеко не во всѣхъ случаяхъ.—Острыя формы тоже уступаютъ только хинину.

Діагностика болотнаго поноса не трудна; она основывается, главнымъ образомъ, на типичной періодичности поноса (не надо только ожидать возвращенія его всякій день часъ въ часъ; разница на 2—3 часа ничего не значить). Подспорьемъ діагностикѣ служитъ въ острыхъ случаяхъ начальное повышеніе температуры и опухоль селезенки (хотя ни то, ни другое необязательно), въ хроническихъ—хорошій общій видъ больного, чистый языкъ, удовлетворительный аппетитъ и анамнезъ (больной или хворалъ перемежающейся лихорадкой или, покрайней мѣрѣ, жилъ въ болотной мѣстности, въ сыромъ домѣ и т. п.), а также безрезультатность лѣченія опіемъ и другими общеупотребительными средствами.

Не смотря на легкость діагностики, болотный поносъ узнается всетаки далеко не всегда; очень нерѣдко случается такъ, что больной хроническимъ поносомъ переходитъ въ теченіе нѣсколькихъ мѣся-

---

\*) Jahrb. f. Kinderh. 1873 VI s. 115.

цевъ отъ одного врача къ другому, перепробуетъ множество лѣкарствъ, рекомендованныхъ противъ хронич. катарра кишекъ и наконецъ быстро выздоравливаетъ отъ нѣсколькихъ гранъ хинина. Подобныя недоразумѣнія объясняются малымъ знакомствомъ врачей съ болотнымъ поносомъ, несправедливо считающимся рѣдкостью; врачи забываютъ объ его существованіи и потому, разспрашивая о числѣ испраженій, никогда не спрашиваютъ о томъ, *когда* именно больного слабитъ, въ какіе часы, а въ этомъ вся суть. \*) Словомъ, *чтобы легко узнать болотный поносъ, надо имѣть его въ виду.*

### Семіотика кровавыхъ испраженій.

Присутствіе крови въ испраженіяхъ узнается обыкновенно легко при простомъ осмотрѣ стула, видъ и цвѣтъ котораго различно измѣняются не только отъ количества примѣшанной къ нему крови, но также и отъ того, *гдѣ* произошло кровотеченіе (т. е. ближе или дальше отъ желудка) и какъ долго оставалась кровь въ кишкахъ. Вообще говоря, чѣмъ ближе къ желудку произошло кровотеченіе, тѣмъ дольше кровь остается въ кишкахъ и, слѣдовательно, тѣмъ болѣе подвергается она дѣйствию пищеварительныхъ соковъ, отчего выходитъ наружу сильно измѣненной въ цвѣтѣ (потемнѣвшей). Кровяные шарики являются подъ микроскопомъ изуродованными или совсѣмъ разрушенными; кровь въ этихъ случаяхъ успѣваетъ тѣсно смѣшаться съ каломъ, который получаетъ равномерный темнобурый или даже черный цвѣтъ. Но подобная окраска кала въ черный цвѣтъ наблюдается также при употребленіи нѣкоторыхъ средствъ, напр., желѣза, черники, угля и проч. Чтобы узнать въ сомнительныхъ случаяхъ примѣсъ крови, стоитъ только распустить кусочекъ кала въ водѣ: послѣдняя немедленно окрашивается отъ крови въ красный цвѣтъ. Кровь безъ примѣси кала происходитъ обыкновенно изъ толстой кишки; впрочемъ, если испраженія часты и кровотеченіе, хотя бы и въ верхнихъ отдѣлахъ кишекъ, обильное и повторное, то и въ этихъ случаяхъ стулъ можетъ состоять изъ одной крови, которая выходитъ тогда или жидкой легкообразной, или свернувшейся, но во всякомъ случаѣ темной, сильно измѣненной. Чистая, пунцовая кровь, не смѣшанная съ каломъ, а только приставшая къ нему, является навѣрное изъ прямой кишки.

---

\*) Виноваты въ этомъ и наши руководства по дѣтскимъ болѣзнямъ, въ большинствѣ которыхъ болотный поносъ совсѣмъ игнорируется.



Причины кровотеченій съ возрастомъ ребенка измѣняются и поэтому въ позднѣйшихъ возрастахъ мы не наблюдаемъ нѣкоторыхъ видовъ кровотеченій, съ которыми встрѣчаемся у грудныхъ, а потому можно раздѣлять всѣ относящіеся сюда случаи на 2 группы: къ 1-й относятся кишечныя кровотеченія, наблюдаемыя исключительно у новорожденныхъ и въ первые мѣсяцы жизни, ко 2 й—у дѣтей старшаго возраста.

Къ 1-й группѣ относятся кишечныя кровотеченія при *melana neonatorum* и при временной гемофилии, о чемъ было ужъ говорено въ главѣ о кровавой рвотѣ (стр. 85).

По *Bohn*'у кровавыя испраженія у дѣтей до года нерѣдко являются вслѣдствіе заболѣванія ихъ перемежающейся лихорадкой.

Кровавыя испраженія у дѣтей болѣе взрослыхъ тоже бывають, какъ при желудочныхъ, такъ и при кишечныхъ кровотеченіяхъ. Причины послѣднихъ сводятся: 1) на общія болѣзни, такъ назыв., болѣзни крови; 2) на болѣзни отдаленныхъ органовъ, при которыхъ затрудняется отливъ крови изъ кишечныхъ венъ и въ 3) на болѣзни самихъ стѣнокъ кишекъ.

Къ болѣзнямъ первой категоріи относятся *variola haemorrhagica*, *morbus maculosus Werlhofii* и *scorbut*. Во всѣхъ этихъ случаяхъ кровотеченіе происходитъ обыкновенно въ верхнихъ частяхъ кишекъ, отчего кровь выходитъ или тѣсно смѣшанной съ каломъ, или, при повторныхъ и частыхъ кровотеченіяхъ, безъ него, но во всякомъ случаѣ значительно измѣненной. Диагностика въ большинствѣ случаевъ легка и именно на основаніи измѣненій, представляемыхъ кожей и слизистыми оболочками, характерныхъ для данной болѣзни, какъ напр., болѣзнь десенъ при скорбутѣ, *rigura* при *Verlhogf*овой болѣзни и т. п. Всего труднѣе узнать геморрагическую оспу, особенно въ началѣ оспенной эпидеміи, такъ какъ *variola haemog.* протекаетъ очень быстро и нерѣдко убиваетъ больного, прежде чѣмъ успѣетъ показаться папулезная оспенная сыпь; петехіи на кожѣ и кровоизліянія во внутренніе органы являются уже на 1-й день предвѣстниковъ въ сопровожденіи очень сильнаго лихорадочнаго состоянія съ бредомъ и конвульсіями.

Къ числу общихъ болѣзней, при которыхъ можетъ появиться кровь въ испраженіяхъ, относятся также всѣ страданія, ведущія къ глубокому истощенію организма, каковы: *morb. Brightii chron.*, костоѣда, хронич. поносы и проч. Такіе субъекты предъ смертью почти всегда получаютъ упорные водянистые поносы, во время которыхъ появляются иногда (хотя и рѣдко) и кровавыя испраженія, вѣроятно вслѣдствіе разрыва амилоидно—перерожденныхъ сосудовъ.

Случаи второй категоріи, т. е., кишечныя кровотеченія вслѣдствіе

затрудненнаго отлива венозной крови встрѣчаются у дѣтей въ исключительно рѣдкихъ случаяхъ, какъ и тѣ болѣзни печени, отъ которыхъ всего чаще зависятъ кишечныя кровотеченія. Такъ какъ притомъ кровянистыя испражненія въ подобныхъ случаяхъ отступаютъ совсѣмъ на задній планъ, то мы и не будемъ говорить о нихъ.

Къ 3-й категоріи относятся во 1-хъ, различныя *изъязвленія* слизистой оболочки *тонкихъ кишекъ*. Язвы являются обыкновенно вслѣдствіе общихъ страданій организма, а всего чаще при тифѣ и бугорчаткѣ. Діагностика этихъ язвъ не всегда возможна, такъ какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ онѣ не вызываютъ никакихъ рѣзкихъ симптомовъ; почти всегда, правда, онѣ сопровождаются поносомъ, но этотъ послѣдній зависитъ не отъ язвъ, а отъ сопровождающаго ихъ катарра; гдѣ нѣтъ послѣдняго, тамъ, не смотря на язвы, могутъ быть запоры, какъ напр., это имѣло мѣсто въ наблюденіяхъ Rilliet и Barthez'a въ случаяхъ туберкулезныхъ язвъ кишечника (Kinderkrankheiten III. s. 993); тѣ же авторы отмѣтили и тотъ фактъ, что сила поноса не зависитъ отъ числа язвъ. Боль въ ограниченномъ мѣстѣ живота, усиливающаяся при давленіи, тоже иногда наблюдается при язвахъ, но можетъ и отсутствовать, такъ какъ она зависитъ тоже не отъ самихъ язвъ, а отъ ограниченаго воспаленія брюшины въ мѣстѣ, соотвѣтствующемъ язвѣ; гной образуется въ незначительномъ количествѣ и такъ тѣсно смѣшивается съ испражнениями, что не можетъ быть открытъ; вотъ въ виду приведенныхъ - то соображеній, самымъ надежнымъ признакомъ язвъ кишекъ и является кровавое испражненіе, если оно наблюдается въ теченіе тифа или бугорчатки. Само собою разумѣется, что признакъ этотъ далеко непостояненъ, такъ какъ изъязвленія кишекъ рѣдко даютъ поводъ къ появленію кровотеченій.

*Чистая кровь*, примѣшанная, въ бѣльшемъ или меньшемъ количествѣ, къ *необильному, слизистому* стулу, испражняемому при сильныхъ *тенезмахъ* и боляхъ живота, указываетъ на пораженіе *толстой* кишки и особенно прямой. Такой стулъ наблюдается при остромъ фолликулярномъ энтеритѣ, при дизентеріи и при фолликулярныхъ язвахъ нижней отдѣла кишекъ (хроническая дизентерія).

Симптомы остраго фолликулярнаго энтерита уже изложены нами въ главѣ о поносахъ у грудныхъ дѣтей.

**Dysenteria**, какъ и всякая другая инфекціонная болѣзнь, проявляется въ чрезвычайно разнообразныхъ формахъ. Между самыми легкими случаями, кончающимися выздоровленіемъ въ 2—3 дня и даже въ нѣсколько часовъ, и самыми тяжелыми, ведущими къ смерти въ нѣсколько дней, существуютъ всевозможныя переходныя степени.

Удобства ради можно принять 3 формы дизентерии: легкую, среднюю и тяжелую. Общими признаками всех этих форм служат обильный, частый, слизистый стул, жжение и боль живота.

*Легкая форма* по припадкамъ и течению ничѣмъ не отличается отъ среднихъ и легкихъ случаевъ фолликулярнаго энтерита (стр. 93), а разница между ними лишь та, что дизентерія есть болѣзнь эпидемическая и заразительная, тогда какъ фолликулярный энтеритъ незаразителенъ и потому носитъ названіе спорадическаго кроваваго поноса. Какъ на самую характерную черту легкой формы дизентеріи, мы укажемъ здѣсь лишь на то, что *чисто слизистаго стула или совсемъ не бываетъ, или въ перемежку съ нимъ нѣсколько разъ въ день появляются и кашицеобразныя каловыя массы.*

При *средней формѣ* число испражнений отъ 10 до 20; большинство ихъ состоитъ изъ чистой слизи, зеленой или бѣлой, окрашенной кровью; тенезмы значительны, каловыя массы не появляются въ теченіе двухъ—трехъ дней подъ рядъ, но онѣ могутъ быть вызваны слабительнымъ. Въ началѣ болѣзни замѣчается повышеніе температуры въ теченіе нѣсколькихъ дней. Животъ при давленіи неболезненъ или боль невелика и ограничена небольшою мѣстомъ въ области лѣвой fossae iliacaе. *Колякса нѣтъ.* Дней черезъ 8—12 начинается періодъ улучшенія, т. е., постепеннаго ослабленія всехъ припадковъ, причемъ все чаще и чаще въ теченіе сутокъ начинаютъ появляться вмѣстѣ со слизью и каловыя массы и дѣло кончается тѣмъ, что недѣли черезъ 2—3 слизисто-кровавый поносъ переходитъ въ простой, а еще черезъ 1—2 недѣли все приходитъ къ нормѣ.

*Тяжелая форма* дизентеріи обуславливается образованіемъ дифтеритическаго экссудата на воспаленной слизистой оболочкѣ и характеризуется не столько высокимъ лихорадочнымъ состояніемъ въ началѣ и чрезмѣрно частымъ стуломъ (больше 20 — 30 разъ въ сутки) и сильнымъ жженіемъ, сколько симптомамъ наступленія *колякса и значительной болезненности живота при давленіи по тракту ободочной кишки*, въ особенности col. descendens. Каловаго стула нѣтъ въ теченіе нѣсколькихъ дней подъ рядъ, при чемъ его трудно добиться даже и назначеніемъ слабительнаго. Красныя испраженія, похожія на мясную воду и состояція изъ равномерно окрашенной серозной жидкости съ примѣсю слизистыхъ клочковъ, встрѣчаются только въ тяжелыхъ случаяхъ дизентеріи.

Если больной переживаетъ острый періодъ (недѣли 2—3), то дальнѣйшее теченіе затягивается на очень продолжительное время, такъ что получается картина *хронической дизентеріи*. Больного слабитъ не

особенно часто—разъ 6—8 въ сутки чрезвычайно вонючимъ, жидкимъ или кашицеобразнымъ стуломъ, съ примѣсью гноевидной слизи, при чемъ бывають обыкновенно схваткообразныя боли живота и тенезмы. Этими остатками тенезмовъ и примѣсью гнойной, иногда суеровичной, слизи къ каловому стулу хроническая дизентерія отличается отъ обыкновеннаго хронич. катарра кишекъ, при которомъ испражненія тоже очень вонючи и нерѣдко сопровождаются болями живота. (См. гл. о хронич. катаррѣ кишекъ, стр. 95). Продолжительность хронической дизентеріи можно опредѣлить приблизительно отъ 2 до 6 мѣсяцевъ, а потомъ, въ большинствѣ случаевъ, она все-таки кончается выздоровленіемъ.

Появленіе чистой алой крови изъ задняго прохода у дѣтей всегда бываетъ въ незначительномъ количествѣ—нѣсколько капель.

Самой частой причиной подобнаго кровотечения бываетъ *запоръ* съ образованіемъ твердаго кала, надрывающаго слизистую оболочку при своемъ проходѣ черезъ anus.

Для діагностики достаточно простаго осмотра стула: онъ состоитъ изъ твердыхъ, сухихъ комковъ темнобураго или наоборотъ, бѣлаго цвѣта (у маленькихъ дѣтей при исключительно молочной діетѣ), мѣстами окрашенныхъ приставшими въ нимъ каплями неизмѣнной крови. Самое испражненіе нѣсколько болѣзненно и сопровождается сильнымъ жиленіемъ (т. е. дѣйствіемъ брюшнаго пресса, а не тенезмами въ прямой кишкѣ); послѣ испражненія, вслѣдствіе надрыва слизистой оболочки, болѣе взрослые дѣти жалуются на легкое жженіе in ano.

Незначительное кровотеченіе можетъ быть также и при жидкихъ, но *нѣкихъ испражненіяхъ*, именно въ случаѣ образованія ссадинъ на слизистой оболочкѣ recti—аналогичныхъ ссадинамъ верхней губы при насморкѣ. Эти ссадины занимають обыкновенно заднюю стѣнку и сопровождаются экземой въ окружности ani, облегчающей діагностику. Съ этими незначительными и весьма скоро заживающими ссадинами не слѣдуетъ смѣшивать чрезвычайно упорныя и болѣзненныя *трещины задняго прохода*, о которыхъ будетъ рѣчь въ главѣ о запорѣ (стр. 109).

Появленіе нѣсколькихъ капель чистой крови изъ задняго прохода послѣ каждаго испражненія, но *при отсутствіи запора и безъ всякой боли во время акта дефекаціи* служатъ надежнымъ признакомъ присутствія *полипа въ прямой кишкѣ*. Исслѣдованіе пальцемъ открываетъ въ такихъ случаяхъ повыше внутренняго сфинктера на задней стѣнкѣ recti небольшую (съ вишню), мягкую, упругую, легко кровоточащую опухоль, сидящую на ножкѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при всякомъ испражненіи полипъ выходитъ наружу и можетъ симули-

ровать небольшой prolapsus ani. Достаточно знать это, чтобы легко ориентироваться при изслѣдованіи пальцемъ.

При *выпадении прямой кишки* (prolapsus recti) изъ задняго прохода показывается грушевидная или цилиндрическая опухоль, краснобагровато-цвѣта, легко кровоточащая. На вершинѣ опухоли находится отверстие, черезъ которое легко ввести палецъ. Между опухолью и краями anus'a остается кольцевидная щель, черезъ которую легко дойти пальцемъ до мѣста загиба вывороченной стѣнки кишки. Въ случаяхъ свѣжихъ и когда опухоль не превышаетъ величины обыкновенной груши, она легко вправляется. На основаніи перечисленныхъ признаковъ смѣшать съ чѣмъ-либо prolapsus recti трудно.

### Семіотика запора.

Запоръ, въ качествѣ временнаго или второстепеннаго симптома, встрѣчается весьма часто при многихъ лихорадочныхъ и другихъ болѣзняхъ, но здѣсь мы имѣемъ въ виду лишь тѣ случаи, въ которыхъ запоръ является единственнымъ или, по крайней мѣрѣ, главнымъ признакомъ и притомъ неопредѣленной продолжительности; это такъ называемый *привычный запоръ*, всего чаще встрѣчающійся у дѣтей въ первые два года жизни.

Ребенокъ въ первые мѣсяцы жизни, пока онъ питается только груднымъ молокомъ, марается 2—3—4 раза въ сутки; но спрашивается, можно-ли говорить о запорѣ у грудного ребенка, имѣющаго только одно испражненіе, но за то обильное, нормальнаго цвѣта и горчицеобразной консистенціи? Нѣкоторые авторы, напр. Bohn (Jahrb. f. Kinder. N. F. I.), отвѣчаютъ на это утвердительно, хотя при такомъ взглядѣ на дѣло теряется всякій критерій для сужденія о томъ, гдѣ кончается запоръ и начинается нормальная дѣятельность кишечника; вѣдь и одно испражненіе въ сутки можетъ быть обильнѣе 2 — 3 вмѣстѣ взятыхъ; а потому мнѣ кажется справедливѣе основывать діагностику запора на качествѣ испражнений и на явленіяхъ, сопутствующихъ акту дефекаціи. Какъ у взрослыхъ людей, такъ и у грудныхъ дѣтей отравленія кишечника стоятъ въ зависимости отъ индивидуальности. Встрѣчаются дѣти, марающіяся черезъ день, но тѣмъ не менѣе испражненія ихъ остаются постоянно нормальной, т. е., киселеобразной консистенціи и желтаго цвѣта, а общее состояніе прекраснымъ, и говорить въ подобныхъ случаяхъ о запорѣ и тѣмъ паче лѣчить его — нѣтъ никакихъ

оснований. Если ребенок марается меньше, чѣмъ бы слѣдовало по его организаціи, то задержка испражнений должна такъ или иначе проявлять себя извѣстными симптомами, при существованіи которыхъ мы и говоримъ, что у ребенка привычный запоръ. Симптомы эти могутъ состоять въ слѣдующемъ: 1) испражненія получаютъ плотную консистенцію и выходятъ форменными, въ сравнительно легкихъ случаяхъ въ видѣ довольно мягкихъ сосисокъ, а въ болѣе тяжелыхъ въ формѣ совсѣмъ плотныхъ комковъ бѣловатаго цвѣта. 2) Самый актъ дефекаціи совершается при видимомъ участіи брюшного пресса: ребенокъ жмется, лицо его краснѣетъ, иногда покрывается потомъ; 3) во время испражненія или незадолго до него у ребенка появляются боли живота, вслѣдствіе которыхъ онъ беспокоится, а иногда впадаетъ даже въ судороги. 4) Животъ вздутъ, но обыкновенно не болѣзненъ при давленіи; прощупать у грудного ребенка твердые комки испражнений черезъ брюшныя стѣнки удается крайне рѣдко. 5) Испражненія совершаются въ легкихъ случаяхъ разъ въ день или черезъ сутки, въ болѣе тяжелыхъ черезъ 2—4 дня, и тогда задержка испражнений можетъ быть причиной лихорадочнаго состоянія.

У дѣтей старшаго возраста запоръ сопровождается обыкновенно потерей аппетита, вздутіемъ живота, иногда схваткообразными болями, а также вялостью, головной болью и при случаѣ лихорадочнымъ состояніемъ, такъ что можетъ симулировать *хроническій перитонитъ*, при которомъ тоже бываетъ склонность въ запору при вздутомъ животѣ и схваткообразныхъ боляхъ и по временамъ лихорадочное состояніе.

Діагностика не всегда легка; она основывается на томъ, что при хронич. перитонитѣ животъ не только вздутъ, но и напряженъ, запоръ часто смѣняется поносомъ, въ полости брюшины скоро замѣчается скопленіе трансудата, а въ болѣе рѣзко выраженныхъ случаяхъ удается прощупать въ животѣ плотныя ограниченныя опухоли вслѣдствіе воспалительнаго утолщенія брюшины и сращеній между петлями кишекъ; общее состояніе питанія при перитонитѣ представляетъ гораздо большую степень истощенія, чѣмъ при простомъ хронич. запорѣ.

Если при запорѣ рѣзко выступаетъ лихорадочное состояніе, общая слабость и головная боль и такой комплексъ симптомовъ держится нѣсколько дней, то легко принять его за начало тифа.

Въ другихъ случаяхъ запоръ сопровождается мозговыми симптомами каковы—рвота, головная боль, легкое повышеніе температуры, *замедленный* и нѣсколько *неправильный пульсъ*, расширеніе зрачковъ, сонливость—все это продолжается нѣсколько дней и быстро исчезаетъ послѣ

обильнаго стула, вызваннаго слабительнымъ (ср. два случая, приведенные въ руководствѣ Barthez и Sannè. Т. II. р. 532, относящіеся къ дѣвочкѣ 9 л. и мальчику 27 мѣсяцевъ).

Наконецъ, упомяну еще, что въ одномъ изъ нашихъ случаевъ, у мальчика 8 л., лихорадка въ продолженіе двухъ недѣль симулировала *intermittens* съ утренними повышеніями до 39,5 и даже до 40,8 (но не совсѣмъ правильно и не ежедневно), не уступала хинину и прекратилась послѣ стакана слабительнаго лимонада.

За исключеніемъ подобныхъ рѣдкостей, діагностика запора конечно не трудна, но суть въ томъ, чтобъ узнать въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ *причину запора*, такъ какъ только при этомъ условіи возможна раціональная терапія.

У грудныхъ дѣтей причину запора слѣдуетъ искать или въ самомъ ребенкѣ, или въ свойствахъ пищи.

Встрѣчаются дѣти, у которыхъ запоръ обусловливается, повидимому, *слишкомъ хорошимъ усвоеніемъ груднаго молока*; они рѣдко мараются потому, что выпиваемое ими молоко даетъ мало остатка для образованія кала, а пока накопится достаточное количество послѣдняго, жидкія составныя части всасываются въ толстой кишкѣ, и испражненіе получается плотнымъ, а потому и актъ дефекаціи затрудняется. Избыточнаго образованія газовъ при такого рода запорѣ не замѣчается, а потому характерно для него отсутствіе метеоризма и прекрасное состояніе общаго питанія; ребенокъ представляется во всѣхъ отношеніяхъ здоровымъ и прибавляется въ вѣсѣ больше, чѣмъ бы слѣдовало, т. е., онъ тучнѣетъ. Перемѣна кормилицы не устраняетъ запора; цѣль эта гораздо вѣрнѣе достигается назначеніемъ ребенку непривычной для него пищи, напр., бульона или нѣсколькихъ ложекъ содовой или даже простой, прохладной воды. Эти же средства могутъ содѣйствовать устраненію запора, зависящаго отъ вялости или *торпидности кишечной мускулатуры*, которую мы имѣемъ право предполагать при запорахъ у дѣтей, вообще слабыхъ, малокровныхъ и, въ особенности, у рахитиковъ, у которыхъ вся мышечная система слаба, а также и въ томъ случаѣ у дѣтей вполне здоровыхъ, когда запоръ не уступаетъ самой правильной діетѣ и когда вообще не удается открыть опредѣленной причины для него. Насколько принимаетъ участіе въ дѣтскихъ запорахъ *наслѣдственное расположеніе* въ случаяхъ существованія хроническаго запора у матери, трудно сказать, такъ какъ вліяніе это замѣчается далеко не во всѣхъ случаяхъ, особенно если ребенокъ вскармливается кормилицей.

Причиной запора у грудныхъ дѣтей съ первыхъ недѣль жизни

можетъ быть также врожденное суженіе всей прямой кишки или задняго прохода. Въ нормальномъ состояніи въ янус грудного ребенка безъ большого труда можно провести мизинецъ, при суженіи же его это изслѣдованіе или вовсе не удастся, или только съ большимъ трудомъ.

Если ребенокъ, постоянно страдавшій запоромъ у одной кормилицы, избавляется отъ него при перемѣнѣ послѣдней, то мы можемъ съ увѣренностью предполагать причину запора въ *свойствахъ молока*. Въ чемъ именно состоятъ эти свойства, мы не знаемъ и предполагаемъ его или въ недостаткѣ жира, или въ избыткѣ казеина. Подобное молоко, известное въ публикѣ подъ именемъ *тяжелого молока*, встрѣчается иногда у женщинъ, страдающихъ привычнымъ запоромъ, а также у откормившихъ (старое молоко) и пожилыхъ. Причиной запора можетъ послужить недостатокъ молока или очень жидкое молоко. Въ обоихъ этихъ случаяхъ ребенокъ хронически голодаетъ, т. е., мало прибавляется въ вѣсѣ, худѣетъ и страдаетъ запоромъ отъ недостатка матеріала для образованія кала.

Кромѣ похуданія, характерно для подобнаго запора еще безпокойство ребенка (онъ много кричитъ отъ голода) и рѣдкое мочеиспусканіе. Такъ какъ вѣсы въ нашихъ дѣтскихъ встрѣчаются крайне рѣдко, а медленно идущее похуданіе замѣтить простымъ глазомъ нелегко, то въ практикѣ случается чрезвычайно часто, что безпрестанный крикъ ребенка приписывается коликамъ и сообразно этому лѣчится различными лѣкарствами. Если въ виду отсутствія срыгиванія, рѣдкаго мочеиспусканія и запора (вмѣсто диспептического стула) можно предполагать причину крика въ недостаткѣ молока, то убѣдиться въ справедливости этого предположенія очень легко, стоитъ только покормить ребенка коровьимъ молокомъ, и онъ сразу успокоится на нѣсколько часовъ. Впрочемъ, доказать, что у кормилицы мало молока, нетрудно и безъ помощи вѣсовъ. Если молока вполне достаточно, то тотчасъ послѣ того, какъ ребенокъ пососалъ, пзъ сосанной груди при сдавленіи ея рукой молоко должно брызгать въ нѣсколько струй, въ противномъ-же случаѣ, т. е., если молоко выдавливается лишь по каплямъ, то его значитъ мало.

Нерѣдкою причиной запора бываетъ *прикармливаніе дѣтей крахмалистыми веществами*, которыя въ первые мѣсяцы жизни совсѣмъ не перевариваются, а въ испражненіяхъ встрѣчается тогда масса крахмала, не перешедшаго въ кишкахъ въ декстрины и сахаръ. Запоръ, обусловленный этой причиной, быстро уступаетъ соотвѣтственной діетѣ.

У рожковыхъ дѣтей, а также у дѣтей, только что отнятыхъ отъ



груди, самой обыкновенной причиной упорнѣйшаго запора надо считать *чрезмѣрное употребленіе коровьяго молока*. Запоръ въ такомъ случаѣ характеризуется появленіемъ слабо окрашенныхъ, иногда совсѣмъ бѣлыхъ, какъ при катарральной желтухѣ, плотныхъ и даже совсѣмъ сухихъ испражнений, по своему виду напоминающихъ творогъ.

Изъ анамнеза выясняется, что ребенокъ выпиваетъ въ сутки до 8—10 стакановъ молока; въ практическомъ отношеніи весьма важно отмѣтить, что такія громадныя количества молока употребляются дѣтьми только при томъ условіи, что молоко дается имъ не только какъ пища, но и какъ питье и притомъ и днемъ, и ночью. Кромѣ молока, иной ребенокъ буквально ничего не ѣстъ и не пьетъ. При лѣченіи подобныхъ запоровъ нѣтъ никакой надобности въ абсолютномъ воздержаніи отъ молока; совершенно достаточно запретить его употребленіе въ качествѣ питья, *особенно ночью* и тѣмъ самымъ количество поглощаемого ребенкомъ молока спустится стакановъ до 3—4, аппетитъ улучшится, онъ будетъ ѣсть и другую пищу, и цѣль лѣченія будетъ исполнѣ достигнута одной этой мѣрой, а вмѣстѣ съ тѣмъ исполнѣ подтвердится и правильность распознаванія. Если ребенокъ слишкомъ малъ, чтобъ кормиться разнообразной пищей, а между тѣмъ запоръ при бѣлыхъ испражненіяхъ продолжается, не смотря на уменьшеніе пріемовъ молока, то слѣдуетъ давать его не иначе, какъ разведеннымъ на половину отварной водой.

Послѣ двухъ лѣтъ запоръ встрѣчается ужъ значительно рѣже, подѣ влияніемъ болѣе разнообразной пищи. Вмѣстѣ съ потерей аппетита привычный запоръ является обычнымъ спутникомъ малокровія (см. стр. 62); въ другихъ случаяхъ онъ сопровождается симптомами хроническаго катарра желудка или обусловливается исключительнымъ употребленіемъ сухой пищи (въ бѣдномъ классѣ общества—хлѣба и картофеля).

Нерѣдко запоръ развивается у дѣтей непосредственно послѣ прекратившагося (излѣченнаго) хроническаго поноса. Запоръ въ такихъ случаяхъ бываетъ или временный, исчезающій черезъ нѣсколько недѣль самъ собой, или постоянный. Послѣдній слѣдуетъ именно послѣ тяжелой дизентеріи и обусловливается присутствіемъ въ толстыхъ кишкахъ и особенно въ прямой, рубцевыхъ перемычекъ, суживающихъ просвѣтъ кишки.

У дѣтей отъ года до трехъ лѣтъ встрѣчается еще характерная форма запора, типическая черта которой состоитъ въ томъ, что *ребенокъ боится стула*, такъ какъ актъ дефекаціи причиняетъ ему страшную боль. Ребенокъ всячески старается отдалить этотъ актъ, будучи посаженъ на стулъ, вскакиваетъ съ него, плачетъ и т. п. Подобный

запоръ почти всегда зависить отъ *трещины задняго прохода*—*fissura ani*. Чтобы убѣдиться въ этомъ, надо только раздвинуть ягодицы ребенка и осмотрѣть его *anus*. Трещинка сидитъ обыкновенно въ мѣстѣ перехода слизистой оболочки въ кожу, располагаясь по направлению одной изъ лучистыхъ складокъ, окружающихъ заднепроходное отверстие.

### **Болезни, выражающіяся упорнымъ запоромъ и рвотой.**

**Непроходимость кишекъ**, *Peus s. Volvulus*, отъ какой-бы то ни было причины, всегда выражается упорнымъ *запоромъ*, *неукротимой рвотой* (сначала желчью, а потомъ, можетъ быть, и каломъ) и вскорѣ развивающимся *метеоризмомъ*, а потомъ упадкомъ дѣятельности сердца и смертельнымъ *коллапсомъ*, если препятствіе не будетъ устранено.

Причины непроходимости кишекъ въ дѣтскомъ возрастѣ далеко не такъ разнообразны, какъ у людей взрослыхъ, а потому и діагностика сравнительно легче.

У новорожденныхъ непроходимость кишечнаго канала обусловливается исключительно лишь врожденными пороками образованія и всего чаще зависить отъ зарощенія задняго прохода, и гораздо рѣже отъ облитерациі просвѣта тонкихъ кишекъ. Узнать непроходимость задняго прохода не трудно. Поводомъ къ обследованію его служитъ задержка меконіума и упорная рвота. Если зарощеніе касается задняго прохода, то діагностика выясняется простымъ осмотромъ и вопросъ можетъ идти лишь о томъ, на какой высотѣ оканчивается слѣпой конецъ прямой кишки. Чтобы судить объ этомъ, на промежность ребенка кладутъ ладонь и по степени выпячиванія промежности въ мѣстѣ предполагаемаго *anus'a* во время крика заеючаютъ о толщинѣ слоя, отдѣляющаго кожу отъ слѣпоего конца кишки; въ легкихъ случаяхъ, напр., когда вся прямая кишка развита правильно и только на мѣстѣ задняго прохода находится перепонка, выпячиваніе при крикѣ легко замѣтить и глазомъ.

Если прямая кишка открывается въ мочевою пузырь, то это узнается по примѣси меконіума къ мочѣ.

Если припадки непроходимости кишекъ у новорожденнаго появляются при нормально сформированномъ *anus'ѣ*, то опредѣленіе мѣста закрытія просвѣта кишки производится введеннымъ пальцемъ или зондомъ, а если вся прямая кишка оказывается проходимою, то мѣсто

зарощенія приходится предполагать въ тонкихъ кишкахъ (облитерація толстыхъ кишекъ встрѣчается гораздо рѣже). Въ случаѣ непроходимости 12-типерстной кишки животъ остается совсѣмъ невздутымъ.

Непроходимость кишекъ у дѣтей старшаго возраста довольно рѣдко обусловливается **ущемленіемъ паховой грыжи** и еще рѣже *пупочной грыжи*. Узнать ущемленную грыжу нетрудно, такъ какъ при явленіяхъ непроходимости кишекъ, въ видѣ быстро увеличивающагося метеоризма, коликообразныхъ болей живота, рвоты, запора, упадка силъ, похолоданія конечностей, осунувшагося лица и проч. замѣчаются и мѣстные симптомы со стороны грыжи: она *не можетъ быть вправлена* (тогда какъ до сихъ поръ легко вправлялась); грыжевая опухоль постепенно все болѣе и болѣе *напрягается* и вмѣстѣ съ тѣмъ появляется значительная *бользненность при давленіи* на опухоль, особенно около ущемляющаго кольца и выше его.

Картину ущемленной паховой грыжи въ дѣтскомъ возрастѣ можетъ симулировать **яичко, ущемленное въ паховомъ каналѣ**. Больной жалуется на боль въ паху (маленькія дѣти заявляютъ о ней просто громкимъ крикомъ и беспокойнымъ положеніемъ въ постели); при изслѣдованіи оказывается въ области пахового отверстія упругая, гладкая, напряженная, шарообразная *опухоль, весьма бользненная при давленіи*; обыкновенно бываетъ при этомъ и рвота; опухоль не можетъ быть вправлена; словомъ сходство съ ущемленной грыжей несомнѣнно есть. Ущемленное яичко отличается отъ грыжи во 1-хъ, величиной и формой опухоли (трудно допустить ущемленіе такой маленькой грыжи), во 2-хъ, чрезвычайной бользненностью ея, въ 3-хъ, отсутствіемъ прогрессивно увеличивающагося метеоризма и въ 4-хъ, наконецъ, тѣмъ, что изслѣдованіе мошонки доказываетъ отсутствіе яичка на сторонѣ опухоли (monorchismus).

Далѣе, непроходимость кишекъ можетъ быть обусловлена, помимо рѣдко встрѣчающагося внутренняго ущемленія или перекручиванія кишекъ, **снопленіемъ** въ кишкахъ пнородныхъ тѣлъ, въ видѣ напр., вишневыхъ косточекъ, клубка аскаридъ, а всего чаще **номковъ** нала. Эта послѣдняя причина непроходимости кишекъ представляетъ для практическаго врача особый интересъ не только потому, что она встрѣчается сравнительно нерѣдко, но еще и потому, что она доступна діагностикѣ и устранима. Дѣло въ томъ, что комки твердаго кала скопляются не иначе, какъ въ нижнемъ отдѣлѣ толстой кишки и въ прямой и потому весьма легко доступны пальцу, введенному въ anus. При этой формѣ кишечной непроходимости, такъ какъ препятствіе находится внизу, обязательно вздувается весь животъ, а такъ какъ

брюшина при этомъ не заинтересована, то рвота бываетъ не такъ упорна, какъ напр., при инвагинаціи и явленія колликуса (слабый пульсъ, осунувшееся лицо и проч.) наступаютъ сравнительно поздно.

Другая форма кишечной непроходимости, отличающаяся характерными признаками и потому въ большинствѣ случаевъ доступная діагностикѣ, обуславливается *внѣдреніемъ одной части кишки въ сосѣднюю нижележащую—intussusceptio s. invagination.* Смотря по мѣсту образования инвагинаціи, патологоанатомы отличаютъ *invag. ileo-coecalisem* *іііасам*, *colісам* и *ііео-colісам*, но такъ какъ отличить эти формы у постели больного рѣдко бываетъ возможно, то для клинициста подобное дѣленіе не особенно важно; довольно сказать, что по большей части приходится имѣть дѣло съ внѣдреніемъ тонкой кишки въ толстую (*invag. ileo-coecalis* и *ііео-colіса*).

Это страданіе всего чаще встрѣчаются у дѣтей *на первомъ году жизни.* Процессъ инвагинаціи обозначается большею частью *внезапной боллю живота, упорной рвотой и запоромъ.* Сначала рветъ остатками пищи, потомъ просто слизистой жидкостью, съ примѣсью желчи, а иногда и кала; впрочемъ, до каловой рвоты дѣло доходить у дѣтей далеко не всегда, они не доживаютъ до этого. Особенно характерно для инвагинаціи появленіе на первыхъ-же сутки (у взрослыхъ позднѣе) *частыхъ, слизисто-кровянистыхъ испражнений или чистой крови* въ сопровожденіи *тенезмовъ* прямой кишки. Чѣмъ ниже спускается инвагинированная часть, тѣмъ сплнѣе тенезмы и тѣмъ чаще показывается кровавистый стулъ. Небольшая примѣсь кала въ первое время нисколько не уменьшаетъ значенія этого симптома, такъ какъ калъ можетъ находиться въ частяхъ кишки, лежащихъ ниже внѣдренія, да кромѣ того полное закрытіе просвѣта кишекъ не всегда наступаетъ сразу въ моментъ образования инвагинаціи, а только позднѣе, когда вслѣдствіе ущемленія внѣдренной части наступаетъ воспалительное набуханіе ея стѣнокъ, преимущественно брюшиннаго покрова и слизистой оболочки. Съ другой стороны, слѣдуетъ имѣть въ виду и то обстоятельство, что если въ процессѣ инвагинаціи толстая кишка не заинтересована (*inv. іііаса*), то кровавыхъ испражнений можетъ и не быть, а потому отсутствіе ихъ не исключаетъ инвагинаціи, особенно же, въ случаѣ существованія другого патогномичнаго симптома для этого страданія, именно, если чрезъ брюшные покровы удастся прощупать въ томъ или въ другомъ мѣстѣ живота *опухоль колбасообразной формы* съ гладкой поверхностью и слегка подвижной; величина опухоли зависить отъ величины внѣдренія, которое ее обуславливаетъ. Къ сожалѣнію, признакъ этотъ нерѣдко отсутствуетъ, а если и бываетъ то только въ

началѣ, такъ какъ позднѣ онъ замаскировывается значительнымъ напряженіемъ брюшныхъ стѣнокъ вслѣдствіе метеоризма, необходимо наступающаго при непроходимости кишекъ и прогрессирующаго съ каждымъ днемъ. Въ этомъ періодѣ вѣдренную часть кишки можно прощупать только въ томъ случаѣ, если она спускается до прямой кишки. Палецъ, введенный *in rectum*, получаетъ въ такомъ случаѣ ощущение какъ-бы рыльца матки и шейки ея, которую можно обвести.

Боли живота вначалѣ отличаются пароксизмообразнымъ характеромъ, но позднѣ, когда въ мѣстѣ вѣдренія возбуждается воспаление брюшины, быстро распространяющееся на сосѣднія части, боль живота дѣлается постоянной и особенно усиливается при давленіи. Одновременно съ этимъ появляется и лихорадочное состояніе, котораго вначалѣ не бываетъ, но явленія коллиаса, въ видѣ блѣднаго, осунувшагося лица, нитевиднаго пульса, похолоданія конечностей и проч., наступаютъ очень рано. Смертельный исходъ наступаетъ приблизительно отъ 4 до 10 дня. Выздоровленіе, путемъ самопроизвольнаго исправленія вѣдренной кишки въ первые дни заболѣванія или посредствомъ гангренознаго отдѣленія ущемленной части по прошествіи многихъ недѣль, принадлежитъ къ рѣдкостямъ.

Итакъ, отъ другихъ формъ непроходимости кишекъ, инвагинація отличается присутствіемъ въ животѣ колбасообразной опухоли и кровавистымъ стуломъ. Правда, подобная же опухоль можетъ встрѣтиться еще и при каловой непроходимости, но въ этомъ случаѣ, также какъ и при невозможности прощупать инвагинированную часть, діагностика имѣетъ достаточно оснований въ кровавомъ стулѣ. Впрочемъ, смѣшать инвагинацію съ непроходимостью кишекъ отъ скопленія кала или вообще отъ инородныхъ тѣлъ ужъ потому трудно, что инвагинація почти исключительно наблюдается у грудныхъ дѣтей, у которыхъ закупорка кишечника каломъ и проч. почти что не встрѣчается.

Въ виду сильныхъ тенезмовъ и частыхъ кровавистыхъ испражнений, можно бы принять инвагинацію за обыкновенный кровавый поносъ, но послѣдній никогда не начинается внезапной болью живота и не сопровождается *упорной рвотой*; метеоризма при немъ тоже не бываетъ, а напротивъ того *животъ вваливается*.

Если вѣдреніе кишекъ повело къ воспаленію брюшины, то узнать это осложненіе легко по чрезвычайной болѣзненности живота къ давленію, но не всегда легко сказать, отчего развилась *peritonitis*; — если врачъ не видалъ начала болѣзни, то ему остается только одно средство, это тщательный анамнезъ; обыкновенно удается констатировать, что припадки вѣдренія существовали за нѣсколько дней до появленія болѣзненности живота.

*Prolapsus recti* едва ли можетъ быть смѣшанъ съ выходомъ *per anum* выдвинутой кишки, п. ч. палецъ, введенный между краемъ задняго прохода и выпавшей частью *recti* въ 1-мъ случаѣ скоро упирается въ препятствіе, представляемое загибомъ стѣнки кишки.

По мнѣнію *Englisch'a* (*Jahrb. f. Kinder.* VIII s. 79), припадки непроходимости кишечъ могутъ быть обусловлены *растяженіемъ мочевого пузыря*; по его наблюденіямъ оказывается, что вслѣдствіе узкости малаго таза у дѣтей, достаточно ужъ небольшого переполненія пузыря для полного сдавленія прямой кишки и слѣдовательно для появленія припадковъ кишечной непроходимости; въ доказательство справедливости этого онъ приводитъ два случая (одинъ съ аутопсіей) и на основаніи ихъ высказывается за то, что нѣкоторые случаи *ileus'a* у дѣтей были случаями задержанія мочи.

Упорная рвота и запоръ при боляхъ живота, метеоризмъ и явленіяхъ коляпса встрѣчается еще при воспаленіяхъ слѣпой кишки и брюшины.

Воспаленіе брюшиннаго покрова слѣпой кишки—*perityphlitis* у грудныхъ дѣтей встрѣчается крайне рѣдко; обыкновенно же у дѣтей отъ 5 до 10 лѣтъ, склонныхъ къ запору. Болѣзнь эта, хотя и начинается болью живота, но никогда такъ внезапно, среди полного здоровья, какъ это свойственно инвагинаціи; напротивъ того, въ большинствѣ случаевъ ей предшествуютъ предвѣстники въ видѣ расстройства пищеваренія, временныхъ, схваткообразныхъ болей живота, потери аппетита и запора. Самымъ лучшимъ основаніемъ для діагностики служить мѣсто и характеръ боли. Болѣзненность появляется прежде всего въ области слѣпой кишки и усиливается при давленіи. Одновременно съ болью или вскорѣ послѣ нея появляется лихорадочное состояніе и рвота, большею частью повторная и потому тодь конецъ желчная, а иногда даже и каловая; раньше существовавшій запоръ продолжается и теперь. Вскорѣ, напр. на 2—3-й день, въ правой подвздошной области, въ мѣстѣ, какъ разъ соответствующемъ слѣпой кишкѣ, удается прощупать въ животѣ ограниченное затвердѣніе въ видѣ неподвижной опухоли, весьма болѣзненной при давленіи. Болѣзнь кончается или постепеннымъ разрѣшеніемъ при медленномъ ослабленіи всѣхъ припадковъ, или даетъ поводъ къ развитію общаго перитонита, по б. ч. смертельнаго или, наконецъ, процессъ заканчивается образованіемъ гнойника въ области слѣпой кишки.

Всѣхъ этихъ симптомовъ вполне достаточно для правильнаго распознаванія; отъ инвагинаціи мы имѣемъ рѣзкія отличія въ отсутствіи кроваваго стула, въ характерѣ боли (съ самаго начала болѣзни боль воспалительнаго происхожденія, т. е. усиливается при давленіи) и въ лихорадочномъ состояніи. Что касается до запора, то это явленіе не

принадлежитъ къ числу обязательныхъ при перитифлитѣ, такъ какъ при немъ бываетъ иногда и поносъ.

При дифференціальной діагностикѣ перитифлита надо имѣть въ виду еще *typhlitis stercoralis* (воспаленіе слѣпой кишки), когда отъ скопленія каловыхъ массъ въ слѣпой кишкѣ появляется тоже продолговатой формы опухоль въ этомъ мѣстѣ, боль живота, рвота, метеоризмъ, запоръ и лихорадочное состояніе, съ тою однако разницей, что такъ какъ брюшинный покровъ кишки еще не воспаленъ (иначе это было-бы ужъ *perityphlitis*), то боль при давленіи невелика; характерно далѣе и то, что послѣ обильнаго стула вслѣдствіе слабительнаго или клистира наступаетъ быстрое облегченіе всѣхъ припадковъ. Впрочемъ, провести рѣзкую границу между тифлитомъ и перитифлитомъ нельзя, не даромъ-же нѣкоторые авторы, напр., Barthez и Sanné (Tr. cl. et prat. d. maladies d. enf. T. II. p. 473), считаютъ ихъ за различныя степени одной и той же болѣзни.

При воспаленіи *musculi psoas* (*psositis*) тоже бываетъ болѣзненная при давленіи и неподвижная опухоль въ области *fossae iliacaе* и лихорадочное состояніе, но, помимо отсутствія явленій со стороны желудка и брюшины (нѣтъ рвоты и боли при давленіи на животъ, за исключеніемъ только ограниченнаго мѣста, соотвѣтствующаго уплотнѣнію), діагностика основывается и на мѣстѣ, занимаемомъ опухолью: при *psositis* она прощупывается *in fossa iliaca*, а при *perityphlitis* въ области слѣпой кишки, т. е., нѣсколько выше и болѣе кнаружи. При *psositis* бедро на больной сторонѣ всегда остается неподвижнымъ, а при пораженіи слѣпой кишки этотъ симптомъ наблюдается лишь при распространеніи воспаленія на клѣтчатку, находящуюся на задней поверхности кишки—*paratyphlitis*.

**Острое воспаленіе брюшины**—*peritonitis acuta* выражается такими рѣзкими симптомами, что узнается легко. Самымъ характернымъ признакомъ является *сильная боль во всемъ животѣ*, увеличивающаяся при малѣйшемъ давленіи, а также при движеніи, кашлѣ и др. условіяхъ, сопровождающихся дѣйствіемъ брюшного пресси, а потому больной поневолѣ лежитъ неподвижно на спинѣ съ слегка согнутыми ногами и буквально не позволяетъ дотронуться до живота. Одновременно съ болью появляется сильное *лихорадочное состояніе* (до 40%), упорная *рвота и запоръ*, при сильно *вздутомъ* (особенно подымается діафрагма) и *напряженномъ животѣ*.

Подъ вліяніемъ раздраженія брюшины и частой рвоты скоро развивается *коляпсъ* (нитевидный пульсъ, осунувшееся лицо, похолоданіе конечностей).

Большое сходство съ перитонитомъ могутъ представить *гимнастическія боли въ брюшныхъ мышцахъ*. Когда дѣти начинаютъ заниматься гимнастикой, то въ первые дни они часто жалуются на боль живота, и именно подъ ложечкой или между пупкомъ и лобкомъ. При изслѣдованіи оказывается, что боль эта локализуется въ прямыхъ мышцахъ живота и характеризуется тѣмъ, что усиливается при давленіи на эти мышцы и при нѣкоторыхъ движеніяхъ, при которыхъ принимаютъ участіе *mm. recti. abd.* Подобныя-же боли встрѣчаются у дѣтей и при коклюшѣ, отъ напряженія мышцъ во время кашля.

Эти легкія боли не представляютъ затрудненій для діагностики, но другое дѣло въ случаяхъ тяжелыхъ. Боли распространяются тогда на весь животъ и отлчаются перитонитическимъ характеромъ, т. е., они усиливаются при самомъ легкомъ давленіи и принуждаютъ больного къ неподвижному лежанію на спинѣ. вмѣстѣ съ болями являются и другіе симптомы перитонита, каковы: рвота, запоръ, высокое стояніе діафрагмы и лихорадочное состояніе, такъ что въ первый день заболѣванія діагностика дѣйствительно затруднительна. Однако ужъ и въ это время есть кой-какія отличія: во 1-хъ, пульсъ остается полнымъ и не очень учащеннымъ и нѣтъ другихъ признаковъ колыпса, во 2-хъ, лихорадочное состояніе не подымается выше 38, 5, въ 3-хъ, наконецъ, можно найти въ анамнезѣ указанія на перенапряженіе мышцы. Такъ напр., въ случаѣ, описанномъ мною въ январской книжкѣ *медіц. обозр.* за 1880 годъ, мальчикъ 10 лѣтъ заболѣлъ упомянутыми признаками послѣ того, какъ долго занимался разными штуками, выполненіе которыхъ требовало напряженной дѣятельности мышцъ брюшной стѣнки и главнымъ образомъ прямыхъ; онъ напр., садился верхомъ на горничную, обхватывая ея талію ногами и потомъ перегибался внизъ головой до полу и снова подымался.

Дальнѣйшимъ теченіемъ дѣло совсѣмъ выясняется, такъ какъ при покойномъ положеніи больного, гимнастическій міозитъ проходитъ очень скоро: дня черезъ два, много черезъ три, рвота и лихорадочное состояніе исчезаютъ, а боль живота сосредоточивается въ прямыхъ мышцахъ живота, въ особенности въ нижнихъ частяхъ, и къ концу недѣли почти совсѣмъ проходитъ.

### Семіотика боли живота.

Боль живота, подобно головной боли, принадлежитъ къ числу самыхъ неопредѣленныхъ симптомовъ, такъ какъ причины ея могутъ быть



крайне разнообразны. Въ этой главѣ я буду говорить только о боляхъ живота у дѣтей старшаго возраста, т. е., у такихъ, которыя могутъ давать отчетъ въ своихъ ощущеніяхъ.

Имѣя дѣло съ ребенкомъ, жалующимся на боль живота, прежде всего приходится рѣшить вопросъ о мѣстѣ боли, т. е., узнать, локализуется-ли она въ брюшной стѣнкѣ, или въ какомъ нибудь изъ внутреннихъ органовъ.

Боль въ брюшной стѣнкѣ можетъ быть 1) въ кожѣ живота, 2) въ мышцахъ и апонейрозахъ и 3) въ брюшинѣ.

Я не буду говорить о *воспалительной боли кожи* (рожа, чирьи и проч.), такъ какъ причина боли въ подобныхъ случаяхъ ясна, и перехожу къ

**Гиперестезіи кожи живота.** Больной жалуется на боль живота, которая значительно усиливается при всякомъ, хотя бы и легкомъ, давленіи на животъ и въ этомъ отношеніи похожа на боль при воспаленіи брюшины, за каковую и принимается иногда, въ особенности въ томъ случаѣ, если появляется въ теченіе болѣзни, могущей вызвать перитонитъ въ качествѣ осложненія, какъ напр., тифъ, во время котораго гиперестезія кожи живота принадлежитъ къ числу самыхъ обыкновенныхъ симптомовъ. Избѣгнуть ошибки не трудно; діагностика основывается во 1-хъ, на признакахъ, свойственныхъ гиперестезіямъ кожи вообще, и во 2-хъ, на отсутствіи другихъ симптомовъ перитонита.

Гиперестезія кожи характеризуется въ 1-хъ, обширнымъ распространеніемъ. При тифѣ, напр., легко констатировать, что боль отнюдь не ограничивается животомъ только, но распространяется и на бедра, и на грудную клѣтку: больной одинаково реагируетъ искаженіемъ чертъ лица и охачьемъ, какъ при давленіи на животъ, такъ и на внутреннюю поверхность бедръ. Во 2-хъ, тѣмъ, что болѣе сильное давленіе причиняетъ не болѣшую боль, чѣмъ давленіе легкое, при чемъ боль будетъ одинаково сильна, давить-ли прямо на стѣнку живота, или только *на кожу, поднятую въ складку*. Въ 3-хъ, тѣмъ, что въ теченіе продолжительнаго времени, при тифѣ напр., нѣсколько дней подъ рядъ боль остается въ одномъ и томъ-же состояніи и никакихъ новыхъ симптомовъ, свойственныхъ перитониту, не появляется.

Кромѣ тифа, подобныя боли отъ гиперестезіи кожи живота и другихъ мѣстъ зстрѣчаются еще при менингитахъ (въ особенности церебро-спинальномъ) и при другихъ сильно лихорадочныхъ процессахъ, а также и при общей нервности, особенно у дѣвочекъ въ періодѣ полового развитія.

Гиперестезія кожи при тифѣ, будучи слишкомъ рѣзко выражена,

можетъ ввести врача въ заблужденіе и заставитьъ его предположить менингитъ тамъ, гдѣ его вовсе нѣтъ, какъ было это и съ нами въ одномъ случаѣ у 7-ми лѣтней дѣвочки, поступившей въ больницу на 5-й день болѣзни съ лихорадочнымъ состояніемъ до 40,2 съ опухолью селезенки въ безсознательномъ состояніи и съ сведеніемъ затылка. Общая гиперестезія кожи живота была выражена такъ рѣзко, что всякій разъ при собираніи кожи въ складку, больная, находившаяся въ безсознательномъ состояніи, вскрикивала. Въ виду этого симптома, а также сведеннаго затылка и бурнаго теченія болѣзни, была поставлена діагностика цереброспинальнаго менингита, не смотря на очень большую и болѣзненную селезенку, частый пульсъ (152 при  $t=40,8$ ) и отсутствіе начальной рвоты. Смерть на 9-й день. При вскрытіи: свѣжая опухоль селезенки и припуханіе Пейеровыхъ бляшекъ (словомъ, явленія тифа) и ни слѣда воспалительныхъ измѣненій въ оболочкахъ мозга.

**Боли въ мышцахъ и апонейрозахъ живота** бываютъ отъ двухъ причинъ: 1) отъ простуды—ревматизмъ мышцъ живота и 2) отъ гимнастики. Первые встрѣчаются крайне рѣдко и на основаніи личнаго опыта я бы ничего не могъ сказать о нихъ; Vamberger указываетъ на то, что ревматическія боли брюшныхъ мышцъ могутъ симулировать перитонитъ. Вѣроятно, картина болѣзни похожа на ту, что наблюдается при мышечныхъ боляхъ отъ гимнастики, о которыхъ была рѣчь въ одной изъ предыдущихъ главъ. (Стр. 116).

*Боль въ брюшинѣ* при воспаленіяхъ ея принадлежитъ къ числу самыхъ сильныхъ болей живота. Она характеризуется во 1-хъ, своимъ постоянствомъ (хотя временами усиливается схваткообразно, подъ вліяніемъ перистальтики кишекъ), во 2-хъ, тѣмъ, что усиливается даже при самомъ легкомъ давленіи на животъ, въ 3-хъ, что всегда сопровождается значительнымъ напряженіемъ брюшныхъ стѣнокъ и въ 4-хъ, что ей сопутствуютъ другіе симптомы перитонита, именно: рвота, запоръ и метеоризмъ. Распространеніе боли зависитъ отъ обширности воспаленія: при общемъ перитонитѣ болѣзненъ весь животъ, при мѣстномъ боль ограничивается небольшимъ пространствомъ. Въ дѣтскомъ возрастѣ мѣстный перитонитъ всего чаще выражается болями въ области слѣпой кишки—perityphlitis. (Стр. 114).

При хроническомъ перитонитѣ боль отступаетъ на второй планъ, а потому о немъ будетъ сказано въ другомъ мѣстѣ (глава объ увеличеніи живота).

**Боли въ кишкахъ**—enteralgia s. Colica характеризуются тѣмъ, что появляются въ видѣ *пароксизмовъ*, отдѣленныхъ свободными промежут-

ками, боль не усиливается отъ давленія и протекаетъ безъ лихорадки. Легкій приступъ коликъ не вызываетъ никакихъ объективныхъ явленій и можетъ быть узнанъ только по жалобѣ больного. Если же боль сильна, то больной не только стонетъ отъ боли и искажаетъ болѣзненно лицо, но представляетъ похолоданіе конечностей, клейкій потъ на лбу, малый пульсъ и находится въ непрерывномъ безпокойствѣ; часто при этомъ является рвота. Смотря по причинѣ и по случаю, приступъ продолжается отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ часовъ.

Колиты могутъ зависѣть или 1) отъ заболѣванія кишекъ, или 2) отъ раздраженія ихъ содержимымъ, или 3) отъ пораженія нервовъ живота, или наконецъ, 4) отъ раздраженія сосѣднихъ органовъ.

1) *Колиты*, зависящія отъ катарра тонкихъ кишекъ, принадлежатъ къ числу самыхъ обыкновенныхъ. Приступъ схваткообразной боли предшествуетъ обыкновенно поносному испражненію, а потому причина боли легко узнается. Если колика зависитъ отъ катарра толстыхъ кишекъ или дизентеріи, то повторяется значительно чаще и сопровождается тенезмами прямой кишки и слизистымъ стуломъ.

Къ этой-же категоріи относятся сильныя боли живота, сопровождающія непроходимость кишекъ, напр., при интуссусцепціи (стр. 112).

2) Ко второй группѣ относятся боли живота отъ *трудноваримой пищи*, напр., кислыхъ фруктовъ (анамнезъ), отъ нѣкоторыхъ лѣкарствъ, отъ скопленія въ кишкахъ кала (запоръ, вздутіе живота, иногда удается прощупать куски кала чрезъ брюшную стѣнку; боль быстро прекращается послѣ устранения причины посредствомъ клистира или слабительнаго) и отъ глисть. Предполагать колику отъ глисть можно въ томъ случаѣ, если хроническія боли живота повторяются у ребенка преимущественно по утрамъ, натошакъ и сопровождаются иногда тошнотой, не смотря на хорошій аппетитъ, правильный стулъ и вообще полное отсутствіе симптомовъ катарра желудка и кишекъ; вѣроятность еще больше, если у ребенка уже выходили прежде аскариды или членики солитера или если въ испражненіяхъ удается открыть присутствіе яичекъ глисть; съ полной увѣренностью можно считать глисть за причину болей живота въ томъ случаѣ, если съ изгнаніемъ паразитовъ боль совсѣмъ прекращается.

3) *Нервную боль въ кишкахъ* мы предполагаемъ въ томъ случаѣ, если не можемъ найти для нея причины ни въ болѣзняхъ кишекъ, (нормальный стулъ, хорошій аппетитъ), ни въ погрѣшностяхъ діеты, (боли не усиливаются отъ грубой пищи и не уменьшаются при самой строгой діетѣ), ни въ глистахъ, (сантонинъ не изгоняетъ аскаридъ; въ калѣ нѣтъ ни яичекъ глисть, ни члениковъ солитера), ни въ раздраженіи

сосѣднихъ органовъ. Интензивность боли сама по себѣ не даетъ точекъ опоры для діагностики, такъ какъ въ однихъ случаяхъ она бываетъ очень умѣренная и даже легкая, въ другихъ очень сильная, что зависитъ отчасти отъ причины, вызывающей боль, а причины эти бываютъ разнообразны.

а) *Воспаленіе позвонковъ*—ислѣдованіе спины открываетъ либо начало спондилита (въ видѣ невозможности сгибанія спины или болѣзненности при давленіи того или другого позвонка), либо вполне выраженный Поттовъ горбъ

б) *Отравленіе свинцомъ*—сѣрая кайма на деснахъ, упорные запоры, не уступающіе обыкновеннымъ средствамъ, при плоскомъ или втянутомъ и тугомъ животѣ; мочи мало, она высокаго удѣльнаго вѣса и насыщена; анамнезъ.

в) *Общая нервозность*—нервные боли живота, зависящія отъ этой причины, наблюдаются почти исключительно у дѣвочекъ подросткомъ, бросающихся въ глаза своей блѣдностью; обыкновенно онѣ худощавы, почти ничего не ѣдятъ, наклонны къ запорамъ, но приступы болей являются у нихъ независимо отъ того, давно-ли былъ у нихъ стулъ или нѣтъ; боли повторяются въ разное время дня натоцаемъ или послѣ ѣды то ежедневно, то раза 2—3 въ недѣлю.

г) *Болотная михорадка* несомнѣнно можетъ быть причиной правильно возвращающихся болей живота, нервная натура которыхъ выражается въ полной независимости ихъ отъ времени приемовъ и качества пищи; если приступъ боли спленъ, то онъ можетъ сопровождаться тошнотой. *Опухли селезенки, а, въ особенности, повышенія температуры можетъ и не быть.* Характерно для этихъ болей, помимо періодичности появленія, еще ихъ упорство по отношенію къ опию, слабительнымъ, діетѣ и т. п. и быстрое исчезаніе послѣ приѣма хинина. Въ одномъ случаѣ, у дѣвочки 11 лѣтъ, мы наблюдали интересное чередованіе припадковъ: дѣло началось съ правильныхъ пароксизмовъ febr. quotidiauae, прекратившихся послѣ назначенія хинина, но черезъ нѣсколько дней больная стала ежедневно страдать мигренями, начинавшимися около 2-хъ часовъ дня и скоро уступившими хинину; еще черезъ нѣсколько дней—періодическія боли живота, доводившія больную до слезъ.

Къ группѣ чисто нервныхъ коликъ слѣдуетъ отнести также боль живота, встрѣчающуюся иногда въ періодѣ выздоровленія отъ дифтерита и зависящую вѣроятно отъ пораженія блуждающихъ нервовъ, такъ какъ, по наблюденіямъ Suss'a (Rev. mens. de mal. del'enf. 1887 p. 289), она предшествуетъ обыкновенно внезапной смерти отъ паралича

сердца и потому имѣетъ весьма дурное прогностическое значеніе. Сюда-же, быть можетъ, относятся очень сильныя боли живота, встрѣчающіяся иногда при пурпурѣ и при простудѣ (охлажденіе ногъ или живота).

4) Боли живота, симулирующія кишечныя колики, но зависящія отъ раздраженія соседнихъ органовъ, какъ это бываетъ при желчныхъ и почечныхъ камняхъ, въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются крайне рѣдко и такъ какъ притомъ онѣ характеризуются тѣми-же признаками какъ и у взрослыхъ, то описывать ихъ мы не будемъ. Къ этой же группѣ относятся и боли живота при подвижной почкѣ, каковое страданіе, хотя и рѣдко, а всежь таки наблюдается и у дѣтей.

Наконецъ, сюда-же должна быть отнесена и отраженная боль живота, на которую такъ часто жалуются дѣти лѣтъ 4—6 при острыхъ воспаленіяхъ легкихъ и плевры. Замѣчательно, что въ этомъ возрастѣ дѣти почти никогда не жалуются на боль въ боку при рп. sciposa, а всегда локализируютъ ее въ животѣ.

### Семіотика увеличенія живота.

Въ нормальномъ состояніи, т. е., въ томъ случаѣ, если животъ не увеличенъ, но и не втянутъ, брюшныя стѣнки при положеніи больного на спинѣ должны стоять въ уровнѣ нижняго края грудной кѣтки; если же животъ возвышается надъ реберной дугой, то говорятъ, что онъ увеличенъ. Увеличеніе живота можетъ зависѣть отъ вздутія кишекъ газами или отъ скопленія въ полости брюшины жидкости. Отличить эти два состоянія не трудно. При метеоризмѣ животъ всюду даетъ при постукиваніи тимпанической звукъ, тогда какъ при водянкѣ въ *отлогахъ мѣстахъ* получается *тупой звукъ, мнѣющій свое мѣсто при перемѣнѣ положенія больного* (если только нѣтъ сращеній, не позволяющихъ жидкости перетекать съ одного мѣста на другое) и легко констатировать флюктуацію, если приложить къ одной сторонѣ живота ладонь руки, а по противоположной сторонѣ слегка ударять пальцами. Если брюшныя стѣнки натянуты, то отъ сотрясенія ихъ можетъ получиться ложная флюктуація при простомъ метеоризмѣ. Въ подобныхъ сомнительныхъ случаяхъ можно руководствоваться свойствомъ волны, вызываемой покалываніемъ по брюшной стѣнкѣ: при скопленіи жидкости, т. е., при настоящей флюктуаціи, можно ясно различать, что величина волны, ударяющей въ приложенную къ животу ладонь, измѣняется, смотря потому, ударяютъ ли однимъ или концами нѣсколькихъ

пальцевъ; въ первомъ случаѣ волна будетъ маленькая, во-второмъ—сравнительно большая. При ложной флюктуациі сотрясеніе брюшной стѣнки не настолько ясно, чтобъ можно было различать величину ударяющей поверхности пальцевъ.

Можно иногда получить несомнѣнную флюктуацию въ животѣ, не смотря на полное отсутствіе асцита; это бываетъ именно въ случаѣ скопленія жидкости въ какомъ-нибудь мѣшкѣ, будетъ-ли то гидронефрозъ, или растянутый мочевоі пузырь, или киста яичника. Во всѣхъ этихъ случаяхъ тупой звукъ не измѣняетъ своихъ границъ при перемѣнѣ положенія больного.

Растянутый мочевоі пузырь узнается легко, если брюшныя стѣнки не напряжены и не жирны, такъ что черезъ нихъ удобно прощупываются границы пузыря. Если-же границъ этихъ прощупать нельзя, то діагностика основывается на формѣ тупого звука, занимающаго пространство по средней линіи живота между пупкомъ и лобкомъ и заходящаго симметрично въ обѣ стороны отъ этой линіи на нѣсколько пальцевъ. Тупой звукъ этотъ не измѣняетъ своихъ границъ при перемѣнѣ положенія больного, но исчезаетъ послѣ выпущенія мочи катетеромъ.

О гидронефрозѣ и кистѣ яичника будетъ сказано въ главѣ объ опухоляхъ живота.

**Вздутіе живота** развивается или остро—*метеоризмъ*, или существуетъ въ хроническомъ видѣ—*тимпанитъ*.

Острый метеоризмъ въ умѣренной степени является обычнымъ спутникомъ остраго катарра тонкихъ кишекъ и диспепсіи у грудныхъ дѣтей, а также при случайно появляющихся запорахъ. Значительныя степени метеоризма сопровождаютъ болѣе серьезныя болѣзни, каковы: непроходимость кишекъ—(*invaginatio*) и воспаленія брюшины, мѣстныя или общія. Діагностическое значеніе метеоризма, вообще говоря, не велико, такъ какъ въ этомъ отношеніи онъ отступаетъ на задній планъ въ виду другихъ, болѣе важныхъ для распознаванія симптомовъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ, однако, онъ можетъ содѣйствовать выясненію дѣла, напр., въ сомнительныхъ формахъ тифа, напоминающихъ туберкулезный менингитъ, умѣренный метеоризмъ говоритъ въ пользу тифа, тогда какъ слегка ввалившійся животъ гораздо болѣе свойственъ менингиту.

*Хроническій тимпанитъ* мы встрѣчаемъ при хроническихъ заболѣваніяхъ кишечника (поносъ или запоръ), а также при хроническомъ перитонитѣ (вмѣстѣ съ асцитомъ, см. ниже) и во многихъ случаяхъ рахитизма. При нормальной дѣятельности кишекъ тимпанитъ можетъ зависѣть у дѣтей отъ трудноваримой, растительной пищи, состоящей преимущественно изъ хлѣба и картофеля.

**Водянка живота.** Скопление жидкости въ животѣ можетъ быть слѣдствіемъ транссудации въ полость брюшины подъ вліяніемъ затрудненнаго кровообращенія въ воротной венѣ или общей гидреміи и измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ (Conheim), или же жидкость, скопляющаяся въ животѣ, есть результатъ воспаленія брюшины и потому имѣетъ значеніе экссудата.

Простая, т. е., невоспалительная *водянка живота*, зависящая отъ *идреміи*, характеризуется во 1-хъ, тѣмъ, что при ней всегда бываетъ и подкожная водянка — (anasarca) или всего тѣла, или только нѣкоторыхъ мѣстъ, а именно лица и ступней, а во 2-хъ, тѣмъ, что всегда можно открыть причину гидреміи или въ воспаленіи почекъ (ислѣдованіе мочи), или въ истощающихъ болѣзняхъ, въ числѣ которыхъ главную роль играетъ хроническій поносъ (фоллкуллярный энтеритъ).

Въ другихъ случаяхъ водянка живота, какъ одно изъ проявленій общей водянки, бываетъ слѣдствіемъ *затрудненнаго кровообращенія вообще* и въ частности въ печени и тогда причину ея слѣдуетъ искать въ порокахъ сердца или въ хроническомъ заболѣваніи легкихъ и въ особенности плевры (гнойный плевритъ). Въ послѣднемъ случаѣ въ произведеніи водянки можетъ имѣть мѣсто двойная причина, т. е., и затрудненное кровообращеніе, и гидремія отъ истощенія. Допустить застойную брюшную водянку въ подобныхъ случаяхъ мы можемъ съ полнымъ правомъ только тогда, если есть признаки пассивной гипереміи печени (см. опухоли печени).

Нѣкоторое затрудненіе для диагностики могутъ представить случаи воспалительной водянки живота, развивающейся у гидроничныхъ субъектовъ. Подобная комбинація хроническаго серознаго перитонита встрѣчалась намъ во 1-хъ, при хроническомъ нефритѣ и во 2-хъ, при туберкулезѣ. Въ первомъ случаѣ, у дѣвочки 7 лѣтъ, диагностика основывалась главнымъ образомъ на свойствахъ выпущенной жидкости, которая оказалась мутной отъ большой примѣси гнойныхъ тѣлецъ и была богата бѣлкомъ. У туберкулезнаго мальчика 10 лѣтъ диагностика перитонита при общей водянкѣ могла быть установлена на основаніи существовавшихъ сращеній кишекъ съ брюшной стѣнкой, не допускавшихъ свободнаго перемѣщенія жидкости при перемѣнѣ положенія больного; оставался именно тимпаническій звукъ въ правой подчревной области, какъ при стоячемъ положеніи больного, такъ и при положеніи его на правомъ боку, не смотря на очень значительное скопленіе жидкости въ животѣ. Въ этомъ же мѣстѣ прощупывалось затвердѣніе.— Диагностика въ обохъ случаяхъ подтвердилась вскрытіемъ.

Въ третьемъ случаѣ, не дошедшемъ до аутопсіи, асцитъ у 10-ти-

лѣтней дѣвочки, страдавшей хроническимъ нефритомъ и поносомъ, хотя и составлялъ часть общей водянки, но тоже имѣлъ вѣроятно воспалительное происхожденіе, такъ какъ жидкость, выпущенная троакаркомъ, была очень мутна отъ примѣси гнойныхъ тѣлецъ и, кромѣ того, водянка живота была несоразмѣрно велика сравнительно съ отечной опухолью ногъ.

Указаніе Rehn'a, (Handb. v. Gerhardt. IV. B. 1880. S. 258), будто экссудативные перитониты, развивающіеся иногда при пораженіяхъ почекъ, достаточно характеризуются лихорадочнымъ состояніемъ и болѣзненностью живота, къ хроническимъ случаямъ мало примѣнимо, такъ какъ оба эти симптома могутъ отсутствовать, а у туберкулезныхъ субъектовъ лихорадка можетъ зависѣть отъ другихъ причинъ.

Но такъ какъ подобные случаи комбинированнаго асцита довольно рѣдки, то, вообще говоря, діагностика причинъ асцита, составляющаго часть общей водянки, нетрудна. Гораздо большія затрудненія представляютъ въ этомъ отношеніи изолированные асциты, когда приходится рѣшать вопросъ, имѣемъ ли мы дѣло съ застойной водянкой живота, т. е., съ транссудатомъ, или съ хроническимъ экссудативнымъ перитонитомъ. Распознаваніе этихъ двухъ процессовъ можетъ быть сдѣлано на основаніи свойствъ выпущенной жидкости, а также другихъ симптомовъ, этиологій и анамнеза.

Транссудатъ имѣетъ видъ прозрачной, слегка желтоватой жидкости, удѣльный вѣсъ которой меньше 1015, а количество бѣлка не превышаетъ 2—3—4‰; тогда какъ экссудатъ, хотя иногда и бываетъ тоже прозраченъ, (въ большинствѣ случаевъ онъ мутенъ и напоминаетъ по наружному виду воду, слегка забѣленную молокомъ, отъ болѣе или менѣе значительной примѣси гнойныхъ тѣлецъ) но отличается богатымъ содержаніемъ бѣлка (4—6‰) и удѣлн. вѣсомъ больше 1015. Лихорадочное состояніе и боль живота при давленіи говорятъ въ пользу перитонита, но отсутствіе этихъ симптомовъ не исключаетъ его.

Reuss замѣтилъ, что разница въ уд. вѣсѣ между транссудатомъ и экссудатомъ обуславливается главнымъ образомъ большимъ или меньшимъ содержаніемъ бѣлка, такъ что о количествѣ послѣдняго можно судить по удѣльному вѣсу; Reuss составилъ даже формулу для опредѣленія содержанія бѣлка; если  $S$  обозначаетъ уд. в. и  $E$  количество бѣлка въ процентахъ, то  $E = \frac{3}{8}(S - 1000) - 2,8$  если напр. уд. вѣсъ транссудата будетъ 1010, то получимъ  $E = \frac{3}{8} \cdot 10 - 2,8; = \frac{30}{8} - 2,8$  или  $E = 0,95$ .

Если жидкость, выпущенная изъ какой-нибудь полости, при про-



должительномъ стояніи свертывается, то это конечно экссудатъ, но если не свертывается, то это еще не исключаетъ экссудата.

Транссудатъ въ полости брюшины при изолированномъ асцитѣ всегда бываетъ застойнаго происхожденія отъ сдавленія ствола воротной вены или ея печеночныхъ вѣтвей. Такого рода водянка живота въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается рѣдко.

Сравнительно болѣе частыя причины ея касаются печени.

**Сифилисъ печени**, который у дѣтей старшаго возраста характеризуется увеличеніемъ органа, образованіемъ въ немъ гуммозныхъ узловъ и рубцовыхъ стягиваній, вслѣдствіе которыхъ получается дельчатый видъ печени, можно предполагать или даже діагносцировать въ томъ случаѣ, если ребенокъ страдалъ прежде симптомами наследственнаго сифилиса (выкидыши у матери, сыни на первомъ году жизни, позднѣе язвенные процессы на слизистой оболочкѣ рта и зѣва, періоститы длинныхъ костей) и въ данное время можно прощунать у него увеличенную, бугристую печень. Если подъ влияніемъ специфическаго лѣченія (напр. іодистымъ калиемъ) въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, водянка живота исчезаетъ, печень уменьшается въ объемѣ, и общій видъ большого улучшается, то діагностика дѣлается несомнѣнной.

**Простой циррозъ печени** развивается у дѣтей, которымъ даютъ много вина, или и безъ этого этиологическаго момента, но послѣ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней. По симптомамъ онъ мало чѣмъ отличается отъ цирроза печени у взрослыхъ. Въ діагностическомъ отношеніи важно отмѣтить, что въ первомъ періодѣ болѣзни замѣчается обыкновенно расстройство пищеваренія въ видѣ поносовъ, смѣняющихся запорами, и болей живота; это тѣ же симптомы, что всегда получаютъ въ анамнезѣ при водянкѣ живота отъ туберкулезнаго перитонита, но ихъ не бываетъ при т. н. ідиопатическомъ асцитѣ вслѣдствіе хроническаго серознаго перитонита. Не менѣе важно констатировать въ анамнезѣ рѣдко отсутствующую желтуху, хотя бы и въ незначительной степени и только временную, но за то повторную, хотя въ данное время ея можетъ и не быть даже и въ періодѣ рѣзко выраженнаго асцита.— Съ большей увѣренностью можно діагносцировать циррозъ печени, если удастся замѣтить со временемъ постепенное уменьшеніе печени и увеличеніе селезенки; къ сожалѣнію, присутствіе большого количества жидкости въ животѣ значительно затрудняетъ изслѣдованіе или дѣлаетъ его совсѣмъ безрезультатнымъ, пока не произведено прокола живота.

**Амилоидъ печени** никогда не встрѣчается въ видѣ самостоятельнаго страданія, а только у истощенныхъ дѣтей и главнымъ образомъ у золотушныхъ, страдающихъ язвенными процессами въ костяхъ или на кожѣ,

а также у чахоточныхъ, сифилитиковъ, и вообще при кахексіяхъ отъ истощающихъ болѣзней. При существованіи подобныхъ этиологическихъ моментовъ узнать амилоидную печень нетрудно: она очень *велика* (нерѣдко доходитъ до пупка), *плотна*, съ закругленнымъ краемъ и *безболѣзненна* при давленіи. Такъ какъ амилоидное перерожденіе почти никогда не ограничивается печенью, а распространяется также на почки и селезенку, то большая селезенка и альбуминурія могутъ считаться характерными спутниками амилоида печени. Если нѣтъ осложнений, то желтухи не бываетъ. Относительно асцита слѣдуетъ замѣтить, что онъ не принадлежитъ къ числу постоянныхъ симптомовъ занимающаго насъ страданія; въ виду того, что нерѣдко водянка начпнается съ ногъ, а животъ поражается позднѣе, можно думать, что во многихъ случаяхъ асцита при амилоидѣ печени главную роль въ происхожденіи его играетъ не затрудненное кровообращеніе въ печени, а просто гидремія.

Трудно также сказать, на сколько принимаетъ участіе въ произведеніи асцита *интерпляртическое затвердѣніе печени*—одинъ изъ симптомовъ болотнаго худосочія, діагностика котораго основывается, главнымъ образомъ, на данныхъ анамнеза (продолжительная болотная лихорадка); большая плотная селезенка при значительно увеличенной и также плотной печени съ гладкой поверхностью и наконецъ, отеки ногъ и общая анемія составляютъ картину болѣзни.

Что касается до водянки живота отъ сдавленія воротной вены увеличенными железами въ воротахъ печени или отъ сдавленія ппжей полой вены выше впаденія въ нее печеночныхъ венъ, то причины эти недоступны для діагностики.

Такъ какъ увеличеніе лимфатическихъ железъ обусловливается либо амилоидомъ и туберкулезомъ, либо раковымъ перерожденіемъ при рагѣхъ сосѣднихъ органовъ, то предполагать такую причину водянки нельзя, если больной не представляется истощеннымъ и въ анамнезѣ нѣтъ указаній на возможность перерожденія железъ. Этими обстоятельствами можно пользоваться при дифференціальной діагностикѣ простого серознаго перитонита.

**Эксудативный асцитъ.** Водянка живота, какъ слѣдствіе хроническаго перитонита, встрѣчается у дѣтей гораздо чаще, чѣмъ водянка застойная. *Хроническій перитонитъ*, какъ слѣдствіе простого остраго перитонита, встрѣчается довольно рѣдко. Какъ примѣръ подобнаго исхода, мы приведемъ слѣдующій случай:

Глухонѣмой мальчикъ 10 лѣтъ, сынъ здоровыхъ родителей, имѣющій двухъ здоровыхъ братьевъ и прежде всегда здоровый, не страдавшій ни продолжительными поносами, ни кашлемъ, ни болями живота, по-

ступилъ въ больницу по поводу боли и вздутія живота. Болѣзнь его началась съ мѣсяць тому назадъ послѣ того, какъ онъ, будучи въ поту, напился холоднаго пива. Болѣзнь началась жаромъ, повторной рвотой и настолько сильной болью живота, что онъ принужденъ былъ принять неподвижное положеніе на спинѣ. Черезъ нѣсколько дней послѣ того отецъ замѣтилъ сильное увеличеніе живота. Съ тѣхъ поръ больной не вставалъ и черезъ мѣсяць отъ начала болѣзни помѣщенъ въ больницу, когда боли живота стали ужъ значительно легче, и больной могъ сидѣть въ постели.

При поступленіи больной былъ нѣсколько блѣденъ и худъ, но далеко не истощенъ, животъ сильно увеличенъ ( $64\frac{1}{2}$  снт.), при давленіи болѣзненъ, особенно между пупкомъ и подложечкой, гдѣ легко прощупывалось сквозь брюшинную стѣнку затвердѣніе съ рѣзко обозначеннымъ плотнымъ нижнимъ краемъ, очень похожимъ на край лѣвой доли затвердѣлой печени. Край этотъ шелъ поперекъ живота на 2 пальца выше пупка, отъ одного подреберья къ другому; верхняя граница опухоли на палецъ не доходила до нижняго конца sterni, вслѣдствіе чего подъ ложечкой оставалось небольшое мѣсто съ меньшей резистенціей, чего не могло бы быть, если бы мы имѣли дѣло съ увеличенной печенью. Консистенція опухоли очень плотная, поверхность не совсѣмъ ровная; при давленіи она болѣзненна, а при легкой перкуссии по опухоли получается тимпаническій звукъ кашекъ, указывающій на небольшую толщину опухоли. Печень не прощупывается; тупой звукъ ея начинается на палецъ ниже соска и спускается до нижняго края грудной кѣтки. Животъ ясно флюктуируетъ и при постукиваніи даетъ въ отлогихъ мѣстахъ тупой звукъ, мѣняющій мѣсто при перемѣнѣ положенія больного. Языкъ чистъ, влаженъ, на низъ разъ въ день, какъ слѣдуетъ, аппетитъ порядочный. Моча интесивно окрашена мочевымъ пигментомъ и богата индиканомъ, безъ бѣлка. Селезеночная тупость не могла быть опредѣлена. Кашля нѣтъ; сонъ удовлетворительный, лихорадка непостоянная и умѣренная ( $37-37,7$  по утрамъ и около  $38,5$  вечеромъ) безъ потовъ. Состояніе силъ удовлетворительное, больной свободно сидитъ въ постели. Отековъ подкожной кѣтчатки нѣтъ нигдѣ, кромѣ мошонки.

Діагностика простаго перитонита была поставлена на основаніи анамнеза (острое начало, отсутствіе катарровъ кишекъ и наследственности къ туберкулезу) и присутствія опухоли между пупкомъ и scrobis cordis, принятой нами за утолщенный и рубцовостяннутый сальникъ.

Черезъ нѣсколько дней больной заболѣлъ скарлатиной, отъ которой и умеръ. Вскрытіе показало присутствіе въ животѣ серозно-гнояной

жидкости, а опухоль въ верхней части живота оказалась не перерожденнымъ салъникомъ, а просто сильно утолщенной брюшиной; воспалительный инфильтратъ оканчивался, не доходя до пупка, очень толстымъ (въ мизинецъ) отвѣснымъ краемъ, симулировавшимъ край печени. Слѣдовъ туберкулеза не оказалось нигдѣ, даже и въ бронхиальныхъ железахъ.

Дифференціальная діагностика подобныхъ случаевъ отъ туберкулезнаго перитонита возможна съ нѣкоторою вѣроятностью только на основаніи анамнеза, когда можно убѣдиться въ отсутствіи наслѣдственности къ туберкулезу и когда перитонитъ поражаетъ ребенка, бывшаго до тѣхъ поръ совершенно здоровымъ и не расположеннаго къ хроническимъ катаррамъ.

Въ другихъ случаяхъ хроническій серозный перитонитъ развивается совершенно самостоятельно, подъ вліяніемъ неизвѣстныхъ причинъ или явной простуды (Galvani) или нефрита и протекаетъ съ самаго начала медленно, безъ острыхъ симптомовъ раздраженія брюшины, хотя и съ лихорадочнымъ состояніемъ. Даже и въ вполне развитомъ состояніи онъ не ведетъ ни къ какимъ осложненіямъ и не выражается никакими другими признаками, кромѣ значительной водянки живота, а потому и описывался прежде подъ именемъ **идіопатическаго асцита** — *ascites idiopatica*; Galvani назвалъ ее *peritonitis rheumatica serosa chronica*. Кромѣ этихъ отрицательныхъ признаковъ, серозный перитонитъ характеризуется тѣмъ, что поражаетъ преимущественно *здоровыхъ дѣтей*, общее состояніе которыхъ остается хорошимъ даже и въ періодъ полнаго развитія водянки: больной хорошо ѣстъ, правильно испражняется, (по Baginsk'ому впрочемъ, часто бываетъ поносъ), не лихорадитъ и не ложится въ постель, чѣмъ эта болѣзнь отлчается, между прочимъ, отъ застойныхъ водянокъ вслѣдствіе болѣзней печени, при которыхъ общее состояніе всегда довольно скоро страдаетъ. *Жизнь* при perit. serosa не болѣзненъ при давленіи. Обычный исходъ этой формы перитонита — выздоровленіе, но прошествіи 3—6 мѣсяцевъ отъ начала болѣзни.

Отъ застойной водянки живота серозный перитонитъ отлчается отсутствіемъ опухоли печени, сравнительно хорошимъ общимъ состояніемъ и отсутствіемъ въ анамнезѣ и in stat. praesente указаній на сифилисъ и туберкулезъ. Гораздо больше сходства съ серознымъ перитонитомъ представляетъ брюшная водянка отъ атрофическаго цирроза печени, тѣмъ болѣе, что и при перитонитѣ печень можетъ казаться уменьшенной \*) вслѣдствіе того, что подъ вліяніемъ асцита она по-

\*) Впрочемъ, при атрофическомъ циррозѣ печени въ дѣтскомъ возрастѣ она можетъ быть еще увеличенной даже и въ періодѣ водянки.

ворачивается какъ бы около поперечной своей оси и становится своимъ нижнимъ краемъ впереди, отчего тупой звукъ печени представляется уменьшеннымъ. Въ пользу серознаго перитонита говорить отсутствие слѣдовъ желтухи, нормальная величина селезенки, стаціонарное положеніе асцита и хорошее состояніе питанія въ теченіе долгаго времени, отсутствие поносовъ и отчасти возрастъ дѣтей: серозный перитонитъ встрѣчается, главнымъ образомъ, у маленькихъ дѣтей, лѣтъ до 5, а циррозъ печени у дѣтей старшаго возраста. Объясненію діагностики можетъ содѣйствовать, наконецъ, и проколъ живота, и именно въ двухъ отношеніяхъ: во 1-хъ, послѣ выпущенія жидкости удобнѣе изслѣдовать печень и во 2-хъ, надежныя данныя могутъ получиться при изслѣдованіи выпущенной жидкости по отношенію къ ея уд. в., количеству бѣлка и микроскопическимъ ея свойствамъ (примѣсь гнойныхъ тѣлецъ въ экссудатахъ).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ простого хроническаго перитонита, въ позднѣйшихъ періодахъ его, прощупываются въ животѣ бугристыя опухоли и затвердѣнія вслѣдствіе образованія рубцовыхъ сращеній и утолщенія стѣнокъ кишекъ или отъ гипериліастическаго утолщенія сальника (Rehn) или самой брюшины (какъ напр., у вышеприведеннаго глухонѣмого мальчика). Подобные случаи простого хроническаго перитонита легко могутъ быть приняты за перитонитъ туберкулезный, отъ котораго отличаются не столько свойствомъ мѣстныхъ припадковъ, сколько анамнезомъ и отсутствіемъ явленій туберкулеза въ другихъ органахъ.

**Хроническій туберкулезный перитонитъ** является самой частой причиной изолированныхъ брюшныхъ водянокъ у дѣтей, и на его долю приходится значительно больше случаевъ асцита, чѣмъ на всѣ другія причины, вмѣстѣ взятая.

Развитію его предшествуютъ обыкновенно хроническіе поносы съ болями живота, часто смѣняющіеся запорами; дѣти оказываются золотушными (хронич. экземы, адениты, болѣзни костей) или происходятъ изъ туберкулезной семьи. Вотъ, если при такихъ условіяхъ появляется у ребенка водянка живота при значительномъ напряженіи брюшныхъ стѣнокъ, вслѣдствіе чего животъ нѣсколько сдавливается съ боковъ и получаетъ овальную (а не шарообразную, какъ при тимпанитѣ или застойномъ асцитѣ) форму съ выступающимъ пупкомъ, то можно съ увѣренностью предполагать у него начало туберкулезнаго перитонита. Ни рвоты, ни сильной боли при давленіи на животъ можетъ при этомъ не быть, да обыкновенно и не бываетъ; чаще встрѣчаются схваткообразныя произвольныя боли, а при давленіи только легкая боль.—По мѣрѣ

развитія процесса діагностика дѣлается легче. Животъ значительно увеличенъ отчасти отъ метеоризма, отчасти отъ накопленія жидкости, брюшныя стѣнки напряжены, подкожныя вены живота растянуты; при ощупываніи въ разныхъ мѣстахъ живота или въ одномъ какомъ-либо мѣстѣ удается прощупать или затвердѣнія безъ ясныхъ границъ, или бугристыя опухоли; въ этихъ мѣстахъ животъ всегда болѣзненъ при давленіи. Если эти затвердѣнія обусловливаются сращеніемъ кишекъ съ утолщенной брюшиной, то соотвѣтственныя мѣста постоянно даютъ тимпанической звукъ, при какомъ угодно положеніи больного. Ничего подобнаго при застойныхъ асцитыхъ никогда не встрѣчается: тамъ вслѣдствіе отсутствія сращеній жидкость свободно перемѣщается, и потому въ отлогихъ мѣстахъ всегда получается тупой звукъ.

Далѣе, характерно для туберкулезнаго перитонита прогрессивное похуданіе больного, болѣе замѣтное на конечностяхъ, грудной клѣткѣ и шеѣ и менѣе въ лицѣ, позволяющее діагносцировать болѣзнь *per distance*, благодаря характерному контрасту между большимъ животомъ и общей худобой, и изнурительная лихорадка, съ почти нормальными или даже субнормальными утренними температурами и съ вечерними повышеніями до 38,5—39°. Иногда лихорадка дѣлается на нѣсколько дней перемежку, но потомъ опять появляется.

При діагностикѣ туберкулезнаго перитонита не слѣдуетъ смущаться, если у больного нѣтъ кашля и вообще признаковъ туберкулеза легкихъ. Дѣло въ томъ, что въ дѣтскомъ возрастѣ легкія не составляютъ излюбленнаго мѣста для локализациі туберкулезныхъ бациллъ и потому нерѣдко случается, что туберкулезный перитонитъ, а еще чаще менингитъ являются изолированными. Гораздо рѣже случается, чтобы при туберкулезномъ перитонитѣ не было пораженія кишекъ въ видѣ хроническаго катарра или туберкулезныхъ язвъ, такъ какъ зараженіе брюшины туберкулезомъ происходитъ обыкновенно отъ кишекъ или брыжжеечныхъ железъ; вотъ поэтому то именно, въ анамнезѣ у больного туберкулезнымъ перитонитомъ и удается почти всегда узнать о томъ, что онъ долгое время страдалъ поносами и болями живота; это обстоятельство можетъ служить при случаѣ для дифференціальной діагностики отъ простаго хроническаго перитонита.

Въ діагностическомъ отношеніи слѣдуетъ замѣтить еще, что у туберкулезныхъ больныхъ вообще, и въ частности при перитонитѣ у дѣтей, печень нерѣдко встрѣчается увеличенной вслѣдствіе ожирѣнія и легко прощупывается; но она никогда не достигаетъ такой величины и плотности, чтобы можно было принять ее за амплотдную печень и на счетъ ея отнести водянку живота.

## Опухоли живота.

При діагностикѣ опухоли живота надо прежде всего опредѣлить, отъ каго органа она происходитъ, а потомъ ужъ выяснитъ ея натуру.

Увеличеніе печени и селезенки узнается легко по мѣсту, занимаемому опухолью и по формѣ ея, при чемъ особенно характерной является вырѣзка на нижнемъ краѣ печени или на переднемъ краѣ селезенки.

Объ опухоляхъ печени мы скажемъ всего лишь нѣсколько словъ, такъ какъ онѣ выражаются тѣми-же симптомами, что и у взрослыхъ.

Печень у дѣтей первыхъ лѣтъ жизни и въ нормальномъ состояніи выступаетъ изъ подъ реберъ по l. mamillaris на 1—2 пальца и если не прощупывается, то только потому, что край ея недостаточно твердъ для этого, но стоитъ печени получить бѣольшую плотность и она сейчас-же дѣлается легко доступной осязанію и кажется увеличенной.

Въ однихъ случаяхъ поверхность увеличенной печени бываетъ гладкой, въ другихъ—неровной, бугристой; иногда она бываетъ значительно увеличенной, иногда-же остается почти нормальной. На основаніи этихъ признаковъ и, главнымъ образомъ, въ виду этиологическихъ моментовъ, діагностика припухлости печени вообще нетрудна.

*Острое незначительное увеличение печени* при гладкой поверхности и небольшой плотности встрѣчается у дѣтей въ 1-хъ, *отъ застоя желчи* при катарральной желтухѣ и во 2-хъ, *отъ паренхиматознаго набуханія* или гипереміи печени въ теченіе острыхъ инфекціонныхъ болѣзней, напр. при тифѣ, рекуррентѣ и др. Въ обихъ этихъ случаяхъ вслѣдъ за излѣченіемъ основной болѣзни исчезаетъ и увеличеніе печени. Сюда-же относятся гиперемійная опухоль печени при отравленіи нѣкоторыми ядами, напр. фосфоромъ.

Въ *хроническихъ* случаяхъ *большая печень, съ гладкой поверхностью* и почти или совсѣмъ *неболѣзненная при давленіи*, можетъ зависѣть отъ слѣдующихъ причинъ:

1) **Пассивная гиперемія печени** наблюдается при порокахъ сердца, хроническомъ плевритѣ и вообще при условіяхъ, затрудняющихъ отливъ венозной крови къ сердцу. Печень нѣсколько чувствительна при давленіи, выступаетъ изъ подъ реберъ по l. mamil. пальца на 2—3, плотность ея неособенно велика. *Съ улучшеніемъ состоянія сердечной работы объемъ органа уменьшается.*

2) **Интерстиціальнй гепатитъ** является большею частью вслѣдствіе долго длившагося интермиттента. Печень очень плотна и безболѣзненна при давленіи. Всегда есть и большая, плотная селезенка. Какъ пока-

зываютъ наблюденія Оболенскаго (Мед. Обозр. Т. XXX стр. 254), подобнаго рода гипетрофическій циррозъ печени (т. н. заваль печени) подѣ влияніемъ лѣченія каломелемъ способенъ къ обратному метаморфозу, при чемъ вмѣстѣ съ уменьшеніемъ объема печени улучшается и общее состояніе больного.

3) **Жирная печень** у дѣтей не достигаетъ особенно большой величины и плотности. Она встрѣчается у грудныхъ, тучныхъ дѣтей подѣ влияніемъ избыточнаго употребленія молока, а также у истощенныхъ субъектовъ, въ особенности при туберкулезѣ и рахитизмѣ.

4) **Амилоидъ печени**, о которомъ была ужъ рѣчь на стр. 125.

5) **Лейнемическая печень** по величинѣ и плотности не уступаетъ предыдущей, подобно которой сопровождается также значительной опухолью селезенки, но отличается отъ нея тѣмъ, что сопровождается симптомами лейкемии, при отсутствіи этиологическихъ моментовъ, свойственныхъ амилоидной печени.

6) **Эхинококкъ печени** тоже ведетъ къ значительному увеличенію и уплотнѣнію органа, но отъ всѣхъ другихъ сходныхъ процессовъ отличается чрезвычайно медленнымъ теченіемъ (нѣсколько лѣтъ) и еще тѣмъ, что общее состояніе остается очень хорошимъ даже и тогда, когда печень достигла ужъ громадныхъ размѣровъ, напр., до пупка. Такое несоотвѣтствіе между хорошимъ состояніемъ общаго питанія съ одной стороны и громадной печенью съ другой, въ связи съ очень медленнымъ теченіемъ, при отсутствіи асцита и желтухи, дѣлаетъ діагностику эхинококка весьма вѣроятной, даже и при отсутствіи симптомовъ, специально указывающихъ на эхинококкъ. Симптомы эти получаютъ въ томъ случаѣ, если пузырь эхинококка сидитъ на верхней поверхности печени, доступной ощупыванію. Тогда на гладкой поверхности печени легко замѣтитъ осязаніемъ гладкую-же полусферическую выпуклость, дающую болѣе или менѣе замѣтную флюктуацию; жидкость, извлеченная пробнымъ проволкомъ изъ этой выпуклости, отличается отъ всякаго трансудата или экссудата тѣмъ, что не содержитъ бѣлка, но зато очень богата хлористымъ натріемъ. Подѣ микроскопомъ иногда удается открыть въ ней ерочки эхинококка.

Если пузырь паразита помѣщается вблизи воротъ печени и, сдавливая воротную вену или желчный протокъ, вызываетъ водянку живота или желтуху, то діагностика становится болѣе затруднительной.

При *абсцессъ печени*, бывающемъ б. ч. піэміческаго происхожденія, печень тоже значительно увеличивается и на поверхности ея удается прощупать флюктуирующія выпуклости, но при этомъ всегда бываетъ неправильная лихорадка, печень болѣзненна, общее состояніе сильно страдаетъ.



Иногда, правда въ очень рѣдкихъ случаяхъ, край печени прощупывается около пупка не потому, что печень увеличена, а потому, что она смѣщена. Смѣщеніе печени книзу всего чаще наблюдается у дѣтей при обильномъ правостороннемъ плевритическомъ эксудатѣ, который легко узнается при изслѣдованіи груди. Въ другихъ случаяхъ, какъ напр., было это въ наблюденіи Гуядобина (Мед. Обзор. XXIX стр. 650) смѣщеніе печени зависѣло просто отъ ослабленія поддерживающей связки. Такое смѣщеніе печени отличается отъ увеличенія ея опущеніемъ верхней границы органа, что легко узнается помощью перкуссіи.

**Большая печень съ неровной, т. е., бугристой поверхностью** встрѣчается при сифилисѣ печени и при злокачественныхъ новообразованіяхъ въ ней.

О сифилисѣ печени была рѣчь на стр. 125. Кромѣ гумозной формы сифилиса, у дѣтей встрѣчается еще и разлитой интерстиціальный сифилитическій гепатитъ, при которомъ печень, увеличиваясь въ объемѣ, сохраняетъ свою гладкую поверхность. Но форма эта, свойственная новорожденнымъ и груднымъ дѣтямъ, позднѣе почти вовсе не встрѣчается.

Злокачественныя новообразованія въ печени у дѣтей почти никогда не встрѣчаются въ первичномъ видѣ, обыкновенно-же печень поражается послѣдовательно при саркомахъ глаза, почекъ или костей. Больной скоро впадаетъ въ кахексію и живетъ не болѣе 3—4 мѣсяцевъ. Симптомы состоятъ въ громадномъ увеличеніи печени, получающей бугристую поверхность.

**Увеличеніе селезенки** встрѣчается у дѣтей очень часто и притомъ, какъ въ острой, такъ и въ хронической формѣ. Узнать опухоль селезенки можно посредствомъ постукиванія и ощупываніемъ.

Въ нормальномъ состояніи верхняя граница тупого звука селезенки начинается по задней аксиллярной линіи (гдѣ селезенка выходитъ изъ подъ легкаго) отъ 9-го ребра; передняя граница—соотвѣтствующая переднему краю селезенки, лежитъ на средней аксиллярной линіи или нѣсколько заходитъ за нее, но никогда не достигаетъ линіи, соединяющей лѣвый сосокъ съ концомъ 11-го ребра; нижняя граница тупого звука (нижній край селезенки) лежитъ по задней аксиллярной линіи вблизи нижняго края реберъ и нѣсколько взади отъ конца 11-го ребра, который приходится обыкновенно на средней аксиллярной линіи (Sahli—Die topogr. Percus. im Kindesalt. 1882 s. 155). Въ виду этого можно считать тупой звукъ селезенки увеличеннымъ въ томъ случаѣ, если по *задней аксиллярной линіи онъ начинается выше 9-го ребра и доходитъ до 11-го и если передняя граница его достигаетъ или заходитъ за линію, соединяющую конецъ 11-го ребра съ соскомъ.*—Но считать данныя перкуссіи

за доказательныя можно лишь въ томъ случаѣ, если тотъ-же результатъ получается въ теченіе 2—3 дней подъ рядъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ нельзя быть увѣреннымъ въ томъ, что увеличеніе селезеночной тупости не зависитъ отъ скопленія испражнений въ сосѣднихъ петляхъ кишекъ. И наоборотъ, увеличенная селезенка можетъ дать нормальную селезеночную тупость, если она прикрыта кишками, раздутыми газами.

Гораздо болѣе надежные результаты даетъ ощупываніе. Чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ легче удастся прощупать селезенку въ случаѣ ея увеличенія; у дѣтей первыхъ мѣсяцевъ жизни она нерѣдко прощупывается даже и въ нормальномъ состояніи. За исключеніемъ этихъ случаевъ, можно принять за правило, что *если селезенка прощупывается, то, стало быть, она увеличена*; (если только она не смѣщена лѣвостороннимъ плевритическимъ экссудатомъ).

Отличить острое опуханіе селезенки отъ хроническаго не всегда легко при изслѣдованіи больного въ первый разъ. При хронической опухолѣ селезенка отличается вообще бѣльшей твердостью и бѣльшей величиной. При остромъ опуханіи селезенка рѣдко выступаетъ изъ подъ реберъ болѣе, чѣмъ на 2—3 пальца. Если опухоль селезенки наблюдается у больного, не страдающаго никакой лихорадочной болѣзвью, то она конечно хроническая; если же больной сильно лихорадитъ, то опухоль селезенки мы можемъ съ увѣренностью считать за свѣжую лишь въ томъ случаѣ, если увеличеніе ея произошло на нашихъ глазахъ или если извѣстно, что нѣсколько дней или недѣль тому назадъ опухолѣ селезенки у больного не было. Подозрѣвать недавнее происхожденіе припухлости селезенки можно въ томъ случаѣ, если при незначительномъ увеличеніи она болѣзненна при ощупываніи. Убѣдиться въ существованіи остраго припуханія селезенки важно потому, что отъ этого можетъ зависѣть діагностика данной лихорадочной болѣзни, такъ какъ несомнѣнно, что не при всѣхъ остро-лихорадочныхъ болѣзняхъ, хотя бы и инфекціонныхъ, селезенка припухаетъ одинаково постоянно. Острое опуханіе селезенки всего чаще встрѣчается при различнаго рода тифахъ, при болотной лихорадкѣ и піеміи, особенно большое значеніе мы придаемъ свѣжей опухолѣ селезенки для распознаванія тифа, когда приходится отличать его въ первые дни заболѣванія отъ различныхъ простудныхъ и гастрическихъ лихорадокъ, а также отъ нѣкоторыхъ случаевъ менингита, которые по ходу температуры и по нѣкоторымъ другимъ припадкамъ могутъ быть очень похожи на него. Присутствіе опухолѣ селезенки при разныхъ другихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ не можетъ ослабить діагностическаго значенія этого симптома для тифа

уже потому, что всѣ тѣ болѣзни, при которыхъ можетъ встрѣтиться опухоль селезенки, имѣють въ громадномъ большинствѣ случаевъ такъ мало общаго съ тифомъ, что легко отличаются отъ него, не смотря на селезенку. Странно бы было напр., діагносцировать тифъ на основаніи опухоли селезенки, если вся кожа больного покрыта скарлатинозной или оспенной сыпью или если есть всѣ признаки крупозной пневмоніи.

**Хроническая опухоль селезенки** у дѣтей до 2-хъ лѣтъ всего чаще встрѣчается у рахитиковъ, а также при врожденномъ сифилисѣ. Въ обоихъ этихъ случаяхъ селезенка достигаетъ иногда значительной величины (выступаетъ пальца на 3 — 4 изъ подъ реберъ) и отличается чрезвычайной плотностью (гиперплезія соединительной ткани). Такія дѣти представляютъ обыкновенно сильную степень малокровія (восковая блѣдность) и нерѣдко увеличенную, плотную печень, словомъ, картина болѣзни сильно напоминаетъ лейкемію или амилоидное перерожденіе селезенки и печени. Отсутствіе увеличенія числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ отличаетъ эти случаи простой хронической гипертрофіи селезенки отъ лейкемической, а исходъ въ выздоровленіе—отъ лейкеміи и амилоида.

У болѣе взрослыхъ дѣтей большія и плотныя селезенки всего чаще являются слѣдствіемъ затаянаго интермиттента; рѣже—амилоиднаго перерожденія, лейкеміи и псеудолейкеміи. Діагностика причинъ опухоли селезенки основывается на анамнезѣ и на симптомахъ, характерныхъ для той или другой болѣзни.

*Почки* могутъ прощупываться въ видѣ опухоли въ животѣ, когда онѣ слишкомъ подвижны—*странствующая почка*, или значительно увеличены.

Подвижная почка, симулирующая опухоль живота, узнается во 1-хъ, по величинѣ и формѣ своей, а во 2-хъ, потому, что посредствомъ методическаго давленія она можетъ быть поставлена на свое мѣсто. Характерна также большая подвижность опухоли: сегодня вы находите ее около пупка, завтра совсѣмъ не находите и т. п.

**Опухоли почечъ** вслѣдствіе *злокачественнаго новообразованія* въ нихъ, хотя и принадлежатъ къ рѣдкостямъ, но тѣмъ не менѣе саркома и ракъ почечъ есть по преимуществу болѣзни дѣтскаго возраста и особенно замѣчательно именно то, что maximum заболѣваній падаетъ на возрастъ до 5 лѣтъ; maximum этотъ такъ рѣзокъ, что превышаетъ число случаевъ любого пѣзъ слѣдующихъ десятилѣтій, не исключая и старческаго возраста. (По статистикѣ Epstein'a, изъ 52 случаевъ первичнаго рака почечъ на долю дѣтей отъ 0 до 5 лѣтъ приходится 16 случаевъ,

отъ 40 до 50 л. = 6 сл. отъ 50 до 60 = 10. Ziemss. Handbch. IX. B. S. 112). Изъ всѣхъ внутреннихъ органовъ почки и надпочечныя железы поражаются ракомъ чаще всѣхъ другихъ, что имѣетъ важное значеніе для распознаванія, такъ какъ если врачъ имѣетъ основаніе ставить діагностику злокачественнаго новообразованія въ органахъ живота, то уже а priori онъ можетъ предполагать, что первично поражены у ребенка почки или, вѣрнѣе, одна изъ нихъ, такъ какъ двусторонній ракъ почекъ встрѣчается рѣдко.

Въ первомъ періодѣ образованія рака больной не жалуется обыкновенно ни на что, но по временамъ у него появляется гематурия или альбуминурия, хотя впрочемъ ни то, ни другое не обязательно. Позднѣе является опухоль въ *поясничной области*, которая всего скорѣе прощупывается въ боковой сторонѣ живота между гребешкомъ подвздошной кости и нижнимъ краемъ реберъ. Ростъ опухоли идетъ довольно быстро, что сопровождается значительными болями живота и скорымъ наступленіемъ кахексін. Если опухоль почки достигла такого размѣра, что легко прощупывается черезъ переднюю брюшную стѣнку, то она характеризуется вообще слѣдующими особенностями: она неподвижна (ни при дыханіи, ни пассивно), верхнюю границу ея можно легко прощупать и такимъ образомъ доказать, что опухоль исходитъ не отъ печени. Она растетъ сзади напередъ, отодвигая кишки въ сторону, но такъ, что ободочная кишка, будучи прикрѣпленной рыхлой клетчаткой къ *m. quadratus lumb.*, не слѣдуетъ общему оттѣсненію кишекъ, а остается на передней поверхности опухоли и узнается по полосѣ тимпанического звука, идущей въ косвенномъ направленіи отъ нижней границы опухоли къ верхней. Поверхность опухоли бугриста, консистенція—неравнобѣрная; животъ сильно вздувается, но асцитъ можетъ и не быть, если новообразованіе не перешло на брюшину. Въ случаѣ послѣдовательнаго пораженія брыжеечныхъ или ретроперитонеальныхъ железъ, опухоли различной величины и плотности могутъ прощупываться и въ другихъ мѣстахъ живота, но самая главная опухоль, соответствующая почкѣ, все-таки будетъ между *crista os. ilei* и ложными ребрами, откуда ее можно прослѣдить по направленію взади до поясницы, а впереди до пупка. Ради лучшаго опредѣленія границъ опухоли всегда слѣдуетъ производить изслѣдованіе обѣими руками: одна производитъ давленіе на опухоль со стороны живота, а другая помѣщается на поясницу.

Громадный животъ, мѣстами болѣзненный и присутствіе въ немъ различной величины опухолей или затвердѣній обуславливаетъ сходство картины болѣзни при ракѣ почки съ хроническимъ перитонитомъ.

Діагностика основывается на болѣе быстромъ развитіи кахекии при рагѣ (смертельный исходъ въ 3—4 мѣсяца, при туберкулезномъ перитонитѣ мѣсяцевъ 6—12) на формѣ, величинѣ и мѣстѣ опухолей (при перитонитѣ опухоли прорщупываются всего чаще между пупкомъ и подложечкой; при постукиваніи онѣ даютъ тимпанической звукъ, такъ какъ небольшая толщина воспалительныхъ инфильтратовъ не можетъ заглушить тимпаническаго звука кишекъ), на отсутствіи асцита при рагѣ и туберкулеза другихъ органовъ.

Напротивъ того, нормальная моча, свободная отъ бѣлка и крови, не можетъ служить доказательствомъ противъ рака почки, такъ какъ альбуминурія и гематурія могутъ наблюдаться только до тѣхъ поръ, пока пораженная почка продолжаетъ еще функціонировать.

У дѣтей встрѣчается еще другого рода опухоль почки, достигающая иногда тоже громадныхъ размѣровъ, именно **hydronephrosis**. Въ животѣ прорщупывается при этомъ шарообразная, флюктуирующая, гладкая опухоль, исходящая изъ области почки. Пробнымъ проколомъ извлекается прозрачная жидкость, содержащая мочевины и мочевую кислоту. Подобная же флюктуирующая опухоль можетъ встрѣтиться при эхинококкѣ почки и кистѣ яичника—и то и другое громадная рѣдкость; впрочемъ въ литературѣ есть случаи удачно оперированныхъ кистъ яичника у дѣвочекъ. 9—10 лѣтъ.

Если флюктуирующая опухоль, исходящая изъ области почки, обусловливается эхинококкомъ, то въ жидкости, извлеченной пробнымъ проколомъ, не оказывается ни составныхъ частей мочи, ни бѣлка, но въ ней удается найти подъ микроскопомъ крючки эхинококка.

При большихъ овариальныхъ кистахъ опухоль тоже шарообразная, гладкая и флюктуирующая, но исходитъ она изъ малаго таза и занимаетъ область пупка и подчревя, оставляя боковыя части поясицы свободными; при постукиваніи здѣсь получается ясный звукъ независимо отъ того, лежитъ-ли больной на спинѣ или на боку. Отсутствіе флюктуации не исключаетъ кисты яичника, такъ какъ проявленію этого симптома могутъ препятствовать различныя обстоятельства, каковы, напр: многокамерность кисты, толстыя стѣнки ея, густота содержимаго.—О дальнѣйшихъ отличительныхъ признакахъ овариальныхъ кистъ мы предпочитаемъ сослаться на учебники оперативной гинекологіи.

Поводомъ къ образованію объемистыхъ опухолей живота могутъ служить *творожисто перерожденныя брыжжеечныя железы* или саркома *ретроперитонеальныхъ железъ*. Въ первомъ случаѣ бугристая опухоль прорщупывается въ области пупка, если только не препятствуетъ этому значительный метеоризмъ, который, къ сожалѣнію, почти постоянно

встрѣчается у подобнаго рода больныхъ и, благодаря которому, увеличенныя брыжжеечныя железы часто остаются недоступными для діагностики.

Чаще удается прощупать саркоматозно—перерожденныя *ретроперитонеальныя железы*, лежащія впереди и по бокамъ поясничной части позвоночника. Бугристая опухоль, достигающая иногда громадной величины, прощупывается обыкновенно въ нижней части живота или въ боковыхъ областяхъ его, между гребешкомъ безымянныхъ костей и ложными ребрами; въ послѣднемъ случаѣ опухоль можетъ быть принята за саркому почекъ.

Отличіе основывается отчасти на свойствахъ мочи (при пораженіи ретроперитонеальныхъ железъ — нормальна, при ракъ почекъ нерѣдко содержитъ бѣлокъ и кровь) отчасти на положеніи опухоли относительно позвоночника: лимфатическія железы лежатъ на средней линіи, а почки болѣе къ сторонѣ.

Что въ животѣ могутъ прощупываться опухоли вслѣдствіе образованія воспалительныхъ инфильтратовъ при хроническомъ перитонитѣ или перитифлитѣ и колбасообразныя опухоли при инвагинаціи кишекъ, объ этомъ было ужъ сказано раньше. Здѣсь остается упомянуть еще объ опухоляхъ вслѣдствіе скопленія въ толстыхъ кишкахъ комковъ кала и объ надлобковой, упругой, шарообразной опухоли отъ растяженія мочевого пузыря мочей.

Каловыя опухоли прощупываются или въ средней или въ боковыхъ частяхъ живота; они подвижны и безболѣзненны. Всего характернѣе для нихъ то, что послѣ слабительнаго онѣ исчезаютъ.

Начинающій долженъ имѣть въ виду, что въ области эпигастрія между пупкомъ и *scrobiculum cordis*, нѣсколько въ сторону отъ средней линіи, можетъ прощупываться довольно плотная опухоль, обязанная своимъ происхожденіемъ сокращенію верхняго брюшка *m. recti abdominis*. Ложная опухоль эта отличается отъ настоящихъ опухолей во 1-хъ, тѣмъ, что она прощупывается не постоянно и во 2-хъ, тѣмъ, что контуры ея соотвѣтствуютъ границамъ мускула.

Въ заключеніе замѣтимъ еще, что опухоль въ подвздошной области можетъ зависѣть отъ скопленія гноя въ этомъ мѣстѣ напр., при *psoitis* или при затечныхъ нарывахъ при костоѣдѣ позвоночника.

### Кишечные глисты.

Въ кишечникѣ дѣтей встрѣчается нѣсколько видовъ круглыхъ и плоскихъ глисть. Изъ класса круглыхъ глисть, представляющихъ клинической интересъ, надо назвать *дѣтскую острицу* (*oxyuris vermicularis*) и *аскариду* (*ascaris lumbricoides*), а изъ ленточныхъ: *солитера* (*taenia solium*), *среднеканальчатого или невооруженного лентеца* (*taenia medio-canellata*), *лентеца широкаго* (*botriocephalus latus*) и *тыжковиднаго цѣпenea* (*taenia cucumerina s. elliptica*).

**Дѣтская острица** — самая маленькая изъ всѣхъ кишечныхъ глисть; (достигаетъ въ длину всего  $\frac{1}{2}$  сантим.) Она живетъ, главнымъ образомъ, въ толстыхъ кишкахъ и по временамъ, особенно вечеромъ, дѣлаетъ вылазки наружу, вызывая при этомъ сильный зудъ въ заднемъ проходѣ. Если въ это время изслѣдовать больного, то причину зуда легко открыть въ присутствіи нѣсколькихъ экземпляровъ глисть въ окружности ануса и въ его складкахъ; ихъ можно найти также въ испражненіяхъ въ видѣ очень мелкихъ, подвижныхъ, бѣлыхъ червячковъ. Впрочемъ, вечерній или ночной зудъ уже самъ по себѣ настолько характеристиченъ для этой глисть, что позволяетъ ставить правильную діагностику и безъ изслѣдованія кала; если бы врачъ, упустившій изъ виду острицу, приписалъ періодически возвращающійся зудъ по вечерамъ маскированной лихорадкѣ, то онъ поступилъ бы очень опрометчиво.

**Аскариды** или обыкновенный струнецъ по формѣ своей очень похожи на дождевого червя, но отличаются отъ него бѣльшей величиной (длина до 6 вершковъ) и бѣловатымъ цвѣтомъ съ розовымъ оттѣнкомъ.

Всѣ ленточныя глисты похожи между собой въ томъ отношеніи, что состоятъ изъ ряда члениковъ, соединенныхъ въ цѣпочку; по мѣрѣ приближенія къ головкѣ, членики дѣлаются все меньше и меньше, такъ что въ самой тонкой части глисть, такъ называемой шейкѣ, имѣющей видъ нитки, дѣлаются неразличимыми для простаго глаза.

Самая маленькая изъ нихъ *taenia cucumerina* достигаетъ всего  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  аршина длины и однимъ ужъ этимъ признакомъ рѣзко отличается отъ другихъ видовъ лентецовъ, длина которыхъ доходитъ до нѣсколькихъ аршинъ. Другое важное отличіе — это красный цвѣтъ зрѣлыхъ члениковъ (у всѣхъ другихъ глисть — они бѣлаго цвѣта), изъ которыхъ каждый снабженъ двумя половыми отверстиями, по одному съ каждой стороны. По устройству головы она всего больше похожа на *t. solium*, такъ какъ имѣетъ 4 присоски и хоботокъ, окруженный вѣнчикомъ изъ крюч-

ковъ. Зараженіе дѣтей происходитъ отъ собакъ, при посредствѣ особаго рода вши, извѣстной подъ именемъ волосоѣда (*trichodectes canis*). Вошь поѣдаетъ яйца глисты, случайно приставшія къ волосамъ собаки, заражается финнами, а потомъ, попадая въ ротъ ребенка, заражаетъ его цѣпенемъ.

**Широкій лентецъ** легко отличается отъ двухъ другихъ видовъ солитера, какъ по устройству головки, такъ и по формѣ члениковъ. У *taen. sol.* и *t. mediocanel.* четырехугольная головка снабжена 4-мя круглыми присосками и у перваго, кромѣ того, хоботкомъ, окруженнымъ крючками (вѣнчикъ); у *botrioc. latus* — головка овальная съ двумя продолговатыми ямками. Зрѣлые членики у первыхъ двухъ овальной формы (вродѣ тыквенныхъ сѣмянъ), длина каждаго членика приблизительно въ  $1\frac{1}{2}$  раза больше ширины, а у *botr. lat.* наоборотъ — поперечникъ членика больше его длины. Половые отверстія у первыхъ двухъ сидятъ на краю члениковъ то съ правой, то съ лѣвой стороны, а у лентеца половыя отверстія отсрываются въ срединѣ плоской поверхности членика и всѣ на одной сторонѣ.

*Taen. solium* и *t. mediocanel.* легко отличаются только по головкѣ, такъ какъ членики ихъ очень похожи между собой и отличаются развѣ только тѣмъ, что у *t. sol.* матка, идущая по срединѣ членика, даетъ въ обѣ стороны гораздо меньше вѣтвей (7 — 12), чѣмъ у *t. mediocan.* (25 — 30). Чтобы видѣть эти вѣтви, надо слегка сдавить членикъ между двухъ стеколъ и смотрѣть на свѣтъ. Для *t. mediocanel.* характерно до нѣкоторой степени то, что его членики нерѣдко выходятъ и безъ испражнения, тогда какъ у *t. solium* это наблюдается лишь въ исключительно рѣдкихъ случаяхъ. Есть еще разница и въ формѣ яицъ: у *t. sol.* они совсѣмъ круглой формы, а у *t. medioc.* — слегка овальной. Наконецъ, можно пользоваться для діагностики и анамнезомъ, такъ какъ извѣстно, что солитеромъ человѣкъ заражается при употребленіи сырой свинины, а невооруженнымъ цѣпенемъ — говядины.

Нерѣдко случается, что присутствіе въ кишкахъ аскаридъ или ленточныхъ глистъ не выражается никакими симптомами и узнается только послѣ выхода или цѣлой глисты (аскариды), или отдѣльныхъ члениковъ и цѣпочекъ. Въ другихъ случаяхъ, хотя и появляются различные припадки со стороны нервной системы (головокруженіе, наклонность къ обморокамъ, скрежетъ зубовъ, хореообразныя или эклямпсическія судороги, расширеніе зрачковъ, зудъ носа) или со стороны органовъ пищеваренія (тошнота и рвота нагосаеъ, приступы коликъ, неправильность стула, измѣнчивыи аппетитъ), или со стороны общаго питанія (блѣдность, злокачественное малокровіе, общая слабость, неправильнаго



типа лихорадка), но всѣ эти симптомы настолько не характерны и не постоянны, что на основаніи ихъ можно только предполагать существованіе глисть. Болѣе точная діагностика основывается или на микроскопическомъ изслѣдованіи вала въ смыслѣ открытія въ немъ яицъ той или другой глисты, или на результатахъ пробнаго лѣченія.

Что касается до яицъ, то ихъ всегда можно найти при оксіурахъ, аскаридахъ и широкомъ лентецѣ, но не при *taen. solium* и *mediocan.*, которые не откладываютъ своихъ яицъ въ кишечникѣ человѣка, и находка ихъ обуславливается случайнымъ разрушеніемъ зрѣлаго членика въ кишкахъ.

Если подозрѣваются у больного аскариды, то даютъ ему нѣсколько порошковъ сантопина и въ случаѣ успѣха продолжаютъ лѣченіе до полного изгнанія глисть. Если-же больной страдаетъ солитеромъ, то, наблюдая за стуломъ, обыкновенно удается по прошествіи нѣсколькихъ дней замѣтить въ немъ членики и безъ назначенія специальныхъ средствъ, такъ какъ очень рѣдко бываетъ, чтобъ членики не выходили бы въ теченіе долгаго времени. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ діагностика солитера облегчается тѣмъ, что больной самъ приноситъ врачу *coprus delicti* въ видѣ отдѣльныхъ члениковъ солитера или цѣлыхъ цѣпочекъ.

## Болѣзни органовъ дыханія.

### Болѣзни верхнихъ воздухоносныхъ путей.

**Насморкъ—rhinitis s. coruza** выражается краснотой и набухлостью слизистой оболочки и усиленнымъ отдѣленіемъ въ началѣ свѣжихъ случаевъ прозрачной жидкой слизи, а позднѣе, и въ хроническихъ насморкахъ, болѣе густого слизисто-гнойнаго секрета. Если этотъ послѣдній застаивается, особенно въ сосѣднихъ полостяхъ рѣшетчатыхъ костей, и разлагается, то получается вонь изъ носа—*хроническій вонючій насморкъ*.

Діагностика насморка не представляетъ никакихъ затрудненій; вопросъ можетъ идти только о причинахъ его, которыя бываютъ различны, смотри потому, имѣемъ ли дѣло съ острымъ насморкомъ, или съ хроническимъ.

*Острый насморкъ* рѣдко является у дѣтей въ видѣ самостоятельнаго страданія подѣ влияніемъ какихъ либо случайныхъ, мѣстно дѣйствующихъ причинъ, или простуды. Гораздо чаще онъ служитъ вы-

раженіемъ общаго заболѣванія организма, именно гриппа или кори, (рѣдко коклюша), и сопровождается тогда катаррами другихъ органовъ: глазъ, бронховъ и проч. Насморкъ является однимъ изъ первыхъ симптомовъ этихъ болѣзней и потому въ случаѣ существованія той или иной эпидеміи позволяетъ ставить діагностику еще задолго до развитія другихъ, болѣе характерныхъ симптомовъ (см. гл. о гриппѣ). Важное значеніе насморка для діагностики начинающейся лихорадочной болѣзни явствуетъ еще и изъ того, что онъ служитъ важнымъ критеріемъ для исключенія нѣкоторыхъ болѣзней, могущихъ быть смѣшанными съ гриппомъ въ теченіе первыхъ дней заболѣванія, но которымъ совсѣмъ несвойственъ насморкъ, каковы напр., тифъ, возвратная горячка, оспа, скарлатина.

Въ иныхъ случаяхъ слизистая оболочка носа служитъ мѣстомъ первичной локализациі дифтеріи. При діагностикѣ *первичнаго дифтерита носа* или дифтеритическаго насморка отъ простаго надо имѣть въ виду слѣдующія обстоятельства: во 1-хъ, *характеръ эпидеміи*. Рѣдко случается, чтобы дифтеритъ въ какой-нибудь семьѣ начался въ видѣ дифтерита носа, въ громадномъ же большинствѣ случаевъ онъ проявляется у кого либо изъ членовъ семейства въ обыкновенной формѣ дифтерита зѣва, а потомъ передается при случаѣ и въ видѣ дифтерита носа, особенно груднымъ дѣтямъ; первичный дифтеритъ носа встрѣчается вообще рѣдко и потому едва ли когда нибудь появляется онъ одновременно у двухъ, троиъхъ дѣтей, тогда какъ простой насморкъ, наоборотъ, рѣдко ограничивается однимъ ребенкомъ, обыкновенно же наблюдается у многихъ и притомъ какъ у дѣтей, такъ и у взрослыхъ, такъ какъ онъ довольно заразителенъ; у однихъ онъ протекаетъ безъ лихорадки, у другихъ съ жаромъ; у третьихъ, кромѣ того, еще и съ кашлемъ и т. д.

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

Въ 3-хъ, *общіе симптомы* при дифтеритѣ носа всегда бываютъ выражены сильнѣе, чѣмъ при простомъ насморкѣ: ребенокъ блѣднѣетъ, глаза выражаютъ слабость; при простомъ насморкѣ температура, хотя тоже можетъ быть высока (до 40), но она стоитъ какъ бы въ противорѣчій съ сравнительно бодрымъ видомъ ребенка.

Въ 4-хъ, *мѣстныя явленія*. Подозрѣвать начало дифтерита носа у грудного ребенка можно въ томъ случаѣ, если насморкъ занимаетъ только одну сторону носа или если при остромъ насморкѣ показывается примѣсь крови въ отдѣляемому или носовое кровотеченіе

(почти никогда при простомъ катаррѣ носа!). Вѣроятность увеличивается, если отдѣляемое оказывается настолько вѣдкимъ, что очень скоро появляются ссадины на верхней губѣ и на краяхъ ноздрей и кончикъ носа слегка придухаетъ и если при томъ припухаютъ подчелюстные железы. Такой комплексъ симптомовъ, какъ слабый видъ ребенка, жаръ, насморкъ съ желтоватыми ссадинами на ноздряхъ и опухоль железъ, настолько характеристиченъ для дифтерита носа, что позволяетъ предполагать эту болѣзнь на разстояніи. Наконецъ, диагностика дѣлается совсѣмъ несомнѣнной, если при осмотрѣ носа удастся открыть присутствіе дифтеритическихъ перепонокъ на внутренней поверхности крыльевъ носа или на перегородкѣ. Такъ какъ дифтеритъ носа начинается обыкновенно съ заднихъ частей, то невидимость перепонокъ при осмотрѣ носа спереди нисколько не исключаетъ этого страданія; въ такомъ случаѣ рѣдко удается извлечь ихъ посредствомъ корпійной турундочки или сиринцеваніемъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи дифтеритъ съ носа почти всегда распространяется на зѣвъ и тогда просмотрѣть или не узнать болѣзни ужъ совсѣмъ невозможно.

Дифтеритическій насморкъ, встрѣчающійся при дифтеритѣ зѣва и при злокачественной скарлатинѣ, не представляетъ затрудненій для диагностики, такъ какъ натура его выясняется присутствіемъ дифтеритическаго экссудата въ зѣвѣ и на задней стѣнкѣ глотки.

*Хроническій насморкъ* отличается отъ остраго отсутствіемъ лихорадки и главнымъ образомъ продолжительностью. У дѣтей старшаго возраста онъ служитъ обычнымъ спутникомъ золотухи, у дѣтей 1—3 лѣтъ—хроническихъ экземъ лица, а у новорожденныхъ насморкъ служитъ очень важнымъ признакомъ врожденнаго сифилиса.—Признакъ этотъ мы считаемъ важнымъ во 1-хъ, въ виду его ранняго появленія (именно раньше многихъ другихъ симптомовъ сифилиса), и во 2-хъ, въ виду того, что при врожденномъ сифилисѣ онъ рѣдко отсутствуетъ. Отъ простого насморка, который тоже можетъ встрѣтиться у новорожденныхъ, согуза *syphilitica* отличается медленнымъ развитіемъ, сухимъ характеромъ и отсутствіемъ катарровъ сосѣднихъ слизистыхъ оболочекъ (глазъ, бронховъ); при обыкновенномъ насморкѣ скоро появляется течь, и катарръ имѣетъ большую склонность переходить на сосѣдніе органы, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ онъ есть слѣдствіе гриппа.

Подозрительно далѣе, если при насморкѣ у ребенка нѣсколькихъ дней жизни появляются по временамъ носовыя кровотеченія или сукровичное выдѣленіе; и то другое бываетъ еще при дифтеритѣ носа, но тогда насморкъ сопровождается болѣе или менѣе сильной лихорадкой, (каковой при согуза *syph.* не бываетъ) и если, не смотря на лѣченіе и

правильное гигиеническое содержаніе, насморкъ долго не проходитъ. Еще подозрительнѣе, если хронич. насморкъ появляется у недоношеннаго ребенка. Всякія сомнѣнія исчезаютъ, когда черезъ нѣкоторое время появляются другіе симптомы сифилиса (см. гл. о сифилисѣ).

Если хроническій насморкъ упорно держится въ одной-сторонѣ носа, то слѣдуетъ подозрѣвать или инородное тѣло въ носу (изслѣдованіе зондомъ) или полипъ.

**Носовое кровотеченіе** само по себѣ узнается легко, но не всегда удается открыть причину его. Если кровотеченіе происходитъ изъ заднихъ частей носа и больной лежитъ при этомъ на спинѣ, то кровь, не показываясь наружу, можетъ стекать по задней стѣнкѣ глотки въ желудокъ и потомъ извергнуться рвотой — ложная кровавая рвота. Источникъ кровотеченія выясняется или присутствіемъ кровавыхъ сгустковъ въ носу, или остатками крови на задней стѣнкѣ глотки или, въ крайности, дальнѣйшимъ наблюденіемъ за больнымъ, при чемъ его слѣдуетъ класть въ постель не иначе, какъ съ высоко поднятой головой.

Въ этиологическомъ отношеніи носовыя кровотеченія могутъ быть раздѣлены на двѣ категоріи; къ первой относятся случайныя кровотеченія, наступающія подъ вліяніемъ опредѣленныхъ, скоро проходящихъ причинъ, и потому не повторяющіяся. Сюда принадлежатъ напр., травматическія носовыя кровотеченія, а также кровотеченія во время острыхъ инфекціонныхъ болѣзней, въ особенности при тифѣ, кори и рекуррентѣ и при *morbus maculos. Werlhofii*

Къ 2-й категоріи относятся случаи часто повторяющихся кровотеченій и притомъ нерѣдко безъ всякаго замѣтнаго повода. Сюда принадлежатъ прежде всего т. н. *привычныя* носовыя кровотеченія, для которыхъ, силою и рядомъ, не удается открыть никакихъ особыхъ причинъ, такъ что приходится допустить „индивидуальное расположеніе“ къ разрыву капилляровъ слизистой оболочки носа. Замѣчательно, что громадную роль играетъ тутъ возрастъ: у дѣтей до 4—5 лѣтъ этихъ привычныхъ кровотеченій почти никогда не бываетъ, но въ возрастѣ отъ 7 до 12 они встрѣчаются часто. По наблюденію Rendu (*Rev. mens. d. mal. de l'enf. 1884*) привычныя носовыя кровотеченія нерѣдко встрѣчаются у дѣтей, на видъ совершенно здоровыхъ, но при разпросѣ оказывается, что они уже давно страдаютъ неясно выраженными ревматоидными болями; моча ихъ мутна съ осадкомъ изъ мочевиныхъ солей. Такія дѣти часто страдаютъ мигренями. Носовыя приливы, кончающіеся кровотеченіями, въ подобныхъ случаяхъ, по мнѣнію R., вноялѣ аналогичны остро—ревматическимъ приливамъ къ

сочлененіямъ въ болѣе позднемъ возрастѣ и требуютъ назначенія ребенку антиартритической діеты; (щелочная вода, поменьше мяса и полное запрещеніе вина).

При существованіи расположенія къ кровотеченіямъ, производящими причинами могутъ быть высокая температура комнаты или воздуха (многія дѣти страдаютъ носовыми кровотеченіями только въ жаркіе лѣтніе дни), усиленные умственные занятія при согнутомъ, сидячемъ положеніи тѣла и особенно при узкомъ воротничкѣ, утомительныя физическія упражненія, напр., во время игръ, наконецъ, по нѣкоторымъ онанизмъ и періодъ развитія у дѣвочекъ.

Въ другихъ случаяхъ прывычныя носовыя кровотеченія являются симптомомъ хроническихъ пороковъ сердца или болѣзней крови, каковы: настоящая и ложная лейкемія, хлорозъ. Носовыя кровотеченія, ежедневно повторяющіяся, иногда по нѣскольку разъ въ день, послѣ пароксизмовъ сильнаго кашля, указываютъ съ большой вѣроятностью на коклюшъ.

Изъ болѣзней носа ведутъ къ повторнымъ кровотеченіямъ въ особенности полипы и язвенные процессы. Замѣчательно, что острый насморкъ, хотя и сопровождается всегда значительной гипереміей слизистой оболочки, но къ носовымъ кровотеченіямъ не ведетъ почти никогда.

Въ двухъ моихъ случаяхъ, у дѣвочекъ 6-ти и 11-ти лѣтъ, носовыя кровотеченія повторялись въ теченіе нѣсколькихъ дней подъ рядъ и притомъ всякій разъ около 12—2 часовъ ночи, во время сна, и прекратились послѣ одного приѣма хинина, а потому я предполагаю, что имѣлъ дѣло въ этихъ случаяхъ съ *febris intermittens larvata*.

### **Болѣзни гортани и трахеи, характеризующіяся стено- тическимъ дыханіемъ.**

Подъ именемъ стенотического дыханія мы понимаемъ комплексъ симптомовъ, зависящій отъ суженія гортани или трахеи. Узнать стенотическое дыханіе легко. Во 1-хъ, оно всегда сопровождается особаго рода шумомъ, производимымъ токомъ воздуха черезъ суженное мѣсто и извѣстнымъ подъ именемъ инспираторнаго стенотического шума. Во 2-хъ, вслѣдствіе затрудненнаго доступа воздуха къ легкимъ, послѣдніе не могутъ поспѣть за расширеніемъ грудной влѣтки при вдыханіи, а потому въ послѣдней образуется какъ-бы пустое пространство, чѣмъ обуславливаются явленія аспираціи, т. е., втягиваніе уступчивыхъ мѣстъ грудной

кѣтки въ видѣ западенія во время акта дыханія надълючичныхъ и яремной ямокъ, межреберныхъ промежутковъ и въ особенности подложечки и вообще нижней периферіи грудной кѣтки вдоль мѣстъ прикрѣпленія діафрагмы (такъ какъ послѣдняя тоже аспирируется и потому во время вдоха опуститься не можетъ, то при своемъ сокращеніи она стягиваетъ внутрь нижнюю периферію грудной кѣтки). Въ 3-хъ, затрудненный проходъ воздуха къ легкимъ обуславливаетъ одышку, ради которой больной заставляетъ усиленно работать всѣ свои вспомогательныя вдыхательныя мышцы, что выражается раздуваніемъ поздрей, и рельефнымъ выступаніемъ шейныхъ мышцъ.

Итакъ, *стенотический вдыхательный шумъ, стягиваніе уступчивыхъ мѣстъ грудной кѣтки и работа вспомогательныхъ мышцъ*—вотъ основныя симптомы *стенотического дыханія*.

Если одышка зависитъ не отъ суженія дыхательнаго горла или гортани, а отъ болѣзней легкихъ и мелкихъ бронховъ, то при ней тоже можетъ встрѣтиться стягиваніе уступчивыхъ мѣстъ грудной кѣтки и усиленная работа вспомогателей, но не бываетъ характернаго стенотического шума.

Имѣя дѣло съ стенотическимъ дыханіемъ, приходится рѣшать вопросы о степени его, о мѣстѣ суженія и о причинѣ его.

Знать *степень стеноза* важно потому, что отъ этого зависитъ до нѣкоторой степени не только діагностика, но также и образъ дѣйствія врача и рѣшеніе вопроса о производствѣ трахеотоміи. Всякое дѣленіе стеноза на степени будетъ конечно искусственнымъ, такъ какъ между самыми легкими и тяжелыми случаями существуютъ всевозможныя градации, но приблизительно можно различать три степени стеноза: легкую, среднюю и тяжелую.

Въ случаяхъ легкой степени стенотической шумъ и другіе припадки стеноза появляются только при сильныхъ дыхательныхъ движеніяхъ напр., при крикѣ, а при спокойномъ дыханіи никакихъ признаковъ затрудненнаго доступа воздуха къ легкимъ не замѣтно.

Случаи средней силы, не представляющіе непосредственной опасности и потому не требующіе безотлагательнаго производства трахеотоміи, характеризуются тѣмъ, что хотя стенотический шумъ, стягиваніе уступчивыхъ мѣстъ грудной кѣтки и работа шейныхъ мышцъ замѣчаются и при покойномъ дыханіи, но больной въ состояніи всетаки компенсировать послѣдствія суженія и потому кислородному голоданію не подвергается и не представляетъ симптомовъ затрудненнаго кровообращенія, въ видѣ напр. ціаноза.

Наконецъ, тяжелые случаи характеризуются тѣмъ, что больной

чувствуетъ недостатокъ кислорода, онъ задыхается и потому сильно беспокоится, лицо его выражаетъ мучительную тоску, онъ мечется въ постели, хватается руками за шею и т. п. Отъ аспираціи крови къ легкимъ артеріи запусѣваютъ (блѣдное лицо и холодныя конечности), а вены переполняются (синюха губъ, пальцевъ). Такое состояніе не можетъ продолжаться долго и если препятствіе не будетъ немедленно устранено, то больной или умираетъ во время припадка задушенія, напр., отъ случайной закупорки суженнаго мѣста комкомъ слизи, или впадаетъ въ состояніе сонливости и упадка силъ, дыханіе дѣлается поверхностнымъ и не столь громкимъ, зрачки расширяются, ціанозъ усиливается, наступаетъ наконецъ общая анестезія и больной умираетъ отъ отравленія углекислотой.

Что касается до опредѣленія *мѣста суженія*, то вопросъ сводится къ тому, находится-ли препятствіе для прохода воздуха въ зѣвѣ, въ гортани или въ трахей.

Если больной дается пзслѣдовать ларингоскопомъ, то дѣло выясняется очень просто, и врачъ сразу опредѣляетъ не только мѣсто суженія, но и причину его; къ сожалѣнію, въ дѣтскомъ возрастѣ ларингоскопія часто оказывается непримѣнимой и приходится идти окольнымъ путемъ.

Препятствія со стороны зѣва, въ видѣ-ли чрезмѣрно распухшихъ миндалинъ или заднеглоточнаго абсцесса, сравнительно легко опредѣляются глазомъ и ошупываніемъ пальцемъ, но не всегда легко отличить суженіе гортани отъ стенозовъ трахеи. Помимо теченія болѣзни, мы руководствуемся еще свойствомъ голоса и кашля и экскурсіями гортани. Если голосъ больного представляется хриплымъ, а кашель лающимъ (короткіе толчки съ грубымъ кашлевымъ звукомъ; «больной кашляетъ точно въ бочку», по выраженію матерей), то мѣсто суженія находится въ гортани. Правило это допускаетъ однако исключенія; съ одной стороны, голосъ можетъ остаться чистымъ при пораженіи гортани, напр., при двустороннемъ параличѣ мышцъ, расширяющихъ голосовую щель; а съ другой стороны, онъ можетъ быть измѣненъ и при стенозахъ трахеи, напр., при осложненіяхъ катарромъ гортани или просто вслѣдствіе слабого тока воздуха при затрудненномъ выдыханіи; если суженіе достигло извѣстной степени, то при пораженіи гортани съ каждымъ вдыханіемъ замѣчается опусканіе гортани по направленію къ яремной ямкѣ (слѣдствіе аспираціи), чего не бываетъ въ томъ случаѣ, если стенозъ занимаетъ нижнюю часть трахеи.

При діагностикѣ мѣста суженій можно руководствоваться еще и тѣмъ, что всѣ случаи остраго развитія стеноза дыхательныхъ путей,

за исключеніемъ инородныхъ тѣлъ, относятся или къ гортани, или къ зѣву, но не къ трахеѣ, а хроническіе или къ трахеѣ, или къ гортани, или къ зѣву.

Въ *этіологическомъ отношеніи* всѣ стенозы верхнихъ дыхательныхъ путей могутъ быть раздѣлены на острые и хроническіе. Къ первымъ относятся флегмонозная жаба, заднеглоточный абсцессъ, ложный и настоящій крупъ, инородныя тѣла въ гортани, отекъ ея; къ хроническимъ—новообразованія въ гортани, преимущественно папилломы и сифилисъ, perichondritis, сдавленіе трахеи опухолью щитовидной железы или лимфатическихъ железъ шейныхъ и бронхіальныхъ.

### Острыя болѣзни гортани, ведущія къ стенозу ея.

Остро развивающійся стенозъ гортани всего чаще встрѣчается у дѣтей при катарральномъ и при фибринозномъ воспаленіи слизистой оболочки гортани, т. е., при ложномъ и при настоящемъ крупѣ.

Подъ именемъ **ложнаго крупа** мы понимаемъ такого рода катарръ гортани, при которомъ припухлость слизистой оболочки обуславливаетъ суженіе просвѣта гортани и зависящее отъ того стенотическое дыханіе. Какъ показалъ Rauchfuss, припадки ложнаго крупа являются, главнымъ образомъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда отечно припухаетъ подслизистая ткань тотчасъ подъ голосовыми связками, откуда и названіе *laryngitis subchordalis*. При **настоящемъ крупѣ** дѣло идетъ о крупозномъ воспаленіи слизистой оболочки гортани, характеризующемся образованіемъ фибринозныхъ перепонъ на всемъ ея протяженіи.

Хотя въ обоихъ случаяхъ мы имѣемъ почти одинаковые симптомы, именно: стенотическое дыханіе, грубый, лающий кашель и хриплый голосъ, но, тѣмъ не менѣе, въ громадномъ большинствѣ случаевъ дифференціальная діагностика не представляетъ особыхъ затрудненій. Рѣзкая разница между ложнымъ и настоящимъ крупомъ выступаетъ ужъ съ самаго начала болѣзни: ложный крупъ *начинается внезапно*; больной ложится вечеромъ въ постель здоровымъ, у него былъ только, можетъ быть, насморкъ и легкій кашель, онъ проспалъ благополучно часа 2—3 и вдругъ просыпается съ грубымъ кашлемъ и съ затрудненнымъ дыханіемъ, причемъ стенозъ можетъ достигать даже тяжелой степени; такая сцена продолжается обыкновенно недолго: въ счастливыхъ случаяхъ уже черезъ 15—20 минутъ, въ болѣе тяжелыхъ черезъ 1—2 часа, явленія стеноза ослабѣваютъ и больной засыпаетъ до утра.



Утромъ онъ дышетъ свободно, стенозъ исчезъ совсѣмъ или проявляется только при крикѣ (легкая степень), кашель сдѣлался влажнѣе, но еще не утратилъ грубаго характера. Слѣдующую ночь приступъ стенотического дыханія можетъ повториться снова, но обыкновенно онъ бываетъ слабѣе, чѣмъ въ первый разъ и вообще съ каждымъ днемъ больному дѣлается лучше и черезъ нѣсколько дней онъ совсѣмъ выздоравливается.

Настоящій крупъ никогда не начинается такъ внезапно; прежде чѣмъ дойдетъ при немъ дѣло до тяжелой степени стеноза, больной въ теченіе 2—4 дней представляетъ симптомы обыкновеннаго катарра гортани: голосъ больного вначалѣ едва обложенъ и кашель рѣдкій и влажный, стеноза еще нѣтъ. На слѣдующій день всѣ признаки усиливаются, кашель принимаетъ по временамъ лающий характеръ, развивается хрипота и появляется легкая степень стеноза (при крикѣ); на другой день больному еще хуже и когда болѣзнь дойдетъ до значительнаго стеноза, то онъ держится въ теченіе цѣлыхъ сутокъ, успливаясь по временамъ до степени почти смертельнаго удушенія и потомъ нѣсколько ослабляясь, но никогда до полныхъ антрактовъ, какъ при ложномъ крупѣ. Если больной не задохнется во время одного изъ приступовъ, то онъ скоро (черезъ 1—3 дня) впадаетъ въ состояніе коллапса и умираетъ при симптомахъ медленнаго отравленія углекислотой.

Однимъ словомъ, для ложнаго крупа характерно *внезапное и быстрое развитіе явленій стеноза гортани и короткая ихъ продолжительность*, а для настоящаго — *постепенное начало и прогрессивное усиленіе симптомовъ стеноза въ теченіе нѣсколькихъ дней*.

Степень стеноза сама по себѣ не имѣетъ особаго діагностическаго значенія, такъ какъ очень значительное суженіе гортани можетъ встрѣтяться и при ложномъ крупѣ, гораздо важнѣе *продолжительность* приступовъ. При ложномъ крупѣ стенотическія явленія развиваются быстро, но держатся недолго, не долѣе нѣсколькихъ часовъ; при истинномъ крупѣ развитіе стеноза идетъ постепенно и прогрессивно и, разъ развившись, онъ остается ужъ до самой смерти или, по крайней мѣрѣ, въ теченіе нѣсколькихъ дней до наступленія періода выздоровленія, которое совершается тоже постепенно, а потому, *если черезъ сутки признаки стеноза не только не исчезаютъ, но даже усиливаются*, то, по всей вѣроятности, это крупъ настоящій.

При ложномъ крупѣ часто встрѣчается *несоответствіе между силой стеноза и хрипотой голоса* и кашля, т. е., при немъ можетъ быть напр., лающий кашель и затрудненное дыханіе при довольно чистомъ голосѣ (когда при нормальныхъ голосовыхъ связкахъ есть сильная опухоль

субхордальной слизистой оболочки — Rauchfuss, Dehio), особенно при крикѣ голосъ часто обазывается еще громкѣе, или наоборотъ, голосъ пропадаетъ до степени афоніи, а между тѣмъ кашель остается не очень грубымъ и стеноза почти нѣтъ (когда при катарральной набухлости истинныхъ голосовыхъ связокъ субхордальная слиз. об. не припухаетъ замѣтнымъ образомъ); при настоящемъ крупѣ, напротивъ, всѣ эти припадки бывають выражены пропорціонально другъ другу, такъ что если дѣло дошло до рѣзко выраженнаго стеноза гортани, то при этомъ и голосъ будетъ афониченъ и кашель лающій.

*Кашель* при истинномъ крупѣ, въ большинствѣ случаевъ сначала рѣдкій и не хриплый, потомъ становится чаще, сильнѣе (пароксизмами) и хриплѣе; наоборотъ, при катаррѣ гортани онъ сразу принимаетъ хриплый, лающій характеръ и бываетъ очень частъ, а черезъ нѣсколько часовъ катарръ разрѣшается, и кашель дѣлается рѣже и рыхлѣе.

*Боль при давленіи на область гортани* бываетъ сильнѣе выражена при настоящемъ крупѣ, равно какъ при немъ только дѣло доходитъ до ціаноза и до общей анестезіи (отравленіе крови  $\text{CO}_2$ ).

Если больной настолько великъ, что умѣетъ отхаркивать мокроту, то изслѣдованіе ея можетъ дать самыя надежныя основанія для діагностики, такъ какъ *отхаркиваніе ложныхъ перепонокъ* безапелляціонно рѣшаетъ вопросъ въ пользу настоящаго крупа, но обратнаго заключенія сдѣлать нельзя, такъ какъ далеко не каждый больной крупомъ отхаркиваетъ перепонки.

Такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ крупъ развивается при дифтеритѣ зѣва, то изслѣдованіе зѣва является тоже очень важнымъ подспорьемъ для діагностики: при ложномъ крупѣ мы находимъ здѣсь или совсѣмъ нормальную слизистую оболочку, или легкую красноту, а при настоящемъ крупѣ — дифтеритическія бляшки на миндалинахъ или на мягкомъ небѣ и задней стѣнкѣ глотки.

Наконецъ, рѣшающее значеніе въ сомнительныхъ случаяхъ можетъ имѣть и анамнезъ; дѣло въ томъ, что ложный крупъ оказываетъ особую наклонность повторяться у одного и того же субъекта нѣсколько разъ въ жизни, тогда какъ настоящій крупъ никогда не повторяется, а потому если извѣстно, что больной уже прежде когда-нибудь страдалъ крупомъ, то можно предполагать съ большой увѣренностью, что крупъ у него былъ ложный и что таковой же и теперь.

До сихъ поръ рѣчь у насъ шла о діагностикѣ типическихъ случаевъ ложнаго крупа, составляющихъ громадное большинство, но несомнѣнно встрѣчаются и болѣе тяжелыя формы ларингита, которыя характеризуются болѣе продолжительнымъ періодомъ стеноза, способнымъ довести

больного до асфиксии и смерти отъ задушенія, не смотря на полное отсутствіе въ гортани фибринознаго экссудата. Подобные ларингиты, характеризующіеся значительной припухlostью слизистой оболочки и подслизистой ткани всей гортани и особенно надгортанника и lig. aryepiglott, описывающіеся иногда подъ именемъ *laryngitis submucosa* происходят или отъ простуды, отличаясь отъ настоящаго крупа чрезвычайно быстрымъ развитіемъ значительнаго стеноза, или послѣ нѣкоторыхъ инфекціонныхъ болѣзней, въ особенности оспы и кори, или подъ вліяніемъ травмы (застрявшія въ гортани инородныя тѣла, ожоги кипяткомъ). Дифференціальная діагностика подобныхъ ларингитовъ отъ крупа возможна только при помощи ларингоскопа. Однихъ этиологическихъ моментовъ для этого рѣшительно недостаточно, такъ какъ несомнѣнно, что крупозное воспаленіе слизистыхъ оболочекъ вообще и въ частности гортани обуславливается отнюдь не однимъ лишь вліяніемъ яда дифтеріи, но можетъ развиться и отъ другихъ причинъ; сюда относится напр., незаразительный т. н. спорадическій крупъ, ларингитъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ кори (вторичный крупъ по Rilliet и Barthez'y), искусственный крупъ гортани у животныхъ, вызванный ожогомъ нашатырнымъ спиртомъ и проч.

Большое сходство съ крупомъ могутъ представить также случаи **отена гортани**. Здѣсь діагностика основывается, главнымъ образомъ, на этиологіи даннаго заболѣванія и на быстротѣ развитія симптомовъ стеноза.

Отекъ гортани развивается или подъ вліяніемъ гидреміи при болѣзняхъ почекъ и тогда въ большинствѣ случаевъ онъ составляетъ только часть общей водянки, при каковомъ условіи причина стеноза узнается легко; иногда, правда очень рѣдко, случается и такъ, что отекъ гортани является первымъ симптомомъ водянки и въ такомъ случаѣ безъ изслѣдованія мочи діагностика не можетъ быть сдѣлана.

Въ другихъ случаяхъ отекъ гортани присоединяется къ сильнымъ воспалительнымъ процессамъ въ сосѣднихъ органахъ, напр., при *angina Ludowici*, флегмонозныхъ тонзиллитахъ, заднеглоточныхъ нарывахъ, а также къ язвеннымъ процессамъ въ самой гортани (сифились, туберкулезъ) и перихондриту въ острыхъ случаяхъ: скарлатина, оспа, тифъ; въ хроническихъ — сифились, чахотка).

Кромѣ этиологіи, при діагностикѣ отека гортани или *laryngitidis submucosae* можно пользоваться еще даннымъ, получаемымъ при осмотрѣ: при сильномъ надавливаніи плателемъ на корень языка часто удается увидать чрезвычайно утолщенный и обезображенный надгортанникъ, и оцупываніемъ входа въ гортань пальцемъ, которымъ, при нѣкоторомъ навыкѣ, легко достигнуть до надгортанника и до lig. aryepiglott.

*Стенозъ гортани* или трахеи, вызванный присутствіемъ **инороднаго тѣла**, узнается, большею частію, легко уже по анамнезу: ребенокъ, будучи совершенно здоровымъ, игралъ какими-нибудь мелкими вещами и вдругъ съ нимъ сдѣлался сильный припадокъ: онъ закашлялся и потомъ сталъ трудно дышать. Вотъ характерныя данныя, которыя получаютъ отъ родителей. Если анамнеза нѣтъ, или онъ слишкомъ скуденъ, то дѣло можетъ остаться невыясненнымъ. Въ томъ случаѣ, если инородное тѣло застряло при входѣ въ гортань, оно можетъ быть ошупано пальцемъ и даже извлечено (замѣчу кстати, что во всѣхъ случаяхъ остраго развитія стеноза у дѣтей слѣдуетъ прибѣгать къ обследованію доступныхъ частей глотки и гортани пальцемъ—это вѣрнѣйшее средство для опредѣленія задне-глоточнаго нарыва, но, кромѣ того, оно можетъ служить для діагностики отека гортани и присутствія инородныхъ тѣлъ).

Въ случаѣ попаданія тѣла въ трахею, удается иногда ощупать его толчкообразныя движенія посредствомъ ощупыванія шеи снаружи во время кашля. Если оно спустилось еще ниже и закупорило одинъ изъ главныхъ бронховъ, то получается ослабленное дыханіе въ соответствующемъ легкомъ. Припадки задушенія могутъ быть вызваны также инороднымъ тѣломъ (кускомъ пищи), застрявшимъ въ верхней трети пищевода. Дѣло рѣшается обыкновенно уже анамнезомъ.

*Стенозъ гортани* вслѣдствіе **спазма мышцъ суживающихъ голосовую щель**—*spasmus glottidis*, хотя и можетъ повести къ смерти отъ задушенія, но, тѣмъ не менѣе, картина болѣзни при немъ не представляетъ никакого сходства ни съ крупомъ, ни съ стенозомъ отъ инороднаго тѣла. Съ послѣднимъ случаемъ спазмъ голосовой щели имѣетъ общимъ признакомъ лишь то, что припадки задушенія появляются у ребенка внезапно, среди полнаго здоровья, но за то при условіяхъ, исключаящихъ мысль объ инородномъ тѣлѣ: припадокъ дѣлается или во время крика, или въ спокойномъ состояніи, когда ребенокъ сидѣлъ на рукахъ матери и никакими мелкими вещами не игралъ и т. п. Ребенокъ дѣлаетъ свистящій вздохъ и потомъ моментально перестаетъ дышать, лицо его синѣетъ, онъ задыхается и наконецъ впадаетъ въ общія судороги (подергиваніе лицевыхъ мышцъ, закатываніе глазъ, судорожное вытягиваніе конечностей); припадокъ апнеи продолжается всего лишь нѣсколько секундъ, а потомъ ребенокъ начинаетъ дышать свободно, т. е., безъ стенотического шума при дыханіи, но остается на нѣкоторое время слабымъ или сонливымъ. Если спазмъ настолько силенъ, что не разрѣшается тотчасъ же, то ребенокъ черезъ 1—2 минуты долженъ умереть отъ задушенія.

Значить, спазмъ голосовой щели отличается отъ стеноза гортани вслѣдствіе другихъ причинъ *внезапнымъ наступленіемъ апнеи, безъ всякой замѣтной причины или подѣ влияніемъ психическихъ возбужденій, крайне малой продолжительностью и громкимъ свистящимъ звукомъ во время вдыханія въ самомъ началѣ или въ концѣ припадка.*

Такъ какъ спазмъ голосовой щели вызывается, такъ сказать, внутренними причинами, т. е., онъ зависитъ отъ особой раздражительности продолговатаго мозга, подѣ влияніемъ общаго ненормальнаго питанія организма и главнымъ образомъ рахитизма, то никогда не бываетъ такъ, чтобы причина эта вызвала бы только одинъ припадокъ, напротивъ того, спазмъ голосовой щели, разъ появившись, оказываетъ очень большую склонность къ возвратамъ и притомъ такъ, что сначала припадки бываютъ не сильны и проходятъ моментально, выражаясь лишь однократнымъ свистящимъ вздохомъ безъ прекращенія дыханія (неполное закрытіе голосовой щели), по прошествіи нѣкотораго времени, послѣ многихъ подобныхъ abortивныхъ припадковъ, появляются приступы болѣе тяжелые, съ полной задержкой дыханія, съ потерей сознанія и съ судорогами.—Если больной не умретъ во время одного изъ такихъ пароксизмовъ, то наступаетъ періодъ улучшенія въ видѣ постепеннаго ослабленія силы, продолжительности и частоты припадковъ. Теченіе затягивается обыкновенно на многія недѣли и даже мѣсяцы, причемъ величина свободныхъ промежутковъ между отдѣльными приступами колеблется въ чрезвычайно большихъ размѣрахъ, отъ нѣсколькихъ минутъ (10—30 приступовъ въ день) до многихъ дней. Значить, при діагностикѣ можно руководствоваться еще и *повторяемостью припадковъ, общимъ состояніемъ питанія и возрастомъ ребенка.*

Laryngospasmus обязательно начинается на первомъ году жизни и рѣдко продолжается далѣе 2½ лѣтъ;—наибольшая частота его совпадаетъ слѣдовательно съ періодомъ перваго прорѣзыванія зубовъ. Почти исключительно подвергаются ему рахитики и въ особенности страдающіе размягченнымъ затылкомъ (craniotabes). Но это вовсе еще не значить, что именно отъ размягченнаго затылка и зависитъ спазмъ гортанной щели; связь между этими двумя явленіями надо понимать такъ, что и то и другое есть проявленіе рахитизма.

Затрудненіе дыханія вслѣдствіе *суженія просвета зѣва*, напримѣръ, при флегмонозныхъ жабахъ, хотя и можетъ достигать при случаѣ значительной степени, но голосъ при этомъ дѣлается только носовымъ, а не хриплымъ, кашля нѣтъ, но есть сильная боль при глотаніи, такъ что ужъ по этимъ признакамъ можно заключить, что болѣзнь локализируется не въ гортани, а въ зѣвѣ, осмотръ котораго и выясняетъ діагностику.

Гораздо чаще не узнаются, потому что просматриваются, заднеглоточные нарывы — *abscessus retropharyngeus*. Въ виду этого, а также потому, что болѣзнь эта въ дѣтскомъ возрастѣ и въ особенности у грудныхъ дѣтей вовсе нерѣдка, я опишу ее нѣсколько подробнѣе.

Заднеглоточные абсцессы у дѣтей бываютъ двухъ родовъ — *острые* или *идиопатическіе*, происходящіе вслѣдствіе гнойнаго воспаленія лимфатическихъ железъ, залегающихъ подъ слизистой оболочкой задней стѣнки глотки и *хроническіе* или *натечные*, сопровождающіе костоѣду шейныхъ позвонковъ. Абсцессы перваго рода свойственны, главнымъ образомъ, груднымъ дѣтямъ и встрѣчаются довольно часто, а вторые принадлежать къ рѣдкостямъ и у грудныхъ никогда не встрѣчаются.

Въ началѣ болѣзни припадки совсѣмъ не характерны: первое, что замѣчаютъ матери, это *хриплое дыханіе во время сна*. Когда абсцессъ уже образовался, то узнать его нетрудно: больной представляетъ значительную степень затрудненнаго дыханія съ втягиваніемъ уступчивыхъ мѣсть грудной клѣтки при каждомъ вдыханіи и въ этомъ отношеніи между крупомъ и заднеглоточнымъ абсцессомъ существуетъ большое сходство, но рѣзкая разница между ними замѣчается въ двухъ отношеніяхъ: во 1-хъ, нѣтъ того стенотического дыхательнаго шума, который такъ характеристиченъ для крупа (ложнаго или настоящаго — все равно) и никогда при немъ не отсутствуетъ и во 2-хъ, нѣтъ ни лающаго кашля, ни хриплаго голоса. Вдыханіе и при абсцессѣ совершается съ шумомъ, но только шумъ этотъ совершенно особенный, онъ похожъ на влажный храпъ, — и бываетъ всего сильнѣе выраженъ во время сна. Измѣняется также и голосъ, онъ принимаетъ носовой отѣнокъ, но не дѣлается афониченъ. Подобный тембръ голоса можно воспроизвести искусственно, если сдавить пальцами шею между восходящей вѣтвью нижней челюсти и верхнимъ концомъ *m. sterno-cl. mast.* (Вокаж). Кашля или совсѣмъ нѣтъ, или онъ незначителенъ и ничего особеннаго не представляетъ; для діагностики важно только, что онъ не лающій.

Характеренъ далѣе и *habitus* больного, именно: нѣсколько загнутая назадъ, фиксированная голова и опухоль шеи подъ угломъ нижней челюсти (эта опухоль бываетъ впрочемъ не всегда). Если на основаніи этихъ признаковъ можно подозрѣвать присутствіе заднеглоточнаго абсцесса, то не слѣдуетъ думать, что окончательная діагностика достигается простымъ осмотромъ зѣва. Напротивъ того, оттого-то нарывъ на задней стѣнкѣ глотки и остается часто неузнаннымъ, что врачи ограничиваются осмотромъ. Дѣло въ томъ, что у больныхъ этого рода глотаніе бываетъ затруднено, а потому въ зѣвѣ всегда скопляется у

нихъ масса слизи, которая сильно мѣшаетъ изслѣдованію зѣва, тѣмъ болѣе, что у грудныхъ дѣтей оно и въ нормальномъ-то состояніи производится съ трудомъ. Чтобы не просмотрѣть заднеглоточнаго абсцесса, слѣдуетъ принять за правило: во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ изслѣдовать зѣвъ и заднюю стѣнку глотки пальцемъ. Въ случаѣ существованія нарыва, легко ощупать его въ видѣ гладкой, упругой, флюктуирующей опухоли, помѣщающейся на задней стѣнкѣ, обыкновенно нѣсколько сбоку отъ средней линіи.

Дальнѣйшее отличіе мы имѣемъ и въ теченіи: крупъ производитъ стенозъ гортани сравнительно быстро, въ какихъ-нибудь 3 — 4 дня, тогда какъ заднеглоточный нарывъ развивается медленно, такъ что отъ момента появленія хриплаго дыханія во время сна до развитія значительнаго стеноза проходятъ 2 — 3 недѣли, причемъ дней 7 или 10 приходится на долю періода прогрессивнаго усиленія стеноза.

Лихорадочное состояніе не имѣетъ особаго значенія для діагностики; въ началѣ оно можетъ отсутствовать, но въ періодѣ нагноенія температура обязательно повышается градусовъ до 39, дѣлая сильныя ремиссіи по утрамъ.

Отличить *идиопатическій нарывъ отъ затечнаго* нетрудно, такъ какъ при послѣднемъ обязательно должны быть рѣзко выражены симптомы шейнаго спондилита.

У *маленькихъ дѣтей*, не умѣющихъ дышать черезъ ротъ, *симптомы стеноза* верхнихъ дыхательныхъ путей (не учащенное дыханіе съ втягиваніемъ уступчивыхъ мѣстъ грудной кѣтки, но безъ характернаго стенотического дыхательнаго шума) могутъ появиться подъ вліяніемъ простаго насморка. Въ подобныхъ случаяхъ самымъ важнымъ отличительнымъ признакомъ будетъ то, что при крикѣ затрудненное дыханіе немедленно исчезаетъ.

При исключительныхъ условіяхъ нѣчто подобное встрѣчается и у дѣтей старшаго возраста, какъ было это на примѣръ, въ слѣдующемъ случаѣ: мальчикъ 8-ми лѣтъ заболѣлъ въ началѣ ноября 1888 года сильнымъ насморкомъ и кашлемъ (гриппъ), а 10-го, подъ вліяніемъ начавшагося менингита, онъ сдѣлался очень сонливъ и у него появилось очень затрудненное дыханіе; оно было замедлено, и при каждомъ вздохѣ замѣчалось западеніе не только межреберныхъ промежутковъ, но и нижней части грудной, надключичныхъ и яремной ямъ, словомъ, какъ при вполнѣ развитомъ крупѣ; но такъ какъ голосъ оставался совершенно чистымъ, то причину стеноза надо было искать гдѣ-нибудь внѣ гортани (resp. внѣ голосовой щели); заднеглоточный нарывъ могъ быть тоже исключенъ. При дальнѣйшемъ изслѣдованіи оказалось, что

больной держитъ языкъ сильно оттянутымъ къзади и кончикъ его прижимаетъ къ твердому небу и такимъ образомъ преграждаетъ проходъ воздуху черезъ ротъ, а такъ какъ носъ былъ заложенъ отъ насморка, то въ результатѣ и получились явленія сильнаго стеноза верхнихъ дыхательныхъ путей. Стоило только открыть больному ротъ и прижать ложечкой языкъ, какъ дыханіе моментально дѣлалось свободнымъ. Стенозъ подобнаго рода каждый человѣкъ можетъ воспроизвести на себѣ самомъ; для этого стоитъ только оттянуть языкъ къзади, зажать себѣ носъ и попробовать вздохнуть. Понятно, что еслибъ нашъ больной не былъ подъ влияніемъ менингита въ спячкѣ, то онъ сумѣлъ бы устранить препятствіе и сталъ бы дышать черезъ ротъ.

Къ этой же категоріи случаевъ относится и *кряхтящее дыханіе* дѣтей первыхъ мѣсяцевъ жизни, зависящее, по мнѣнію Politzer'a, впервые описавшаго такого рода дыханіе, отъ ненормальной иннерваціи мягкаго неба. Съ возрастомъ, напр., въ концу года, такого рода кряхтящее дыханіе или храпъ исчезаетъ само собой и дѣлается нормальнымъ, беззвучнымъ.

### Хроническія суженія верхнихъ дыхательныхъ путей.

Причины хроническаго стеноза верхнихъ дыхательныхъ путей могутъ проявлять свое дѣйствіе или въ гортани, или въ трахеѣ. Въ первомъ случаѣ обязательно измѣняется голосъ: онъ дѣлается или хриплымъ, или совсѣмъ афоничнымъ, во второмъ — онъ остается чистымъ или мало измѣненнымъ (отъ сопутствующаго невольнаго катарра гортани). Степень суженія при пораженіяхъ гортани можетъ встрѣтиться во всѣхъ своихъ градацияхъ, не исключая и самой сильной, а при стенозѣ трахеи степень его обыкновенно не идетъ далѣе средней, т. е., больной въ состояніи компенсировать послѣдствія суженія посредствомъ усиленной дѣятельности вдыхателей.

Хроническіе стенозы гортани у дѣтей всего чаще обуславливаются *сифилисомъ* и именно развитіемъ на слизистой оболочкѣ гортани *кондиломатозныхъ разраженій*.

Если извѣстенъ анамнезъ или если больной представляетъ явные симптомы сифилиса, то діагностика не трудна, но если пораженіе гортани служитъ единственнымъ проявленіемъ сифилиса въ данное время (а случается это вовсе не особенно рѣдко), то распознаваніе можетъ представить нѣкоторое затрудненіе. Важно для діагностики то, что однимъ изъ любимыхъ мѣстъ для развитія кондиломъ служитъ надгор-



танникъ, который нерѣдко можетъ быть виденъ при надавливаніи на корень языка шпателемъ, въ особенности при тошнотномъ движеніи, вызываемомъ изслѣдованіемъ, и тогда представляется въ видѣ безобразно утолщеннаго, желобоватаго валика, бѣловато-красноватаго цвѣта. Еще лучше, если больной допускаетъ ларингоскопическое изслѣдованіе, хотя бы на одинъ моментъ; видъ кондиломъ настолько характеренъ, что не требуетъ продолжительнаго осмотра. Впрочемъ, въ большинствѣ случаевъ діагностика возможна и безъ ларингоскопа. Такъ какъ гортань никогда не бываетъ мѣстомъ перваго проявленія вторичныхъ симптомовъ сифилиса, а напротивъ того, поражается обыкновенно при рецидивахъ, то при осмотрѣ всей поверхности гѣла удается открыть гдѣ-нибудь слѣды бывшаго сифилиса и всего чаще именно или въ окружности задняго прохода, въ видѣ красноватыхъ пятенъ на мѣстѣ бывшихъ кондиломъ, или около угловъ рта — утолщеніе слизистой оболочки, особенно характерное въ томъ случаѣ, если оно представляется бѣловатаго цвѣта; остатки кондиломъ могутъ встрѣтиться также и въ зѣвѣ, особенно на небной занавѣскѣ. Изъ анамнеза легко получить свѣдѣнія, что у ребенка прежде болѣлъ ротъ и были мокнуція мѣста около anus'a, что у матери было, можетъ быть, много дѣтей, но они умерли вскорѣ послѣ родовъ, что нѣкоторыя изъ нихъ были недоношены, а то были также и выкидыши: какъ я уже сказалъ, гортань поражается только при рецидивахъ и при томъ довольно поздно, и потому никогда у грудныхъ дѣтей; всего чаще мы наблюдали сифилисъ гортани у дѣтей отъ 2 до 7 лѣтъ.

Рѣже кондиломъ встрѣчаются въ гортани гуммы и язвы, діагностика которыхъ безъ ларингоскопа невозможна.

Причиной хроническаго стеноза гортани могутъ быть также **новообразованія**, которыя въ дѣтскомъ возрастѣ почти исключительно относятся къ папилломамъ. Въ діагностическомъ отношеніи важно отмѣтить, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ онѣ бываютъ врожденными и потому предполагать эту причину стеноза можно въ томъ случаѣ, если онъ развивается крайне медленно у ребенка вообще здороваго, у котораго нельзя заподозрить ни сифилиса, ни туберкулеза и если первые симптомы пораженія гортани, въ видѣ хрипоты или полной афоніи, появились съ первыхъ дней жизни или, по крайней мѣрѣ, на первомъ году.

**Perichondritis laryngea** почти никогда не является въ видѣ самостоятельнаго или первичнаго страданія, а всегда послѣ какихъ-нибудь общихъ болѣзней острыхъ или хроническихъ. Въ дѣтскомъ возрастѣ его встрѣчали послѣ тифа, оспы, скарлатины (случай Якубовича относится къ дѣвочкѣ 1 г. 8 мѣс. и интересенъ въ томъ отношеніи, что

стенозъ гортани развился такъ быстро, что прижизненная діагностика была поставлена на дифтеритъ гортани (Arch. f. Kinder X B. 1. 35), но чаще при сифилисѣ и туберкулезѣ, хотя вообще все-таки очень рѣдко. Такъ какъ перихондритъ присоединяется обыкновенно къ язвеннымъ процессамъ, то задолго до развитія его больной представляетъ тѣ или иные признаки тяжелаго ларингита. Предполагать развитіе перихондрита можно въ томъ случаѣ, если, при существованіи извѣстныхъ этиологическихъ моментовъ, больной жалуется на боль въ опредѣленномъ мѣстѣ гортани, усиливающуюся при давленіи и если снаружи мѣсту боли соотвѣтствуетъ опухоль шейной клѣтчатки.

Въ странахъ эндемическаго господства зоба причиной хроническаго стеноза трахеи нерѣдко бываетъ опухоль щитовидной железы, но въ нашей мѣстности гораздо чаще сдавливается трахея въ мѣстѣ бифуркаціи увеличенными и творожисто-перерожденными лимфатическими железами.

Сдавленіе трахеи при зобахъ узнается безъ труда, такъ какъ опухоль на передней поверхности шеи бросается въ глаза.

**Гиперплазія** и творожистое перерожденіе **бронхіальныхъ железъ**, сдавливающихъ трахею въ мѣстѣ бифуркаціи, узнается отчасти путемъ исключенія другихъ причинъ стеноза, отчасти же на основаніи положительныхъ данныхъ анамнеза.

Что больной страдаетъ *хроническимъ* стенозомъ верхнихъ воздухоносныхъ путей и что стенозъ этотъ развивался крайне медленно, это узнается изъ анамнеза: въ первое время онъ появлялся лишь на время, при усиленіи кашля и притомъ въ легкой степени и потомъ исчезалъ, чтобъ черезъ нѣкоторое время появиться снова, пока наконецъ онъ сдѣлался постояннымъ, хотя, быть можетъ, не всегда въ одинаковой степени. Больной страдаетъ, кромѣ того, хроническимъ кашлемъ и представляется либо золотушнымъ субъектомъ, либо рахитикомъ; голосъ у него совершенно чистъ и слѣдовательно гортань свободна. Уже на основаніи этихъ данныхъ можно съ большою вѣроятностью предположить, что стенозъ находится въ трахей и что онъ обуславливается увеличенными железами.—Въ пользу послѣдняго предположенія говоритъ именно общее состояніе питанія больного (золотуха или рахитизмъ) и хроническій катарръ дыхательныхъ органовъ, никогда не отсутствующій у подобнаго рода больныхъ.

При подробномъ изслѣдованіи больного удается обыкновенно констатировать еще кой-какія данныя: въ мѣстѣ суженія скопляется нерѣдко слизь, обуславливающая хриплое дыханіе; хрипъ этотъ, напоминающій или *ronchus sonorus* или крупно-пузырчатое влоктаніе, слышится во всей груди (проведенный хрипъ), но всего громче спереди, въ области

рукоятки грудины или сзади между лопатокъ вверху; въ этомъ мѣстѣ его можно замѣтить и опупываніемъ, т. е., приложивши руку. Если железы настолько велики, что выполняютъ все пространство между бифуркаціей трахеи и грудиной, то онѣ служатъ хорошимъ проводникомъ для дыхательнаго шума и потому при выслушиваніи въ первомъ межреберномъ промежуткѣ около края грудины на сторонѣ пораженныхъ железъ, слышится бронхиальное дыханіе или, по крайней мѣрѣ, громкій выдыхъ. При опѣнкѣ этого симптома надо имѣть въ виду, что на правой сторонѣ (правый бронхъ прѣ лѣваго) бронхиальный выдыхъ нерѣдко слышится и въ нормальномъ состояніи, а потому доказательное значеніе въ пользу увеличенія трахеальныхъ железъ громкій выдыхъ можетъ имѣть только въ томъ случаѣ, если онъ или особенно рѣзко выраженъ, или больше на лѣвой сторонѣ.

Постукиваніе даетъ нѣкоторое притупленіе съ той или съ другой стороны рукоятки грудины въ 1-мъ и 2-мъ межреберномъ промежуткѣ или на грудино-ключичномъ сочлененіи. Гораздо рѣже удается констатировать притупленіе на спинѣ между лопатокъ, по сторонамъ первыхъ трехъ спинныхъ позвонковъ. Если притупленіе получается только на самой грудинѣ вверху, то оно можетъ зависѣть отъ зобной железы и чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ вѣроятнѣе эта причина; у дѣтей послѣ 5—6 лѣтъ присутствіе зобной железы обыкновенно не проявляется тупымъ звукомъ; у маленькихъ—тупой звукъ, зависящій отъ зобной железы, или вовсе не заходитъ за край грудины или выдается въ ту или другую сторону не больше, какъ на  $\frac{1}{2}$  сантиметра. Въ случаѣ увеличенія зобной железы тупой звукъ будетъ выраженъ, главнымъ образомъ, на самой грудинѣ, а не въ межреберныхъ промежуткахъ, какъ при гиперплазіи железъ.

Далѣе, могутъ быть на лицо симптомы, указывающіе на сдавленіе венозныхъ сосудовъ (отеки или одутловатость лица, расширеніе яремныхъ венъ) или нервовъ блуждающаго или возвратнаго (судорожный, коклюше-подобный кашель, но обыкновенно безъ свиста во время дыханія измѣненіе голоса, астма). — Явленія стеноза могутъ быть въ высшей степени характерны и сами по себѣ, именно въ томъ случаѣ, если сдавленъ одинъ изъ главныхъ бронховъ, такъ какъ тогда послѣдствія стеноза, т. е., симптомы недостаточнаго доступа воздуха къ легкимъ проявляются только на одной сторонѣ грудной клѣтки.

Симптомы эти состоятъ въ томъ, что соответственная половина груди расширяется при вдыханіи меньше другой, тогда какъ втягиваніе уступчивыхъ мѣстъ выступаетъ сильнѣе; на этой же сторонѣ замѣчается ослабленный дыхательный шумъ и слабыя голосовыя сотрясенія при нормально ясномъ перкуторномъ звукѣ.

Лихорадочнаго состоянія при гиперплазіи бронхіальныхъ железъ можетъ и не быть, но такъ какъ значительное увеличеніе железъ наблюдается обыкновенно у дѣтей туберкулезныхъ (хотя легкія могутъ-быть и свободны отъ туберкуловъ), то повышеніе температуры отсутствуетъ рѣдко, такъ что *лихорадочное состояніе, домо продолжающееся у ребенка безъ всякой замѣтной причины*, можетъ въ значительной степени подтверждать существованіе туберкулеза железъ, особенно въ томъ случаѣ, *если оно затянuloсь послѣ какой-нибудь болѣзни, протекавшей съ бронхитомъ* (гриппъ, корь, коклюшъ). Что ошибка можетъ быть и въ подобномъ случаѣ, это конечно понятно. Такъ напр., въ одномъ случаѣ я поставилъ ошибочное распознаваніе туберкулезной гиперплазіи бронхіальныхъ железъ на томъ основаніи, что стенозъ легкой степени (однако замѣтный и при покойномъ дыханіи) появился у дѣвочки 4-хъ лѣтъ, долгое время страдавшей бронхитомъ; въ послѣднее время кашель почти совсѣмъ прекратился, но умѣренное лихорадочное состояніе (около 38 утромъ и 38,5 вечеромъ) упорно держалось въ теченіе дѣлаго мѣсяца. Такъ какъ у дѣвочки былъ при этомъ и насморкъ, то на консилиумѣ былъ приглашенъ спеціалистъ по болѣзнямъ носа и гортани. При ларингоскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что, не смотря на чистый голосъ, мѣсто суженія было въ гортани и обуславливалось спазматическимъ состояніемъ мышцъ, суживающихъ голосовую щель, такъ-что при вдыханіи голосовыя связки не расходились достаточнымъ образомъ и для прохода воздуха путь былъ суженъ.

Такое состояніе голосовыхъ мышцъ было вызвано, повидимому, рефлекторнымъ путемъ со слизистой оболочки носа, мѣстное лѣченіе которой вскорѣ закончилось полнымъ выздоровленіемъ больной. Принадлежатъ-ли подобные невроты къ рѣдкостямъ, мнѣ неизвѣстно.

Проф. Franz Maug (Jahrb. f. Kinderh. 1862 г. Т. 5) резюмируетъ діагностику гиперплазіи бронхіальныхъ железъ слѣдующимъ образомъ: помимо результатовъ выслушиванія и постукиванія, мы можемъ предполагать эту болѣзнь: 1) если ребенокъ съ наследственнымъ расположеніемъ къ туберкулезу или къ золотухѣ поражается упорнымъ катарромъ, во время котораго появляются по временамъ приступы коклюшеподобнаго кашля. 2) Если худощавый или одутловатый ребенокъ постоянно страдаетъ свистящимъ дыханіемъ и слизистыми хрипами въ сопровожденіи влажнаго кашля. 3) Если тѣ-же явленія замѣчаются у ребенка, бывшаго прежде рахитикомъ или страдавшаго хронической экземой и представляющаго избыточную растительность волосъ на вискахъ, задней части шеи и спинѣ. 4) Если ребенокъ повторно подвергается сильнымъ и продолжительнымъ приступамъ астмы и наконецъ

5) если у ребенка 3—4 лѣтъ появляется кашель, похуданіе, лихорадочное состояніе и поты безъ всякихъ признаковъ туберкулеза легкихъ, мозга и органовъ живота.

Гиперилія бронхіальныхъ железъ, какъ и всякихъ другихъ, не всегда обусловливается туберкулезомъ, это только самая частая причина, но она можетъ развиться также и подъ вліяніемъ иныхъ болѣзней крови, въ особенности при сифилисѣ и лейкеміи. Симптомы со стороны дыхательныхъ органовъ будутъ тѣ же, но разница въ общихъ симптомахъ: тамъ мы основываемъ діагностику на присутствіи золотухи, туберкулеза и рахитизма, а здѣсь на явленіяхъ сифилиса или лейкеміи.

Стенотическое дыханіе [въ видѣ хроническаго страданія, вслѣдствіе суженія просвѣта зѣва, встрѣчается у дѣтей при *гипертрофій миндалевидныхъ железъ*. Доступъ воздуха въ легкіи можетъ быть при этомъ настолько затрудненъ, что грудная клѣтка остается неразвитой и принимаетъ форму куриной груди, какъ при рахитизмѣ. Такія дѣти представляютъ нерѣдко характерный *habitus*: они блѣдны, держатъ ротъ полуоткрытымъ, говорятъ нѣсколько въ носъ и имѣютъ узкія ноздри. Во снѣ они громко храпятъ. Осмотръ зѣва открываетъ громадныя миндалины, вершины которыхъ иногда сходятся на средней линіи зѣва и ущемляютъ язычекъ.

Слѣдуетъ добавить, что втягиваніе нижней периферіи грудной клѣтки (т. е. мѣстъ прикрѣпленія діафрагмы) при глубокомъ вздохѣ не всегда указываетъ на затрудненный доступъ воздуха въ легкіи, такъ-какъ у маленькихъ дѣтей, мѣсяцевъ до 3—4-хъ, такое втягиваніе принадлежитъ къ числу физиологическихъ явленій, а у рахитиковъ оно держится гораздо дольше и зависитъ просто отъ мягкихъ реберъ, не оказывающихъ должнаго сопротивленія сокращающейся діафрагмѣ.

У маленькихъ дѣтей, не умѣющихъ дышать черезъ ротъ, симптомы стеноза верхнихъ дыхательныхъ путей могутъ появиться при простомъ насморкѣ. Въ подобныхъ случаяхъ при крикѣ затрудненное дыханіе немедленно исчезаетъ.

### **Болѣзни легкихъ, при которыхъ перкуторный звукъ остается нормально яснымъ.**

**Катарръ дыхательныхъ вѣтвей.**—Bronchocatarrhus s. bronchitis.

Симптомы бронхита хорошо объясняются изъ патолого-анатомическихъ пзмѣненій слизистой оболочки бронховъ. — Какъ при всякомъ катаррѣ, такъ и здѣсь мы встрѣчаемъ гиперемію и набухлость слизистой

оболочки и усиленное отдѣленіе слизи, вначалѣ скудной, вязкой и прозрачной, позднѣе болѣе обильной, желтоватой.

Раздраженіе слизистой оболочки вслѣдствіе катарра выражается кашлемъ, который есть необходимый и нерѣдко главный симптомъ всякаго бронхита, а что касается до другихъ przypadковъ, то они бываютъ различны въ зависимости отъ мѣста и силы болѣзни и позволяютъ съ клинической точки зрѣнія различать 1) катарръ трахеи и первыхъ дыхательныхъ вѣтвей, 2) катарръ среднихъ бронховъ и 3) капиллярный бронхитъ.—Всѣ эти виды катарра встрѣчаются какъ въ острой, такъ и въ хронической формѣ. Діагностика бронхита вообще нетрудна: если больной кашляетъ и при этомъ голосъ у него чистъ (гортань слѣдовательно не поражена), а въ легкихъ нигдѣ нельзя найти ни притупленія, ни тимпаническаго звука, то у него либо трахеобронхитъ, либо фарингитъ.—Если задняя стѣнка глотки нормальна (нѣтъ ни красноты, ни грануляцій), если нѣтъ и насморка (кашель отъ стеканія слизи по задней стѣнкѣ глотки), то у больного, стало-быть, есть катарръ ниже голосовыхъ связокъ; если же есть измѣненія, свойственныя хроническому фарингиту и слѣдовательно исключить эту причину кашля нельзя, то на основаніи одного лишь кашля было-бы неосновательно ставить діагностику бронхита, для этого нужно или чтобы больной жаловался на чувство ссаденія (царапанія) по тракту трахеи или чтобы онъ отхаркивалъ мокроту (при хроническихъ фарингитахъ кашель обыкновенно сухой), или чтобы при выслушиваніи можно было констатировать въ груди сухіе или влажные хрипы.—Особую трудность для діагностики представляютъ случаи бронхита, развивающіеся въ теченіе крупа, такъ какъ аускультативныя явленія со стороны бронховъ и легкихъ совершенно заглушаются стенотическимъ дыхательнымъ шумомъ, проведеннымъ изъ гортани, а между тѣмъ констатированіе бронхита при крупѣ имѣетъ чрезвычайно важное значеніе по отношенію къ вопросу о производствѣ трахеотоміи и относительно предсказанія. Дѣло въ томъ, что если при крупѣ проявляется бронхитъ, то большею частію онъ бываетъ не простой катарральный, а крупозный, и шансы на выздоровленіе значительно уменьшаются.

Если крупозный процессъ не идетъ дальше трахеи—tracheitis crouposa, то узнать это осложненіе можно только послѣ трахеотоміи и именно въ томъ случаѣ, если больной отхаркиваетъ черезъ трубку перепонки. По виду перепонокъ можно судить о степени распространенія процесса и рѣшить, поражена-ли только трахея или и бронхи; въ первомъ случаѣ выхаркиваются простыя перепонки, во второмъ—развѣтвленныя, (мокрота въ подобныхъ случаяхъ разсматривается подъ водой). Если

перепонки не выхаркиваются, то предполагать существованіе крупознаго бронхита можно въ томъ случаѣ, если дыханіе послѣ операціи остается учащеннымъ (у дѣтей до 5 лѣтъ больше 40—50, у старшихъ 30—40) и лихорадка поднимается выше 39; характерно также почти полное отсутствіе кашля въ первые часы послѣ операціи, указывающее на то, что трахея выложена перепонками и потому мало чувствительна къ раздраженію ея трахеотомической трубочкой. Въ виду сказаннаго, можно исключить пораженіе трахеи и бронховъ крупомъ, если послѣ операціи больной отвѣчаетъ кашлемъ на всякое прикосновеніе къ трубочкѣ и энергично реагируетъ на прочищеніе трубочки бородкой пера и при этомъ выдѣляетъ только слизь, а не перепонки и если дыханіе послѣ трахеотоміи падаетъ почти до нормы, а температура не идетъ выше 38,5. Если такое состояніе продолжается дня три послѣ операціи, то можно быть увѣреннымъ, что крупозный процессъ останется локализованнымъ въ гортани.

Предполагать пораженіе бронховъ до операціи можно въ томъ случаѣ, если больной, несмотря на стенозъ гортани, представляетъ учащенное дыханіе и если припадки отравленія углекислотой не соотвѣтствуютъ степени стеноза, т. е. если при сравнительно незначительномъ стенозѣ больной дѣлается апатиченъ, конечности его холодѣютъ, появляется цианозъ.—Для діагностики имѣетъ также значеніе быстрота распространенія крупозныхъ перепонокъ и высота температуры: чѣмъ выше лихорадка и чѣмъ быстрѣе увеличивается по поверхности зѣва и гортани пленки, тѣмъ больше шансовъ, что процессъ не ограничится гортанью, а спустится ниже.

Если діагностика трахеита или бронхита установлена, то остается еще рѣшить во 1-хъ, съ какого рода катарромъ имѣемъ мы дѣло, т. е. первичный-ли онъ, идиопатическій, или симптоматическій, и во 2-хъ, какіе именно бронха поражены, гдѣ локализуется катарръ.

Отвѣтъ на первый вопросъ можно резюмировать такъ: если бронхитъ не сопровождается никакими симптомами, которые допускали-бы діагностику другой болѣзни (кори, тифа и проч.), то онъ долженъ быть признанъ за катарръ идиопатическій, т. е. за болѣзнь самостоятельную.

*Идиопатическіе бронхиты* отличаются вообще сравнительно легкимъ теченіемъ, такъ какъ опасный для дѣтей капиллярный бронхитъ почти никогда не встрѣчается въ видѣ самостоятельнаго страданія, а является обыкновенно послѣдствіемъ или спутникомъ гриппа, кори и коклюша, а въ хроническихъ случаяхъ—рахитизма.

Острые случаи идиопатическаго бронхита начинаются болѣе или менѣе значительнымъ лихорадочнымъ состояніемъ и сухимъ, частымъ

кашлемъ; если больной остается при этомъ въ комнатѣ и вообще не подвергается новымъ вреднымъ вліяніямъ, то въ скоромъ времени наступаетъ періодъ разрешенія: лихорадочное состояніе черезъ 3—5 дней исчезаетъ, а кашель дѣлается рѣже, влажнѣе и легче, а еще черезъ нѣсколько дней совсѣмъ прекращается.

При опредѣленіи мѣста катарра мы руководствуемся характеромъ аускультативныхъ явленій и дыханіемъ.—Если при выслушиваніи слышатся крупнопузырчатые хрипы или низкаго тона сухіе хрипы (*ronchus sonorus*), то заключаемъ о пораженіи трахей и крупныхъ бронховъ, такъ какъ такого рода хрипы могутъ образоваться лишь въ полостяхъ или каналахъ большого калибра.—Если отдѣленіе слизи не велико, то при трахитѣ можетъ совсѣмъ не быть хриповъ и дыхательный шумъ остается вполнѣ нормальнымъ, такъ-что вся болѣзнь выражается только кашлемъ, да лихорадочнымъ состояніемъ въ началѣ; дѣти старшаго возраста жалуются еще на чувство ссадненія вдоль трахей.

*Кашель безъ всякихъ хриповъ* въ груди и при отрицательныхъ перкуторныхъ явленіяхъ можетъ зависѣть еще отъ *хроническаго фарингита*, который встрѣчается иногда и въ дѣтскомъ возрастѣ, въ особенности у дѣтей золотушныхъ и анэмиковъ. Подозрѣвать эту причину кашля можно въ томъ случаѣ, если сухой, короткій кашель (въ родѣ перхоты) упорно держится у ребенка, не смотря на комнатное содержаніе, и если въ груди не появляется никакихъ хриповъ. При осмотрѣ зѣва оказывается, что задняя стѣнка глотки красна, изборождена расширенными сосудами и суха, какъ бы лакирована; нерѣдко на ней появляются небольшія, плоскія, овальныя возвышенія, величиной съ чечевицу, покрытыя такой же слизистой оболочкой, какъ и сосѣднія части — *pharyngitis granulosa*. Упорный, сухой кашель можетъ продолжаться цѣлыми недѣлями и легко возвращается при малѣйшей простудѣ.

Здѣсь же умѣстно упомянуть о томъ видѣ сухого кашля, который появляется безъ всякихъ объективныхъ явленій со стороны легкихъ, тянется 1—2 мѣсяца и отличается отъ всякаго другого кашля тѣмъ, что беспокоитъ дѣтей только по ночамъ, откуда и названіе—*периодическій ночной кашель*. Причина этого нервного кашля, свойственнаго главнымъ образомъ раздражительнымъ, малокровнымъ дѣтямъ, неизвѣстна; въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ быстро прекращается отъ хинина, а потому можно думать, что иногда онъ является симптомомъ *febr. intermit. larvatae*.

При пораженіи *бронховъ средняго порядка* получаютъ или среднепузырчатые хрипы или, въ случаѣ ничтожнаго образованія отдѣляемаго,



грубое везикулярное дыханіе и неопредѣленный дыхательный шумъ или, вслѣдствіе суженія просвѣта бронховъ—ослабленное везикулярное дыханіе.

При капиллярномъ бронхитѣ мы имѣемъ свистящее дыханіе, какъ выраженіе значительнаго суженія и безъ того ужъ узкаго просвѣта мелкихъ бронховъ, вслѣдствіе набухлости ихъ слизистой оболочки; позднѣе, въ періодъ образованія отдѣляемаго, слышатся мелкопузырчатые, но *не консонирующіе хрипы*. Кромѣ этихъ признаковъ, капиллярный бронхитъ отличается отъ всякаго другого бронхита никогда не отсутствующей при немъ *одышкой*. Капиллярный бронхитъ всегда бываетъ двустороннимъ и катарръ, лежащій въ его основѣ, отличается разлитымъ характеромъ, т. е. онъ занимаетъ если и не всѣ, то почти всѣ мелкіе бронхи и обязательно производитъ суженіе ихъ просвѣта и слѣдовательно затрудняетъ доступъ воздуха къ альвеоламъ; по этой причинѣ при каждомъ вздохѣ происходитъ разрѣженіе воздуха въ грудной клѣткѣ (все равно какъ бываетъ это и при суженіи гортани) и въ результатѣ получается *втягиваніе уступчивыхъ мѣсть грудной клѣтки* и преимущественно нижней периферіи груди по линіи прикрѣпленія діафрагмы. Происходитъ слѣдовательно инспираторная одышка, которую, однако, нертрудно отличить отъ инспираторной же одышки при суженіи верхнихъ дыхательныхъ путей. При послѣдней, во 1-хъ, всегда бываетъ слышенъ характерный стенотический шумъ, отсутствующій при капиллярномъ бронхитѣ и во 2-хъ, дыханіе остается нормальной частоты или даже нѣсколько замедляется, тогда какъ при капиллярномъ бронхитѣ оно *значительно учащается* (у дѣтей до 2 лѣтъ отъ 70 до 100 разъ въ минуту) и дѣлается конечно очень поверхностнымъ. Есть также нѣкоторая разница и въ работѣ дыхательныхъ мышцъ: при стенозахъ гортани и трахеи шейныя мышцы (*scaleni*) работаютъ гораздо энергичнѣе, чѣмъ при капиллярномъ бронхитѣ, а оттого и втягиваніе надключичныхъ ямокъ въ первомъ случаѣ бываетъ замѣтнѣе. Чѣмъ моложе ребенокъ, т. е. чѣмъ уже бронхи, тѣмъ легче при бронхитѣ получаютъ явленія аспираціи на грудныхъ стѣнкахъ; у дѣтей до года можно замѣтить легкое втягиваніе межреберій почти при каждомъ бронхитѣ.

Капиллярный бронхитъ принадлежитъ къ числу весьма опасныхъ болѣзней дѣтскаго возраста; онъ сопровождается обыкновенно довольно высокимъ и продолжительнымъ лихорадочнымъ состояніемъ и часто ведетъ или къ развитію катаральной пневмоніи или къ недостаточному окисленію крови, выражающемуся ціанозомъ и другими симптомами отравленія углекислотой. Къ характеристикѣ капиллярнаго бронхита

относится, между прочимъ, и то, что онъ встрѣчается преимущественно у маленькихъ дѣтей до 2-хъ-лѣтнаго возраста.

Переходъ бронхита въ пневмонію совершается обыкновенно постепенно и обозначается появленіемъ консонирующихъ и крепитирующихъ хриповъ, а позднѣе—бронхіальнаго дыханія и притупленія.

Нѣкоторое сходство съ капиллярнымъ бронхитомъ представляютъ приступы **бронхіальной астмы**. Болѣзнь эта, зависящая отъ спазма мышечныхъ волоконъ мелкихъ бронховъ, характеризуется появленіемъ *приступовъ* сильной одышки, съ громкимъ, тѣснымъ (высокимъ) свистомъ въ груди, слышимымъ даже и на разстояніи. Одышка эта напоминаетъ ту, что встрѣчается и при капиллярномъ бронхитѣ, но съ тою лишь разницей, что при астмѣ, главнымъ образомъ, *затруднено выдыханіе*, а потому западеніе уступчивыхъ мѣстъ грудной кѣтки при вдыханіи выступаетъ не такъ рѣзко, но за то можно замѣтить *признаки раздутія легкихъ* (низкое стояніе діафрагмы и уменьшеніе сердечной тупости) и усиленную дѣятельность выдыхателей (отъ напряженія брюшныхъ мышцъ во время акта выдыханія брюшныя стѣнки оказываются на ощупь очень твердыми, напряженными). Главное отличіе отъ капиллярнаго бронхита состоитъ въ томъ, что *одышка при астмѣ наступаетъ быстро*, среди полного здоровья, но держится недолго — отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ часовъ—и столь же быстро исчезаетъ; лихорадочнаго состоянія при этомъ не бываетъ; во время приступа при аускультациі груди слышится только громкій свистъ, но не мелкопузырчатые хрипы, которые если и появляются иногда, то только позднѣе, въ періодъ исчезанія одышки.

Гораздо труднѣе узнать астму, когда она является въ видѣ осложненія обыкновеннаго бронхита. Въ такихъ случаяхъ дѣло начинается насморкомъ или ложнымъ крупомъ или бронхитомъ, а черезъ нѣкоторое время вдругъ наступаетъ одышка, свистящіе хрипы, ціанозъ, и въ такомъ состояніи больной остается или только нѣсколько часовъ или отъ 3 до 5 дней, а потомъ наступаетъ облегченіе одышки и остается только простой катарръ среднихъ или крупныхъ бронховъ. Быстрота теченія и отсутствіе мелкопузырчатыхъ хриповъ, а иногда и лихорадки исключаютъ въ подобныхъ случаяхъ капиллярный бронхитъ. За осложненіе бронхита астмой говоритъ далѣе: 1) несоотвѣтствіе между сильной одышкой и напряженной дѣятельностью діафрагмы съ одной стороны и незначительностью физикальныхъ симптомовъ съ другой; 2) преобладаніе тонкаго свиста надъ хрипами; 3) быстрое развитіе эмфиземы (раздутія легкихъ); 4) значительное ослабленіе одышки во время сна.

Такъ какъ для развитія бронхіальной астмы требуется особое инди-

видуальное расположеніе, то характерно то, что данный ребенокъ получаетъ подобнаго рода приступы почти каждый разъ, какъ только случится ему заболѣть бронхитомъ.

При діагностикѣ астмы всегда желательно выяснитъ также и ея этиологію. У дѣтей рѣдко встрѣчается такъ называемая *эссенціальная форма астмы*, наступающая безъ всякихъ замѣтныхъ причинъ; сравнительно чаще наблюдается *астма при гиперплазіи бронхиальныхъ железъ* (эта самая частая причина, благодаря которой въ числѣ причинъ, располагающихъ къ астмѣ, значатся золотуха и рахитизмъ) и *рефлекторная астма* при болѣзняхъ носа, бронховъ и гипертрофіи миндалинъ, а также и при страданіяхъ желудка (*asthma dyspepticum Henoch'a*).

Что касается до *хроническаго бронхита*, то распространяться о діагностикѣ его не приходится. Симптомы его тѣже, что и при остромъ бронхитѣ, отъ котораго онъ отличается отсутствіемъ лихорадочнаго состоянія и продолжительностью течения. Хроническій бронхитъ у дѣтей рѣдко продолжается въ течение круглаго года; лѣтомъ кашель обыкновенно прекращается, а осенью и зимой появляется снова и если проходитъ, то лишь на короткое время. Хроническій бронхитъ или расположеніе къ частымъ возвратамъ кашля большею частью развивается на почвѣ хроническаго упадка питанія, будетъ-ли то золотуха, рахитизмъ или анемія. При лѣченіи хроническаго кашля у дѣтей надо имѣть въ виду главнымъ образомъ эту почву.

*Симптоматическій бронхитъ* обязательно встрѣчается при гриппѣ, коклюшѣ и кори и почти обязательно при тифѣ и остромъ милиарномъ туберкулезѣ. Здѣсь мы будемъ говорить только о первыхъ двухъ процессахъ, при которыхъ кашель является самымъ выдающимся симптомомъ.

Подъ именемъ гриппа мы понимаемъ эпидемическій и заразительный катарръ, начинающійся съ носа и распространяющійся отсюда на соседнія части и книзу на бронхи, а иногда и на вѣшки. Изъ случайныхъ причинъ несомнѣнное значеніе имѣетъ простуда, а потому въ сырую и холодную погоду эпидемія гриппа встрѣчается чаще, чѣмъ лѣтомъ.

Возрастъ оказываетъ замѣтное вліяніе на заболѣваніе гриппомъ, такъ какъ главнымъ контингентомъ для него являются дѣти отъ  $\frac{1}{2}$  до 5 лѣтъ. Возрастъ оказываетъ вліяніе не только на частоту заболѣванія, но и на интензивность его: чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ, говоря вообще, сильнѣе гриппъ; послѣ 7-ми лѣтъ abortивные и легкіе гриппы встрѣчаются ужъ много чаще рѣзко выраженныхъ формъ, но заразительность и тѣхъ и другихъ одинакова и при діагностикѣ гриппа у

ребенка, не выходившаго на воздухъ и не имѣвшаго повода простудиться, надо имѣть въ виду, что *источникомъ семейной эпидеміи гриппа нерѣдко является острый насморкъ у кого-либо изъ взрослыхъ.*

Началу болѣзни предшествуетъ обыкновенно *періодъ предвестниковъ* въ видѣ безлихорадочнаго насморка и легкаго кашля въ теченіе немногихъ дней. Собственно болѣзнь начинается жаромъ, причемъ температура подымается *быстро*, достигая нерѣдко въ первый же вечеръ до 40—40,5.

Одновременно съ лихорадочнымъ состояніемъ появляются и катаральные явленія, (а если они уже были, то усиливаются) сначала въ видѣ насморка и конъюнктивита, а затѣмъ вскорѣ присоединяется и кашель.

Теченіе лихорадки при гриппѣ отличается большимъ разнообразіемъ; въ однихъ случаяхъ имѣется *febris continua remittens*, съ значительными утренними ремиссіями и вечерними повышеніями, какъ при тифѣ (39—39,5 утромъ и 39,5—40,5 вечеромъ). Такая высокая и постоянная лихорадка наблюдается по преимуществу у маленькихъ дѣтей до 2-хъ лѣтъ и указываетъ на очень острое теченіе гриппа, кончающагося въ такихъ случаяхъ болѣе или менѣе рѣзкимъ кризисомъ черезъ 8—15 дней. Катарръ быстро распространяется съ носа на бронхи, а нерѣдко и на легочную паренхиму, т. е. развивается пневмонія. Подобные гриппы нерѣдко принимаются за тифъ, или за крупозную пневмонію.

Въ другихъ случаяхъ лихорадка представляетъ *быструя колебанія* въ теченіе дни; она то падаетъ до нормы, то снова подымается градусомъ до 40. Замѣтить какую-либо правильность въ колебаніяхъ температуры нельзя, но, тѣмъ не менѣе, при нѣкоторой натяжкѣ можно принять болѣзнь за *f. intermittens*.

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

Насморкъ уже самъ по себѣ составляетъ драгоценный признакъ для діагностики гриппа, но значеніе его еще больше, когда появляется при немъ *стрѣльба въ ухо*. Симптомъ этотъ важенъ въ особенности потому, что онъ является рано, обыкновенно на первую или вторую ночь. Какъ бы высока ни была температура, какъ бы сильно ни были выражены припадки со стороны нервной системы въ видѣ бреда, ме-

танія въ постели и проч., но если на 2-й день болѣзни имѣется насморкъ и стрѣльба въ ухо, то можно діагносцировать гриппъ, потому что такой комплексъ симптомовъ, какъ *сильный жаръ, насморкъ и стрѣльба въ ухо въ самомъ началѣ болѣзни, патогномониченъ для гриппа*. Само собой разумѣется, что отсутствіе ушной боли никоимъ образомъ не исключаетъ гриппа.

Дня черезъ 3 или позднѣе катарры начинаютъ разрѣшаться: изъ носа отдѣляется слизисто-гнойная жидкость, хриплый голосъ и лающей кашель исчезаютъ, лихорадка прекращается и больной, въ случаѣ если катарръ не распространяется дальше, въ 7—10 дней совершенно выздоравливаетъ. Подобные легкіе случаи, при которыхъ катарръ не идетъ далѣе трахеи, свойственны преимущественно дѣтямъ старшаго возраста. Самые легкіе случаи гриппа, выражающіеся только насморкомъ и краснотой конъюнктивы, могутъ кончатся даже въ 3—4 дня. Это *абортивныя формы гриппа*.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ катарръ не ограничивается носомъ, а распространяется дальше и нерѣдко, минуя гортань, прямо перескакиваетъ на бронхи, что обозначается обыкновенно новымъ ожесточеніемъ лихорадки. Бронхитъ при гриппѣ, въ отличіе отъ обыкновеннаго катарра бронховъ, характеризуется, во 1-хъ, весьма сильнымъ и частымъ *сухимъ* кашлемъ при ничтожныхъ физикальныхъ признакахъ со стороны бронховъ, и во 2-хъ тѣмъ, что катарръ этотъ долго не разрѣшается. Въ этомъ отношеніи гриппъ похожъ на коклюшъ: въ обоихъ случаяхъ родители рассказываютъ, что ребенокъ сильно кашливается, такъ что иногда лицо покраснѣетъ отъ кашля или приступъ оканчивается рвотой, а между тѣмъ для объясненія этого кашля въ груди не удастся найти почти ничего; кромѣ отсутствія свистящаго вдыханія, характернаго для коклюшнаго кашля, разница еще въ томъ, что при гриппѣ всегда бываетъ болѣе или менѣе значительная лихорадка, не свойственная коклюшу, и что при гриппѣ пароксизмы кашля особенно сильны по утрамъ и вечерамъ, тогда какъ при коклюшѣ—по ночамъ. При новомъ ожесточеніи лихорадки катарръ можетъ распространяться на мелкіе бронхи, на легочные пузырьки (*pneumonia*), а иногда и на кишки.

Кромѣ этихъ кардинальныхъ симптомовъ, каковы лихорадка и катарры, при сколько-нибудь ясно выраженномъ гриппѣ всегда поражается и *нервная система*. Самымъ постояннымъ симптомомъ, кромѣ никогда неотсутствующей *головной боли*, иногда весьма сильной, бываетъ *бессонница* по ночамъ и *раздражительность* днемъ. Больной производитъ впечатлѣніе очень злого ребенка и эта-то чрезмѣрная

капризность или злость въ высокой степени характеристичны для гриппа, особенно, когда идетъ дѣло о дифференціальной діагностикѣ нѣкоторыхъ случаевъ гриппа отъ тифа; тифозные больные—смирны.

Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ гриппа дѣти бредятъ, нерѣдко съ первой-же noci (тоже существенное отличіе отъ тифа, при которомъ бредъ является обыкновенно лишь въ концѣ первой недѣли); или вскакиваютъ по ночамъ, кричатъ, какъ бы испугавшись чего-нибудь, и, можетъ быть, даже не узнаютъ окружающихъ.

Теченіе гриппа крайне неопредѣленное и неправильное, а потому и предсказаніе при немъ относительно продолжительности не можетъ быть точнымъ, но *quo-ad vitam* предсказаніе весьма хорошо, такъ какъ гриппъ кончается обыкновенно выздоровленіемъ даже и при осложненіи пнеймоніей.

Тяжелые случаи гриппа могутъ затягиваться на нѣсколько недѣль; такое хроническое теченіе располагаетъ къ развитію хронической пнеймоніи и туберкулеза.

Что касается до діагностики гриппа, то всего чаще смѣшивается онъ съ *острымъ катарромъ бронховъ*, отъ котораго отличается, во 1-хъ, эпидемическимъ распространеніемъ и заразительностью; во 2-хъ, тѣмъ, что, кромѣ бронховъ, поражаются и другія слизистыя оболочки; въ 3-хъ, что высота температуры, продолжительность лихорадки и сила или частота кашля не соотвѣтствуютъ обыкновеннымъ признакамъ катарра; въ 4-хъ, что катарры при гриппѣ долго не разрѣшаются, не смотря на постельное содержаніе больного, и наконецъ, въ 5-хъ, что при гриппѣ часто поражается и нервная система.

О сходствѣ гриппа съ первымъ періодомъ коклюша см. о послѣднемъ. Здѣсь-же замѣтимъ только, что чѣмъ выше температура въ началѣ болѣзни, тѣмъ вѣроятнѣе гриппъ и наоборотъ; если, несмотря на нормальную или субфебрильную температуры, катарры носа и трахеи долго не разрѣшаются, несмотря на комнатное содержаніе, то вѣроятенъ коклюшъ.

Въ теченіе двухъ—трехъ первыхъ сутокъ діагностика можетъ колебаться между гриппомъ и періодомъ *предвестниковъ кори*; характеръ красноты слизистой оболочки зѣва, вѣкъ и рта всего лучше рѣшаетъ дѣло; при кори краснота этихъ слизистыхъ оболочекъ, въ особенности мягкаго и твердаго неба, всегда бываетъ пятнистая, при гриппѣ-же какъ при обыкновенныхъ катаррахъ—сплошная.

Вторымъ критеріемъ можетъ служить характеръ эпидеміи; понятно, что если въ извѣстной семьѣ, въ которой есть уже коревой больной, кто-либо изъ дѣтей заболѣваетъ насморкомъ и слезотеченіемъ, то мы

скорѣе предположимъ у него корь, а не гриппъ, хотя бы въ зѣвѣ въ данномъ случаѣ и не было бы пятнистой красноты, такъ какъ при кори она бываетъ далеко не всегда.

Наконецъ, 3-й, хотя и менѣе важный, признакъ мы имѣемъ въ *чиханіи*, которое въ періодѣ предвѣстниковъ кори встрѣчается значительно чаще, чѣмъ при гриппѣ, что зависитъ, можетъ быть, отъ того, что при кори и свѣтобоязнь бываетъ сильнѣе, а извѣстно, что подъ вліяніемъ сильнаго свѣта чиханіе появляется даже и у здоровыхъ людей, не имѣющихъ насморка.

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

Діагностика основывается на томъ, что при отсутствіи симптомовъ, специально указывающихъ на тифъ, каковы тифозная розеола и опухоль селезенки, есть симптомы, совсѣмъ несвойственные тифу, но характерные для гриппа: насморкъ и раздражительность. Свѣжая опухоль селезенки говоритъ противъ гриппа.

Если насморкъ уже исчезъ, то весьма существенныя данныя получаютъ изъ анамнеза: болѣзнь началась съ насморка, съ появленіемъ лихорадочнаго состоянія кашель ужъ съ самаго начала выступилъ на первый планъ, лихорадка шла неправильно, часто падала почти до нормы—гриппъ; болѣзнь началась исподволь, съ головной боли, потери аппетита и лихорадочнаго состоянія по вечерамъ; въ началѣ не было ни насморка, ни кашля, послѣдній появился въ концѣ недѣли, лихорадка постепенно увеличивалась и достигнувъ maximum'a на 4—5 день, стоитъ на этой высотѣ, дѣлая ремиссію по утрамъ—тифъ.

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

Разница рѣзкая и не смотря на то, ошибки въ діагностикѣ встрѣчаются довольно часто; врачъ принимаетъ гриппъ или за тифъ или совсѣмъ не можетъ подвести свой случай подъ какую нибудь рубрику, а всѣ подобныя затрудненія происходятъ только изъ того, что врачъ не имѣетъ въ виду гриппа. (О діагностикѣ отъ тифа той разновидности гриппа, что начинается и протекаетъ безъ катарровъ, выражаясь внезапно наступающимъ, сильнымъ жаромъ, головной болью и другими нервными болями, будетъ упомянуто въ главѣ о тифѣ).

**Коклюшъ**, подобно гриппу, принадлежитъ тоже къ числу общихъ инфекціонныхъ, эпидемическихъ и контагіозныхъ болѣзней; онъ характеризуется своеобразнымъ, судорожнымъ кашлемъ, вслѣдствіе локалізаціи болѣзни на слизистой оболочкѣ верхнихъ воздухоносныхъ путей, а можетъ быть также и въ продолговатомъ мозгу.

Въ теченіи коклюша различаютъ 1) періодъ предвѣстниковъ или катарральный 2) пер. спазмотическаго кашля и 3) пер. разрѣшенія или бленорройный.

Первый періодъ—катарральный, начинается или въ видѣ легкаго гриппа, или подъ маской фарингита. Въ первомъ случаѣ больной начинаетъ немного лихорадить (38—38,5) и вмѣстѣ съ тѣмъ получаетъ кашель при отрицательныхъ результатахъ физикальнаго изслѣдованія груди (pharyngitis s. laryngo-tracheitis), а иногда и насморкъ. Картина болѣзни настолько похожа на фарингитъ или при насморкѣ на легкій гриппъ, что діагностика въ первые три дня не можетъ быть сдѣлана, если въ данной семьѣ это первый случай коклюша. Въ дальнѣйшемъ теченіи можно предполагать коклюшъ на томъ основаніи, что *легкій* гриппъ обыкновенно не затягивается, а напротивъ того, дня черезъ три отъ начала болѣзни, начинается разрѣшаться, лихорадка прекращается, кашель дѣлается рѣже и рыхлѣе, тогда какъ при коклюшѣ—какъ разъ наоборотъ: если лихорадка и исчезнетъ, то кашель все-таки остается сухимъ и болѣе частымъ и особенно въ *первыя часы ночи*, (это характерно для коклюша) при чемъ Доверовъ порошокъ, данный вечеромъ, обыкновенно не облегчаетъ кашля; въ концѣ недѣли діагностика коклюша въ большинствѣ случаевъ можетъ быть сдѣлана уже съ очень большой вѣроятностью на томъ основаніи, что въ тѣ же часы ночи кашель начинаетъ принимать пароксизмообразный характеръ. Прежде онъ состоялъ изъ отдѣльныхъ кашлевыхъ толчковъ, а теперь нѣсколько кашлевыхъ толчковъ (и чѣмъ больше ихъ число, тѣмъ характернѣе для коклюша) слѣдуютъ ужь такъ быстро другъ за другомъ, что ребенокъ не можетъ дѣлать вдоха иначе, какъ только послѣ цѣлаго ряда кашлевыхъ толчковъ; такого рода кашель похожъ на кашель 2-го (судорожнаго) періода, но отличается отъ него главнымъ образомъ, отсутствіемъ рвоты въ концѣ пароксизма и спазма голосовой щели, обуславливающаго свистящій вздохъ, столь характерный для настоящаго коклюшнаго кашля.

Переходъ катарральнаго періода въ спазмотическій совершается такимъ образомъ довольно постепенно: своеобразный судорожный кашель появляется сначала разъ или два въ ночь, а потомъ и днемъ. Кашель этотъ настолько характеристиченъ, что стоитъ хоть разъ услышать его, чтобы потомъ никогда не забыть и узнавать коклюшъ изъ сосѣдней комнаты.

Коклюшный кашель состоитъ въ слѣдующемъ: больной *вдругъ* сильно закашливается и кашлевые толчки слѣдуютъ другъ за другомъ *безъ передышки* до тѣхъ поръ, пока въ легкихъ есть запасъ воздуха; потомъ



больной дѣлаетъ глубокой вздохъ, но въ это время голосовая щель судорожно сжимается и воздухъ, проходя черезъ узкую щель, производитъ *громкій* звукъ, напоминающій свистъ, слышимый черезъ нѣсколько комнатъ; непосредственно послѣ этого опять начинается кашель, опять свистъ и т. д. отъ двухъ до пяти и болѣе разъ, пока приступъ кашля не кончится *рвотой* или *изверженіемъ большого количества тягучей слюны* или слизи при тошнотномъ движеніи. Коклюшные пароксизмы всего чаще повторяются ночью.

Для оцѣнки интензивности болѣзни слѣдуетъ обращать вниманіе на силу приступовъ и частоту ихъ. Если число приступовъ не превышаетъ 15 разъ въ сутки, то коклюшъ можно считать легкимъ, если отъ 15 до 24 разъ—среднимъ и если больше 24 разъ, то тяжелымъ. О силѣ пароксизмовъ судятъ во 1-хъ, по числу свистящихъ вздоховъ отъ начала до конца приступа кашля. Въ тяжелыхъ случаяхъ рвота наступаетъ лишь послѣ 4—6-го свиста, а въ легкихъ—уже послѣ перваго.

Свистъ при кашлѣ является болѣе постояннымъ симптомомъ коклюша, нежели рвота, такъ какъ въ нормальныхъ случаяхъ онъ является при всякомъ пароксизмѣ, а рвота раза 2—3 въ день, въ особенности послѣ тѣхъ приступовъ кашля, что наступаютъ вскорѣ послѣ ѣды. По частотѣ появленія рвоты тоже можно судить о тяжести коклюша.

Въ діагностическомъ отношеніи важно отмѣтить, что коклюшный пароксизмъ въ большинствѣ случаевъ можетъ быть вызванъ у больного искусственно различными способами, суть которыхъ сводится къ тому, чтобы заставить больного кашлянуть. Дѣтямъ старшаго возраста можно просто сказать, чтобы они нарочно кашлянули, а у маленькихъ кашель вызывается надавливаніемъ пальцемъ на яремную ямку или на гортань, а еще вѣрнѣе при изслѣдованіи зѣва помощью шпателя. Известно также, что пароксизмъ появляется при всякомъ волненіи ребенка, будетъ-ли оно выражаться смѣхомъ или плачемъ и т. п.

Изъ другихъ симптомовъ коклюша, позволяющихъ врачу узнать его, не слышавши кашля, важны *habitus больного* и *изъявленіе уздечки языка*. Вслѣдствіе часто повторяющихся застоевъ крови во время кашля у больного развивается одутловатость лица, припухлость вѣкъ, покраснѣніе конъюнктивы глазъ, иногда кровяные подтеки на склерахъ и капиллярныя геморрагіи на кожѣ лица и всего болѣе на вѣкахъ.

Изъявленіе уздечки языка встрѣчается только у дѣтей, имѣющихъ нижніе рѣзцы, и чѣмъ острѣе они, тѣмъ скорѣе появляется и язвочка; по этой причинѣ у дѣтей до 2-хъ лѣтъ она встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ у дѣтей послѣ 5-ти лѣтъ. Діагностическое значеніе язвочки уздечки велико, такъ какъ она встрѣчается почти исключительно только при коклюшѣ.

Діагностика коклюша отнюдь не можетъ основываться на одномъ лишь свистѣ во время кашля, такъ какъ свистящаго вдыханія можетъ и не быть; довольно часто, напр., онъ отсутствуетъ при коклюшѣ у грудныхъ дѣтей; онъ можетъ исчезнуть у больныхъ, у которыхъ онъ былъ, вслѣдствіе наступленія слабости, какъ результата какого-нибудь осложнения, наконецъ, его не бываетъ въ легкихъ и abortивныхъ случаяхъ коклюша, при которыхъ болѣзнь не развивается далѣе катаррального періода съ намеками на судорожный кашель. Иногда діагностика подобныхъ случаевъ возможна только на основаніи характера эпидеміи.

При нормальномъ, неосложненномъ коклюшѣ выслушиваніе и постукиваніе груди даютъ отрицательные результаты, такъ какъ катарръ не идетъ далѣе трахеи и первыхъ бронховъ.

Что касается до лихорадочнаго состоянія, то въ періодѣ полного развитія коклюша температура бываетъ нормальной и по общему отзыву авторовъ наличность повышенія температуры въ спазмотическомъ періодѣ указываетъ на какое-нибудь осложненіе. Однако съ этимъ послѣднимъ положеніемъ безусловно согласиться нельзя, такъ какъ встрѣчаются случаи коклюша, въ которыхъ лихорадка, начавшись въ катарральномъ періодѣ, тянется во время всего *stad. spasmodici* и дѣло обходится всетаки безъ всякаго осложнения, а потому при діагностикѣ осложненій коклюша слѣдуетъ имѣть въ виду, *что лихорадочное состояніе во время коклюша еще не доказываетъ развитія какого-либо осложнения.*

Послѣ 2—4-хънедѣльнаго существованія судорожнаго періода онъ переходитъ постепенно во второй катарральный или бленорройный періодъ. Кашель дѣлается рѣже и слабѣе, рвота и свистъ исчезаютъ, въ груди слышатся распространенные, влажные крупно- и среднепузырчатые хрипы, мокрота, бывшая прежде свѣтлой и тягучей, дѣлается теперь желтоватой и легче отхаркивается; недѣли черезъ 2—3 кашель совсѣмъ прекращается и больной выздоравливаетъ.

Замѣчательно, что у больного, выздоровѣвшаго отъ коклюша, надолго (на нѣсколько мѣсяцевъ) остается расположеніе въ коклюшному кашлю, такъ что стоитъ ему простудиться или получить гриппъ, словомъ—закашлять, и кашель его сейчасъ-же принимаетъ спазмотическій характеръ, т. е. больной закашливается до покраснѣнія лица и во время вдоха происходитъ свистъ вслѣдствіе спазма голосовой щели. Это возвратъ не коклюша, а только коклюшеподобнаго кашля, который никого не заражаетъ и при комнатномъ содержаніи проходитъ такъ же скоро, какъ и обыкновенный бронхитъ.

На основаніи описанныхъ признаковъ и теченія діагностика кок-

люша легка, такъ какъ коклюшный кашель настолько тишиченъ, что не узнать его трудно, даже и не врачу, кто хоть разъ его слышалъ. Если такой кашель встрѣчается у нѣсколькихъ дѣтей известной семьи, то въ діагностикѣ не можетъ быть сомнѣнія.

Нѣкоторое сходство съ коклюшемъ могутъ представить нѣкоторые случаи *larungo-pharyngitidis*, когда больной закашливается сухимъ кашлемъ до покраснѣнія лица и до рвоты, но при этомъ не бываетъ характернаго свиста при вдыханіи во время кашля, да и рвота продолжается недолго, если больной остается въ комнатѣ.

Коклюшеподобный кашель встрѣчается еще въ нѣкоторыхъ случаяхъ гиперплазіи и творожистаго перерожденія бронхіальныхъ железъ. Помимо того, что сходство между этими двумя кашлями довольно отдаленное, существенная разица состоитъ въ теченіи и въ анамнезѣ. Для коклюша типично то, что онъ начинается съ сухого, короткаго кашля, который черезъ нѣсколько уже дней постепенно переходитъ въ судорожный, а этотъ послѣдній, въ свою очередь, черезъ 2—4 недѣли начинаетъ ослабѣвать и переходитъ во влажный, катарральный. При гиперплазіи железъ кашель тянется сначала въ видѣ хроническаго бронхита, который, долго спустя, принимаетъ сходство съ коклюшемъ (ребенокъ закашливается до покраснѣнія лица и иногда дѣлаетъ при этомъ свистящее вдыханіе) и на этой степени развитія остается неопредѣленно долго. Такія дѣти — или рахитики, или золотушны, страдаютъ опухолью шейныхъ железъ и представляютъ или симптомы стеноза трахеи (отъ сдавленія), или другіе симптомы пораженія бронхіальныхъ железъ (см. стр. 160). Къ этому слѣдуетъ еще добавить, что хотя увеличеніе бронхіальныхъ железъ встрѣчается въ дѣтскомъ возрастѣ и очень часто, но коклюшеподобный кашель внѣ коклюша является очень рѣдко.

Что съ коклюшемъ не слѣдуетъ смѣшивать спазмотическій кашель (со свистомъ и со рвотой), являющійся у выздоравливающихъ отъ коклюша при простудѣ, объ этомъ было ужъ говорено.

Распознаваніе коклюша не представляетъ затрудненій даже и въ амбулаторной практикѣ. Основаніемъ діагностикѣ въ такихъ случаяхъ служатъ: 1) эпидемичность болѣзни (кашляютъ нѣсколько дѣтей въ данной семьѣ). 2) Приступъ кашля сопровождается свистящимъ вдыханіемъ и покраснѣніемъ (посинѣніемъ) лица и оканчивается рвотой и изверженіемъ мокроты даже у маленькихъ дѣтей. (Дѣти до 5-ти лѣтъ при простомъ бронхитѣ никогда не выхаркиваютъ мокроту, а глотаютъ её; а потому если мать передаетъ, что ребенокъ послѣ приступа кашля выдѣляетъ мокроту наружу, то это обстоятельство (обязанное своимъ

происхожденіемъ рвотному движенію) очень характерно для коклюша. 3) Кашель ночью замѣтно сильнѣе, чѣмъ днемъ. 4) Одутловатость лица и припухлость вѣкъ. 5) Изъязвленіе уздечки языка. 6) Для многихъ случаевъ характерны и отрицательные результаты физикальнаго изслѣдованія груди, не смотря на заявленіе матери, что ребенокъ кашляетъ очень сильно.

Всего труднѣе узнать коклюшъ въ самомъ началѣ катарральнаго періода. О тѣхъ признакахъ, которыми можно руководствоваться въ это время, было сказано выше.

При діагностикѣ коклюша у грудныхъ дѣтей слѣдуетъ имѣть въ виду, что въ этомъ возрастѣ коклюшный кашель часто протекаетъ безъ свиста, но для правильной оцѣнки его важно то, что большинство приступовъ кашля кончается рвотой, что рядъ кашлевыхъ толчковъ слѣдуетъ другъ за другомъ безъ передышки и ведетъ къ покраснѣнію лица, что часто развивается язвочка подъ языкомъ и что сильный кашель протекаетъ безъ лихорадочнаго состоянія и даже нерѣдко безъ хриповъ.

Въ виду отсутствія свиста, врачи часто не узнаютъ коклюша у грудныхъ дѣтей и принимаютъ его за кашель съ зубамъ, но конечно безъ всякаго основанія, такъ какъ кашель во время прорѣзыванія зубовъ ничѣмъ не отличается отъ обыкновеннаго бронхита: онъ скоро проходитъ и не имѣетъ склонности осложняться рвотой.

Къ числу легочныхъ болѣзней, протекающихъ безъ притупленія перекурторнаго звука, но съ кашлемъ (вслѣдствіе сопутствующаго бронхита) и одышкой, относится еще *отекъ легкаго* и *эмфизема*.

**Отекъ легкаго** по своимъ физикальнымъ признакамъ имѣетъ сходство съ распространеннымъ бронхитомъ, такъ какъ онъ выражается одышкой при ясномъ перекурторномъ звукѣ и при обильныхъ, влажныхъ, мелко и крупнопузырчатыхъ хрипахъ въ обоихъ легкихъ. Діагностика отека легкаго значительно облегчается сопутствующими обстоятельствами, выясняющими этиологию его; сюда относится, напр., общая водянка вслѣдствіе нефрита или порока сердца, упадокъ дѣятельности сердца при сильныхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, затрудненное кровообращеніе въ легкихъ при обильномъ плевритическомъ экссудатѣ, пневмоніи и т. п. Характерно далѣе быстрое развитіе одышки вмѣстѣ съ синюхой и похолоданіемъ конечностей. Капиллярный бронхитъ никогда не распространяется такъ быстро на оба легкія, а усиливается постепенно, начинаясь съ заднихъ, нижнихъ частей.

Въ большинствѣ руководствъ по дѣтскимъ болѣзнямъ **эмфиземѣ** не удѣляется особой главы на томъ основаніи, что настоящая эмфизема

характеризующаяся растяженіемъ легочныхъ пузырьковъ съ послѣдовательной атрофіей межъальвеолярныхъ стѣнокъ и капилляровъ въ дѣтскомъ возрастѣ не встрѣчается; то, что называется у дѣтей эмфиземой, есть собственно не эмфизема, а *растяженіе легкихъ—dilatatio pulmonum*, отличающееся главнымъ образомъ временнымъ характеромъ. Такое растяженіе легкихъ весьма часто встрѣчается при коклюшѣ, а также при хроническомъ бронхитѣ и характеризуется главнымъ образомъ перемѣщеніемъ границъ яснаго звука легкаго въ области его переднихъ краевъ (уменьшеніе сердечной тупости) и нижнихъ (пониженіе верхней границы печеночной тупости до 7-го и даже до 8-го ребра). Рѣдко бываетъ, чтобъ грудная клѣтка приняла, вслѣдствіе увеличенія ея горизонтальныхъ діаметровъ, бочкообразную форму, баеъ это наблюдается у взрослыхъ.

### **Болезни легкихъ, характеризующіяся появленіемъ тупого звука.**

**Крупозное воспаленіе легкихъ.** Pneumonia supura встрѣчается у дѣтей всѣхъ возрастовъ, не исключая и грудныхъ, не рѣже чѣмъ у взрослыхъ. Она всегда протекаетъ въ очень острой формѣ и характеризуется внезапнымъ наступленіемъ сильнаго жара и быстрымъ развитіемъ уплотненія цѣлой или почти цѣлой доли легкаго. Соответственно мѣсту образованія экссудата получается тупой звукъ и такъ какъ уплотненное легкое лучше проводитъ звукъ, чѣмъ легкое раздутое, то въ мѣстѣ приглушенія слышится бронхиальное дыханіе и бронхофонія, а при опущиваніи—усиленные голосовыя сотрясенія.

Эти основные симптомы встрѣчаются какъ въ типическихъ, такъ и въ аномальныхъ формахъ крупозной пневмоніи, отличіе которыхъ обусловливается различнымъ характеромъ сопутствующихъ симптомовъ и теченіемъ.

Типическая крупозная пневмонія начинается у дѣтей старшаго возраста лѣтъ послѣ 7, какъ и у взрослыхъ, знобомъ, у маленькихъ намекомъ на него (похолоданіе конечностей, синева губъ), иногда общими судорогами, чаще рвотой, но для всѣхъ случаевъ обязательно *быстрое наступленіе сильнаго жара*: уже на первый сутки температура достигаетъ до 40° и больше; одновременно съ этимъ появляется короткій, сухой, *бомзненный* кашель и учащенное дыханіе (у дѣтей до 2-хъ лѣтъ до 80 разъ, у старшихъ до 50—40) съ раздуваніемъ ноздрей; дѣти послѣ 5—6 лѣтъ съ первыхъ-же дней жалуются на *боль въ боку*, усиливаю-

шуются при кашлѣ и глубокомъ вздохѣ, что значительно облегчаетъ діагностику въ началѣ болѣзни, когда признаки уплотнѣнія легкихъ еще не появились.

Дѣти отъ 3 до 5 лѣтъ на боль въ боку никогда почти не жалуются, но за то они столь-же постоянно указываютъ на *боль живота*, то въ области подложечки, то ниже, но вообще безъ точной локализациі. Боль живота въ началѣ пнеймоніи у дѣтей младшаго возраста имѣетъ довольно важное значеніе для діагностики, такъ какъ при острыхъ гастритахъ, съ которыми можетъ представить сходство крупозное воспаление легкихъ въ случаѣ начальной рвоты, дѣти обыкновенно не жалуются на самостоятельную боль въ животѣ, а о перитонитѣ въ данномъ случаѣ не можетъ быть и рѣчи, потому что боль живота при пнеймоніи не усиливается при давленіи и потому опредѣлить ея мѣсто посредствомъ ощупыванія нельзя; боль эта только кажущаяся, отраженная, т. е. неправильно локализуемая ребенкомъ боль въ боку; итакъ, если у больного мы находимъ сильный жаръ, учащенное дыханіе съ раздуваніемъ ноздрей, и короткій, сухой, частый кашель и предполагаемъ на этомъ основаніи начало пнеймоніи, то боль живота, хотя бы и при повторной рвотѣ, обложенномъ языкѣ и проч., не только не говоритъ противъ этого предположенія, но даже подтверждаетъ его; она имѣетъ, по нашему мнѣнію, болѣе важное значеніе, чѣмъ даже учащенное дыханіе, встрѣчающееся при всякомъ сильномъ жарѣ, а потому слѣдуетъ имѣть въ виду, что частое дыханіе только въ томъ случаѣ можетъ имѣть значеніе симптома пораженія легкихъ, когда оно сопровождается раздуваніемъ ноздрей и кашлемъ и когда частота его увеличилась не пропорціонально пульсу. Въ нормальномъ состояніи на одно дыханіе приходится 3—4 удара пульса, а при острыхъ заболѣваніяхъ легкихъ отношеніе измѣняется какъ 1: 1½—2. Если боль при дыханіи значительно усиливается, то получается *охлаждающее* выдыханіе, характеризующееся тѣмъ, что каждое выдыханіе заканчивается короткимъ оханьемъ. Впрочемъ, подобный характеръ дыханія встрѣчается при одышкѣ и отъ другихъ причинъ.

На основаніи только что указанныхъ симптомовъ можно предполагать начало пнеймоніи съ большою вѣроятностью, но болѣе опредѣленно высказаться нельзя даже и при помощи результатовъ физикальнаго изслѣдованія груди, такъ какъ уплотнѣніе не является сразу; проходитъ 2—3 дня, пока оно выяснится. Въ первое время постукиваніе даетъ либо отрицательные результаты, либо на мѣстѣ воспаления получается тимпаническій отгѣнокъ, не рѣшающій дѣла: при выслушиваніи у взрослыхъ часто можно слышать на ограниченномъ мѣстѣ крепитирующие

хрипы, но у дѣтей въ первомъ періодѣ пнеймоніи ихъ почти никогда не бываетъ, такъ какъ для этого ребенокъ долженъ-бы глубоко вздохнуть, а между тѣмъ вслѣдствіе боли онъ дышетъ очень поверхностно и выслушивание даетъ только ослабленное везикулярное или неопредѣленное дыханіе.

Въ дальнѣйшемъ теченіи пнеймоніи лихорадка остается на нѣсколько дней на достигнутой высотѣ или подымается еще выше, до 41 — 42° и въ видѣ febris continua съ ничтожными колебаніями держится до 5—9 дней, когда въ нѣсколько часовъ кончается кризисомъ, съ паденіемъ температуры ниже нормы, б. ч. при обильномъ потѣ. За это время мѣстныя явленія со стороны легкихъ выясняются вполне: соотвѣтственно той или другой долѣ легкаго появляется значительное притупленіе, громкое бронхиальное дыханіе, бронхофонія и усиленіе голосовыхъ сотрясеній. вмѣстѣ съ паденіемъ температуры начинается періодъ разрѣшенія воспаления: на мѣстѣ сухого бронхиальнаго дыханія появляется крепитация, тупой звукъ и другія явленія уплотнѣнія легкаго постепенно исчезаютъ и черезъ нѣсколько дней все приходитъ къ нормѣ.

На основаніи приведенныхъ симптомовъ, діагностика въ разгарѣ болѣзни легка. Если тупой звукъ соотвѣтствуетъ нижней долѣ легкаго, то вопросъ можетъ идти только еще о плевритическомъ экссудатѣ. Умѣренной величины экссудатъ, хотя и даетъ тупой звукъ при постукиваніи, но такъ какъ легкое сдавлено не вполне и между ухомъ наблюдателя и бронхами помѣщается воздухъ содержащая легочная ткань, то при выслушиваніи бронхиальнаго дыханія не слышно, а только ослабленное везикулярное; нѣтъ также и бронхофоніи, а голосовыя сотрясенія обязательно бываютъ ослаблены.

Но тѣмъ не менѣе встрѣчаются случаи, когда діагностика пнеймоніи отъ плеврита не такъ проста, какъ кажется; она тѣмъ затруднительнѣе, чѣмъ меньше количество экссудата и чѣмъ моложе ребенокъ. Большая трудность распознаванія плеврита отъ пнеймоніи у дѣтей сравнительно со взрослыми обуславливается слѣдующими условіями: 1) нѣтъ *мокроты*, (у взрослыхъ кровавая, липкая, тягучая мокрота патогномична для пнеймоніи) 2) трудно изслѣдовать *голосовыя сотрясенія*. Вообще говоря, этотъ симптомъ принадлежитъ къ числу самыхъ надежнѣйшихъ для отличія пнеймоніи отъ плеврита; при первой они усилены, при второмъ — ослаблены, что особенно хорошо замѣтно у взрослыхъ при низкихъ нотахъ, у дѣтей же голосъ высокъ и уже по этому *fremitus pectoralis* ощущается слабѣе, а при острой пнеймоніи, какъ и при плевритѣ, условія еще неблагоприятнѣе, такъ какъ по случаю болѣ дѣти избѣгаютъ и громкаго разговора и тѣмъ болѣе крика,

они только охаютъ или слегка стонутъ, а этого недостаточно для изслѣдованія голосовыхъ сотрясеній. Мало того, если воспаленіе легкаго протекаетъ съ бронхитомъ и приводящій бронхъ закупорень, то голосовыя сотрясенія могутъ быть ослаблены, не смотря на уплотнѣніе легкаго, а вмѣстѣ съ тѣмъ ослабляется и бронхіальное дыханіе и бронхофонія.—Тоже самое бываетъ при такъ называемыхъ массивныхъ пнеймоніяхъ (Grancher), характеризующихся обильнымъ образованіемъ экссудата съ закупоркой бронховъ фибринозными свертками. 3) Бронхіальное дыханіе при пнеймоніи можетъ быть не громкимъ или и вовсе не слышнымъ даже и безъ закупорки бронховъ, просто вслѣдствіе того, что ребенокъ слабо дышетъ, а съ другой стороны нерѣдко оно появляется и при плевритѣ, вмѣстѣ съ бронхофоніей (но безъ усиленія голосовыхъ сотрясеній!) и именно въ случаяхъ болѣе значительнаго экссудата, который легочную ткань сдавливаетъ вполне, но бронхи оставляетъ проходимыми для воздуха.

Дифференціальная діагностика сомнительныхъ случаевъ пнеймоніи отъ плеврита основывается на а) характерѣ лихорадки, б) на формѣ тупого звука и в) на теченіи:

а) Немного найдется болѣзней, которыя протекали бы при такихъ высокихъ температурахъ, какъ крупозная пнеймонія, при которой  $41^{\circ}$  подъ мышкой явленіе обычное, даже и  $42^{\circ}$  не представляетъ ничего особеннаго: ни рѣдкаго, ни опаснаго, а температура ниже  $40$  во всю первую недѣлю болѣзни почти исключаетъ крупозное воспаленіе легкихъ. Совсѣмъ не то при плевритѣ: начало болѣзни обозначается не такъ рѣзко, потому что первоначальный подъемъ температуры совершается не такъ быстро; въ теченіе первой недѣли она рѣдко стоитъ выше  $40^{\circ}$ , да и то не постоянно, такъ какъ къ утру замѣчается обыкновенно существенное пониженіе (на  $0,5-1,0^{\circ}$ ); критическаго окончанія не бываетъ никогда, а напротивъ того, на 2—3-й недѣлѣ по утрамъ температура начинаетъ дѣлать болѣе значительныя пониженія, можетъ быть даже полныя интермиссіи и такимъ образомъ кончается лизисомъ въ легкихъ случаяхъ недѣли въ 3, въ тяжелыхъ гораздо дольше. Итакъ, если больной кашляетъ, жалуется на боль въ боку, постукиваніе даетъ тупой звукъ сзади отъ  $\frac{1}{2}$  лопатки до низу, дыханіе въ этомъ мѣстѣ неопредѣленное, или слабое бронхіальное, fremitus изслѣдовать нельзя, то во многихъ случаяхъ вопросъ рѣшается ходомъ температуры: если у больного въ теченіе нѣсколькихъ дней стояла постоянная лихорадка съ температурой до  $41^{\circ}$ , то у него, по всей вѣроятности, пнеймонія, если-же  $t.$  ни разу не подымалась даже и до  $40$ , то плевритъ.

Если температура на первой недѣлѣ болѣзни стояла около  $41^{\circ}$ , и



оказался все-таки плевритъ, то можно опасаться, что онъ поведетъ къ образованію гнойнаго экссудата. Въ другихъ случаяхъ подобныя температуры сопровождаютъ экссудативные плевриты, осложняющіе пневмонію. Узнать такое осложнение можно въ томъ случаѣ, если при тупленномъ звукѣ, характеризующій пневмонію, дѣлается абсолютно тупымъ, голосовыя сотрясенія пропадаютъ, резистенція значительно увеличивается и межреберные промежутки выпячиваются. Что касается до бронхиальнаго дыханія и бронхофоніи, то оба эти симптома нерѣдко значительно усиливаются. Такъ какъ уплотнѣлое легкое не можетъ быть сдавлено и не уступаетъ мѣста экссудату, то тѣмъ скорѣе наступаютъ признаки смѣщенія сосѣднихъ органовъ.

б) Тупой звукъ при крупозной пневмоніи по формѣ своей соотвѣтствуетъ пораженной долѣ, т. е. въ случаѣ, насъ занимающемъ, нижней долѣ легкаго, но только очень рѣдко случается, чтобъ инфильтратъ занималъ всю долю, обыкновенно передніе края остаются свободными и тупой звукъ круто кончается по *l. axillaris poster.* или нѣсколько дальше впереди, но не заходитъ на переднюю поверхность грудной клѣтки, такъ что на правой сторонѣ, напр. между соскомъ и верхней границей печени звукъ остается яснымъ; характерно также и то, что тупой звукъ при пневмоніи появляется почти сразу на всемъ пространствѣ. При плевритѣ тупой звукъ прежде всего появляется въ самой нижней части грудной клѣтки сзади и потомъ медленно, въ теченіе нѣсколькихъ дней, подымается вверху и когда онъ дойдетъ до половины лопатки, то заходитъ и на переднюю поверхность груди, гдѣ верхняя граница его всегда стоитъ ниже, чѣмъ на спинѣ. Такая форма тупого звука очень характерна для плевритическаго экссудата и служитъ надежнымъ критеріемъ для отличія его не только отъ пневмоніи, но и отъ *hydrothorax'a*, при которомъ, вслѣдствіе свободнаго передвиженія жидкости въ полости плевры, верхняя граница тупого звука, при сидячемъ положеніи больного, стоитъ горизонтально, т. е. на одинаковомъ уровнѣ какъ на спинѣ, такъ и на груди.

Наконецъ, достойно вниманія и то, что при значительномъ лѣвостороннемъ экссудатѣ уменьшается или совсѣмъ исчезаетъ такъ называемое *Traube's*кое полулунное пространство.

При большихъ плевритическихъ экссудатахъ смѣшать плевритъ съ воспаленіемъ легкаго нелегко, такъ какъ у дѣтей раньше, чѣмъ у взрослыхъ, замѣчается расширение больной половины грудной клѣтки (замѣтное глазомъ и легко констатируемое измѣреніемъ; разница у маленькихъ дѣтей  $1\frac{1}{2}$ —2 сант., у старшихъ 3—4 сант.), уменьшеніе подвижности ея при дыханіи и смѣщеніе сердца или печени. Начи-

нающіе должны имѣть въ виду, что даже и при очень обильныхъ экссудатахъ, выполняющихъ всю половину груди до ключицы, бронхиальное дыханіе все-таки можетъ быть слышно и дѣйствительно слышатся нерѣдко; если есть бронхиальное дыханіе, то есть и бронхофонія, но голосовыя сотрясенія во всякомъ случаѣ будутъ ослаблены.

Если тупой звукъ занимаетъ всю половину грудной кѣтки отъ ключицы до низу и отъ позвоночника до грудины, то это почти навѣрное плевритъ, такъ какъ при т. н. *pneumonia totalis* передніе края остаются обыкновенно свободными и слѣдовательно вдоль *sternum* звукъ будетъ ясный и съ тимпаническимъ оттѣнкомъ. Наоборотъ, если тупой звукъ соотвѣтствуетъ одной верхней долѣ, то это прямо говоритъ за пнеймонію и исключаетъ плевритъ.

в) Теченіе *pneumoniae* очень острое, лихорадочный періодъ кончается въ 5—7, много въ 11 дней; немного дней спустя, исчезаютъ и физикальныя явленія уплотнѣнія; напротивъ того, плевритъ отличается вялымъ теченіемъ, лихорадка рѣдко прекращается раньше 3-хъ недѣль, а тупой звукъ держится еще дольше.

### **Аномальныя формы крупознаго воспаленія легкаго.**

**Абортивная пнеймонія** отличается отъ типической только болѣе короткимъ теченіемъ: лихорадочный періодъ тянется дня три или даже одинъ день, а сообразно этому и мѣстные симптомы исчезаютъ скоро. Въ случаѣ начальной рвоты болѣзнь можетъ быть принята за приступъ гастрической лихорадки, но подобной ошибки легко избѣгнуть, если обратить вниманіе на частое дыханіе, кашель и результаты физикальнаго изслѣдованія груди.

Несравненно больше затрудненій для діагностики представляютъ случаи **центральной пнеймоніи**—*pneum. centralis*.—характеризующіеся позднимъ появленіемъ физикальныхъ симптомовъ уплотнѣнія легкихъ. Болѣзнь начинается, какъ обыкновенная крупозная пнеймонія, т. е. съ сильнаго жара, кашля и учащеннаго дыханія, но проходятъ 3—5 дней, пока выяснится истинная натура и мѣсто болѣзни. Предполагается, что воспалительный фокусъ появляется первоначально въ центрѣ какой-нибудь доли легкаго и потому остается скрытымъ до тѣхъ поръ, пока уплотнѣніе, увеличиваясь мало-по-малу во всѣ стороны, не достигнетъ до поверхности легкаго. Замѣчательно, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ центральныя пнеймоніи локализируются въ верхнихъ доляхъ и что большинство верхушечныхъ пнеймоній относится къ числу скрытыхъ.

Симптомы, на основаніи которыхъ можно съ увѣренностью предполагать скрытую пневмонію, состоятъ въ слѣдующемъ: въ 1-хъ, *одышка*, характеризующаяся частымъ дыханіемъ (отношеніе еъ пульсу какъ 1 : 2) съ раздуваніемъ ноздрей и съ удареніемъ на выдыханіи, нерѣдко сопровождающимся оханьемъ, во 2-хъ, *короткій, сухой*, болѣзненный *кашель*; въ 3-хъ, *очень сильная*, постояннаго типа *лихорадка*, въ 4-хъ, боль въ одной сторонѣ груди или у дѣтей до 5 лѣтъ боль живота. Если дѣти сами не жалуются на боль (напр. грудныхъ), то можно узнать ее посредствомъ постукиванія: ребенокъ начинаетъ плакать всякій разъ, какъ только производится перкуссия въ извѣстномъ мѣстѣ, напр. подъ той или другой ключицей. При помощи этого признака нерѣдко удается опредѣлить мѣсто воспаленія сутокъ за двое до появленія притупленія или бронхиальнаго дыханія.

Еще больше діагностическихъ затрудненій встрѣчается при такъ называемыхъ **мозговыхъ пневмоніяхъ**—*pneum. cerebrealis*, при которыхъ, какъ точно нарочно, собрано все, чтобы ввести врача въ заблужденіе: во 1-хъ, съ самаго начала болѣзни, вмѣстѣ съ наступленіемъ жара, появляются мозговые симптомы, симулирующіе менингитъ (отсюда и названіе), во 2-хъ, дѣло идетъ обыкновенно о верхушечныхъ пневмоніяхъ, протекающихъ скрытно, въ 3-хъ, повторныя судороги и спячка маскируютъ проявленіе одышки и кашля.

Barthez и Rilliet различаютъ двѣ формы церебральной пневмоніи—конвульсивную и менингеальную.

**Конвульсивная форма** мозговой пневмоніи встрѣчается почти только у маленькихъ дѣтей, лѣтъ до двухъ и главнымъ образомъ у грудныхъ. Подобно всякой другой пневмоніи, она начинается внезапно, сильнымъ жаромъ, нерѣдко рвотой, а вслѣдъ за тѣмъ появляются эclamпсическія судороги съ послѣдовательнымъ сопорознымъ состояніемъ; если эclamпсія не повторяется больше, то спячка скоро проходитъ и случай течетъ дальше, какъ обыкновенное воспаленіе легкаго и, пожалуй, не заслуживаетъ названія церебральной пневмоніи; но, къ сожалѣнію, большею частью бываетъ такъ, что общія или мѣстныя судороги повторяются нѣсколько разъ въ день и притомъ нѣсколько дней подрядъ, такъ что ребенокъ не выходитъ изъ состоянія сопора или близкаго къ тому и подъ вліяніемъ пассивной гипереміи мозга (отъ затрудненнаго кровообращенія подъ вліяніемъ судорогъ, лихорадки и пораженія легкаго) появляются и другіе мозговые симптомы въ видѣ сведеннаго затылка, расширенныхъ и вяло реагирующихъ зрачковъ, неправильнаго дыханія и даже временнаго косоглазія и пареза лицевыхъ мышцъ.

Для діагностики такихъ случаевъ важное значеніе имѣетъ характеръ лихорадки, именно *постоянство очень высокихъ температуръ*; если мы имѣемъ, напр.: утромъ и вечеромъ  $t$  около  $40^{\circ}$ , то это обстоятельство сильно говоритъ противъ менингита, который протекаетъ при болѣе низкихъ температурахъ. Далѣе извѣстно, что бурное начало (съ *сильнаго жара* и судорогъ) свойственно только острому гнойному менингиту, который ни съ того, ни съ сего не появляется, а для этого требуется какая-нибудь причина, напр.: гнойная течь изъ уха, ушибъ головы, инсоляція; слѣдовательно, *отсутствіе всякой замѣтной причины для остраго менингита* служатъ вторымъ критеріемъ для исключенія его; наконецъ, важна также и продолжительность болѣзни. Если при менингитѣ дѣло дошло до повторныхъ судорогъ, то это уже пачало конца; больной впадаетъ въ глубокій соноръ, изъ котораго не выходитъ до смерти, не заставляющей себя долго ждать: острый менингитъ, характеризующійся раннимъ наступленіемъ судорогъ, кончается смертью въ 3—5 дней.

При пнеймоніи, напротивъ, глубокихъ измѣненій въ мозгу нѣтъ и потому, если только судороги дѣлаютъ антрактъ хоть въ нѣсколько часовъ, то сознаніе больного начинаетъ проясняться и онъ лучше реагируетъ на раздраженіе (см. также семіотику судорогъ). Замѣчательно, что съ выясненіемъ пнеймоніи мозговые симптомы обыкновенно ослабѣваютъ. Barthez и Sanné (Tr. cl. et prat. des mal. des enf. 1884. T. I. p. 744) не придаютъ никакого діагностическаго значенія учащенному дыханію, которое встрѣчается и въ нѣкоторыхъ случаяхъ остраго менингита у очень маленькихъ дѣтей; гораздо важнѣе для правильной оцѣнки случая частый кашель и экспираторный характеръ дыханія (выдыханіе кончается оханьемъ), каковыя симптомы говорятъ рѣшительно за пнеймонію и противъ менингита. Съ другой стороны, развитіе параличей и сведеній послѣ судорогъ указываетъ, по ихъ мнѣнію, на воспаленіе мозговыхъ оболочекъ.

Если мозговые симптомы появляются не съ самаго начала пнеймоніи, а присоединяются къ ней въ дальнѣйшемъ теченіи и если въ періодѣ выясненія уплотнѣнія, мозговые признаки не только не ослабѣваютъ, а даже усиливаются, то можно думать объ осложненіи пнеймоніи менингитомъ, что встрѣчается иногда и у дѣтей, хотя крайне рѣдко.

При менингеальной формѣ, свойственной дѣтямъ болѣе взрослымъ ( $2\frac{1}{2}$ —6 лѣтъ), судорогъ не бываетъ, а послѣ начальной рвоты и жара наступаютъ явленія, болѣе напоминающія тифъ, нежели менингитъ: больной сонливъ или апатиченъ, языкъ его сухъ, покрытъ бурными корками, моча и калъ часто испражняются произвольно, по ночамъ,

а иногда и днемъ, бываетъ бредъ. Иногда, правда, присоединяются и симптомы менингита, въ видѣ общей гиперестезіи, сведеннаго затылка, запора при нѣсколько ввалившемся животѣ, но не бываетъ ни замедленнаго пульса, ни глубокихъ вздоховъ, ни характерной для менингита смѣны окраски лица (внезапная краснота щекъ, смѣняющаяся блѣдностью)\*). Отсутствіе вышеприведенныхъ симптомовъ, а также сильный жаръ и быстрое начало, совершенно исключаютъ туберкулезный менингитъ; что касается до тифа, то ему тоже не свойственно столь раннее появленіе сонливости и другихъ, такъ называемыхъ, тифозныхъ симптомовъ, а также болѣзненнаго кашля и олышки съ раздуваніемъ поздравей.

Важное значеніе для дифференціальной діагностики подобныхъ пневмоній отъ тифа имѣетъ начальный знобъ у дѣтей старшаго возраста, или приступъ судорогъ у маленькихъ. И то, и другое почти навѣрное исключаютъ тифъ. Понятно, что продолжительное сомнѣніе можетъ имѣть мѣсто лишь при центральныхъ пневмоніяхъ.

**Бродячая пневмонія** — рп. migrans, характеризуется тѣмъ, что воспаленіе не остается на мѣстѣ своего первоначальнаго появленія, а распространяется, подобно рожью, все дальше и дальше и такимъ образомъ обходитъ иногда цѣлое легкое, вслѣдствіе чего процессъ можетъ значительно затянуться.

При физикальномъ изслѣдованіи груди не трудно замѣтить, что въ прежде пораженныхъ мѣстахъ воспаленіе разрѣшается, а на сосѣднихъ вспыхиваетъ снова. Лихорадка можетъ дѣлать при этомъ значительные скачки вверхъ и внизъ, обозначая этимъ начало образованія новаго фокуса и окончаніе его (саккадированныя пневмоніи).

Впрочемъ, повышенія температуры нерѣдко бываютъ такъ кратковременны, что не могутъ соответствовать образованію фокуса. По мнѣнію Cadet de Gassicourt, въ такихъ случаяхъ дѣло идетъ только объ

---

\*) Въ этомъ отношеніи совершенно исключительнымъ можно считать случай Bergegon'a, приведенный у Cadet'a (Tr. clin. d. mal. des enf. T. I. 1880. p. 100). У ребенка 2½ лѣтъ болѣзнь началась рвотой, продолжавшейся трое сутокъ, жаромъ и сонливостью; на 3-й день судороги, на 4-й сведеніе затылка, безсознательное состояніе, жевательныя движенія нижней челюсти, гиперестезія кожи, ввалившійся животъ, пятна Troussieux, быстрая смѣна окраски лица, и что особенно замѣчательно: температура была не выше 39, пульсъ замедленъ (92), такъ же какъ и дыханіе (28). На 5-й день сознаніе яснѣе, появляется кашель и выясняется пневмопическій фокусъ въ нижней доль лѣваго легкаго. На 6-й день всѣ мозговые симптомы исчезли, и ребенокъ скоро выздоровѣлъ. До 5-го дня діагностика пневмоніи не могла быть сдѣлана главнымъ образомъ потому, что температура, пульсъ и дыханіе были совсѣмъ не обычными для мозговой пневмоніи, а физикальнаго изслѣдованія не было произведено.

отдѣльныхъ, непродолжительныхъ легочныхъ приливахъ, выражающихся то скоропроходящимъ притупленіемъ и крепитацией, а то такъ и никакими объективными признаками. По наблюденіямъ Barthez'a и Sanné (Tr. clin. et prat. de mal. des enf. T. I. p. 732), такіе приливы никогда не затягиваютъ болѣзни дальше, какъ до 12-го дня, но это не справедливо, какъ видно напр. изъ кривыхъ на стр. 193.

Такъ какъ подобныя пневмоніи чаще встрѣчаются при гриппѣ, то кривыя температуръ мы приведемъ, когда будемъ говорить о гриппозныхъ воспаленіяхъ легкаго.

### Катарральное воспаленіе легкиихъ. *Pneumonia catarrhalis.*

Главнѣйшія отличія катарральной пневмоніи отъ крупозной основываются на томъ, что первая всегда предшествуется и сопровождается явленіями катарра мелкихъ бронховъ; катарръ этотъ, распространяясь до легочныхъ пузырьковъ, вызываетъ образованіе небольшихъ воспалительныхъ фокусовъ, соотвѣтствующихъ развѣтвленіямъ бронхіальныхъ вѣточекъ, откуда и названіе—бронхо—пневмонія или лобулярное воспаленіе легкаго въ отличіе отъ лобарной формы, свойственной крупозной пневмоніи. Въ дальнѣйшемъ теченіи отдѣльные мелкіе островки уплотнѣнія могутъ сливаться между собой, образуя болѣе обширныя гепатизаціи—ложно-лобарная или генерализованная лобулярная пневмонія. Клинически такой ходъ процесса выражается вначалѣ явленіями лихорадочнаго капиллярнаго бронхита, т. е. одышкой и присутствіемъ болѣе или менѣе обильныхъ мелкопузырчатыхъ хриповъ, преимущественно въ заднихъ нижнихъ частяхъ легкиихъ. По мѣрѣ перехода воспаленія на легочные пузырьки, по мѣрѣ развитія уплотнѣнія легкаго, хрипы дѣлаются все громче и громче—консонирующіе хрипы и наконецъ, дѣло можетъ дойти до появленія замѣтнаго притупленія, бронхіальнаго дыханія и бронхофоніи. Капиллярный бронхитъ обыкновенно бываетъ болѣе выраженъ въ заднихъ и нижнихъ частяхъ обоихъ легкиихъ, тогда какъ въ переднихъ краяхъ развивается при этомъ эмфизема; совершенно тоже должно имѣть мѣсто и при катарральной пневмоніи; дѣйствительно для нея характерно именно то, что явленія уплотнѣнія прежде всего замѣчаются на спинѣ, съ обѣихъ сторонъ позвоночника. Консонирующіе хрипы при разсѣянной бронхопневмоніи могутъ присутствовать въ этихъ мѣстахъ въ теченіе долгаго времени безъ ясновыраженнаго притупленія: перекуторный звукъ остается яснымъ или онъ получаетъ тимпаническій оттѣнокъ въ зависимости отъ того, что

между уплотнѣлыми фокусами остается еще достаточное количество нормальной легочной ткани, которая и препятствуетъ появленію тупого звука, а потому и выходитъ, что распознаваніе катарральной пневмоніи въ началѣ ея развитія гораздо доступнѣе выслушиванію, нежели постукиванію. При крупозномъ воспаленіи легкихъ, напротивъ, воспаленіе сразу занимаетъ паренхиму легкихъ, безъ предварительнаго пораженія капиллярныхъ бронховъ, т. е. развитію пневмоніи не предшествуетъ лихорадочный бронхитъ. Фокусъ уплотнѣнія съ первыхъ-же дней занимаетъ цѣлую долю легкаго пли, по крайней мѣрѣ, большую часть ея, вслѣдствіе чего очень скоро появляется тупой звукъ на пространствѣ пораженной доли, а при выслушиваніи бронхиальное дыханіе и бронхофонія; что касается до консонирующихъ хриповъ, то они являются лишь въ періодѣ разрѣшенія воспаленія и только на ограниченномъ мѣстѣ, т. е. не выходя за границы воспаленной доли.

Дальнѣйшее отличіе состоитъ въ томъ, что катар. пневмонія въ большинствѣ случаевъ бываетъ двусторонней; любимымъ мѣстомъ локализациі ея служатъ заднія нижнія части легкихъ; крупозная же пневмонія чаще занимаетъ только одно легкое и притомъ не оказывая особаго предпочтенія нижнимъ долямъ, такъ какъ приблизительно одинаково часто она локализуется и въ верхнихъ доляхъ.

Ходъ температуры: при крупозномъ воспаленіи легкихъ лихорадка уже на первый вечеръ достигаетъ значительной высоты, держится на одномъ уровнѣ съ незначительными колебаніями нѣсколько дней и кончается рѣзкимъ кризисомъ; при катарральной пневмоніи температура вообще не достигаетъ такой высоты и только временами дѣлаетъ скачки выше 40°, но остается на подобныхъ градусахъ недолго (отъ нѣсколькихъ часовъ до 2—3 сутокъ) и потомъ снова падаетъ, словомъ, температурная кривая при катар. пневмоніи отличается непостоянствомъ и сильными колебаніями въ теченіе сутокъ и кончается кризисомъ въ теченіе 3—7 дней.

По теченію крупозная пневмонія болѣзнь очень острая: она внезапно начинается, стоитъ на извѣстной высотѣ нѣсколько дней и черезъ 5—11 дней кончается такъ же быстро, какъ и началась. Катарральная пневмонія развивается постепенно, тянется отъ двухъ до нѣсколькихъ недѣль и кончается медленно.

Кашель при катарральной пневмоніи отличается большей силой, больной, какъ говорится, тяжело кашляетъ; одышка сильнѣе, легче появляется цианозъ и одутловатость лица и ступней.

Существенную разницу мы имѣемъ и въ этиологіи: крупозная пневмонія всего чаще поражаетъ дѣтей вполне здоровыхъ, она является,

слѣдовательно, въ видѣ первичнаго, вполне самостоятельнаго страданія, тогда какъ катарральная пневмонія всегда бываетъ вторичной болѣзью, развиваясь изъ бронхита, и потому наблюдается только у дѣтей, хворающихъ какой-нибудь болѣзью, сопровождающейся поражениемъ бронховъ; всего чаще она встрѣчается именно при кори, коклюшѣ, крупѣ, особенно у маленькихъ дѣтей, лѣтъ до 4-хъ, и у рахитиковъ.

Если катарральная пневмонія затягивается на нѣсколько недѣль, то она можетъ сопровождаться образованіемъ бронхоэктазовъ и тогда при изслѣдованіи легкихъ получаютъ признаки каверны въ видѣ крупнопузырчатыхъ консонирующихъ хриповъ, металлическаго оттѣнка перкуторнаго звука, кавернознаго дыханія, такъ что является вопросъ, съ какого рода полостями въ легкихъ мы имѣемъ дѣло: съ кавернами-ли туберкулезнаго (казеознаго) происхожденія, или съ бронхоэктазами.

Вопросъ этотъ сводится вообще къ отличію затянувшейся катарральной пневмоніи отъ пневмоніи туберкулезной. Однихъ физикальныхъ симптомовъ для рѣшенія этого вопроса недостаточно, такъ какъ въ обоихъ случаяхъ они будутъ одинаковы; кромѣ того, обѣ болѣзни всего чаще развиваются послѣ кори и коклюша, обѣ сопровождаются неправильной лихорадкой и истощениемъ и обѣ тянутся недѣлями и даже мѣсяцами.

Для туберкулезнаго воспаленія легкихъ у взрослыхъ считается характернымъ мѣсто пораженія, именно—верхнія доли легкихъ, но у дѣтей туберкулезъ не оказываетъ особаго предпочтенія верхушкамъ. Изслѣдованіе мокроты на бациллы и упругія волокна большею частью невозможно, такъ какъ дѣти до 6 лѣтъ, у которыхъ всего чаще встрѣчается катарральная пневмонія, мокроты не отхаркиваютъ. Точно также не даетъ достаточныхъ данныхъ для діагностики и кровавая температура, такъ какъ при туберкулезѣ она отличается такимъ же неправильнымъ течениемъ, какъ и при затянувшейся катарральной пневмоніи. Словомъ, дифференціальная діагностика этихъ двухъ процессовъ очень трудна, а между тѣмъ отъ нея зависитъ предсказаніе, такъ какъ туберкулезъ легкихъ всегда кончается смертью, а катарральная пневмонія нерѣдко принимаетъ исходъ въ выздоровленіе, даже и въ тѣхъ случаяхъ, когда затягивается на цѣлые мѣсяцы и сопровождается значительнымъ истощениемъ и физикальными признаками кавернъ (resp. бронхоэктазовъ).

Почти съ полной увѣренностью можно предполагать туберкулезную пневмонію въ томъ случаѣ, если больной представляетъ другіе симптомы туберкулеза, напр. въ видѣ пораженія костей, сочлененій или железъ, или если хроническій воспалительный процессъ занимаетъ легочныя верхушки, больной находится въ возрастѣ старше 6 лѣтъ и легочное



страданіе съ самаго начала отличалось хроническимъ теченіемъ. У дѣтей старшаго возраста туберкулезная чахотка отличается отъ той же болѣзни взрослыхъ, развѣ только болѣе скорымъ наступленіемъ летальнаго исхода.

Наоборотъ, если болѣзнь началась въ видѣ острой катарральной пневмоніи (напр. послѣ кори) у ребенка, бывшаго до тѣхъ поръ здоровымъ и находящагося въ возрастѣ до 6-ти лѣтъ и въ особенности до 3-хъ лѣтъ, если процессъ занимаетъ заднія, нижнія части легкихъ, то можно предполагать нетуберкулезную катарральную пневмонію и рассчитывать на благополучное окончаніе. Само собою разумѣется, что полной увѣренности насчетъ отсутствія туберкулеза при затянувшейся пневмоніи быть не можетъ и именно по той причинѣ, что при извѣстномъ предрасположеніи къ нему, столь часто встрѣчающемся у рахитиковъ и золотушныхъ, туберкулезъ можетъ присоединиться впоследствии въ видѣ осложненія.

Большое сходство съ катарральной пневмоніей представляютъ случаи гипостатическаго воспаленія легкихъ. Сходство состоитъ въ томъ, что гипостаза бываетъ обыкновенно двустороннимъ и занимаетъ заднія, нижнія части легкихъ; вначалѣ замѣчается здѣсь ослабленное дыханіе и мелкопузырчатые хрипы, а потомъ симптомы настоящей пневмоніи — тупой звукъ, бронхиальное дыханіе и бронхофонія. Отличіе основывается не столько на симптомахъ, сколько на этиологіи: гипостатическая пневмонія для своего развитія требуетъ двухъ условій: ослабленной дѣятельности сердца и продолжительнаго лежанія на спинѣ, а потому всего чаще развивается она въ тяжелыхъ случаяхъ лихорадочныхъ болѣзней.

*Крепитирующие хрипы* въ заднихъ нижнихъ частяхъ грудной клѣтки нерѣдко появляются *при глубокомъ вздохѣ* у дѣтей, у которыхъ сердце работаетъ хорошо, и состояніе силъ удовлетворительно, но которымъ почему-нибудь пришлось долго лежать въ постели. Эта крепитация отличается отъ крепитации воспалительнаго происхожденія тѣмъ, что она *исчезаетъ послѣ* двухъ — трехъ *глубокихъ вздоховъ* и зависить не отъ присутствія жидкости въ альвеолахъ, а отъ слипанія и разлипанія ихъ стѣнокъ. Въ одномъ случаѣ у дѣвочки 8-ми лѣтъ я наблюдалъ это явленіе на 10-й день весьма легкой скарлатины; у больной не было ни лихорадки, ни одышки, ни кашля, такъ что сомнѣнія насчетъ натуры крепитации быть не могло. Случай этотъ показываетъ, какъ легко появляется у дѣтей подобнаго рода крепитация. Ее можно наблюдать также послѣ всасыванія обильнаго плевритическаго экссудата и притомъ въ теченіе долгаго времени (недѣлями) послѣ того, какъ ребенокъ

совсѣмъ ужъ поправился и ходить, но сдавленное легкое остается въ состояніи ателектаза

У тяжело больныхъ мелко-и крупнопузырчатые, громкіе хрипы могутъ служить выраженіемъ отека легкиихъ, т. е. выпотѣнія серозной жидкости въ легочные пузырьки. Состояніе это характеризуется, главнымъ образомъ, распространенностью хриповъ, при ясномъ перкуторномъ звукѣ и быстро наступающей одышкой, а также тѣмъ, что эти симптомы появляются или при существующей уже общей водянкѣ (болѣзни почекъ, пороки сердца), или какъ предсмертный симптомъ при разныхъ острыхъ болѣзняхъ въ періодѣ упадка дѣятельности сердца. Отъ капиллярнаго бронхита отекъ легкаго отличается быстрымъ появленіемъ и распространенностью хриповъ и, главнымъ образомъ, мокротой, если только больной выплевываетъ ее: при отекаѣ легкиихъ она очень обильна, жидка, пѣниста.

Въ учебникахъ можно найти, между прочимъ, указанія на то, чѣмъ отличается отъ катарральной пневмоніи капиллярный бронхитъ, осложненный спаденіемъ легочныхъ ячеекъ—*atelectasis pulmonum*. Тамъ говорится напр., что ателектазъ не вызываетъ лихорадки, что тупой звукъ и ослабленное дыханіе или явленія консонаціи быстро исчезаютъ послѣ того, какъ больной сдѣлаетъ нѣсколько глубокихъ вздоховъ и проч., но всѣ эти признаки чисто теоретическаго свойства, такъ какъ при подобнаго рода ателектазѣ лихорадка бываетъ всегда, хотя она зависитъ не отъ него, а отъ сопровождающаго капиллярнаго бронхита; замѣтить исчезаніе тупого звука послѣ глубокихъ вздоховъ уже потому не удастся, что ателектазы развиваются обыкновенно у маленькихъ дѣтей, которыхъ трудно заставить дѣлать глубокіе вздохи. Впрочемъ, діагностика ателектаза даже и не особенно нужна, потому что онъ очень скоро переходитъ въ пневмонію. Достаточно сказать, что ателектазъ можно съ увѣренностью предполагать при всякомъ капиллярномъ бронхитѣ и при катарральной пневмоніи у маленькихъ дѣтей.

*Врожденный ателектазъ* протекаетъ дѣйствительно безъ лихорадки и характеризуется тупымъ звукомъ и ослабленнымъ везикулярнымъ дыханіемъ въ извѣстныхъ мѣстахъ груди, но только въ томъ случаѣ, если спаденіе занимаетъ цѣлую долю легкаго. Что-же касается до островиднаго ателектаза, то онъ узнается не по результатамъ физикальнаго изслѣдованія груди, а на основаніи анамнеза (родился ребенокъ въ состояніи асфиксіи), слабого, пискливаго голоса, частаго дыханія и ціаноза.

**Воспаленіе легкаго при гриппѣ** имѣетъ различное теченіе въ зависимости отъ того, осложняется-ли оно случай гриппа, протекающей съ по-

стоянной лихорадкой, или случай затяжной, съ лихорадкой атипической. Въ первомъ случаѣ пневмонія по физикальнымъ своимъ признакамъ вполне соответствуетъ крупозному воспаленію легкаго, съ каковымъ всегда и смѣшивается: тупой звукъ, бронхиальное дыханіе, бронхофонія и усиленный *fremitus* развиваются быстро и сразу занимаютъ цѣлую долю легкаго и притомъ безразлично верхнюю или нижнюю; черезъ нѣсколько дней болѣзнь кончается почти критически. Словомъ, все какъ при *рп. crouposa*, но разница все-таки есть и состоитъ она въ слѣдующемъ: типическая крупозная пневмонія поражаетъ дѣтей здоровыхъ, а гриппозная тѣхъ, которые нѣсколько дней ужъ хворали гриппомъ, т. е. она *всегда является, нѣсколько дней спустя послѣ появленія насморка, кашля и жара*, всего чаще именно между 5 и 9 днемъ. Въ этомъ отношеніи она похожа на т. н. центральную пневмонію, большинство случаевъ которой, по моему мнѣнію, относится къ гриппу, особенно если дѣло идетъ о пневмоніяхъ верхушекъ. Температура при крупозной пневмоніи отличается постоянствомъ высокихъ градусовъ и очень быстрымъ окончаніемъ на 5—11 день. При гриппозныхъ воспаленіяхъ температура хотя тоже можетъ быть постоянной, но въ большинствѣ случаевъ она дѣлаетъ значительные скачки внизъ и вверхъ и кончается не такъ быстро (приблизительно въ 36—72 часа).

Иногда ходъ температуры въ пер-

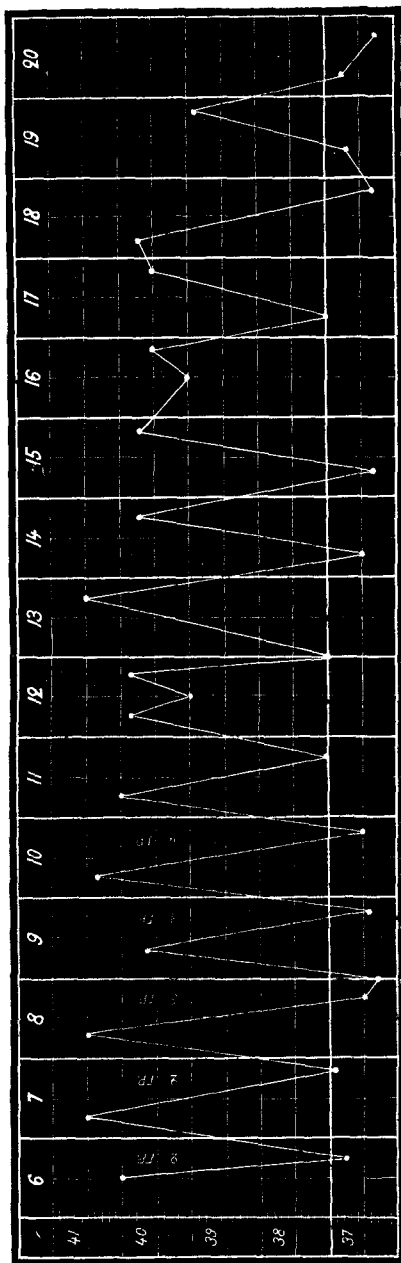


Рис. 1.

вые дни заболѣванія, еще до развитія пневмоніи, бываетъ до такой степени неправиленъ и тѣмъ самымъ типиченъ для гриппа, что о крупозномъ воспаленіи легкаго нечего и думать. Мы приводимъ здѣсь двѣ подобныя кривыя, относящіяся въ дѣвочки 10 мѣсяцевъ и мальчюку 7-ми лѣтъ.

Дѣвочка 10 мѣс. заболѣла 22 февр. 86 года насморкомъ, кашлемъ и жаромъ. Съ 24 по 28-е ребенку было лучше, а съ 1-го марта снова появилась лихорадка и на этотъ разъ интермиттирующаго типа; съ 6-го темпер. начали записывать (фиг. 1). Объективное изслѣдованіе легкихъ до 12-го дня болѣзни давало отрицательный результатъ, кашель былъ ничтожный, но *всякій разъ усиливался въ періодъ повышенія температуры*. Дыханіе отъ 60—80. *Опухоль селезенки не было*. Хининъ отъ 2 до 4½ гр. pro die не вліялъ на температуру. На 12-й день отмѣчено притупленіе подъ правой ключицей, бронхиальное дыханіе и бронхофонія. Выздоровленіе при индифферентномъ лѣченіи на 22-й день.

Кривая въ этомъ случаѣ очень напоминала интермиттентъ, тѣмъ болѣе, что повышенія приходились на утро, но особенности, отмѣченныя курсивомъ, а также бесполезность хинина и начало болѣзни съ насморка достаточно говорили за гриппъ.

Во второмъ случаѣ, мальчикъ 7-ми лѣтъ заболѣлъ гриппомъ вмѣстѣ съ тремя своими сестрами. Воспаленіе правой верхушки выяснилось у него на 9-й день болѣзни, а окончательный кризисъ послѣдовалъ на 11-й день (фиг. 2).

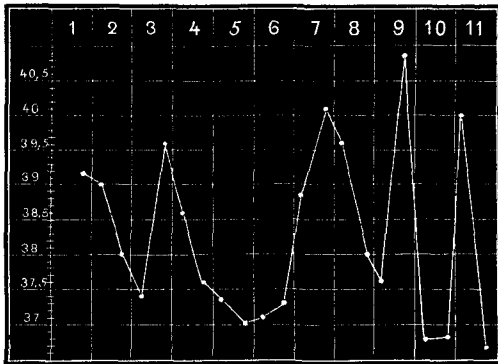


Рис. 2.

Для діагностики подобныхъ случаевъ имѣеть значеніе наличность въ данной семьѣ другихъ случаевъ гриппа и возрастъ больного: лобарныя пневмоніи у грудныхъ и у дѣтей до двухъ лѣтъ въ большинствѣ случаевъ являются вслѣдствіе гриппа, между тѣмъ какъ у дѣтей старшаго возраста, чаще встрѣчаются первичныя пневмоніи.

*Пневмоніи, осложняющія случаи гриппа съ атипической лихорадкой, отличаются отъ предыдущихъ крайне неправильнымъ и продолжительнымъ теченіемъ; вслѣдствіе повторнаго образованія новыхъ воспалительныхъ фокусовъ, развитіе послѣднихъ всякій разъ сопровождается*

ожесточеніемъ лихорадки, а разрѣшеніе ихъ — пониженіемъ температуры, отчего получается самый неправильный ходъ лихорадки. Если случаи воспаления легкихъ при остромъ теченіи гриппа я сравнилъ съ центральной пневмоніей, то при гриппѣ съ атипической лихорадкой воспаленіе легкаго соотвѣтствуетъ бродячей или саккадированной пневмоніи.

Типическій образчикъ такого теченія болѣзни представляетъ слѣдующій случай: А. Д. 2-хъ лѣтъ поступилъ въ больницу по поводу 10-ти-дневнаго кашля и лихорадочнаго состоянія. Въ первые дни больничнаго пребыванія не удалось открыть ничего, кромѣ умѣреннаго бронхита; на 3-й день небольшое притупленіе въ области правой верхушки, надъ ялочицей и бронхіальное дыханіе. Съ каждымъ днемъ уплотнѣніе выяснялось все болѣе и болѣе и въ теченіе слѣдующихъ недѣль распространилось на все легкое (фиг. 3).

Итакъ, въ теченіе 30 дней было 11 рѣзкихъ и быстрыхъ повышеній температуры и столько же пониженій, изъ нихъ нѣкоторыя именно на 16, 19, 24, 29 и 34 дни достигали до 36,5, т. е. симулировали настоящій кризисъ, тѣмъ болѣе, что одновременно появлялись и другіе признаки кризиса, въ видѣ пота и мелкопузырчатыхъ консонирующихъ хриповъ на мѣстѣ уплотнѣнія.

Сюда-же я отношу и случай интермиттирующей пневмоніи, который я наблюдалъ совмѣстно съ

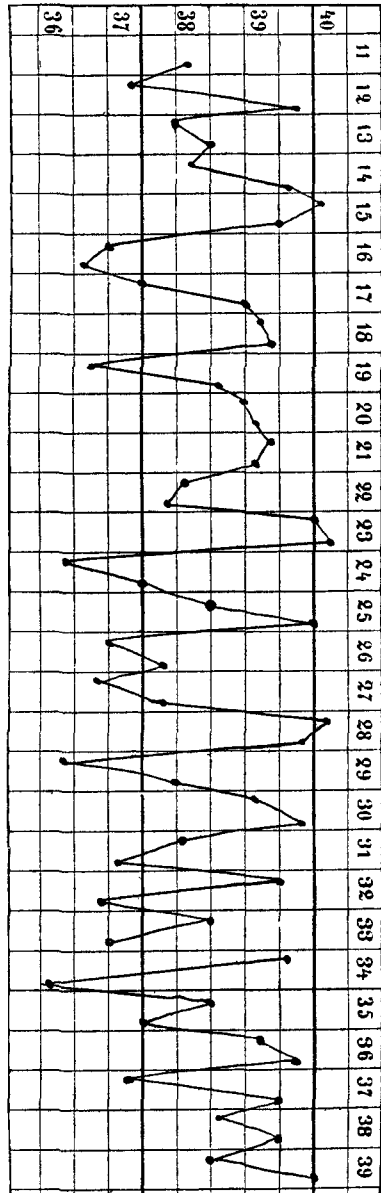


Рис. 3.

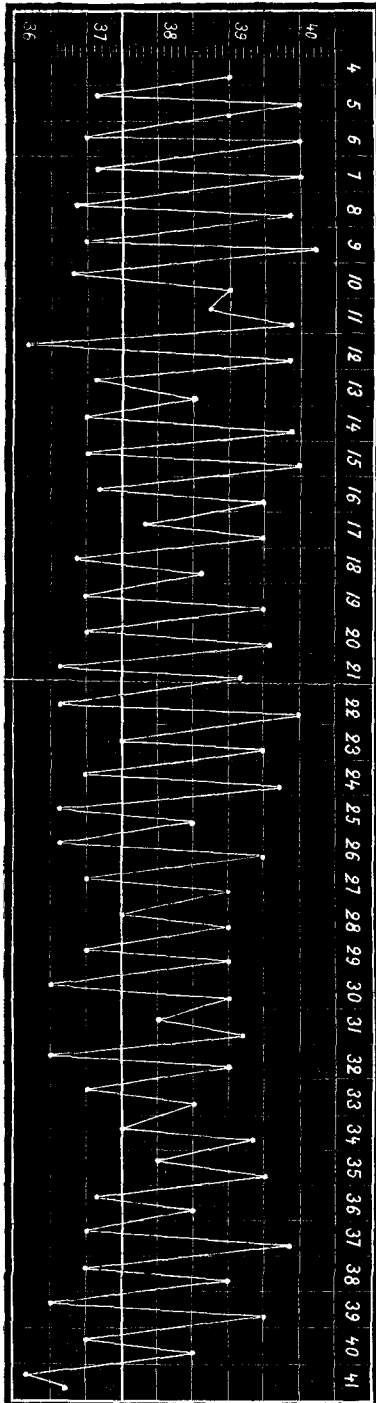


Рис. 4.

д-ромъ Веревкинѣмъ, описавшимъ его въ XXV т. Мед. Обозр. стр. 1011. Случай относится къ дѣвочкѣ 5-ти лѣтъ. Пнеймонія появилась первоначально въ нижней долѣ лѣваго легкаго, но потомъ перешла и на правую сторону, перебрала всѣ доли и наконецъ заняла цѣликомъ все лѣвое легкое и закончилась образованіемъ абсцесса, съ вскрытіемъ котораго черезъ бронхи наступило полное выздоровленіе (фиг. 4).

Отличить блуждающую крупозную пнеймонію (если только таковая дѣйствительно встрѣчается) отъ блуждающей гриппозной по объективнымъ признакамъ нельзя. Если болѣзнь началась прямо въ видѣ пнеймоніи съ зноба и жара у здороваго ребенка, то можно скорѣе предположить крупозную форму, если же воспаленіе легкаго появилось у больного гриппомъ, то гриппозную.

Если гриппъ протекаетъ съ пораженіемъ мелкихъ бронховъ, то онъ можетъ подать поводъ къ развитію типической катаральной пнеймоніи, т. е. съ локализацией сзади, по обѣимъ сторонамъ позвоночника, съ мелкопузырчатыми консонцирующими хрипами, безъ замѣтнаго притупленія, но съ значительной одышкой, какъ при капиллярномъ бронхитѣ.

Затяжныя пнеймоніи при гриппѣ (катаральныя или блуждающія) могутъ быть приняты за туберкулезныя. Для правильной оцѣнки случая важно знать начало болѣзни (насморкъ) и отсутствіе наследственнаго расположенія къ туберкулезу; далѣе въ пользу гриппа можетъ говорить существованіе эпидеміи, время года и отсутствіе бациллъ въ мокротѣ (если есть мокрота).

**Воспаленіе плевры**—pleuritis можетъ быть сухимъ или экссудативнымъ. Для сухого плеврита мы имѣемъ патогномичный признакъ въ шумѣ тренія плевры, который хотя и можетъ быть похожъ на нѣкоторые мелкопузырчатые хрипы, но отличается отъ нихъ тѣмъ, что усиливается при надавливаніи стетоскопа и что не измѣняется послѣ того, какъ больной откашляется. Слѣдуетъ однако замѣтить, что шумъ тренія плевры въ дѣтскомъ возрастѣ наблюдается далеко не такъ часто при плевритѣ, какъ у взрослыхъ.

**Плевритическій экссудатъ** — характеризуется появленіемъ на одной сторонѣ грудной клѣтки тупого звука, *прежде всего сзади, внизу, а потомъ распространяющагося кверху и по направленію впереди*, но притомъ такъ, что верхняя граница его на спинѣ стоитъ нѣсколько выше, чѣмъ на груди.

Въ мѣстѣ тупого звука дыхательный шумъ, при неполномъ сдавленіи легкаго, остается везикулярнымъ, но ослабленнымъ; при болѣе значительномъ экссудатѣ, когда между бронхами и грудной стѣнкой помещается болѣе однородная, безвоздушная среда, появляется бронхиальное дыханіе, но только не столь громкое, какъ при крупозной пневмоніи, а если экссудатъ такъ обилень, что сдавливаются и бронхи, то дыхательный шумъ совсѣмъ исчезаетъ, по крайней мѣрѣ въ нижнихъ заднихъ частяхъ. Если есть бронхиальное дыханіе, то можетъ быть также и бронхофонія, но *голосовыя сотрясенія всегда ослаблены*. Ослабленіе дыхательнаго шума и голосовыхъ сотрясеній всего легче замѣтить, если сравнивать эти явленія на мѣстѣ тупого звука съ сосѣдними, вышележащими частями грудной клѣтки, дающими ясный звукъ.

Если экссудатъ выполняетъ всю половину грудной клѣтки, то появляются еще и другіе характерные симптомы: больной страдаетъ одышкой, усиливающейся при положеніи на спинѣ и еще больше при лежаніи на здоровомъ боку, а потому больной принимаетъ *вынужденное положеніе на больномъ боку*. Отъ давленія жидкости происходитъ, во 1-хъ, *выравниваніе межреберныхъ промежутковъ* на больной сторонѣ и во 2-хъ, *оттѣсненіе сердца* въ сторону противоположную экссудату: при лѣвостороннемъ плевритѣ толчокъ сердца ощущивается съ правой стороны грудины, при правостороннемъ — на *lin. axilaris sin.*; печень оттѣсняется книзу и нижній край ея прощупывается иногда на горизонтали пупка; оттѣсненіе діафрагмы на лѣвой сторонѣ выражается перемѣщеніемъ книзу селезенки и исчезаніемъ или уменьшеніемъ полулуннаго пространства Traube, (въ нормальномъ состояніи тимпанической звукъ желудка и кишекъ по *l. axil. sin.* доходитъ у дѣтей до 9-го или до нижняго края 8-го ребра).

Большая сторона грудной кѣтки расширяется при вдыханіи замѣтно меньше здоровой, а при измѣреніи окружность ея оказывается сантиметра на 2 или на 3 больше.

Въ началѣ своего развитія плевритъ протекаетъ съ лихорадкой, но въ противоположность крупозной пневмоніи, рѣдко начинается сильнымъ жаромъ, рвотой и судорогами (нѣсколько такихъ случаевъ описано Непосл'омъ: стр. 389; 3 Aufl. 87.) Обыкновенно же температура подымается умеренно, градусовъ до 39 и протекаетъ съ болѣе значительными утренними послабленіями и кончается лизисомъ не ранѣе двухъ-трехъ недѣль, но при обильныхъ экссудатахъ, хотя-бы и не гнойныхъ, затягивается недѣль на шесть.

Въ началѣ плеврита у дѣтей рѣдко удается констатировать шумъ тренія плевры, исчезающій при увеличеніи количества экссудата; гораздо чаще его можно слышать въ періодѣ всасыванія, когда отсутствіе боли не мѣшаетъ ребенку дѣлать болѣе глубокіе вздохи. Кашель является при плевритѣ съ самаго начала и продолжается до конца. Вначалѣ онъ короткій, сухой и болѣзненный, позднѣе болѣе рыхлый.

Словомъ, симптомы плеврита у дѣтей тѣже, что у взрослыхъ и чѣмъ обильнѣе экссудатъ, тѣмъ легче діагностика. Затрудненіе можетъ представиться только въ началѣ болѣзни, пока экссудатъ еще не великъ (доходитъ напр. до  $\frac{1}{2}$  лопатки) и когда плевритъ легко можетъ быть смѣшанъ съ пневмоніей. Объ отличіи этихъ двухъ болѣзней было говорено на стр. 180.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ плевритическій *экссудатъ развивается скрытно* и протекаетъ съ самаго начала не только безъ замѣтной лихорадки (обыкновенно она бываетъ, но только невелика, и потому просматривается), но и безъ кашля, и вся болѣзнь выражается неопредѣленными симптомами прогрессивно развивающагося истощенія: ребенокъ, по словамъ родителей, за послѣдній мѣсяцъ сильно похудѣлъ и поблѣднѣлъ, онъ ничего не ѣстъ и не можетъ долго ходить, такъ какъ скоро устааетъ и у него появляется одышка, но кашля нѣтъ или онъ ничтоженъ. Если, въ виду послѣдняго обстоятельства, врачъ исключитъ болѣзнь легкихъ и не найдетъ нужнымъ изслѣдовать грудь, то плевритъ останется неузнаннымъ надолго, хотя діагностика его чрезвычайно легка, такъ какъ въ громадномъ большинствѣ подобныхъ случаевъ родители обращаются къ врачу уже тогда, когда экссудатъ довольно великъ и можетъ быть доходить даже до ключицъ.

Если скрытно развивающійся плевритъ сопровождается лихорадкой, то, смотря по характеру ея, болѣзнь принимается то за тифъ, то за болотную лихорадку. Я помню случай такого плеврита у дѣвочки 3-хъ



лѣтъ, у которой экссудатъ занималъ рѣшительно всю лѣвую половину груди и все-таки не былъ узнавъ только потому, что лѣчившій врачъ считалъ болѣзнь за болотную лихорадку и не находилъ нужнымъ перкутировать грудь, такъ какъ дѣвочка не кашляла, а дыхательный шумъ былъ хорошо слышанъ на обѣихъ сторонахъ.

Имѣя дѣло съ плевритическимъ экссудатомъ, врачъ всегда долженъ ставить себѣ вопросъ о характерѣ экссудата, т. е. серозный-ли онъ или гнойный? такъ какъ отъ этого зависить и предсказаніе, и лѣченіе. Діагностика гнойныхъ экссудатовъ не всегда легка; она можетъ быть основана на общихъ и на мѣстныхъ симптомахъ.

Если у больного, страдающаго плевритическимъ экссудатомъ, лихорадка принимаетъ интермиттирующий характеръ съ ежедневными знобами и обильными потоми и если при этомъ замѣчается быстрое развитіе похудава и блѣдности, то экссудатъ у него навѣрное гнойный, и еслибы лихорадка при такомъ экссудатѣ всегда принимала піэміческій характеръ, то діагностика не представляла-бы затрудненій, но такъ какъ, не смотря на гнойный экссудатъ, *повторные знобы и потоы могутъ отсутствовать*, а лихорадка можетъ имѣть такой же ремиттирующий характеръ, какъ и при серозныхъ выпотахъ, то для опредѣленія свойствъ экссудата приходится прибѣгать къ другимъ даннымъ. Для діагностики можетъ имѣть значеніе причина болѣзни, возрастъ, количество экссудата, продолжительность болѣзни и мѣстные симптомы.

Что касается до причинъ, то извѣстно, что плевритъ послѣ скарлатины особенно часто оказывается гнойнымъ; тоже самое нужно сказать и по поводу плевритовъ у субъектовъ, страдающихъ піэміей.

Гнойный характеръ экссудата можно предполагать съ тѣмъ большею вѣроятностью, чѣмъ моложе ребенокъ и чѣмъ больше количество экссудата. На этомъ основаніи всегда подозрительно, если у ребенка экссудатъ доходить до ключицы, а если больной находится при этомъ въ возрастѣ до 2-хъ лѣтъ, то гнойный характеръ экссудата болѣе чѣмъ вѣроятенъ.

Какъ долго можетъ продолжаться лихорадка при серозномъ экссудатѣ, мы навѣрное не знаемъ; извѣстно только, что обильные экссудаты могутъ всосаться даже и при многодѣльномъ существованіи лихорадки, но подобные случаи ничего не доказываютъ, такъ какъ несомнѣнно, что въ дѣтскомъ возрастѣ всасываются иногда и чисто-гнойные экссудаты, что доказываютъ многочисленные случаи эмпіемы, исчезавшей послѣ однократнаго прокола, между тѣмъ какъ извѣстно, что простымъ проколомъ, хотя-бы и съ высасываніемъ, никогда не удается удалить все содержимое грудной полости.

По мнѣнію Cadet de Gassicourt'a, (Trait. cl. d. mal. de l'enf. T. I. p. 372) если экссудатъ не начинаетъ всасываться послѣ 30-го дня и если температура дѣлаетъ большія колебанія, то экссудатъ почти навѣрное гнойный. Правило это допускаетъ конечно исключенія, но для большинства случаевъ оно вѣрно и потому имъ можно пользоваться, хотя бы для того, чтобы предпринять пробный проколъ.

Что касается до мѣстныхъ симптомовъ, то навѣрное указываютъ на гнойный экссудатъ только три симптома, которые однако въ большинствѣ случаевъ отсутствуютъ. Къ числу этихъ симптомовъ я отношу: 1) отекъ подкожной клѣтчатки на больной сторонѣ груди, 2) образованіе натечнаго нарыва, указывающаго на предстоящее вскрытіе эмпиемы чрезъ грудную стѣнку и 3) внезапное изверженіе съ кашлемъ большихъ количествъ гноя вслѣдствіе вскрытія эмпиемы черезъ легкое. Что касается до натечнаго нарыва, то конечно не всякій нарывъ, образующійся на грудной стѣнкѣ, указываетъ на эмпиему; выводъ этотъ мы имѣемъ право сдѣлать только въ томъ случаѣ, если у больного нѣтъ костоѣда позвоночника или реберъ и нельзя предположить простаго абсцесса въ подкожной клѣтчаткѣ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ постановленіе больной стороны груди даетъ ясный звукъ.

Если на основаніи наличныхъ данныхъ гнойный характеръ экссудата оказывается сомнительнымъ, то для окончательнаго выясненія дѣла слѣдуетъ прибѣгнуть къ пробному проколу дезинфицированнымъ праватцевскимъ шприцемъ.

Опредѣлить время, когда именно слѣдуетъ прибѣгать къ этому способу изслѣдованія—довольно трудно, такъ какъ здѣсь многое зависитъ и отъ особенностей случая и отъ возрѣній врача. Общее правило я могу дать только такое: если случай кажется сомнительнымъ, то слѣдуетъ колоть; но понятно, что, руководствуясь этимъ правиломъ, одинъ врачъ предложитъ пробный проколъ раньше, другой—позднѣе, смотря потому, какіе именно симптомы покажутся сомнительными тому и другому. Я лично считаю нужнымъ и своевременнымъ дѣлать пробный проколъ въ тѣхъ случаяхъ, 1) когда экссудатъ выполняетъ всю половину грудной клѣтки, и особенно, если дѣло идетъ о ребенкѣ въ возрастѣ до 2-хъ лѣтъ, при чемъ время, протекшее отъ начала болѣзни, не имѣетъ значенія, такъ какъ экссудатъ можетъ быть гнойнымъ ужъ съ самаго начала. 2) Если въ теченіе 4-й недѣли отъ начала болѣзни, лихорадка не оказываетъ явной склонности къ окончанію и особенно въ томъ случаѣ, если она принимаетъ интермиттирующій характеръ и въ 3-хъ) если послѣ 30-го дня не замѣтно всасыванія экссудата, хотя бы температура и была нормальна, такъ какъ *отсутствіе лихорадки*

не исключает гнойнаго плеврита. Само собою разумѣется, что если есть знобы, поты и другіе, вышеприведенные признаки гнойнаго экссудата, то о показаніяхъ къ проколу не можетъ быть спора. Не слѣдуетъ думать, что при гнойномъ экссудатѣ пробный проколъ всегда даетъ чистый гной. Иногда случается извлечь только мутную серозную жидкость (мутность оказывается подъ микроскопомъ зависящей отъ гнойныхъ тѣлецъ), а потомъ, при вскрытіи оказывается, что стѣнки плевральной полости выстланы толстымъ слоемъ густого гноя; дѣло въ томъ, что если гнойный экссудатъ не очень густъ, то форменные элементы легко осаждаются на дно и стѣнки, а сверху стоитъ серозная жидкость; въ виду этого, слѣдуетъ діагноспировать эмпиему даже и въ томъ случаѣ, если при пробномъ проколѣ получается не гнойная, а только мутная (отъ примѣси гнойныхъ тѣлецъ) серозная жидкость.

Нѣкоторое сходство съ плевритическимъ экссудатомъ представляютъ случаи *hydrothorax'a* (скопленіе трансудата въ полостяхъ плевры) и *pneumothorax'a* (скопленіе воздуха въ полости плевры).

Общіе симптомы у плевритическаго экссудата и *hydrothorax'a* состоятъ въ появленіи въ нижнихъ частяхъ грудной клѣтки тупого звука, верхняя граница котораго по мѣрѣ развитія болѣзни подымается все выше и выше; въ мѣстѣ притупленія слышится ослабленное дыханіе и слабыя голосовыя сотрясенія.

Разница въ слѣдующемъ: 1)скопленіе трансудата въ полостяхъ плевры не бываетъ изолированнымъ страданіемъ, а всегда сопровождается образованіемъ трансудата въ другихъ мѣстахъ и всего чаще въ подкожной клѣтчаткѣ и въ полости брюшины. 2) *Hydrothorax* почти всегда бываетъ двустороннимъ, хотя на одной сторонѣ онъ можетъ быть выраженъ больше (именно на той сторонѣ, на которой больной больше лежитъ). Можно найти причину водянки или въ болѣзняхъ почекъ (всего чаще), или въ болѣзняхъ сердца, или въ гидреміи отъ хроническаго энтерита. 4) Верхняя граница тупого звука при вертикальномъ положеніи больного идетъ горизонтально; при перемѣнѣ положенія измѣняется и граница тупого звука. 5) *Hydrothorax* протекаетъ безъ лихорадки, безъ боли въ боку и безъ одышки, если только количество жидкости не слишкомъ велико, а также и безъ кашля.

Общіе признаки у экссудата и *pneumothorax'a* состоятъ въ измѣненіи формы грудной клѣтки: больная сторона мало расширяется при дыханіи, она больше здоровой стороны, межреберные промежутки сглажены; дыхательный шумъ ослабленъ такъ же, какъ и *fremitus*; сосѣдніе органы смѣщены, больной жалуется на одышку и принимаетъ вынужденное положеніе на больномъ боку. Существенная разница состоитъ

въ результатахъ постукиванія—при экссудатѣ получается тупой звукъ, а при пневмоторахъ—ясный, тимпаническій съ металлическимъ оттѣнкомъ; а при выслушиваніи или отсутствіе дыхательнаго шума или амфорическое дыханіе. Если пневмоторахъ развивается вслѣдствіе вскрытія эмпиемы черезъ легкое, то мѣсто вышедшаго экссудата занимаетъ воздухъ и въ верхнихъ частяхъ грудной кѣтки получается ясный или тимпаническій звукъ, благодаря которому начинающій можетъ предположить, что легкое, бывшее до сихъ поръ сдавленнымъ, начинаетъ расправляться и что больной находится на пути къ выздоровленію. Но подобной ошибки легко избѣгнуть, если обратить вниманіе во 1-хъ, на то, что одышка не только не уменьшилась, а, можетъ быть, даже успилась и во 2-хъ, что въ мѣстахъ яснаго звука совсѣмъ не слышно дыхательныхъ шумовъ.

### **Болѣзни легкихъ, характеризующіяся выдѣленіемъ вонючей мокроты.**

Всѣ воспаленія легкихъ въ дальнѣйшемъ своемъ теченіи могутъ сопровождаться выдѣленіемъ вонючей мокроты, которая указываетъ или на существованіе *bronхоэктатическихъ полостей*, въ которыхъ застаивается и разлагается отдѣляемое слизистой оболочки, или на *гангрену легкаго*.

Въ первомъ случаѣ мокрота, хотя и вонюча, но не отличается такимъ гангренознымъ запахомъ, какъ при гангренѣ легкаго, когда и дыханіе больного чрезвычайно вонюче. Для бронхоэктазовъ характерно то, что больной по временамъ (особенно утромъ при перемѣнѣ положенія) выхаркиваетъ обильное количество довольно жидкой вонючей мокроты, б. ч. сѣровато-зеленаго цвѣта. Общій видъ, состояніе силъ и лихорадка при бронхоэктазахъ стоятъ въ зависимости отъ основного страданія. Если расширеніе бронховъ сопровождается, напр. интерстиціальной пнеймоніей (исходъ круозной или катарральной (жревой) пнеймоніи), то общее состояніе представляется удовлетворительнымъ, а лихорадочнаго состоянія можетъ не быть вовсе. То же самое бываетъ въ случаяхъ развитія бронхоэктазовъ въ спавшемся легкомъ, вслѣдствіе бывшаго плевритическаго экссудата.

Что касается физикальных признаковъ, то они могутъ быть различны въ зависимости отъ того, окружены ли бронхоэктазы раздутымъ легкимъ или уплотнѣлымъ. Въ первомъ случаѣ больной представляетъ симптомы хроническаго бронхита, тогда какъ при уплотнѣніи легкаго получаютъ признаки каверны: амфорическое дыханіе, или громкое брон-

хіальное, бронхофонія, крупнопузырчатые, консонирующіе хрипы и при постукиваніи тимпаническій тонъ, иногда съ металлическимъ оттѣнкомъ. Всѣ эти характерные физикальные симптомы исчезаютъ въ томъ случаѣ, если полость выполняется секретомъ и снова появляются послѣ приступа кашля, съ изверженіемъ большого количества мокроты. Конечно, тѣ же симптомы могутъ быть и при туберкулезныхъ кавернахъ, но тогда въ мокротѣ будутъ бациллы и эластическія волокна.

Мы говоримъ здѣсь только о хроническихъ бронхоэктазахъ, (такъ какъ вонючая мокрота свойственна только имъ) всего чаще встрѣчающихся при интерстиціальнхъ пневмоніяхъ, протекающихъ сплошь и рядомъ безъ лихорадки и остающихся въ теченіе долгаго времени въ стаціонарномъ видѣ, а потому, если признаки кавернъ замѣчаются у больного при сравнительно хорошемъ общемъ состояніи и при выдѣленіи обильной, вонючей мокроты, то можно съ увѣренностью заключить, что у него не чахотка, а бронхоэктазы на почвѣ интерстиціальной пневмоніи.

Вонючая мокрота при гангренѣ легкихъ отличается отъ мокроты при бронхоэктазахъ, кромѣ болѣе сильнаго запаха, еще тѣмъ, что въ ней не трудно открыть присутствіе остатковъ легочной ткани, въ видѣ черныхъ массъ, которыя, будучи разсматриваемы подъ водой, представляются въ видѣ лохматыхъ комковъ. Микроскопомъ легко доказать, что комки эти имѣютъ ячеистое строеніе, но упругихъ волоконъ найти не удастся, такъ какъ при гангренѣ легкаго они встрѣчаются, страннымъ образомъ, крайне рѣдко.

Чтобъ легче найти эти остатки легочной ткани, надо дать мокротѣ отстояться и взять для изслѣдованія осадокъ со дна сосуда. (Подробное описаніе микроскопическихъ свойствъ мокроты можно найти въ руководствѣ частной патологіи и терапіи Eichhorst'a т. I, стр. 454).

Общее состояніе при гангренѣ легкаго всегда сильно страдаетъ; лихорадка нерѣдко сопровождается знобами и обильными потами и скоро наступаетъ упадокъ силъ.

Прежде чѣмъ ставить діагнозъ по вонючей мокротѣ на бронхоэктазы или гангрену легкаго, надо исключить другіе источники для вонючаго отдѣляемаго, напр.: нѣкоторыя болѣзни рта, каковы: нома, stomasace, вонючій насморкъ, нѣкоторые случаи заднеглоточнаго нарыва и особенно ихорозный экссудатъ при застарѣломъ плевритѣ, вскрывшемся черезъ легкое.

---

## Болезни нервной системы.

Мы изложимъ сначала семіотическое значеніе нѣкоторыхъ симптомовъ, имѣющихъ общее значеніе, а потомъ перейдемъ къ дифференціальной діагностикѣ отдѣльныхъ болѣзней, наибаче встрѣчающихся въ дѣтскомъ возрастѣ.

### Семіотика головной боли.

Головная боль встрѣчается, конечно, у дѣтей всѣхъ возрастовъ, но, какъ симптомъ субъективный, она часто остается незамѣченной даже у дѣтей, умѣющихъ говорить, потому что до 5-ти лѣтъ они вообще рѣдко жалуются на боль въ опредѣленномъ мѣстѣ, гдѣ бы то ни было. У маленькихъ дѣтей можемъ узнать головную боль только въ томъ случаѣ, если она очень сильна и заставляетъ ребенка выражать ее тѣмъ, что онъ часто хватается ручками за голову, дергаетъ себя за волосы, безпрестанно двигаетъ головой въ ту и другую сторону, морщитъ брови. Но чтобъ появились подобные симптомы, необходимо, чтобъ головная боль была очень сильна; головная боль вслѣдствіе значительнаго повышенія температуры тѣла обыкновенно не достигаетъ такой степени, чтобъ выражаться объективными признаками; мы встрѣчаемъ ихъ почти исключительно при мозговыхъ болѣзняхъ и воспаленіяхъ средняго уха и объ этихъ двухъ страданіяхъ слѣдуетъ прежде всего подумать, если имѣемъ дѣло съ ребенкомъ, который много кричитъ, беспокоится и хватается ручками за голову.

Головная боль у дѣтей послѣ 5-ти лѣтъ встрѣчается очень часто и въ цѣляхъ діагностики всѣ относящіеся сюда случаи можно раздѣлить на острые и хроническіе.

Къ категоріи острыхъ головныхъ болей мы относимъ тѣ случаи, въ которыхъ головная боль появилась недавно, напр., нѣсколько дней тому назадъ и больной прежде подобной головной болью не страдалъ; отсутствіе лихорадочнаго состоянія не исключаетъ острой головной боли.

Къ хронической головной боли мы относимъ всѣ случаи, такъ называемыхъ, привычныхъ головныхъ болей, будутъ ли онѣ постоянными или неправильно повторяющимися.

Острая головная боль отличается отъ хронической, помимо анамнеза, еще тѣмъ что, за рѣдкими исключеніями, она всегда сопровождается повышеніемъ температуры.

Если больной страдает **острой головною болью**, съ повышеніемъ температуры, то главный вопросъ, подлежащій разрѣшенію, состоитъ въ томъ, зависить ли она отъ лихорадочнаго состоянія или же она является симптомомъ начинающагося менингита. Въ первые 2—3 дня, а иногда и дольше вопросъ этотъ не всегда можетъ быть рѣшенъ. Мы обращаемъ внимание во 1-хъ, на характеръ головной боли, во 2-хъ, на интензивность лихорадки и въ 3-хъ, на сопутствующіе симптомы.

Головная боль при менингитѣ и острой головной водянкѣ характеризуется тѣмъ, что она сильна и постоянна, т. е. не дѣлаетъ переминокъ и *интензивность ея не соответствуетъ высотъ температуры*, между тѣмъ какъ головная боль, зависящая просто отъ лихорадки, бываетъ обыкновенно не сильна, если только температура не слишкомъ высока (не выше 40°); если ребенокъ жалуется на головную боль только на вопросъ о ней, то это вѣроятно не менингитъ, (мы говоримъ „вѣроятно“, такъ какъ незначительность головной боли еще не исключаетъ менингита и именно туберкулезной его формы), если же онъ мечется отъ головной боли и эта послѣдняя составляетъ главную его жалобу, то менингитъ тѣмъ вѣроятнѣе, чѣмъ *ниже* температура; очень сильная, непривычная головная боль при температурѣ около 38—38,5 почти патогномична для менингита. Если очень сильная головная боль наблюдается при температурѣ выше 40°, то она не имѣетъ особаго значенія для діагностики менингита даже и въ томъ случаѣ, если сопровождается рвотой, такъ какъ во 1-хъ, и то и другое можетъ встрѣтиться при всякомъ сильномъ лихорадочномъ состояніи, и во 2-хъ, сильный жаръ почти исключаетъ туберкулезный менингитъ, т. е. именно ту форму, которая всего чаще встрѣчается въ дѣтскомъ возрастѣ.

Что касается до простого гнойнаго и цереброспинальнаго менингита, при которыхъ температура въ 40° вовсе не рѣдкость, то слѣдуетъ имѣть въ виду, что при этихъ формахъ (вообще рѣдкихъ) очень скоро наступаютъ другіе мозговые симптомы, выясняющіе діагностику.

Мы только что сказали, что очень сильная головная боль до вѣкоторой степени характерна для менингита, но отсюда еще вовсе не слѣдуетъ, что при этомъ страданіи она всегда бываетъ таковой. *Отсутствіе рѣзкой головной боли исключаетъ только острое гнойное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ (meningitis simplex, s. purulenta), но оно не говоритъ противъ начинающейся острой головной водянки (meningitis tuberculosa).* Начало туберкулезнаго менингита потому, между прочимъ, и не узнается такъ часто, что очень сильная головная боль встрѣчается при немъ довольно рѣдко. Дѣло въ томъ, что степень головной боли при острой головной водянкѣ стоитъ въ большой зависимости отъ

быстроты развитія ея: головная боль будетъ тѣмъ сильнѣе, чѣмъ быстрѣе наступаетъ *повышеніе давленія* въ полости черепа, а такъ какъ при туберкулезномъ менингитѣ головная водянка развивается иногда довольно медленно, то и головная боль можетъ быть не сильна.

Что касается до сопутствующихъ симптомовъ, то на первомъ мѣстѣ пзъ ихъ числа надо поставить, конечно, *рвоту*, которая встрѣчается во всѣхъ случаяхъ менингита какъ остраго, гнойнаго, такъ и под-остраго или туберкулезнаго. *Если больного ни разу не вырвало съ момента появленія головной боли въ теченіе 1—2 сутокъ, то почти навѣрное* можно сказать, что у него *не менингитъ*. Случаи менингита безъ рвоты хотя и встрѣчаются, но принадлежать къ числу самыхъ рѣдкихъ исключеній, съ которыми можно не считаться. О характерѣ мозговой рвоты мы уже говорили. Диагностическое значеніе рвоты при головной боли умалется однако тѣмъ, что она можетъ встрѣтиться и при другихъ болѣзняхъ и въ особенности подъ вліяніемъ противныхъ лѣкарствъ.

Другимъ симптомомъ, весьма важнымъ для оцѣнки головной боли, является *замедленный и неправильный пульсъ*. Этотъ симптомъ выступаетъ тѣмъ рѣзче, чѣмъ слабѣе лихорадочное состояніе и чѣмъ старше ребенокъ. При остромъ гнойномъ менингитѣ при температурѣ въ 40° пульсъ нерѣдко остается правильнымъ и частымъ; но за то въ подобныхъ случаяхъ рано наступаетъ потеря сознанія и общія судороги.

Другіе симптомы менингита, о которыхъ рѣчь будетъ въ соотвѣтственномъ мѣстѣ, являются позднѣе.

Головная боль, не зависящая отъ мозгового страданія, но стоящая въ связи съ повышеніемъ температуры, не имѣетъ особаго діагностическаго значенія, за исключеніемъ развѣ того только, что она вмѣстѣ съ другими симптомами общаго недомоганія помогаетъ выясненію анамнеза по вопросу о томъ, когда приблизительно началось лихорадочное состояніе у ребенка. Сильная головная боль безъ повышенія температуры или при незначительной лихорадкѣ, но при насморкѣ, можетъ зависѣть отъ распространенія *катарра на лобныя пазухи*; въ такомъ случаѣ боль локализуется во лбу.

Головная боль имѣетъ особое значеніе въ томъ случаѣ, если она появляется у ребенка, страдающаго острымъ нефритомъ. Есть ли при этомъ лихорадочное состояніе или температура остается нормальной—это все равно; *головная боль въ теченіи остраго нефрита всегда должна возбуждать опасеніе насчетъ начинающейся уремии и особенно въ томъ случаѣ, если она сопровождается рвотой*.

При оцѣнкѣ значенія головной боли остраго происхожденія слѣ-



дуетъ имѣть въ виду, что она можетъ локализоваться въ мягкихъ покровахъ черепа, напр., при ревматизмѣ или при ограниченныхъ воспалительныхъ фокусахъ. Мѣсто боли въ такихъ случаяхъ опредѣляется ошущиваніемъ головы, такъ какъ воспалительная боль усиливается при давленіи на больное мѣсто. При ревматизмѣ *galeae aroneuroticae* боль ощущается не только въ головѣ, но нерѣдко распространяется также и на мышцы шеи (*torticollis*) и усиливается при подыманіи бровей и сморщиваніи лба.

При извѣстномъ анамнезѣ, и если головная боль появляется у нѣсколькихъ членовъ семьи, легко поставить діагностику *угара*. Головная боль отъ угара нерѣдко сопровождается рвотой и общей слабостью. Что подобныя же симптомы могутъ зависѣть также отъ отравленія алкоголемъ (виномъ), это извѣстно.

Хроническая головная боль можетъ зависѣть или отъ какихъ-нибудь грубыхъ анатомическихъ измѣненій головного мозга, въ родѣ, напр., хронической головной водянки, опухоли въ полости черепа и проч. или отъ пораженія другихъ органовъ, или же она является въ видѣ самостоятельнаго страданія.

Діагностика *симптоматической головной боли*, зависящей отъ хронической болѣзни головного мозга, основывается на одновременномъ существованіи другихъ мозговыхъ симптомовъ, каковы: рвота, ослабленіе умственныхъ способностей, параличи и парезы, въ особенности глазныхъ мышцъ, (косоглазіе, *ptosis*, *amblyopia*) припадки мѣстныхъ или общихъ судорогъ. Головная боль, зависящая отъ хроническаго страданія мозга, характеризуется рѣзко выраженной склонностью къ прогрессивному ухудшенію. При ограниченномъ пораженіи мозговыхъ оболочекъ (абсцессъ, сифилисъ) появляются упорныя головныя боли, строго ограниченныя извѣстнымъ мѣстомъ; къ числу характерныхъ признаковъ такой головной боли относится, между прочимъ, и то, что она усиливается при постукиваніи соотвѣтственнаго мѣста черепа.

Хроническая головная боль, не зависящая отъ болѣзни головного мозга или его оболочекъ, встрѣчается въ дѣтскомъ возрастѣ довольно часто и можетъ зависѣть отъ разнообразныхъ причинъ.

Изъ этой большой группы нужно выдѣлить прежде всего обыкновенную мигрень, главной причиной которой бываетъ наследственность. Отъ всякой другой головной боли мигрень отличается тѣмъ, что головная боль является приступами, занимаетъ только одну сторону головы (чаще лѣвую) и черезъ нѣсколько часовъ кончается большею частью рвотой и сномъ. Въ легкихъ случаяхъ до рвоты дѣло не доходитъ, но для діагностики достаточно и того, что хоть нѣкоторые изъ приступовъ

сопровождаются рвотой. Объективно мигрень выражается у дѣтей блѣдностью лица, общей вялостью и иногда зѣвотой. Если подобные симптомы появляются по временамъ у ребенка, во всѣхъ другихъ отношеніяхъ здороваго, и всякій разъ дѣло кончается черезъ нѣсколько часовъ рвотой и сномъ, то можно узнать мигрень даже и у дѣтей, не умѣющихъ говорить.

Приступы головной боли при мигрени являются черезъ неправильные, но болѣе или менѣе продолжительные, промежутки времени отъ нѣсколькихъ дней и недѣль до цѣлыхъ мѣсяцевъ; почти никогда *мигрень не повторяется два дня подъ рядъ*, и вообще можно сказать, что если у ребенка головная боль повторяется нѣсколько дней подъ рядъ или хотя бы даже всякую недѣлю—то это, по всей вѣроятности, не чистая мигрень. Приступы мигрени появляются или безъ всякой опредѣленной причины, или подъ вліяніемъ утомленія физическаго или умственнаго; основной причиною слѣдуетъ считать наследственное расположеніе (въ анамнезѣ значится обыкновенно мигрень у кого-либо изъ родителей). Эта причина до того постоянна, что если головная боль появляется у ребенка, родители котораго никогда не страдали мигренью, то одно ужъ это обстоятельство заставляетъ усомниться въ существованіи въ данномъ случаѣ мигрени идиопатической, т. е. самостоятельнаго невроза; вѣроятнѣе, что такая мигрень окажется или рефлекторнымъ явленіемъ (болѣзни носа), или симптоматической головной болью (анемія, болѣзни мозга и проч.).

Довольно характерно для мигрени и то, что головная боль почти всегда можетъ быть купирована пріемомъ антипирина (столько гранъ, сколько больному лѣтъ) или антифебрина (вдвое меньшимъ количествомъ), хотя я вовсе не имѣю въ виду утверждать, что эти средства бесполезны при головной боли иного происхожденія.

Общее состояніе питанія у дѣтей, расположенныхъ къ мигрени, можетъ оставаться прекраснымъ.

Мигрень всего легче смѣшать съ **невралгіей верхнеглазничнаго нерва** (neur. supraorbitalis), при которой боль тоже ощущается на одной сторонѣ головы, но существенная разница въ томъ. во 1-хъ, что если больной умѣетъ локализовать свои ощущенія, то онъ указываетъ на верхнеглазничную область, какъ на мѣсто боли и во 2-хъ, что во всѣхъ случаяхъ боль усиливается при давленіи на foramen supraorbitale.

Верхнеглазничная невралгія сравнительно часто бываетъ малярійнаго происхожденія и тогда правильно возвращается ежедневно или черезъ день въ одинъ и тотъ же часъ, а потому во всѣхъ случаяхъ интермиттирующей головной боли у ребенка прежде всего надо думать о neural. supraorbitalis.

Кромѣ мигрени, у дѣтей встрѣчаются еще и другого рода нервныя головныя боли, которыя или повторяются ежедневно, или черезъ неправильные промежутки времени отъ неизвѣстныхъ или отъ строго опредѣленныхъ причинъ? Эти головныя боли, то едва замѣтныя, то очень сильныя, не имѣютъ особой локализаціи: больные жалуются, смотря по случаю, на лобъ, темя, затылокъ, всю голову.

Сюда относятся, напр., головная боль, стоящая въ связи съ *общимъ упадкомъ питанія*. Діагностика основывается на исключеніи другихъ причинъ головной боли и на симптомахъ общаго малокровія (блѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ, потеря аппетита, худоба, непокойный сонъ, раздражительность) или хлороза, отличающагося отъ обыкновеннаго дѣтскаго малокровія гораздо болѣе выраженной блѣдностью (восковая блѣдность) кожи и слизистыхъ оболочекъ и возрастомъ пациентовъ: обыкновенное малокровіе мы встрѣчаемъ преимущественно у дѣтей 5—12 лѣтъ, безразлично какъ у мальчиковъ, такъ и у дѣвочекъ, а хлорозъ почти исключительно у дѣвочекъ послѣ 8—12 лѣтъ. Головная боль, зависящая только отъ хлороза, а не отъ другихъ какихъ-либо причинъ, отличается, между прочимъ, тѣмъ, что скоро проходитъ при лѣченіи желѣзомъ.

Имѣя дѣло съ головной болью у малокровнаго ребенка, надо имѣть въ виду, что само малокровіе можетъ зависѣть отъ какой-либо опредѣленной причины, безъ устраненія которой лѣченіе останется конечно бесполезнымъ. Къ числу такихъ причинъ относятся, напр., катарральное состояніе желудка, глисты, воспаленіе почекъ (уремія), онанизмъ.

По мнѣнію нѣкоторыхъ, подозрѣвать *онанизмъ* можно въ томъ случаѣ, если головная боль локализуется въ затылкѣ; но лучше руководствоваться другими признаками, каковы открытый *glans penis*, плохая реакція *cremasteris* на щекотаніе внутренней поверхности верхней части бедра, подозрительныя пятна на бѣлѣ и одѣялѣ. Какъ на весьма цѣнный признакъ, часто встрѣчающійся у онанистовъ, Renzi указываетъ на исчезаніе колынаго рефлекса, (Мед. Обзор. 1888. № 11). Характерно до нѣкоторой степени и то, что онанисты бываютъ разсѣянны, не могутъ долго сосредоточивать вниманіе, а дѣти старшаго возраста дѣлаются обыкновенно слишкомъ богомольными. (Они слышали про вредъ этого порока и, не находя въ себѣ достаточно силъ для борьбы съ нимъ, прибѣгаютъ къ молитвѣ).

Особаго рода нервная головная боль, встрѣчающаяся какъ у слабыхъ и малокровныхъ дѣтей, такъ и у совершенно здоровыхъ, *хорошо питаемыхъ и живущихъ въ лучшихъ гигиеническихъ условіяхъ*, извѣстна подъ именемъ *школьной головной боли* или *головной боли отъ переутомленія*,

а также головной боли отъ роста (*cephalalgie de croissance* французскихъ авторовъ). Ею страдаютъ преимущественно подростки отъ 10 до 14—16 лѣтъ. Головная боль эта, подобно всякой другой нервной головной боли, локализируется или во лбу, или во всей головѣ и часто комбинируется съ явлениями неврастеніи: ребенокъ дѣлается раздражителемъ или грустенъ, плаксивъ и т. п., но главный характерный признакъ, присущій всѣмъ случаямъ школьной цефалопатіи, состоитъ *въ неспособности къ умственной работѣ*: въ легкихъ случаяхъ головная боль является только при усиленныхъ умственныхъ занятіяхъ, а въ случаяхъ тяжелыхъ и вполне выраженныхъ даже и при самой легкой, не исключая и занимательной умственной работы, напр., при чтеніи интересной повѣсти.

Головная боль упорно повторяется изо дня въ день въ теченіе многихъ мѣсяцевъ и для своего излѣченія требуетъ полного прекращенія занятій по меньшей мѣрѣ на полгода, а иначе она можетъ продолжаться въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, пока не окончится періодъ болѣе быстрого роста.

Школьную головную боль всего легче смѣшать съ той *цефалалгіей*, которая часто встрѣчается у дѣтей въ зависимости отъ *ненормальной рефракціи и аккомодации* и излѣчивается ничѣмъ инымъ, какъ только соответственными очками. Такая этиологія головной боли не составляетъ большой рѣдкости, какъ видно, напр., изъ работы *Bickerton'a* (Врачъ, 1888 стр. 680), который, разобравъ тысячу своихъ больныхъ съ пороками преломленія, нашелъ, что головная боль занимала видное мѣсто среди жалобъ больныхъ у 277 (27,7%). Самую важную роль въ этомъ отношеніи играетъ гиперметропія съ астигматизмомъ. Сходство головной боли, зависящей отъ порока глазъ, со школьной состоитъ въ томъ, во 1-хъ, что какъ та, такъ и другая являются только во время занятій и исчезаютъ при покоѣ, и во 2-хъ, что онѣ не щадятъ ни слабыхъ, ни крѣпкихъ дѣтей.

Хроническая головная боль можетъ стоять въ связи также и съ *болѣзнями носа*, причемъ видимаго насморка, т. е. течи изъ носа можетъ и не быть, достаточно непроходимости носовыхъ ходовъ. Случаевъ излѣченія упорныхъ головныхъ болей посредствомъ терапіи носа описано не мало; припомню для примѣра случай *Menière'a* (Врачъ 88 г. № 22): у мальчика 9 лѣтъ головная боль, продолжавшаяся 2 года, была излѣчена удаленіемъ опухолей носоглоточной области и прижиганіемъ слизистой оболочки носа.

Если головная боль является у ребенка послѣ бѣганія или во время жаркой погоды и облегчается послѣ носового кровотеченія, то это указываетъ на зависимость ея отъ прилива къ мозгу.

Eichhorst обратилъ вниманіе на появленіе головной боли, иногда со рвотой, подъ влияніемъ временной альбуминури, подчасъ появляющейся у подростковъ безъ всякой замѣтной причины. Альбуминурия можетъ тянуться недѣли и мѣсяцы и за это время довольно часто появляются приступы головной боли, иногда вмѣстѣ съ общей слабостью, ослабленіемъ памяти, раздражительностью и даже съ судорогами.

### Семіотика общихъ судорогъ.

Когда приходится имѣть дѣло съ ребенкомъ, у котораго отъ неизвѣстной причины появились общія судороги тонического или клонического характера, выражающіяся, главнымъ образомъ, въ беспорядочномъ подергиваніи мышцъ лица и конечностей и потерей сознанія, то иногда бываетъ очень трудно опредѣлить причину судорогъ и нерѣдко врачъ, видящій больного въ первый разъ, не бываетъ въ состояніи сдѣлать больше того, какъ констатировать фактъ, и поневолѣ довольствуется фразой, что у больного эклампсическій припадокъ или т. н. родимчикъ.

При опредѣленіи причины судорогъ прежде всего надо рѣшить вопросъ, зависятъ ли онѣ отъ грубыхъ анатомическихъ измѣненій въ центральной нервной системѣ, или отъ какихъ-либо другихъ причинъ.

Судороги могутъ встрѣтиться, какъ при хроническихъ болѣзняхъ мозга, такъ и при острыхъ. Для діагностики **мозговыхъ судорогъ** важно отмѣтить то обстоятельство, что мозговая болѣзнь почти никогда не начинается приступомъ эклампсін, а потому если судороги являются симптомомъ пораженія головного мозга, то при подробномъ изслѣдованіи больного или въ анамнезѣ всегда можно найти указанія на существованіе какихъ либо другихъ мозговыхъ симптомовъ, каковы, напр.: въ хроническихъ случаяхъ постоянная или часто повторявшаяся головная боль, парезы мышцъ лица или конечностей, ослабленіе умственныхъ способностей, измѣненія на днѣ глаза и проч., а въ острыхъ, кромѣ того, еще и сонливость, лихорадочное состояніе, неправильность и замедленіе пульса и проч.; а потому, если *судороги появляются у ребенка, до сихъ поръ совершенно здороваго, который и по окончаніи припадка не представляетъ никакихъ другихъ мозговыхъ симптомовъ*, то можно утверждать съ большой увѣренностью, что *судороги у него были не мозговья*.

Судороги, зависящія отъ хроническаго страданія мозга, характеризуются, между прочимъ, тѣмъ, что онѣ очень склонны къ возвратамъ и возвращаются черезъ различные промежутки времени отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ недѣль. Правда, подобнаго рода повторяю-

шіяся судороги часто встрѣчаются у дѣтей до 2-хъ лѣтъ и безъ мозговой болѣзни, но діагностика облегчается тѣмъ, что изъ хроническихъ мозговыхъ болѣзней въ этомъ возрастѣ встрѣчается только хроническая головная водянка, легко узнаваемая по значительно увеличенному черепу и расхожденію швовъ. У дѣтей старшаго возраста повторныя судороги въ теченіе мѣсяцевъ и даже лѣтъ зависятъ или отъ какой-либо хронической болѣзни мозга (всего чаще опухоль), или отъ эпилепсїи.

Чистая, такъ сказать, идиопатическая *эпилепсія* большею частью имѣетъ наследственное происхожденіе и отличается отъ симптоматической эпилепсїи, т. е. отъ мозговыхъ судорогъ своимъ крайне хроническимъ теченіемъ и тѣмъ, что въ промежуткахъ между приступами судорогъ ребенокъ не представляетъ никакихъ мозговыхъ симптомовъ.

Если судороги постоянно поражаютъ только одну сторону тѣла, то это обстоятельство сильно говоритъ въ пользу ихъ мозгового происхожденія.

Въ острыхъ случаяхъ мозговья судороги сопровождаются лихорадочнымъ состояніемъ и потому приходится рѣшать вопросъ, зависятъ ли судороги отъ менингита (или отъ какого либо иного страданія мозга), или просто отъ повышенія температуры.

*Всякое быстрое повышение температуры, выражающееся у взрослыхъ знобомъ, можетъ сопровождаться у маленькиихъ дѣтей судорогами и чѣмъ моложе ребенокъ, тѣмъ онѣ легче наступаютъ.*

Эти т. н. лихорадочныя судороги или эклямпсїя вслѣдствіе жара могутъ быть допущены только при наличности трехъ условій: 1) возрастъ ребенка до 3-хъ лѣтъ (исключенія очень рѣдки), 2) быстрое повышение температуры не менѣе, какъ до 39,5 и 3) судороги появляются въ первые часы заболѣванія, т. е. въ началѣ жара. Значить, судороги, по всей вѣроятности, не зависятъ отъ одной только лихорадки, если одно изъ этихъ условій не соблюдено, если, напр., ребенокъ старше 3 хъ лѣтъ или температура низка, или подымалась медленно (въ теченіе 2—3 дней) или если судороги появились не на первый день болѣзни.

Такъ какъ острыя мозговья болѣзни у дѣтей сравнительно рѣдко, начинаются внезапнымъ и сильнымъ жаромъ, то и начальныя судороги при нихъ бывають рѣдко, а потому *если эклямпсїя появилась у ребенка, только что заболѣвшаго и термометръ показываетъ около 40°, то почти навѣрное это не мозговая болѣзнь*. Правда, нѣкоторыя формы остраго гнойнаго менингита начинаются иногда съ судорогъ, но тогда болѣзнь течетъ вообще очень бурно и больной или совсѣмъ не приходитъ въ сознаніе послѣ приступа, или судороги повторяются разъ за разомъ и дня черезъ 2 наступаетъ смертельный исходъ; въ противоположность

этому, лихорадочныя судороги обыкновенно не повторяются (сильный знобъ у взрослыхъ тоже не повторяется), за исключеніемъ рѣдкихъ случаевъ злокачественнаго интермиттента (*f. interm. convulsiva*), в болъной скоро (черезъ 10—20 мин.) приходитъ въ себя\*). Итакъ, если судороги появились у маленькаго ребенка въ началъ развитія сильнаго жара и если ребенокъ скоро пришелъ въ себя и въ теченіе нѣсколькихъ часовъ судороги не повторялись — то можно исключить острую мозговую болѣзнь и діагностировать лихорадочную эклямписю, при чемъ останется еще рѣшить, отъ какой именно болѣзни зависить лихорадка.

Но помимо этихъ начальныхъ судорогъ, при нѣкоторыхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ встрѣчается эклямпися еще и другого рода, отличающаяся тѣмъ что, вмѣсто однократныхъ судорогъ, мы имѣемъ дѣло съ повторными и притомъ у дѣтей любого возраста, а не у маленькихъ только.

Такъ какъ подобнаго рода эклямпися встрѣчается у дѣтей лишь при инфекціонныхъ болѣзняхъ и въ особенности при крупозной пневмоніи (почти исключительно у дѣтей до 2-хъ лѣтъ), скарлатинѣ и оспѣ (какъ у маленькихъ, такъ и у дѣтей старшаго возраста) и притомъ всегда въ тяжелыхъ случаяхъ, то можно думать, что судороги обуславливаются здѣсь не столько повышеніемъ температуры, сколько ядомъ, циркулирующимъ въ крови.

Если судороги повторяются такъ часто, что ребенокъ не успѣваетъ выйти изъ сопора и болѣзнь скоро кончается смертью (при скарлатинѣ иногда черезъ нѣсколько часовъ отъ начала болѣзни), то конечно сходство съ бурнымъ менингитомъ (*meningite foudroyante*) можетъ быть настолько велико, на что основаніи однихъ наличныхъ симптомовъ діагностика не можетъ быть сдѣлана, если не успѣютъ появиться признаки, вполне характерныя для той или другой болѣзни, каковы, напр.: сыпь при скарлатинѣ и оспѣ или физикальные симптомы со стороны легкихъ при пневмоніи.

Важное значеніе для діагностики подобныхъ случаевъ имѣетъ этиологія, а потому необходимо справиться, не было ли повода больному заразиться оспой и въ особенности скарлатиной (это самая частая причина для смертельныхъ случаевъ повторныхъ судорогъ при жарѣ даже

---

\*) Иногда, хотя и рѣдко, судороги являются первымъ симптомомъ туберкулезнаго менингита, но при этой болѣзни лихорадка бываетъ такъ незначительна (около 38—38,5), что судороги, не смотря на ихъ однократность и возвращеніе сознанія, не могутъ быть объяснены повышеніемъ температуры и потому для объясненія ихъ приходится искать другую причину. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ при туберкулезномъ менингитѣ судороги являются лишь въ самомъ концѣ, незадолго до смертнаго исхода.

и у болѣе взрослыхъ дѣтей), не ушибалъ-ли онъ голову, не пекся-ли на солнцѣ, не имѣлъ-ли онъ передъ тяжелымъ заболѣваньемъ насморка и кашля (гриппъ — какъ поводъ къ церебральной пневмоніи), наконецъ, нѣтъ-ли въ данной мѣстности случаевъ эпидеміи цереброспинальнаго менингита.

Нерѣдко діагностика выясняется лишь черезъ нѣсколько дней послѣ смерти больного и именно въ томъ случаѣ, если въ данной семьѣ кто либо заболѣваетъ ясно выраженной заразной болѣзью, которая всего чаще, конечно, оказывается скарлатиной.

Если ребенокъ вдругъ заболѣваетъ сильнымъ жаромъ, рвотой и повторными судорогами и черезъ 20—30 часовъ умираетъ при явленіяхъ сопора и упадка силъ и для діагностики не оказывается никакихъ другихъ данныхъ, то врачи отмѣчаютъ обыкновенно, какъ причину смерти, менингитъ и, по моему мнѣнію, въ громадномъ большинствѣ случаевъ ошибаются. Дѣло въ томъ, что туберкулезная форма менингита никогда такъ не протекаетъ, простой гнойный менингитъ для своего развитія требуетъ какой-либо опредѣленной причины и ни съ того, ни съ сего у здороваго ребенка не развивается, а что касается до эпидемическаго воспаленія мозговыхъ оболочекъ, то эта болѣзнь вообще встрѣчается рѣдко, а гиперакутныя ея формы почти никогда, а потому въ случаяхъ, подобныхъ вышеприведеннымъ, прежде всего слѣдуетъ думать о скарлатинѣ, потомъ объ оспѣ, а о менингитѣ послѣ всего.

Узнать въ самомъ началѣ заболѣванія *скарлатину* удастся нерѣдко, такъ какъ сыпь при ней высыпаетъ очень рано, иногда въ первые часы, а если сыпи еще нѣтъ, то все-таки есть уже скарлатинозная жаба. — Гораздо труднѣе узнать *оспу*, такъ какъ слизистая оболочка зѣва при ней въ первые дни не поражается, сыпь высыпаетъ только на 3-й день и вообще симптомы предвѣстниковъ мало характерны, если только дѣло идетъ не о геморрагической оспѣ, при которой своеобразныя петехіи на животѣ, а потомъ и на другихъ мѣстахъ появляются очень рано, напр., на 1-й или на 2-й день. Эклампсія при оспѣ отличается притомъ значительной силой и по повторности судорогъ симулируетъ менингитъ. — Вотъ причины, почему на практикѣ эклампсія при оспѣ часто смѣшивается съ менингитомъ. — Важнымъ подспорьемъ для діагностики служитъ характеръ эпидеміи въ данной мѣстности, особенно если больной живетъ въ оспенномъ домѣ и у него *нѣтъ знаковъ привитой оспы*. Объ отличіи менингита отъ, такъ называемой, церебральной формы воспаленія легкихъ, мы говорить здѣсь не будемъ, такъ какъ можно сослаться на главу о пневмоніи. За то необходимо



упомануть еще объ *уреміи*, которая въ своей эclamпической формѣ протекаетъ у дѣтей обыкновенно съ значительнымъ повышеніемъ температуры (до 40° и выше). Если судороги повторяются часто, то больной не выходитъ изъ коматознаго состоянія и сходство съ острымъ менингитомъ тѣмъ болѣе велико, что обязательно бываетъ и рвота. Ошибки, однако, встрѣчаются не часто, такъ какъ судороги развиваются у нефритика, а воспаленіе почекъ просмотрѣть не легко.

Эclamпсія при другихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ у маленькихъ дѣтей можетъ представить врачу затрудненіе лишь на нѣсколько часовъ, такъ какъ, во 1-хъ, многіе изъ воспалительныхъ процессовъ скоро выясняются, а во 2-хъ, какъ уже сказано, судороги эти обыкновенно не повторяются.

Для дифференціальной діагностики мозговыхъ судорогъ отъ простой лихорадочной эclamпсіи огромное значеніе имѣютъ также способъ развитія и группировка мозговыхъ припадковъ, комплексъ которыхъ можетъ быть такого рода, что его нельзя объяснить ничѣмъ инымъ, какъ только страданіемъ мозга; мозговья явленія, зависящія отъ лихорадки, отличаются отъ настоящихъ мозговыхъ симптомовъ *недостаточнымъ постоянствомъ и тѣмъ, что они обыкновенно не усиливаются, а напротивъ того, по мѣрѣ выясненія первичной болѣзни все болѣе и болѣе ослабѣваютъ.*

Что касается спеціально до судорогъ, то при мозговыхъ болѣзняхъ имъ предшествуетъ обыкновенно *очень сильная головная боль, появляющаяся во всей своей интензивности съ самаго начала заболѣванія и не дѣлающая послабленій вплоть до періода потери сознанія*; настоящія мозговья судороги при острыхъ болѣзняхъ мозга повторяются обыкновенно разъ за разомъ и оставляютъ послѣ себя глубокое сопорозное состояніе, изъ котораго больной большею частію не выходитъ до самой смерти. По Barthez и Sanné мозговья судороги отличаются отъ простой эclamпсіи слѣдующимъ: 1) послѣ мозговыхъ судорогъ рѣзче выражаются послѣдовательныя измѣненія въ сферѣ сознанія и движенія (чаще являются, напр., параличи и сведенія), 2) продолжительность самого приступа больше и 3) мозговья судороги очень наклонны къ возвращенію; если у ребенка въ возрастѣ послѣ двухъ лѣтъ судороги повторяются разъ за разомъ, то онѣ почти навѣрное мозгового происхожденія (мы уже говорили, что подобныя судороги у дѣтей старшаго возраста могутъ быть обусловлены скарлатиной и уремией).

При оцѣнкѣ мозговыхъ судорогъ до нѣкоторой степени можно руководствоваться еще и состояніемъ *большаго родничка*, при чемъ надо имѣть въ виду, что выпяченный и пульсирующій родничекъ, встрѣ-

чается при всякомъ сильномъ лихорадочномъ состояніи. *Выпячиваніе* и *пульсация* большого *родничка* могутъ считаться несомнѣнными симптомами *ипереміи мозга* лишь въ томъ случаѣ, если и то и другое оказывается постояннымъ, несмотря на *ослабленіе лихорадки* и если притомъ существуетъ спячка или другіе симптомы пораженія мозга. Если *фонтанель* *высоко* подымается надъ краями окружающихъ ее костей и при давленіи на нее пальцемъ представляетъ *значительную резистенцію*, то это сильно говоритъ въ пользу экссудативнаго процесса въ мозгу, такъ какъ при лихорадочныхъ болѣзняхъ фонтанель, хотя и можетъ пульсировать и выпячиваться, но она оказывается легко вдавимою. Однако, обратнаго заключенія сдѣлать нельзя, потому что *отсутствіе усиленной резистенціи фонтанели не исключаетъ существованія экссудата въ полости черепа*. Если на основаніи тѣхъ или иныхъ соображеній мозговая болѣзнь можетъ быть исключена, то остается опредѣлить дѣйствительную причину судорогъ.

Причины судорогъ у дѣтей крайне разнообразны, такъ что въ этомъ отношеніи принято различать 4 вида эклямпсін: 1) мозговая или симптоматическая (объ отличіи этой формы было уже говорено); 2) рефлекторная, зависящая отъ периферическаго раздраженія; 3) гематогенная, появляющаяся при различныхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ и отравленіяхъ и навоонецъ 4) идиопатическая или эссенціальная эклямпсія, причины которой неизвѣстны. По мѣрѣ совершенствованія нашихъ свѣдѣній, число случаевъ этой послѣдней категоріи будетъ, конечно, постоянно уменьшаться.

Въ настоящее время сюда относятся судороги вслѣдствіе испуга и другихъ психическихъ вліяній, а также „безпричинныя“ конвульсіи у вполне здоровыхъ или анемичныхъ дѣтей, которыя впослѣдствіи оказываются иногда эпилептиками.

Въ цѣляхъ діагностики всего лучше раздѣлить всѣ случаи эклямпсін на двѣ категоріи: 1) судороги при повышенной температурѣ тѣла и 2) судороги безъ лихорадки.

Если лихорадка у ребенка не оказывается и если мозговая болѣзнь исключена, то на сужденіе о причинѣ судорогъ оказываетъ большое вліяніе возрастъ больного.

**Безлихорадочныя судороги у дѣтей отъ 4 до 12 лѣтъ** встрѣчаются вообще рѣдко; причиной ихъ всего чаще бываетъ *эпилепсія*. Общія судороги съ потерей сознанія и съ послѣдовательною кратковременной спячкой повторяются въ теченіе ряда лѣтъ черезъ различные промежутки времени отъ нѣсколькихъ недѣль до цѣлыхъ мѣсяцевъ; особенно характерно для эпилепсін, если припадки появляются иногда по ночамъ

или если непосредственно передъ наступленіемъ пароксизма судорогъ больной жалуется на то или другое ощущеніе, извѣстное подъ именемъ ауры, будетъ-ли то чувство дуновенія, идущаго какъ будто отъ пальцевъ кверху, или какія-либо галлюцинаціи зрѣнія или слуха и проч. Эпилепсическія судороги продолжаются всего минуты 2—3, но встрѣчаются случаи эпилепсіи съ гораздо менѣе продолжительными припадками и даже совсѣмъ безъ судорогъ или только съ легкими подергиваніями мышцъ лица. Подобные abortивные припадки эпилепсіи (*petit mal s. epilepsia mitior*) выражаются тѣмъ, что ребенокъ среди полного здоровья вдругъ теряетъ сознаніе, рѣзко блѣднѣетъ и черезъ нѣсколько секундъ приходитъ въ себя; потеря сознанія проходитъ такъ скоро, что больной не успѣваетъ даже упасть; если непосредственно передъ наступленіемъ припадка онъ разговаривалъ, то останавливается на полу-словъ и по окончаніи припадка продолжаетъ свою рѣчь.—Во время припадка больной ничего не чувствуетъ, а по окончаніи его не помнитъ, что съ нимъ случилось что-то. Если такіе abortивные приступы эпилепсіи чередуются съ судорожными припадками, то діагностика легка, если-же настоящихъ эпилепсическихъ приступовъ нѣтъ, то правильная оцѣнка случая возможна лишь на основаніи повторяемости время отъ времени *совершенно одинаковыхъ* припадковъ нѣсколькосу-секундной потери сознанія.

По отношенію діагностики эпилепсіи отъ уремическихъ судорогъ слѣдуетъ имѣть въ виду, что послѣ настоящаго эпилепсическаго припадка въ мочѣ появляются обыкновенно бѣлокъ и гіалиновые цилиндры, но только и то и другое держится не долѣе 1—2 сутокъ.

Если больной никогда прежде судорогами не страдалъ и въ родословной его нѣтъ указаній на эпилепсію, то надо думать или на уремію (изслѣдованіе мочи, отеки), или на отравленіе, между прочимъ, сантонниномъ и водкой (анамнезъ). У дѣтей старшаго возраста слѣдуетъ имѣть въ виду еще истерію и притворство, а у младшихъ (лѣтъ 4—5) засореніе желудка и глисты (изслѣдованіе испражнений на яйца и выходъ глисть или ихъ члениковъ). Какъ на рѣдкую, но несомнѣнно возможную, причину судорогъ можно указать еще на инородное тѣло въ ухѣ, будетъ-ли то большая, старая сѣрная пробка, или что-либо постороннее.

У дѣтей въ *возрастѣ отъ 6 мѣс. до 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> лѣтъ* безлихорадочныя судороги всего чаще встрѣчаются у *рахитиковъ* и въ особенности при спазмѣ голосовой щели. При изслѣдованіи такого ребенка легко констатировать рахитическія измѣненія въ костяхъ черепа (у дѣтей до года почти всегда размягченіе затылка) и грудной кѣтки, а въ анамнезѣ—приступы лярингоспазма; приступы эти, характеризующіеся свистящимъ

вдыханіемъ, особенно часто (нѣсколько разъ въ день) являются у ребенка при крикѣ, но въ громадномъ большинствѣ случаевъ они прекращаются такъ быстро, что не причиняютъ больному никакого вреда; однако нѣкоторые изъ нихъ достигаютъ такой степени, что ребенокъ совершенно не можетъ вздохнуть и вслѣдъ за этой апноей впадаетъ въ общія судороги, которыя отъ всякихъ другихъ судорогъ отличаются тѣмъ, что или начало, или конецъ приступа обозначается свистящимъ вдыханіемъ.

Эклямпсія встрѣчается иногда у рахитиковъ и безъ ларингоспазма, вслѣдствіе чрезмѣрной раздражительности ихъ нервной системы, подъ вліяніемъ ненормальнаго состоянія общаго питанія.

Рѣдко случается, чтобы судорогами страдали дѣти не рахитики; въ такомъ случаѣ раздражительность нервной системы развивается или на почвѣ анеміи, или подъ вліяніемъ наследственности.

Эта послѣдняя причина выражается тѣмъ, что почти всѣ дѣти данной семьи въ извѣстномъ возрастѣ (на 1-мъ или 2-мъ году) страдаютъ судорогами. Любопытный случай подобнаго рода „семейной эклямпсіи“ приводитъ, напр., Bouchut: въ одной семьѣ было 10 человекъ дѣтей и всѣ страдали на 1-мъ году судорогами; одна изъ дѣвочекъ вышла впоследствии замужъ, родила тоже 10 человекъ и изъ нихъ эклямпсія была у девяти.

Итакъ, главной причиной судорогъ у маленькихъ дѣтей является особое состояніе ихъ центральной нервной системы подъ вліяніемъ рахитизма, рѣже малокровія или наследственнаго расположенія.

Расположеніе къ судорогамъ можетъ быть такъ велико, что приступы эклямпсіи нерѣдко появляются безъ всякой замѣтной случайной причины или подъ вліяніемъ самыхъ незначительныхъ поводовъ; у ребенка, расположеннаго къ спазму гортанной щели, общія судороги нерѣдко вызываются малѣйшимъ психическимъ возбужденіемъ и приступы повторяются при каждомъ громкомъ крикѣ и т. п. При такихъ условіяхъ случается наблюдать у ребенка до 10 — 20 судорожныхъ приступовъ въ день.

Въ другихъ случаяхъ судороги появляются не иначе, какъ подъ вліяніемъ какой-нибудь опредѣленной причины, въ числѣ которыхъ самыми частыми надо считать лихорадочное состояніе и *засореніе желудка*, въ особенности запоръ. Несомнѣнно также, что случайной причиной судорогъ можетъ быть психическое возбужденіе (пугъ) и раздраженіе периферическихъ нервовъ, напр., при ожогахъ кожи, а также при *прорезываніи зубовъ*. Эклямпсія, зависящая отъ послѣдней причины, отличается отъ всякой другой эклямпсіи только тѣмъ, что при-

ступы судорогъ появляются у ребенка при каждомъ новомъ прорѣзывающемся зубѣ (см. стр. 55).

У дѣтей первыхъ мѣсяцевъ жизни судороги могутъ быть слѣдствіемъ колликъ (диспепсическій стулъ, вздутый животъ, продолжительный крикъ) или запора, или какихъ-либо погрѣшностей діеты.

Къ послѣдней категоріи Непоса (стр. 159) относятъ, напр., случаи эклямпсіи у грудныхъ дѣтей, пососавшихъ грудь сильно возбужденной кормилицы; сюда-же принадлежитъ эклямпсія у дѣтей, поѣвшихъ трудноваримой для нихъ пищи; въ одномъ изъ моихъ случаевъ судороги у грудного ребенка были вызваны, напр., нѣсколькими ложками щей, у другого—чайной ложкой водки. Случаи, приведенные у Непоса, доказываютъ, что тѣ же причины могутъ вызвать судороги и у дѣтей 2—3 и даже 6-ти лѣтъ.

Для правильной оцѣнки подобныхъ случаевъ важно констатировать грубую погрѣшность діеты или запоръ въ послѣдніе дни передъ наступленіемъ судорогъ; нерѣдко имъ предшествуетъ рвота и лихорадочное состояніе; если запоръ смѣняется поносомъ (наступающимъ, такъ сказать, самопроизвольно или послѣ слабительныхъ), то послѣдній характеризуется обыкновенно очень вонючими испражненіями.

По отношенію къ дѣтямъ первыхъ мѣсяцевъ жизни слѣдуетъ еще упомянуть, что причиной судорогъ у нихъ можетъ быть *затрудненное мочеиспусканіе*, влѣдствіе сильной степени фимоза или мочевого песка; въ послѣднемъ случаѣ ребенокъ всякій разъ сильно кричитъ передъ мочеиспусканіемъ и усложняется послѣ опорожненія пузыря.

Наконецъ, безлихорадочная эклямпсія у грудныхъ дѣтей можетъ быть результатомъ пассивной гипереміи мозга, напр., при коклюшѣ пли отека и анеміи его при дѣтской холерѣ.

О лихорадочныхъ судорогахъ было говорено выше.

Судороги, характеризующія эклямпсію и появляющіяся приступами короткой продолжительности, но съ потерей сознанія, не имѣютъ никакого сходства съ тѣми почти безпрерывными, произвольными движеніями, которыя являются при полномъ сознаніи и характеризуютъ пляску Св. Витта—*chorea*. При этой послѣдней нѣтъ настоящихъ судорогъ, а есть только разстройство координаціи движеній, выражающееся тѣмъ, что мышцы не вполне подчиняются волѣ: въ произвольнымъ движеніямъ примѣшиваются произвольныя, нарушающія правильность первыхъ. Неправильныя и произвольныя сокращенія мышцъ, свойственныя хорей, характеризуются тѣмъ, 1) что они прекращаются во время сна и, 2) что усиливаются при психическомъ возбужденіи больного и при желаніи его произвести волевое движеніе. Разъ начавшись,

хорея продолжается обыкновенно нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ (въ среднемъ—мѣсяца три). Въ самыхъ легкихъ случаяхъ вся болѣзнь выражается только какъ бы безпокойствомъ мышцъ: больной не можетъ долго оставаться въ спокойномъ положеніи: то у него кисти рукъ согнутся и опять вытянутся, то плечо подымется, то гримаска въ лицѣ появится и т. п. Особенно легко замѣтить ненормальность движеній, если заставить больного произвести какое-нибудь движеніе, напр., вытянуть руку, застегнуть пуговицу и т. п. Въ случаяхъ средней силы безпокойство мышцъ проявляется постоянно и тоже усиливается при произвольныхъ движеніяхъ; въ тяжелыхъ случаяхъ непроизвольныя движенія до такой степени мѣшають всякимъ произвольнымъ, что является полное расстройство координаціи, такъ что больной не можетъ, напр., поднести ложку ко рту, не въ состояніи перекреститься и т. п. и долженъ лежать въ постели съ мягкими стѣнками, такъ какъ иначе подъ вліяніемъ непрерывнаго движенія, совершаемаго и туловищемъ, и конечностями, онъ навѣрное упалъ-бы на полъ. Хорея начинается или сразу довольно сильно, или расстройство координаціи является сначала въ слабой степени и преимущественно на одной сторонѣ и потомъ постепенно усиливается въ теченіе 2—4 недѣль, остается на достигнутомъ maximumѣ 1—2 мѣсяца и затѣмъ постепенно ослабѣваетъ.

Больной, перенесшій хорею, надолго остается расположеннымъ снова заболѣть этой болѣзнью, которая можетъ повторяться ежегодно въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ подъ рядъ.

Для діагностики хорея не представляетъ никакихъ затрудненій, такъ какъ своеобразныя движенія, характеризующія ее, на столько типичны, что стѣбитъ хоть разъ видѣть ихъ, чтобъ всегда узнать. Вопросъ можетъ идти только о причинѣ хорея въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ.

Хорея можетъ быть симптомомъ хроническаго страданія мозга или является въ видѣ самостоятельной болѣзни, т. е. чистаго нейроза.

*Симптоматическая хорея* принадлежитъ къ числу хроническихъ и неизлѣчимыхъ болѣзней и сопровождается еще и другими мозговыми симптомами, каковы упорная головная боль, параличи (особенно глазныхъ мышцъ), ослабленіе умственныхъ способностей, анестезіи. Такъ какъ идиопатическая хорея почти никогда не встрѣчается у дѣтей въ возрастѣ до 6-ти лѣтъ, то всегда слѣдуетъ быть особенно осторожнымъ въ предсказаніи зъ случаѣ появленія хорея у маленькихъ дѣтей.

*Идиопатическая хорея* всегда кончается выздоровленіемъ, хотя и тянется иногда до 6 мѣсяцевъ. Весьма рѣдко она встрѣчается у крѣпкихъ и на видъ здоровыхъ дѣтей подъ вліяніемъ какихъ-либо случайныхъ причинъ, напр., испуга, обыкновенно же она развивается на почвѣ

анемии и наследственной нервозности или же подъ влияніемъ ревматизма; въ послѣднемъ случаѣ вовсе не необходимо, чтобъ былъ эндокардитъ; къ хорѣѣ можетъ вестн какъ острый сочленовой, такъ и мышечный ревматизмъ (torticollis). Ревматическая хорѣя отличается отъ всякой другой только тѣмъ, что ей предшествуютъ или слѣдуютъ за ней ревматическія болѣз.

Гораздо рѣже, чѣмъ послѣ ревматизма, развивается хорѣя послѣ другихъ инфекціонныхъ болѣзней, изъ которыхъ на первомъ мѣстѣ надо поставить скарлатину.

Что касается до отношенія хорѣи къ порокамъ сердца, то слѣдуетъ имѣть въ виду, что не всякій шумъ въ области сердца доказываетъ существованіе порока клапановъ и что сердечные шумы встрѣчаются при хорѣѣ значительно чаще, чѣмъ органическія болѣзни сердца. Эти функциональные шумы, зависящіе или отъ анемии или отъ ненормальной дѣятельности папиллярныхъ мышцъ сердца, отличаются отъ настоящихъ шумовъ тѣмъ, что объемъ сердца при нихъ остается неувеличеннымъ и 2-й тонъ легочной артеріи неусиленнымъ; въ періодъ выздоровленія функциональные шумы безслѣдно исчезаютъ.

Нѣкоторое сходство съ хорѣей, и именно съ начальнымъ ея періодомъ, могутъ имѣть мѣстные клоническія судороги, напр., *мигательный спазмъ* и подергиваніе мышцъ лица (непроизвольныя гримасы) или другихъ мышцъ, въ особенности шеи, вслѣдствіе чего ребенокъ дѣлаетъ своеобразныя движенія головой, выступающія тѣмъ яснѣе, чѣмъ больше занято вниманіе (напр., во время писанія, рѣшенія арифметическихъ задачъ и т. п.) Если подобныя мѣстные спазмы мышцъ служатъ выраженіемъ начала хорѣи, то въ скоромъ времени, примѣрно недѣли черезъ двѣ, разстройство координаціи должно появиться и въ другихъ областяхъ тѣла и преимущественно въ рукахъ; если же мѣстный спазмъ является въ видѣ самостоятельнаго страданія, то онъ остается стационарнымъ въ теченіе многихъ недѣль и даже мѣсяцевъ.

Къ той же категоріи мѣстныхъ клоническихъ судорогъ относится и такъ называемый *spasmus nutans*, состоящій въ томъ, что ребенокъ постоянно дѣлаетъ кивательныя движенія головой (сгибаетъ и разгибаетъ голову) или всѣмъ туловищемъ. — Болѣзнь эта тянется обыкновенно нѣсколько недѣль, нерѣдко комбинируется съ косоглазіемъ или дрожаніемъ глазныхъ яблокъ (nystagmus), и потомъ проходитъ, если только не зависитъ отъ центральнаго страданія. По наблюденіямъ Непоч'а, *spas. nutans* нерѣдко быстро исчезаетъ вслѣдъ за выходомъ новаго зуба. Сюда же относится и постоянное, непроизвольное движеніе пальцевъ, страданіе извѣстное подъ именемъ *atetosa* (athetosis). Эти

движенія обыкновенно не прекращаются и во время сна. Страданіе это отличается чрезвычайно хроническимъ, многолѣтнимъ теченіемъ; оно комбинируется обыкновенно или съ парезами или съ какими либо другими симптомами, указывающими на центральную причину атетоза, локализирующуюся, вѣроятно, въ мозговой корѣ.

**Тетанія** — *Tetania*. — Подъ именемъ тетаніи понимается симметрическое сведеніе кистей и пальцевъ рукъ иногда и ступней, не зависящее отъ грубыхъ матеріальныхъ измѣненій въ центральной нервной системѣ.

Болѣзнь эта характеризуется своеобразной формой сведенныхъ членовъ: кисть сгибается въ запястномъ сочлененіи, большой палецъ пригибается къ ладони, а остальные 4 пальца, остающіеся вытянутыми въ межфаланговыхъ сочлененіяхъ, сгибаются въ пястнофаланговыхъ, причемъ мизинецъ и указательный палецъ приближаются другъ къ другу и своими концами помѣщаются подъ безымяннымъ и среднимъ пальцемъ, такъ что вся кисть принимаетъ форму, очень напоминающую кисть акушера въ моментъ введенія ея *in vaginam* (Trousseau). — Пальцы ногъ тоже сгибаются лишь въ пястнофаланговыхъ сочлененіяхъ или остаются вытянутыми и растопыренными, а стопа принимаетъ положеніе, какъ при *pes equinus*.

Примѣрно въ половинѣ случаевъ поражаются только руки, а ноги остаются свободными; сравнительно рѣдко спазмъ распространяется на предплечья (сгибаніе рукъ въ локтевыхъ сочлененіяхъ) и на другія вышележащія мышцы.

Насильственное выпрямленіе сведенныхъ пальцевъ причиняетъ ребенку боль и непременно вызываетъ съ его стороны плачъ. Сведеніе, разъ появившись, продолжается довольно продолжительное время отъ нѣсколькихъ часовъ до нѣсколькихъ дней, не прекращаясь даже и во время сна. Сознаніе при тетаніи не нарушается; чувствительность кожи остается нормальной.

Сведеніе рѣдко кончается сразу, обыкновенно же оно принимаетъ перемежающееся теченіе, т. е. сведеніе то исчезаетъ, то является снова, и такія перемѣны могутъ происходить по нѣскольку разъ въ день, причемъ обыкновенно періоды сведеній въ общемъ занимаютъ гораздо больше времени чѣмъ антракты. Что касается до признака Trousseau (вызываніе приступа въ любое время антракта посредствомъ сдавленія соответствующей плечевой артеріи или нерва), то онъ, хотя и встрѣчается при тетаніи у дѣтей, но только далеко не постоянно.

Вся болѣзнь тянется такимъ образомъ отъ нѣсколькихъ дней до 2—6 недѣль и обязательно кончается выздоровленіемъ.

Въ этиологіи тетаніи главную роль играетъ рахитизмъ, и потому всего чаще она встрѣчается у дѣтей первыхъ двухъ лѣтъ жизни.



Въ числѣ случайныхъ причинъ нѣкоторыя авторитетныя авторы, напр., Нероси, приводятъ прорѣзываніе зубовъ, но гораздо чаще поводомъ къ появленію сведеній служатъ лихорадочныя болѣзни дыхательныхъ органовъ и катарры кишекъ.

Тетанія не имѣетъ ничего общаго съ **тетанусомъ**, при которомъ поражаются не кисти и ступни только, а всеѣ мышцы туловища, конечностей и лица, при чемъ прежде всего поражаются жеватели, которые при тетаніи не подвергаются сведенію даже и въ тѣхъ исключительно рѣдкихъ случаяхъ, когда спазмъ распространяется на мышцы затылка и туловища.

### Сведеніе шейныхъ мышцъ.

Неподвижность шеи вслѣдствіе сведенія шейныхъ мышцъ встрѣчается у дѣтей перѣдко. Если сведены задне-шейныя мышцы, то голова оттягивается назадъ (сведеніе затылка) и шея на задней своей поверхности образуетъ вогнутость; если же сведены тѣ или другія мышцы одной стороны, то голова склоняется къ плечу соотвѣтственной стороны (кривошеестъ — *torticollis*). При легкихъ степеняхъ сведенія затылка голова не закидывается назадъ, а остается вытянутой и не можетъ быть пассивно согнута, а всякая попытка къ этому оказывается крайше болѣзненной, такъ что даже при спячкѣ, зависящей отъ менингита, когда уколы кожи не вызываютъ ужъ реакціи, дѣти при сведенномъ затылкѣ отвѣчаютъ на пассивное сгибаніе головы или стономъ, или искаженіемъ чертъ лица. Узнать сведеніе затылка, хотя бы и въ легкой степени, не трудно даже и у самыхъ маленькихъ дѣтей; для этого стоитъ только попытаться согнуть голову ребенка, находящагося въ лежачемъ положеніи на спинѣ; если сведенія затылка нѣтъ, то голова легко пригнбается къ груди, въ противномъ же случаѣ, вмѣстѣ съ головой, которая остается вытянутой, подымается все туловище.

Острыя формы сведенія затылка всего чаще встрѣчаются при различныхъ формахъ *менингита* и въ особенности при эпидемическомъ цереброспинальномъ воспаленіи мозговыхъ оболочекъ, для діагностики котораго сведеніе затылка является чрезвычайно важнымъ симптомомъ, такъ какъ развивается очень рано, вмѣстѣ съ другими признаками раздраженія перваго періода менингита; такъ что если приходится имѣть дѣло съ больнымъ, который только день или два назадъ заболѣлъ жаромъ и головной болью и который жалуется на сильную

боль въ спинѣ, усиливающуюся при каждомъ движеніи и особенно при сгибаніи спины (переходъ изъ лежачаго въ сидячее положеніе) и если у него есть сведеніе затылка, то можно діагноспровать цереброспинальный менингитъ, хотя бы сознание было совсѣмъ еще въ порядкѣ и не было бы ни запора, ни замедленнаго пульса.

При туберкулезномъ менингитѣ или при простой острой головной водянкѣ сведеніе затылка встрѣчается нерѣдко, но только никогда съ первыхъ дней болѣзни, а много позднѣе, пменно въ періодѣ потемнѣнія сознания и спячки. Въ анамнезѣ тогда можно констатировать, что дней за 10 до появленія сведенія затылка и сонливости у ребенка была упорная (б. ч. многодневная) рвота и запоръ, при ничтожномъ лихорадочномъ состояніи и при замедленномъ пульсѣ.

Если сведеніе затылка появляется у больного послѣ нѣсколькихъ дней сильнаго жара, то на основаніи этого симптома отнюдь еще нельзя ставить діагностики менингита даже и въ томъ случаѣ, если больной находится въ сонливомъ, полубезсознательномъ состояніи и въ бреду и у него ясно выражена общая гиперэстезія кожи, такъ какъ точно такая же картина можетъ встрѣтиться въ тяжелыхъ случаяхъ *тифа* и *рекуррента*. Высокія температуры (40° и больше), свойственныя тяжелымъ случаямъ этихъ болѣзней, значительно способствуютъ выясненію дѣла. Что у больного не цереброспинальный менингитъ, видно изъ того, что сведеніе затылка появилось слишкомъ поздно (примѣрно на второй недѣлѣ); противъ туберкулезнаго менингита говорятъ слишкомъ высокія температуры и, можетъ быть, отсутствіе начальной рвоты, (которая при тифахъ встрѣчается не часто, да притомъ никогда не бываетъ упорной). Понятно, что если врачъ можетъ убѣдиться въ существованіи у больного свѣжей опухоли селезенки и тифозной розеола, то діагностика тифа ему будетъ легка. Очень рѣдко случается, чтобъ сведеніе затылка присоединилось къ тифу съ первыхъ дней болѣзни; въ такомъ случаѣ діагностика въ теченіе нѣсколькихъ дней остается сомнительной. Мнѣ случилось наблюдать только одинъ такой случай у еврейскаго мальчпка 6 лѣтъ, вслѣдствіе осложненія тифа острымъ ревматизмомъ шейныхъ мышцъ (мальчикъ и прежде не разъ страдалъ сведеніемъ шейныхъ мышцъ). Цереброспинальный менингитъ въ этомъ случаѣ могъ быть исключенъ въ виду отсутствія боли въ спинѣ, гиперэстезіи кожи и начальной рвоты.

Если неподвижность головы, вслѣдствіе сведенія шейныхъ мышцъ является въ *хроническомъ видѣ*, то почти навѣрное оно зависитъ отъ *спондилита* въ шейной части позвоночника; голова въ такихъ случаяхъ

назадъ не закидывается, а остается вытянутой (см. гл. о Поттовой болѣзни).

Острыя формы боковыхъ искривленій шеи (*torticollis*) всего чаще встрѣчаются при *ревматизмъ m. sternocleidomastoidei* или *musculi cucullaris* или *m. splenii*. При сведеніи *m. st. cl. mast.* голова склоняется на сторону больного мускула, тогда какъ лицо обращается въ другую сторону и подбородокъ нѣсколько приподымается. При одностороннемъ сокращеніи *m. cucullaris* голова тоже склоняется на больную сторону и нѣсколько назадъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ подымается и соответственное плечо; при поражении *m. splenii* подбородокъ не подымается кверху, и лицо не поворачивается къ здоровой сторонѣ, а голова просто склоняется къ плечу больной стороны. Діагностика облегчается еще и тѣмъ, что пораженные мышцы прощупываются болѣе плотными, напряженными. Ставить діагностику ревматизма шейныхъ мышцъ можно только въ томъ случаѣ, если отсутствіе болѣзненности въ позвонкахъ исключаетъ *synovitis vertebralis*, и если нѣтъ никакихъ признаковъ воспаленія шейныхъ железъ, подкожной клетчатки или заднеглоточнаго нарыва, при которомъ часто бываетъ неправильное положеніе головы. Въ дѣйствительности *torticollis rheumatica* встрѣчается, можетъ быть, вовсе не такъ часто, какъ вообще думаютъ, такъ какъ большинство относящихся сюда случаевъ при ближайшемъ изслѣдованіи позвоночника оказываются ничѣмъ инымъ, какъ синовитомъ (*Spodylarthriti cervicalis Volkman'a*) боковыхъ сочлененій позвоночника. Эти синовиты могутъ имѣть ревматическое или травматическое происхожденіе или они развиваются послѣ инфекціонныхъ болѣзней, въ особенности послѣ скарлатины. Сходство съ ревматическимъ *torticollis* особенно бросается въ глаза въ силу того, что положеніе головы совершенно соответствуетъ одностороннему сведенію *m. st. cl. mast.*: голова склоняется на здоровую сторону, а лицо поворачивается къ больной сторонѣ и подбородокъ нѣсколько приподымается. Діагностика легко выясняется тѣмъ, что сведенный мускулъ не болѣзненъ, а давленіе вызываетъ живую боль, если производится съ одной стороны остистыхъ отростковъ. Иногда кривошесть появляется въ видѣ типически возвращающихся приступовъ и быстро уступаетъ хинину, т. е. должна быть разсматриваема, какъ *febr. intermittens larvata*.

Хроническіе случаи боковыхъ искривленій шеи могутъ имѣть *врожденное происхожденіе* (вслѣдствіе надрыва *m. st. cl. mast* во время родовъ) и тогда половина головы, соответствующая сведенному мускулу, представляетъ замѣтную степень атрофіи или отсталости въ развитіи.

### Семіотика параличей.

Подъ именемъ паралича понимается неспособность къ произвольному движенію, зависящая или отъ нарушенія проводимости волевыхъ импульсовъ по нервнымъ элементамъ (невропатическій параличъ), или отъ утраты мышечной сократительности, вслѣдствіе заболѣванія самой мышцы (міопатическій параличъ). Слѣдовательно, нельзя ставить діагностику паралича только на томъ основаніи, что ребенокъ держитъ неподвижно ту или другую конечность, но надо доказать сначала, что неподвижность эта зависитъ отъ разстройства иннерваціи нервно-мышечнаго аппарата, а не обусловливается, напр., болью при воспаленіи сочлененія или страданіемъ костей и проч.

Въ дѣтскомъ возрастѣ, какъ и у взрослыхъ, параличи отличаются различнымъ характеромъ въ зависимости отъ того, какія части нервной системы поражены; если параличъ зависитъ отъ страданія моторныхъ частей мозговой коры или пирамидныхъ путей головного и спинного мозга, то онъ характеризуется особенностями, такъ называемаго, *центрального паралича*, если же поврежденіе занимаетъ передніе столбы сѣраго вещества спинного мозга (ядерные параличи) или периферические нервы (периферические параличи въ тѣсномъ смыслѣ слова), то онъ отличается признаками *периферическаго паралича*.

Главные отличія центрального паралича отъ периферическаго состоятъ въ слѣдующемъ: 1) *распространеніе паралича* — диффузный параличъ, въ особенности параличъ одной половины тѣла, говоритъ въ пользу центрального его происхожденія, тогда какъ параличъ отдѣльныхъ мышцъ или мышечныхъ группъ, словомъ, ограниченность паралича указываетъ на его периферическую натуру.

2) *Отношеніе парализованныхъ мышцъ къ электрическому току*. При центральныхъ параличахъ реакція нервовъ и мышцъ на электрическое раздраженіе, какъ постояннымъ, такъ и прерывистымъ токомъ, не представляетъ рѣзкихъ измѣненій, но крайней мѣрѣ, въ случаяхъ не очень застарѣлыхъ (напр., 2—3 мѣсяца), позднѣе же электровозбудимость измѣняется только количественно, а не качественно, т. е. она просто понижается. Напротивъ того, при ядерныхъ и чисто периферическихъ параличахъ фарадическая возбудимость какъ въ нервахъ, такъ и въ мышцахъ начинаетъ быстро падать уже черезъ нѣсколько дней послѣ развитія паралича. По отношенію къ гальваническому току нервная возбудимость тоже падаетъ, а при прямомъ раздраженіи мышцъ оказывается не только количественное ослабленіе возбудимости, но и

качественное ея измѣненіе, выражающееся извращеніемъ фізіологическаго закона сокращенія мышцъ при замыканіи и отмыканіи тока. Въ нормальномъ состояніи мышца реагируетъ на слабый токъ моментальнымъ подергиваніемъ только въ моментъ замыканія катодомъ (КЗС); если токъ постепенно усиливаетъ, то такія же моментальныя сокращенія начинаютъ появляться также при замыканіи и отмыканіи анодомъ, а при замыканіи катодомъ дѣлаются сильнѣе (КЗС > АЗС и АОС); если токъ еще усилить, то сокращеніе появляется и при отмыканіи катодомъ. Значитъ, въ нормальномъ состояніи замыканіе катодомъ раздражаетъ мышцу сильнѣе, чѣмъ замыканіе анодомъ, а отмыканіе анодомъ сильнѣе, чѣмъ отмыканіе катодомъ, но въ патологическихъ случаяхъ, о которыхъ идетъ рѣчь, получается извращеніе этого закона, извѣстное подъ именемъ *реакціи перерожденія*. Эта реакція характеризуется тѣмъ, что первое сокращеніе мышцъ при постепенномъ усиленіи самаго слабого тока наступаетъ при замыканіи анодомъ, потомъ, при болѣе сильномъ токъ, при замыканіи катодомъ (АЗС > КЗС). Кромѣ того, и самое сокращеніе мышцъ измѣняется, оно изъ моментальнаго превращается въ вялое, продолжительное. Ко времени появленія реакціи перерожденія фарадическая возбудимость въ нервахъ и мышцахъ обыкновенно ужъ совсѣмъ исчезаетъ. Хотя реакція перерожденія всегда указываетъ на периферическое (или ядерное) происхожденіе паралича, но для послѣдняго она все-таки не обязательна, а потому отсутствіе ея не позволяетъ сдѣлать обратнаго заключенія.

3) *Состояніе мышцъ*. Мышечный тонусъ при параличѣ можетъ представляться усиленнымъ или ослабленнымъ; въ первомъ случаѣ парализованныя мышцы видимо напряжены и на ощупь плотны, во второмъ—онѣ расслаблены и дряблы. Усиленіе мышечнаго тонуса встрѣчается при центральныхъ параличахъ, а расслабленіе мышцъ при периферическихъ и ядерныхъ. *Атрофія* парализованныхъ *мышцъ* наступаетъ очень скоро при периферическихъ параличахъ и очень медленно при центральныхъ.

4) *Сухожильные рефлексы* при полномъ параличѣ сохраняются только въ случаѣ ихъ центральнаго происхожденія. Такъ какъ сухожильные рефлексы повышаются при всякомъ усиленіи мышечнаго тонуса, то всѣ спастическіе параличи бываютъ тоже центральнаго происхожденія, тогда какъ периферическій (или ядерный) параличъ, характеризующійся расслабленіемъ мышцъ, т. е. пониженіемъ ихъ тонуса, сопровождается значительнымъ ослабленіемъ или полнымъ уничтоженіемъ сухожильныхъ рефлексовъ. Сохраненіе *кожныхъ рефлексовъ* болѣе свойственно тоже центральному параличамъ.

Я не могу конечно входить въ обсужденіе діагностики всевозможныхъ параличей, такъ какъ для этого пришлось бы зайти слишкомъ далеко въ область невропатологіи и я предпочитаю лучше сослаться въ этомъ отношеніи на руководства по нервнымъ болѣзнямъ, а ограничусь только краткимъ изложеніемъ дифференціальной діагностики параличей, свойственныхъ дѣтскому возрасту по преимуществу.

### *Параличи съ расслабленіемъ мышцъ.*

**Дѣтскій параличъ** или множественное *воспаленіе переднихъ роговъ спиннаго вещества спинного мозга*, poliomyelitis anterior acutissima s. paralysis spinalis infantum s. par. essentialis. Этотъ своеобразный параличъ, зависящій отъ чрезвычайно остраго воспаленія переднихъ сѣрыхъ столбовъ спинного мозга, называется „дѣтскимъ“ параличемъ потому, что онъ встрѣчается почти исключительно только у маленькихъ дѣтей, преимущественно на 1-мъ и 2-мъ году жизни, нѣсколько рѣже въ возрастѣ 3-хъ и 4-хъ лѣтъ, гораздо рѣже у дѣтей послѣ 6-ти лѣтъ и только, въ видѣ крайне рѣдкаго исключенія, у субъектовъ взрослыхъ. Обстоятельство это имѣетъ конечно и діагностическое значеніе.

Этіологія страданія темна; въ большинствѣ случаевъ не удается открыть никакой причины (инфекція?), въ другихъ случаяхъ спинальный параличъ развивается послѣ простуды или послѣ остро-лихорадочныхъ болѣзней.

Спинальный дѣтскій параличъ характеризуется слѣдующими особенностями: 1) *Онъ развивается внезапно* или среди полного здоровья, (напр. такимъ образомъ, что ребенокъ легъ спать здоровымъ, а проснулся съ параличемъ одной или нѣсколькихъ конечностей) или послѣ 3—5 дневнаго продромальнаго періода, во время котораго больной находится въ умѣренномъ лихорадочномъ состояніи (38,—39); не особенно рѣдко начало болѣзни обозначается рвотой и повторными или однократными приступами эклампсін. Когда черезъ нѣсколько дней лихорадочное состояніе прекращается, то параличъ оказывается уже развитымъ во всей своей силѣ.

2) Въ началѣ своего появленія параличъ бываетъ обыкновенно распространенный, поражаетъ, напр., всѣ четыре конечности или даже и мышцы туловища (kyphosis и scoliosis), но въ теченіе слѣдующихъ недѣль и даже дней многія изъ парализованныхъ мышцъ возвращаются къ нормѣ и въ концѣ концовъ параличъ можетъ ограничиться одной конечностью, да и то не всей, а лишь нѣкоторыми мышцами и въ такомъ видѣ онъ остается на долгое время или навсегда. Самый долгій

сроку, въ теченіе котораго еще можно надѣяться на устраненіе паралича, считается приблизительно въ 9 мѣсяцевъ; что не прошло къ этому сроку, то ужъ не пройдетъ.

3) При дѣтскомъ параличѣ никогда не *страдаетъ ни чувствительность кожи, ни сфинктеры* пузыря и прямой кишки. Если въ области паралича наблюдаются какія-либо расстройства въ сферѣ чувствительности, будутъ ли это боли, или анестезія или гиперэстезія, то навѣрное можно сказать, что это не poliomyelitis anterior; что касается до расстройства моче-отдѣленія, то если иногда оно и встрѣчается, то только въ первые дни заболѣванія и не надолго.

4) Парализованныя мышцы всегда оказываются въ расслабленномъ состояніи, а оттого и сухожильные рефлексы или совсѣмъ уничтожены или значительно понижены (сохранены въ непарализованныхъ мышцахъ).

Въ дальнѣйшемъ теченіи появляются еще три важныхъ признака.

5) *атрофія мышцъ*, замѣтная ужъ недѣли черезъ двѣ отъ начала паралича. 6) *быстрое паденіе фарадвозбудимости* въ нервахъ и мышцахъ парализованной конечности и появленіе реакціи перерожденія. (Пониженіе электровозбудимости можно констатировать ужъ чрезъ нѣсколько дней, а недѣли черезъ 2 появляется и реакція перерожденія въ наиболѣе пострадавшихъ мышцахъ). Если со временемъ электровозбудимость какъ въ нервахъ, такъ и въ мышцахъ совсѣмъ исчезаетъ и не появляется даже по прошествіи 8—10 мѣсяцевъ, то это весьма дурной признакъ, указывающій на неизлѣчимость паралича. 7) *трофическія расстройства*, выражающіяся значительнымъ похуданіемъ конечности, рядомъ съ пониженіемъ температуры кожи и отсталостью въ ростѣ ея сравнительно съ здоровой стороной. Напротивъ того, пролежней никогда не бываетъ.

Такъ какъ параличъ локализуется не во всѣхъ мышцахъ конечности, а только въ нѣкоторыхъ, то современемъ развиваются обыкновенно контрактуры отъ сокращенія уцѣлѣвшихъ антагонистовъ. На ногѣ стойкій параличъ всего чаще остается въ m. peroneus longus, въ рукѣ—deltoideus.

При poliomyelitis anterior всего чаще стойкій параличъ поражаетъ одну конечность ( $\frac{2}{3}$  всѣхъ случаевъ) и именно ногу—monoplegia; рѣже парализуются обѣ ноги—paraplegia, еще рѣже—обѣ руки (paraplegia cervicalis) или рука одной стороны и нога другой (par. cruciata).

На основаніи приведенныхъ признаковъ діагностика спинальнаго паралича не трудна.

Въ *свѣжихъ случаяхъ* наибольшее сходство съ спинальнымъ параличемъ представляетъ т. н. церебральный параличъ Strümpel'я, опи-

санный имъ подъ именемъ *polioencephalitis acuta*, анатомическая сущность котораго состоитъ въ остромъ воспаленіи съ послѣдовательнымъ склерозомъ и атрофіей сѣраго вещества коры полушарій.

Сходство свѣжихъ случаевъ церебральнаго и спинальнаго параличей состоитъ въ слѣдующемъ: 1) какъ тотъ, такъ и другой встрѣчаются, главнымъ образомъ, у дѣтей первыхъ трехъ лѣтъ жизни, при чемъ причина болѣзни остается обыкновенно неизвѣстной. (Мнѣніе Strümpel'я, что въ обоихъ случаяхъ дѣло идетъ вѣроятно о влияніи какой-нибудь инфекции, которая въ однихъ случаяхъ локализируется въ сѣромъ веществѣ спинного мозга, въ другихъ — головного, нашло себѣ подтвержденіе въ наблюденіи Моеbius'a: въ одной семьѣ сразу заболѣли двое дѣтей параличемъ, у одного изъ нихъ оказалась poliomyelitis anterior, а у другого — polioencephalitis. Медип. Обзор. Т. XXVI стр. 891). Параличъ развивается быстро послѣ нѣскольководневнога лихорадочнаго періода, начинающагося рвотой и судорогами (послѣдніе два симптома могутъ отсутствовать не только при спинальномъ, но даже и при церебральномъ параличѣ). 3) Въ обоихъ случаяхъ параличъ можетъ локализоваться въ одной какой-либо конечности или только въ нѣкоторыхъ мышцахъ ея. 4) Чувствительность кожи, равно какъ мочевоу пузыря и rectum остаются нетронутыми.

Тѣмъ не менѣе, дифференціальная діагностика въ большинствѣ случаевъ не трудна; она основывается на слѣдующихъ данныхъ: 1) церебральный параличъ всегда бываетъ одностороннимъ и, въ случаѣ пораженія двухъ конечностей, является въ формѣ гемиплегіи. Это самая частая форма, а если парализуется одна конечность, то гораздо чаще рука, чѣмъ нога, тогда какъ при спинальномъ параличѣ всего чаще парализуется или одна нога, или обѣ ноги, но очень рѣдко одна рука. 2) Иногда парализуется п. facialis или глазныя мышцы (косоглазіе). 3) Атрофія мышцъ и отсталость въ развитіи парализованной конечности развивается гораздо медленнѣе и не достигаетъ такой степени, какъ при спинальномъ параличѣ. Замѣтное похолоданіе конечности и синеватая окраска покрововъ свойственны только спинальному параличу.

Особенно важно для дифференціальной діагностики: 4) что при церебральномъ параличѣ *никогда* не появляется въ парализованныхъ мышцахъ *реакціи перерожденія*; напротивъ того, не только гальваническая, но и фарадическая нервная и мышечная возбудимость вполне сохраняются въ теченіе долгаго времени, тогда какъ при спинальномъ п та, и другая бысто падаютъ, 5) что парализованныя мышцы *не ослаблены*, а замѣтно напряжены, а потому и *сухожильные рефлексы*



значительно *усилены* и б) что нерѣдко замѣчаются у больного *моторныя явленія раздраженія*, то въ видѣ обыкновенной или корковой эпилепсiи (одностороннія судороги на сторонѣ паралича безъ потери сознанія), то въ формѣ атетоза или хорей. Иногда страдаетъ способность рѣчи. Что касается до умственной дѣятельности, то она не представляетъ постоянныхъ измѣненій: въ однихъ случаяхъ интеллектъ больныхъ остается нормальнымъ, въ другихъ — болѣе или менѣе сильно страдаетъ.

Помимо полиэнцефалита къ быстрому развитію гемиплегiи могутъ вести также кровоизліянія въ мозгъ или эмболія мозговыхъ сосудовъ. Какъ у взрослыхъ, такъ и у дѣтей гемиплегiи подобнаго происхожденія характеризуются внезапнымъ появленіемъ безъ продромальной лихорадки и безъ судорогъ, но при наличности взвѣстныхъ этиологическихъ моментовъ. Такъ для эмболіи можетъ имѣть значеніе порокъ сердечныхъ клапановъ, а для кровоизліянія — сильные пароксизмы кашля, напр., при коклюшѣ, временная кровоточивость, какъ, напр., при Верлгофовой болѣзни, расстройство дыханія и кровообращенія, вслѣдствіе судорогъ.

Въ запущенныхъ случаяхъ, т. е. въ періодѣ развитія атрофiи парализованныхъ мышцъ, за poliomyelitis легко можетъ быть принято: а) множественное воспаленіе нервовъ; б) острый міэлитъ; в) прогрессирующая мышечная атрофiя; г) хроническое воспаленіе оболочекъ спинного мозга.

а) Множественное воспаленіе нервовъ — neuritis multiplex въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается вѣроятно значительно чаще, чѣмъ можно бы думать, судя по скуднымъ литературнымъ даннымъ. Сходство ея съ полиоміэлитомъ состоитъ, главнымъ образомъ, въ томъ, что параличъ въ обоихъ случаяхъ имѣетъ свойства периферическаго, т. е. электро-возбудимость къ обоимъ родамъ токовъ въ пораженныхъ нервахъ и мышцахъ быстро падаетъ и потомъ совсѣмъ пропадаетъ или появляется реакція перерожденія; парализованныя мышцы расслаблены и въ скоромъ времени подвергаются атрофiи; сухожильные и кожные рефлексы понижены или уничтожены, мочевоу пузырь и rectum не поражены. Есть также сходство и со стороны этиологiи (простуда, инфекціонныя болѣзни).

Какъ на патогномичный признакъ множественнаго неврита, рѣзко отличающій его отъ полиоміэлита, можно указать на *сильную боль*, появляющуюся въ пораженныхъ членахъ уже съ самаго начала болѣзни и на болѣзненную чувствительность къ давленію нервныхъ стволовъ и мышцъ въ области паралича; эта послѣдняя остается въ нервахъ надолго и въ періодѣ атрофiи.

Дальнѣйшія отличія состоятъ въ слѣдующемъ: множественный нейритъ бываетъ обыкновенно двустороннимъ и симметричнымъ, параличи бывають сильнѣе выражены на периферіи конечностей; онъ начинается съ лихорадочнаго состоянія, которое достигаетъ болѣе высокихъ градусовъ и держится гораздо дольше, чѣмъ при полиоміелитѣ (при послѣднемъ 3—5 дней, а тамъ нерѣдко до нѣсколькихъ недѣль); множественный невритъ не оказываетъ предпочтенія дѣтямъ первыхъ лѣтъ жизни; чувствительность кожи при немъ въ началѣ болѣзни усиливается до степени чрезвычайной гиперэстезіи, которая уступаетъ мѣсто полной или неполной анестезіи или различнымъ парэстезіямъ, въ видѣ ползанія мурашекъ, онѣмѣнія пальцевъ и проч. Параличи при neuritis multip. развиваются *послѣ боли* и являются не сразу во всей своей силѣ, а постепенно распространяются на новыя группы мышцъ, начиная съ периферіи (голена и предплечья, потомъ бедро и плечо), тогда какъ при полиоміелитѣ какъ разъ наоборотъ: сначала поражаются наибольшее число мышцъ, а позднѣе районъ паралича постепенно уменьшается. Параличи при нейритѣ могутъ окончательно исчезнуть даже и въ случаяхъ полной потери электровозбудимости, чего при полиоміелитѣ обыкновенно не бываетъ. Разница эта объясняется тѣмъ, что возстановленіе воспалительно-перерожденныхъ нервовъ совершается сравнительно легко, тогда какъ возрожденіе клѣтокъ сѣраго вещества спинного мозга невозможно.

При нефритѣ, вслѣдствіе пораженія вазомоторовъ, нерѣдко появляется отекъ кистей или стопъ, чего при полиоміелитѣ не бываетъ.

б) Параличъ съ разслабленіемъ мышцъ развивается иногда очень быстро при **воспаленіи** всего поперечника **спинного мозга** (myelitis transversa) и въ мышцахъ, соответствующихъ разрушеннымъ клѣткамъ переднихъ роговъ, можетъ наступить довольно скоро не только паденіе электровозбудимости, но и реакція перерожденія и уничтоженіе кожныхъ и сухожильныхъ рефлексовъ, но этимъ только и ограничивается сходство, а отличія такъ рѣзки, что смѣшеніе myelitis transversae съ poliomyelitis при постѣли больного невозможно. Поперечный міелитъ всегда вызываетъ *паралелію вмѣстѣ съ анестезіей*, по верхней границѣ которой можно судить о мѣстѣ пораженія спинного мозга; такъ, напр., при разрушеніи поясничной части анестезія распространяется до верхней границы таза; при пораженіи нижней грудной части — до пупка или мечевиднаго отростка; если поражена верхняя грудная часть, то анестезія можетъ доходить до верхнихъ реберъ, наконецъ, при пораженіи шейной части появляется параличъ и анестезія верхнихъ конечностей. Другой характерный признакъ міелита состоитъ въ *параличѣ сфинк-*

*теревъ* пузыря и прямой кишки. Если поясничная часть спинного мозга здорова, хотя мочевоѣ пузырь и rectum анестезированы и не подчиняются волѣ, но полного недержанія все-таки не будетъ, такъ какъ сфинктеры дѣйствуютъ еще рефлекторно.

Какъ на особенность параличей, зависящихъ отъ myelitis transv. можно указать еще на чрезвычайную склонность къ появленію пролежней въ парализованныхъ частяхъ, что вовсе не встрѣчается при полиоміэлитѣ.

в) **Прогрессивная атрофія мышцъ** встрѣчается у дѣтей не особенно рѣдко и притомъ въ различныхъ формахъ, извѣстныхъ подъ названіями юношеской атрофіи Erb'a, простой мышечной атрофіи и ложной гипертрофіи мышцъ. Но такъ какъ всѣ эти формы развиваются подъ влияніемъ одной и той же причины, — именно наследственнаго расположенія, и между типическими представителями всѣхъ этихъ группъ существуютъ всевозможныя переходныя формы, то мы не будемъ описывать ихъ отдѣльно, а скажемъ только, что всѣ онѣ относятся къ г. н. миопатическимъ мышечнымъ атрофіямъ, тогда какъ спинальная форма мышечной атрофіи, зависящая отъ хроническаго дегенеративнаго процесса въ переднихъ столбахъ сѣраго вещества, а также въ переднихъ корешкахъ, нервныхъ стволахъ и мышцахъ, и характеризующаяся тѣмъ, что атрофія прежде всего поражаетъ ручныя кисти и потомъ постепенно, но прогрессивно, скачками, распространяется на бѣольшую часть мышцъ конечностей и туловища (но не на лицо), что въ пораженныхъ мышцахъ часто являются фибриллярныя сокращенія (почти вовсе несвойственны миопатическимъ формамъ), а иногда и реакція перерожденія (никогда при миопатическихъ формахъ), въ дѣтскомъ возрастѣ едва ли когда встрѣчается.

При всѣхъ формахъ прогрессивной мышечной атрофіи (не исключая и спинальной) *параличъ наступаетъ послѣ атрофіи и развивается крайне медленно*; электровозбудимость въ парализованныхъ мышцахъ сохраняется долго, именно до тѣхъ поръ, пока осталось еще сколько нибудь нормальныхъ волоконъ, но она по мѣрѣ развитія атрофіи постепенно падаетъ — всѣхъ этихъ признаковъ вполне достаточно для отличія прогрессивной мышечной атрофіи отъ атрофіи мышцъ вслѣдствіе полиоміэлита. Въ большинствѣ случаевъ діагностику легко поставить даже и безъ анамнеза и безъ изслѣдованія электрической возбудимости, а прямо на основаніи распространенія атрофіи: при прогрессивной мышечной атрофіи процессъ распространяется обыкновенно *симметрично*, часто поражаются мышцы *плеча и туловища*, чего при полиоміэлитѣ обыкновенно не бываетъ, такъ какъ при немъ всего чаще парализуются нѣкоторыя мышцы одной ноги.

Отдѣльныя формы мышечной атрофіи отличаются между собой слѣдующими особенностями: *ложная гипертрофія мышцъ* характеризуется тѣмъ, что вслѣдствіе гиперплазіи межмышечной соединительной и жировой ткани, въ нѣкоторыхъ мышцахъ происходитъ болѣе или менѣе замѣтное увеличеніе ихъ, не смотря на то, что онѣ находятся въ состояніи паралича или значительной слабости и что другія мышцы подвергаются простой атрофіи (гипертрофированными всего чаще оказываются икры, ягодицы, четырехъ - главный мускуль, а атрофированными — мышцы туловища, лопатокъ и рукъ). Такъ какъ болѣзнь эта начинается обыкновенно въ раннемъ дѣтствѣ и прежде всего съ ногъ, то такія дѣти очень поздно выучиваются ходить и вообще плохо ходить, особенно по лѣстницѣ.

*Простая мышечная атрофія* отличается отъ предыдущей только тѣмъ, что при ней не бываетъ увеличенія объема мышцъ, но близкое родство этихъ двухъ формъ выражается въ томъ, что дѣло можетъ начаться съ простой атрофіи, а потомъ присоединяется ложная гипертрофія нѣкоторыхъ мышцъ.

Для отличія этихъ двухъ формъ отъ прогрессивной спинальной атрофіи достаточно обратить вниманіе на ранній возрастъ больныхъ и на то, что ноги поражаются раньше рукъ.

*Юношеская форма* атрофіи, хотя тоже имѣетъ наследственное происхожденіе и нерѣдко встрѣчается у нѣсколькихъ дѣтей одной и той же семьи, но въ отличіе отъ предыдущихъ она не падаетъ и дѣвочекъ и чаще начинается не съ ногъ, а съ плеча. Отъ спинальной формы: что кисти и предплечья не поражаются, въ больныхъ мышцахъ почти никогда не бываетъ фибриллярныхъ сокращеній; иногда встрѣчается ложная гипертрофія нѣкоторыхъ мышцъ.

г) Параличи съ атрофіей и разслабленіемъ мышцъ иногда остаются послѣ тяжелыхъ случаевъ остраго *воспаленія оболочекъ спинного мозга* — *Leptomeningitis spinalis acuta*. Въ такихъ случаяхъ развитію параличей предшествуютъ сильныя явленія раздраженія въ видѣ во 1-хъ, сильныхъ болей въ спинѣ, усиливающихся при движеніи и при давленіи на остистые отростки, болей въ конечностяхъ (раздраженіе заднихъ корешковъ) и общей гиперестезіи и въ 2-хъ — сведенія спинныхъ и затылочныхъ мышцъ (раздраженіе переднихъ корешковъ). Позднѣе, вмѣстѣ съ параличами развиваются и анестезіи. Начало болѣзни обыкновенно бываетъ очень острымъ съ сильнымъ лихорадочнымъ состояніемъ.

Поводомъ къ ошибочной діагностикѣ моноплегій вслѣдствіе полиоміэлиита могутъ служить т. н. *ложные параличи*, къ каковой категоріи мы относимъ случаи неподвижности члена не вслѣдствіе раз-

стройства иннервации, а просто по причинѣ боли въ сочлененіи или въ костяхъ. Такъ, напр., ребенокъ отказывается поднять руку при сино-витѣ плечевого сочлененія и т. п. Понятно, что у ребенка болѣе взрослою ошибочной оцѣнки подобнаго случая произойти не можетъ, такъ какъ онъ самъ укажетъ на боль, какъ на причину неподвижности, но у грудного, напр., это возможно, если врачъ повѣритъ матери на слово, что у ребенка сразу отнялась ручка. Избѣгнуть столь грубой ошибки конечно легко, даже и въ томъ случаѣ, если нѣтъ замѣтной опухоли сочлененія, такъ какъ всегда есть сильная боль при пассивныхъ движеніяхъ.

Какъ на причину ложнаго паралича, специально свойственнаго дѣтямъ первыхъ недѣль или мѣсяцевъ жизни, надо указать на *эпифизарный сифилисъ* наслѣдственнаго происхожденія.

Въ основѣ этого процесса, какъ показалъ проф. Минхъ (Моск. мед. газ. 1878 г.), лежитъ *periarteriitis syphilitica* костныхъ сосудовъ, вслѣдствіе чего развивается некрозъ эндохондральной кости, который въ свою очередь вызываетъ реакцію со стороны хряща, выражающуюся развитіемъ грануляціонной ткани сначала въ каналахъ подготовительнаго пояса, а потомъ совсѣмъ отдѣляющую хрящъ отъ діафиза; кромѣ того, является реакція и со стороны надкостницы въ видѣ хроническаго воспаленія этой послѣдней. Страдаютъ, слѣдов., не эпифизы только, а вся кость цѣликомъ.

При жизни процессъ этотъ выражается болѣзненной припухlostью концовъ пораженныхъ костей и иногда крепитацией въ мѣстѣ отдѣленнаго эпифиза. Всего чаще процессъ занимаетъ длинныя кости верхнихъ конечностей и отъ боли ли или отъ другой какой нибудь причины онъ часто сопровождается полной неподвижностью больной конечности, которая, будучи поднята, падаетъ, какъ плеть. Эпифизарный сифилисъ довольно легко уступаетъ ртутному лѣченію, при чемъ вмѣстѣ съ исчезаніемъ воспалительныхъ явленій со стороны кости проходитъ и параличъ. Діагностика основывается отчасти на явленіяхъ Iues'a вообще и опухоли эпифиза въ частности. Принять эту опухоль за рахитическую пельзя уже потому, что она бываетъ обыкновенно одно-сторонней.

Къ группѣ параличей, протекающихъ съ расслабленіемъ мышцъ и вообще съ характеромъ периферическаго паралича, относятся, между прочимъ, большинство случаевъ *паралича*, развивающагося *послѣ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней*. Анатомическую сущность подобныхъ параличей многіе видятъ въ нейритѣ. Для дѣтскаго возраста имѣетъ особое значеніе *дифтеритическій параличъ*, протекающій обыкновенно такъ типично,

что его легко узнать даже и въ томъ случаѣ, если во время первоначальнаго заболѣванія дифтеритомъ больной и не былъ подѣ наблюдениемъ врача. Дифтеритическій параличъ рѣдко появляется въ періодѣ разгара болѣзни, когда существуютъ еще пленки въ зѣвѣ, гораздо чаще напротивъ въ періодѣ кажущагося полного выздоровленія, когда больной выходитъ ужъ на воздухъ, примѣрно черезъ 3—4 недѣли отъ начала болѣзни.

Всего характернѣе для дифтеритическихъ параличей ихъ начало и дальнѣйшее распространеніе. Параличъ послѣ дифтерита почти *всегда начинается съ мягкаго неба и глотки*, потомъ если только параличъ распространяется на новыя области, что бываетъ далеко не во всѣхъ случаяхъ, поражаются мышцы аккомодации, заспмъ парализуются ноги и наонецъ руки; въ гораздо болѣе рѣдкихъ, но опасныхъ случаяхъ параличъ распространяется на мышцы гортани, туловища, мочевого пузыря, діафрагмы и лица.

Вторымъ характернымъ признакомъ дифтеритическихъ параличей является ихъ *постепенное развитіе, симметрическое распространеніе и склонность къ исчезанію послѣ вѣсколько-недѣльнаго существованія*. Никогда не случается, чтобъ параличъ послѣ дифтерита являлся сразу во всей своей силѣ; при параличѣ мягкаго неба, напр., сначала больной начинаетъ поперхиваться кой-когда, особенно при большомъ глоткѣ жидкости, а потомъ съ каждымъ днемъ глотаніе затрудняется все болѣе и наконецъ можетъ сдѣлаться совсѣмъ невозможнымъ.

Развитіе параличей часто сопровождается различными невротами въ сферѣ нервовъ чувствъ, каковы: анестезія (нечувствительность къ щекотанію, уколамъ, холоду), парестезія (ползаніе мурашекъ, оиѣмѣніе) и гиперестезія.

При параличѣ мягкаго неба самымъ неприятнымъ симптомомъ является затрудненное глотаніе, такъ какъ пища и питье попадаютъ въ носъ и гортань, и больной постоянно поперхивается; голосъ получаетъ носовой оттѣнокъ; попытка задуть свѣчу не удается больному, такъ какъ выдыхаемый воздухъ, находя себѣ свободный выходъ черезъ носъ, не идетъ чрезъ узкую щель между губами. При осмотрѣ зѣва небная занавѣска остается при фонаціи неподвижной; она не реагируетъ также и при щекотаніи ея кисточкой (анестезія и потеря рефлекторной возбудимости). Выздоровленіе наступаетъ въ теченіе 10—25 дней; очень рѣдко параличъ исчезаетъ дня въ 4 или затягивается мѣсяца на 2.

*Параличъ аккомодации* выражается тѣмъ, что больной теряетъ способность приспособлять свое зрѣніе къ близлежащимъ предметамъ, напр., не можетъ читать мелкій шрифтъ.

*Параличи* или парезы *конечностей* начинаются обыкновенно съ ногъ. Больной жалуется на слабость въ ногахъ, которая можетъ усилиться до невозможности стоянія. Подобная же градація паралича замѣчается и въ рукахъ: сначала больной жалуется на слабость и дрожаніе рукъ и на невозможность выполнять мелкую работу, а потомъ дѣло можетъ дойти и до полного паралича—руки висятъ, какъ плети. Парализованныя мышцы дряблы, атрофированы, электровозбудимость значительно понижается или даже совсѣмъ пропадаетъ и въ періодъ выздоровленія возвращается позднѣе появленія волевыхъ движеній.

Возстановленіе мышечной дѣятельности идетъ обыкновенно въ томъ же порядкѣ, въ какомъ развивались параличи, т. е. начинается съ зѣва и глотки, но идетъ крайне медленно, такъ что для полного возстановленія силъ требуется 3—4 мѣсяца и больше. Смерть наступаетъ или отъ паралича дыхателей, или отъ пневмоніи, вслѣдствіе попаданія въ бронхи инородныхъ тѣлъ, или отъ истощенія (голодь), или наконецъ, отъ паралича сердца (иногда внезапно).

Изъ периферическихъ параличей въ дѣтскомъ возрастѣ всего чаще встрѣчается *параличъ лицевого нерва*, который легко узнается по перекошенію лица на здоровую сторону, при чемъ поражается также и вѣточка, идущая къ замыкателью вѣкъ, отчего глазъ на больной сторонѣ остается постоянно открытымъ или полуоткрытымъ. Значеніе этого симптома важно потому, что при центральныхъ параличахъ лицевого нерва мышцы вѣкъ не поражаются.

Самой частой причиной паралича лицевого нерва бываетъ конечно воспаленіе среднего уха, хотя-бы и безъ костоѣды височной кости, напр., при скарлатинозномъ отитѣ, но чаще при хроническихъ отитахъ съ пораженіемъ oss. petrosi у золотушныхъ или туберкулезныхъ дѣтей; гораздо рѣже параличъ лицевого нерва у дѣтей развивается подъ вліяніемъ простуды или сдавленія нерва опухолями или рубцами около уха или у новорожденныхъ—акушерскими щипцами.—Подъ вліяніемъ акушерскихъ операцій могутъ парализоваться также нервы, идущіе черезъ plex. brachialis, и если параличъ этотъ оказывается стойкимъ, то мышцы подвергаются атрофіи, какъ при poliomyelitis и тогда безъ анамнеза бываетъ очень трудно или и совсѣмъ невозможно рѣшить, какая была причина паралича.

### *Параличи съ напряженіемъ мышцъ или спастическіе.*

Подъ именіемъ спастическаго паралича понимаютъ такого рода параличъ, при которомъ парализованныя мышцы не расслаблены, а на-

противъ того, находятся въ состояніи спазма, вслѣдствіе чего парализованная конечность оказывается сведенной, отчего и пассивныя движенія совершаются съ трудомъ.

Спастической параличъ встрѣчается или какъ самостоятельное страданіе, зависящее отъ первичнаго, изолированнаго пораженія (склероза) боковыхъ столбовъ спинного мозга.—Это, такъ называемый, *идіопатическій спастический параличъ*, характеризующійся, главнымъ образомъ, отрицательными признаками, т. е. отсутствіемъ всякихъ другихъ мозговыхъ симптомовъ, или какъ симптомъ различныхъ болѣзней головного или спинного мозга (*hydrocephalus chron.*, множественный склерозъ и проч.). Это будетъ *симптоматическій спастический параличъ*.

**Идіопатическій спастический параличъ**—*paralysis spinalis spastica*.

Клинически болѣзнь эта характеризуется, какъ постепенно развивающійся, идущій снизу вверхъ *парезъ* или *параличъ*, съ напряженіемъ и контрактурами мышцъ парализованныхъ конечностей. Сведенія всего рѣзче выражены въ икроножныхъ мускулахъ (*pes equinus*) и въ мышцахъ, приводящихъ бедро и сгибателяхъ колѣна: ноги слегка согнуты въ колѣняхъ и бедра сближены до соприкосновенія. Если больной можетъ еще ходить, то походка его очень характерна: онъ можетъ ступать только на цыпочки, колѣни его прижаты другъ къ другу, передвиженіе совершается въ припрыжку.

Развитіе болѣзни идетъ крайне медленно и обыкновенно затягивается на много лѣтъ, начавшись съ первыхъ лѣтъ жизни.

Какъ я уже упомянулъ, отличія идіопатической формы отъ симптоматической состоятъ въ отрицательныхъ признакахъ, каковы: 1) Полное отсутствіе атрофіи мышцъ и разстройствъ со стороны чувствительности кожи. 2) Нормальная дѣятельность мочевого пузыря и прямой кишки. 3) Долгая сохраняемость нормальной электровозбудимости нервовъ и мышцъ. 4) Нормальная функція головного мозга.

Изъ положительныхъ признаковъ можно указать только на одинъ, именно на значительно *повышенные сухожильные рефлексы*, тогда какъ рефлексы съ кожи остаются обыкновенно нормальными (при симптоматической формѣ, зависящей отъ поперечнаго пораженія спинного мозга съ послѣдовательнымъ перерожденіемъ боковыхъ столбовъ, кожные рефлексы тоже усилены; да кромѣ того, кожа въ большей или меньшей степени анестезирована, мочевоу пузырь и *rectum* парализованы, по меньшей мѣрѣ лишены вліянія воли, хотя рефлекторно могутъ еще функционировать; параллегія развивается быстрѣе и совершеннѣе, чѣмъ при спастическомъ параличѣ, но верхняя граница остается стабильной; часто встрѣчаются отраженные боли или гиперестезіи въ но-



гахъ (или вообще въ мѣстахъ, соотвѣтствующихъ мѣсту пораженія заднихъ корешковъ).

Если, кромѣ боковыхъ столбовъ, дегенеративная атрофія захватываетъ еще и передніе рога сѣраго вещества и ведетъ къ исчезанію большихъ узловыхъ клѣтокъ, то рядомъ съ параличемъ и сведеніемъ мышцъ, неизбежно развивается и атрофія ихъ, какъ при *poliomyelitis anterior*, т. е. съ быстрой потерей электровозбудимости въ нервахъ и мышцахъ и съ реакціей перерожденія въ послѣднихъ при гальванизации. Эта болѣзнь, названная *Charcot - sclérose latérale amyotrophique*, можетъ быть смѣшана съ идиопатическимъ спастическимъ параличемъ только въ началѣ своего развитія, именно пока преобладаютъ явленія спазма, но разъ дѣло дошло до атрофіи мышцъ, то діагностика выясняется легко. Дальнѣйшія отличія состоятъ въ томъ, что при амиотрофическомъ боковомъ склерозѣ параличъ начинается обыкновенно съ рукъ, а потому процессъ распространяется и книзу (параличъ ногъ) и кверху на продолговатый мозгъ, что выражается симптомами бульбарнаго паралича въ видѣ паралича и атрофіи губъ и языка, затрудненнаго глотанія и дыханія.

Есть разница и въ возрастѣ больныхъ: *paral. spast. idiop.* начинается б. ч. съ первыхъ лѣтъ жизни, тогда какъ амиотрофическій склерозъ почти никогда раньше 10-го года: отъ прогрессивной мышечной атрофіи амиотрофическій склерозъ отличается первоначальнымъ параличемъ и *окоченностью* мышцъ. Различныя формы прогрессивной атрофіи мышцъ у дѣтей встрѣчаются значительно чаще, чѣмъ амиотрофическій склерозъ.

Особое значеніе для дѣтскаго возраста, по частотѣ своего появленія, имѣетъ симптоматическая спастическая параплегія, вслѣдствіе сдавленія спинного мозга при костоѣдѣ позвоночника, т. е. при такъ наз. **Поттовой болѣзни**—*Malum Potii s. osteomyelitis spinalis s. osteom. granulosa*. Поттова болѣзнь есть ничто иное, какъ фунгозное или туберкулезное воспаленіе одного или нѣсколькихъ позвонковъ, съ склонностью въ однихъ случаяхъ къ сухой костоѣдѣ, въ другихъ къ нагноенію. Грануляціи появляются первоначально на передней поверхности тѣла позвонка и потомъ распространяются вглубь кости. Позвонокъ такимъ образомъ размягчается и, уступая давленію верхней части туловища, раздавливается, а позвоночникъ вслѣдствіе этого сгибается такимъ образомъ, что остистый отростокъ больного позвонка образуетъ самую выдающуюся точку *уловатаго горба*. Этотъ-то именно горбъ и составляетъ самый надежный признакъ для отличія параплегіи отъ сдавленія спинного мозга, вслѣдствіе Поттовой болѣзни отъ всякой дру-

гой, а такъ какъ признакъ этотъ очень рѣзкій, то разъ онъ появился—узнать причину параплегии не трудно. Смѣшать его съ рахитическимъ искривленіемъ позвоночника не легко, такъ какъ послѣднее всегда бываетъ дугообразнымъ и обязательно сопровождается рахитическими измѣненіями грудной клѣтки. Пассивное или активное сгибаніе и разгибаніе спины не болѣзненно. Что касается до состоянія парализованныхъ мышцъ, то хотя я и отнесъ эту параплегию къ категоріи спастическаго паралича, но этимъ я вовсе не желаю сказать, что парализованныя мышцы всегда находятся въ состояніи напряженія. Большое значеніе имѣетъ здѣсь періодъ болѣзни и мѣсто пораженія. Спастическія явленія развиваются сравнительно поздно, когда успѣетъ развиться послѣдовательное, нисходящее перерожденіе боковыхъ столбовъ и когда процессъ занимаетъ грудную или шейную часть позвоночника, а при пораженіи поясничной части спастическаго состоянія мышцъ можетъ вовсе не быть.

Параплегія, обусловленная не столько міэлитомъ, сколько сдавленіемъ спинного мозга, характеризуется, между прочимъ, тѣмъ, что способность движенія страдаетъ значительно больше, чѣмъ чувствительность, что кожные рефлексы значительно усилены и что параличъ ногъ можетъ моментально исчезнуть послѣ вытяженія позвоночника наложеннымъ корсетомъ;—питаніе мышцъ и электровозбудимость надолго остаются нормальными. *Сухожильные и кожные рефлексы повышаются уже съ самаго начала.*

Труднѣе узнать Поттову болѣзнь въ началѣ ея развитія. Дѣло начинается обыкновенно *съ боли въ спинѣ*. Боль эта обусловливается отчасти самимъ остеоміэлитомъ, отчасти же распространеніемъ воспалительнаго процесса на оболочки спинного мозга и задніе корешки. Она характеризуется тѣмъ, что усиливается при давленіи на остистые отростки больныхъ позвонковъ и въ особенности *при сгибаніи спины*, а также при проведеніи по позвоночнику горячей губки или при приложеніи къ больному мѣсту катода. Вслѣдствіе болѣзненнаго сгибанія спины, больной старается при ходьбѣ придавать туловищу неподвижное, вытянутое положеніе, а когда ему приходится поднять что либо съ полу, то онъ можетъ сдѣлать это не иначе, какъ присѣдая, т. е. онъ сгибаетъ колѣни, но спину держитъ вытянутой. Если въ воспаленіи участвуютъ и задніе корешки, то, кромѣ мѣстныхъ болей въ спинѣ, появляются еще отраженныя боли въ области развѣтвленія стходящихъ изъ больнаго мѣста нервовъ. Эти эксцентрическія боли, всего чаще наблюдающіяся въ ногахъ (при пораженіи поясничной части позвоночника) и въ животѣ (при пораженіи грудной части), чрезвычайно без-

покоять больныхъ. Появляются онѣ обыкновенно періодически въ формѣ невралгій (или энтералгій), продолжающихся иногда ежедневно по нѣскольکو часовъ подъ рядъ. Боли эти могутъ появляться въ самомъ раннемъ періодѣ болѣзни, еще задолго до образованія горба. Такъ какъ причиной спондилита всегда бываетъ золотуха или туберкулезъ (а травма, обыкновенно упоминаемая въ анамнезѣ, служитъ только случайной причиной), то для правильной оцѣнки начальныхъ болей важно обращать вниманіе на *habitus* больного; дѣти, расположенныя къ спондилиту, часто представляются малокровными, съ вялыми мышцами, съ припухшими лимфатическими железами, съ хроническими экцемами, старыми рубцами отъ прежде бывшей костоѣды и т. п.

Даже ужъ въ начальномъ періодѣ спондилита ребенокъ неохотно ходитъ и совсѣмъ не бѣгаетъ и не прыгаетъ; при сидѣннн любитъ подпирать голову руками, а при лежанн онъ принимаетъ положеніе на боку или, что болѣе характерно—на животѣ, но избѣгаетъ ложиться на спину.

Иногда воспаленіе позвонковъ начинается лихорадочнымъ состояніемъ, истинная причина котораго довольно долго можетъ оставаться неузнанной. Температура ремиттирующаго типа съ утренними послабленіями до 38 съ десятыми и съ вечерними повышеніями до 39, въ первые дни, при отсутствіи всякихъ мѣстныхъ симптомовъ какъ со стороны спины, такъ и другихъ органовъ, можетъ симулировать тифъ, пока не появится боль въ спинѣ, выясняющая дѣло. У грудныхъ дѣтей боль въ спинѣ нерѣдко проявляется вскрикиваніемъ каждый разъ, какъ только вынимаютъ его изъ кровати.

Боль въ спинѣ, усиливающаяся при давленн на остистые отростки всѣхъ или только нѣкоторыхъ позвонковъ, можетъ встрѣтиться у нервныхъ дѣтей, вслѣдствіе *гиперэстезіи кожи спины*, но отличить это состояніе отъ спондилита не трудно, во 1-хъ, потому что при гиперэстезіи кожи сгибаніе спины не болѣзненно и во 2-хъ, потому, что боль усиливается уже при самомъ легкомъ прикосновенн, тогда какъ при спондилитѣ она является лишь при болѣе сильномъ надавливанн.

Нѣкоторыя особенности въ діагностическомъ отношенн представляетъ *спондилитъ шейной части*. Угловатаго горба здѣсь не бываетъ даже и въ самыхъ запущенныхъ случаяхъ, а если иногда и появляется искривленіе, то въ формѣ дугообразнаго кифоза; вполне развитые случаи шейнаго спондилита характеризуются еще тѣмъ, что, вслѣдствіе инфильтраціи мягкихъ частей по сосѣдству съ больнымъ позвонкомъ, удастся ощупать и видѣть глазомъ болѣе или менѣе плотную опухоль по обѣимъ сторонамъ остистыхъ отростковъ пораженныхъ позвонковъ;

(подобная опухоль образуется конечно и около грудныхъ позвонковъ, но только вслѣдствіе толстаго слоя мышцъ остается незамѣтной). Въ этомъ періодѣ спондилитъ можетъ повести къ образованію заднеглоточнаго нарыва, который легко прощупывается на задней стѣнкѣ зѣва пальцемъ, введеннымъ черезъ ротъ, въ видѣ мягко-упругой опухоли; при значительной величинѣ нарыва онъ является серьезнымъ препятствіемъ для глотанія и дыханія.

Отраженные боли при шейномъ спондилитѣ ощущаются либо въ головѣ, (преимущественно въ затылкѣ), если поражены верхніе позвонки, либо въ рукахъ (при страданіи нижнихъ позвонковъ). Явленія спастическаго паралича вмѣстѣ съ полной, или чаще неполной анестезіей встрѣчаются не только въ ногахъ, но и въ рукахъ; отъ паралича грудныхъ мышцъ дыханіе совершается почти только при помощи діафрагмы.

При пораженіи двухъ верхнихъ позвонковъ наружной опухоли обыкновенно не бываетъ, но страданіе легко узнать потому, что движенія головой дѣлаются совершенно невозможными. При такой локализациі процесса больной можетъ умереть внезапно вслѣдствіе отрыва зубовиднаго отростка 2-го позвонка, виѣдряющагося въ спинной мозгъ.

Въ началѣ своего появленія шейный спондилитъ характеризуется болью и неподвижностью шеи и сведеніемъ шейныхъ мышцъ, большею частью заднихъ, но иногда только боковыхъ и тогда голова склоняется къ плечу — *torticollis*.

Въ этомъ періодѣ шейный спондилитъ можетъ быть смѣшанъ съ различными процессами, ведущими къ искривленію шеи (см. *torticollis*), но діагностика облегчается тѣмъ, что всѣ эти процессы отличаются острымъ теченіемъ и что позвонки при давленіи не болѣзненны. Этотъ послѣдній признакъ встрѣчается только еще при одной формѣ искривленія шеи, именно при воспаленіи синовиальной оболочки между косями отросткамъ — *synovitis articul. proc. obliqu. s. synovitis vertebralis*, болѣзни свойственной, главнымъ образомъ, дѣтскому возрасту.

Помимо остраго теченія съ скорымъ исходомъ въ выздоровленіе, синовиитъ позвоночника отличается отъ спондилита еще тѣмъ, что давленіе вызываетъ боль только съ одной стороны и именно нѣсколько отступа отъ остистыхъ отростковъ, тогда какъ при *spondylitis* боль съ обѣихъ сторонъ, а всего сильнѣе въ области самого остистаго отростка.

Спондилитъ, въ какой бы части позвоночника онъ ни былъ, всегда отличается медленнымъ теченіемъ и если онъ не ведетъ къ смерти, вслѣдствіе піеміи при образованіи натечныхъ абсцессовъ или общаго туберкулеза, то до полнаго выздоровленія съ образованіемъ анкилоза

позвонковъ въ мѣстѣ разрушенія проходятъ отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до 2 лѣтъ.

Чѣмъ больше подвигается процессъ выздоровленія, тѣмъ меньше становится боль въ области пораженнаго позвонка при давленіи на него и при движеніяхъ туловища; въ концѣ концовъ исчезаетъ и паралигія, но угловатый горбъ остается конечно на всю жизнь. О полномъ выздоровленіи, т. е. объ образованіи совсѣмъ твердаго анкилоза заключаютъ изъ того, что больной не только не жалуется на боль въ спинѣ, но и двигается свободно.

### Воспаленіе мозговыхъ оболочекъ.

На основаніи этиологіи, патогенеза и клиническаго теченія можно принять четыре формы остраго воспаленія мозговыхъ оболочекъ у дѣтей: 1) гнойный менингитъ, 2) туберкулезный менингитъ или острая туберкулезная головная водянка, 3) серозный менингитъ или простая острая головная водянка и 4) эпидемическій церебро-спинальный менингитъ.

При *простомъ* (не туберкулезномъ) *остромъ гнойномъ воспаленіи* (meningitis acuta simplex) поражается, главнымъ образомъ, мягкая мозговая оболочка на *поверхности полушарій*, (откуда названіе—leptomeningitis convexa); патологоанатомически она характеризуется образованіемъ *гнойнаго* экссудата, почему и называется также meningitis purulenta.

*Туберкулезная форма* воспаленія мозговыхъ оболочекъ отличается отъ предыдущей, между прочимъ, тѣмъ, что главнѣйшія измѣненія локализируются на оболочкахъ основанія мозга, откуда названіе—meningitis basilaris; присутствіе гноя въ этомъ случаѣ вовсе не обязательно, во многихъ случаяхъ его даже вовсе незамѣтно, а воспаленіе выражается образованіемъ серознаго экссудата, скопляющагося преимущественно въ подпаутинныхъ пространствахъ, между перекрестомъ зрительныхъ нервовъ и продолговатымъ мозгомъ и въ боковыхъ мозговыхъ желудочкахъ, которые поэтому во всѣхъ случаяхъ значительно растягиваются, почему эта форма и называется также *острой головной водянкой*—hydrocephalus acutus; но что особенно характерно для данной болѣзни, такъ это—присутствіе большого количества милиарныхъ бугорковъ на основаніи мозга, скопляющихся всего сильнѣе въ Сильвиевыхъ бороздахъ—*meningitis tuberculosa*. Такъ какъ туберкулезъ почти никогда не локализируется на однѣхъ только мозговыхъ оболочкахъ, то при вскрытіи удается обыкновенно найти бугорки и въ другихъ органахъ, въ особенности-же въ бронхіальныхъ железахъ.

Несомнѣнно однако, что *острая головная водянка* воспалительнаго происхожденія (meningitis serosa) иногда встрѣчается у дѣтей (въ особенности до 2-хъ-лѣтняго возраста) и безъ бугорчатки, т. е. при полномъ отсутствіи бугорковъ не только на мозговыхъ оболочкахъ, но и гдѣ бы то ни было въ организмѣ. Какъ при туберкулезномъ менингитѣ, такъ и при этой формѣ рядомъ съ серознымъ экссудатомъ можетъ быть и гной. Болѣзнь эта описывается въ нѣкоторыхъ руководствахъ въ отдѣльной главѣ подъ именемъ *простой* (не туберкулезной) *острой головной водянки*—hydrocephalus acutus simplex s. non tuberculosus или *дѣтскаго менингита*—leptomeningitis infantum (Huguenin), такъ какъ она составляетъ принадлежность юнаго дѣтскаго возраста. Но такъ какъ по припадкамъ и по теченію простая головная водянка ничѣмъ существеннымъ не отличается отъ туберкулезной, то описывать ее отдѣльно нѣтъ никакой надобности; достаточно знать, что подобная форма существуетъ и что она, въ отличіе отъ туберкулезнаго менингита, можетъ кончиться выздоровленіемъ, вслѣдствіе чего отнюдь нельзя считать больного безнадежнымъ только потому, что онъ представляетъ симптомы туберкулезнаго менингита, т. е. страданія абсолютно смертельнаго.

*Эпидемическій церебро-спинальный менингитъ*—meningitis cerebro-spinalis epidemica, характеризуется образованіемъ гнойнаго экссудата какъ на поверхности, такъ и на основаніи головного мозга и, кромѣ того, пораженіемъ оболочекъ и спинного мозга.

Въ патологоанатомическомъ отношеніи эти четыре формы рѣзко отличаются другъ отъ друга только въ своихъ типическихъ представителяхъ, рядомъ съ которыми встрѣчаются еще различныя переходныя формы, такъ, напр., при mening. purulenta гнойный экссудатъ можетъ распространиться и на основаніе мозга, и на сосудистыя сплетенія желудочковъ; острая головная водянка (туберкулезная или простая) сопровождается иногда образованіемъ гноя не только на основаніи мозга, но и на поверхности полушарій; какъ при простомъ гнойномъ, такъ и при туберкулезномъ менингитѣ воспаленіе можетъ занимать и оболочки спинного мозга, какъ при эпидемическомъ менингитѣ. Само собою разумѣется, что сходство въ клиническомъ отношеніи можетъ быть еще значительнѣе и потому не удивительно, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ очень трудно бываетъ сказать, съ какою именно формой имѣешь дѣло. Важнымъ подспорьемъ діагностикѣ въ подобныхъ случаяхъ является:

*Этіологія.* Въ отличіе отъ всѣхъ другихъ формъ воспаленія мозговыхъ оболочекъ, туберкулезный менингитъ никогда не поражаетъ дѣтей

вполнѣ здоровыхъ, такъ какъ главнѣйшимъ этиологическимъ моментомъ его бываетъ общій или мѣстный туберкулезъ. Въ виду этого для діагностики его важно констатировать *расположеніе даннаго ребенка къ туберкулезу*. Это расположеніе можетъ быть наслѣдственнымъ или пріобрѣтеннымъ. Для выясненія перваго врачъ справляется о томъ, не было-ли туберкулеза у родителей или близкихъ родственниковъ и не умеръ-ли кто изъ братьевъ или сестеръ больного отъ какой-либо болѣзни, имѣющей отношеніе къ туберкулезу; въ этомъ смыслѣ всего важнѣе знать, не было-ли случаевъ смерти отъ менингита. Встрѣчаются такія несчастныя семьи, въ которыхъ нѣсколько дѣтей подъ рядъ и притомъ нерѣдко приблизительно въ одномъ и томъ-же возрастѣ умираютъ отъ менингита, хотя ни отецъ, ни мать туберкулезомъ не страдаютъ.

Наслѣдственное расположеніе къ туберкулезу у дѣтей можетъ быть слѣдствіемъ другихъ болѣзней родителей, напр., застарѣлаго сифилиса. Я знаю семью, въ которой четверо дѣтей умерли отъ туберкулезнаго менингита, не смотря на то, что отецъ и мать казались совсѣмъ здоровыми, отецъ имѣлъ на плечѣ рубецъ отъ когда-то бывшей костоѣды яко-бы золотушнаго происхожденія; въ анамнезѣ у него много лѣтъ назадъ значился сифилисъ, но въ данное время общее состояніе здоровья представлялось цвѣтущимъ. Послѣ смерти четвертаго ребенка по совѣту врача онъ подвергся антисифилитическому лѣченію втираніями сѣрой мази и черезъ  $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$  года послѣ того родилось двое дѣтей, которыя въ настоящее время ужъ пережили опасный возрастъ и совершенно здоровы.

Указаніемъ на семейное расположеніе къ туберкулезу можетъ служить смерть братьевъ отъ кори и коклюша. У дѣтей, вполнѣ здоровыхъ, болѣзни эти протекаютъ обыкновенно благополучно, но при расположеніи къ туберкулезу онѣ опасны.

Пріобрѣтенное расположеніе развивается подъ вліяніемъ всѣхъ неблагоприятныхъ условій, пользующихся извѣстностью въ этиологіи рахитизма и золотухи, а потому если ребенокъ представляетъ признаки той или другой изъ этихъ болѣзней, то можно думать, что у него есть расположеніе и къ туберкулезу. Общій здоровый видъ въ подобныхъ случаяхъ не доказываетъ противнаго, такъ какъ подъ вліяніемъ рахитизма въ первые года жизни могутъ образоваться гдѣ-нибудь въ тѣлѣ (бронхіальныхъ железахъ) творожистые (туберкулезные) фокусы, которые до поры до времени ничѣмъ не проявляютъ своего присутствія, но въ концѣ концовъ даютъ поводъ къ самозараженію организма.

Такия скрытыя гнѣзда всего чаще остаются въ бронхіальныхъ или

въ брыжжеечныхъ железахъ послѣ бывшихъ когда-то катарровъ, къ которымъ такъ расположены и рахитики, и золотушные дѣти, а потому необходимо справляться о томъ, не страдалъ-ли ребенокъ повторными или хроническими бронхитами и поносами.

Есть болѣзни, послѣ которыхъ расположеніе къ туберкулезу, оставшееся въ скрытомъ состояніи, вдругъ проявляется въ видѣ менингита или острого милиарнаго туберкулеза и т. п., и это обстоятельство (т. е. что припадки стали проявляться послѣ такой-то болѣзни) можетъ имѣть при случаѣ очень большое значеніе при діагностикѣ, напр., тифа отъ туберкулеза. Въ ряду этихъ болѣзней на первомъ мѣстѣ должны быть поставлены корь, гриппъ и коклюшъ, на второмъ — различныя истощающія болѣзни.

Никакихъ случайныхъ причинъ для заболѣванія туберкулезнымъ менингитомъ не требуется, такъ какъ большею частью болѣзнь развивается безъ всякаго опредѣленнаго повода; въ другихъ случаяхъ получаются указанія на простуду или на ушибъ головы (сплошь и рядомъ весьма легкій, которому трудно придать какое-либо значеніе).

Возрастъ, наиболѣе благоприятствующій развитію туберкулезнаго менингита, отъ 2 до 7 лѣтъ, но иногда заболѣваютъ также грудныя дѣти и взрослые.

Въ противоположность этому простой серозный менингитъ (простая острая головная водянка) всего чаще (почти исключительно) встрѣчается у маленькихъ дѣтей, на 1-мъ и 2-мъ году жизни. Другое этиологическое отличіе его отъ туберкулезной формы состоитъ въ томъ, что онъ поражаетъ не только рахитиковъ, но и совершенно здоровыхъ дѣтей, не имѣющихъ ни наслѣдственнаго, ни приобрѣтеннаго расположенія къ туберкулезу и развивается или отъ тѣхъ-же причинъ, какъ и гнойный менингитъ (см. ниже), или безъ всякой видимой причины. Чаще впрочемъ онъ встрѣчался намъ у слабыхъ дѣтей, представлявшихъ рахитическія измѣненія въ костяхъ черепа и грудной клѣтки. Нѣкоторые авторы признаютъ вліяніе прорѣзыванія зубовъ, какъ обстоятельства, располагающаго дѣтей къ мозговымъ приливамъ и острой головной водянкѣ.

Если исключить случаи острой головной водянки, протекающіе съ образованіемъ гнойнаго экссудата и случаи цереброспинальнаго менингита, то можно будетъ сказать, что простой острогнойный менингитъ никогда не развивается у здоровыхъ дѣтей безъ всякой видимой причины, а потому, если въ анамнезѣ не удастся найти ничего подходящаго, то ужъ одно это обстоятельство дѣлаетъ діагностику гнойнаго воспаленія мозговыхъ оболочекъ мало вѣроятной, хотя бы за нее п



говорила симптомы. Здоровый и крѣпкій ребенокъ можетъ заболѣть менингитомъ вслѣдствіе ушиба или сильной простуды головы, или отъ инсоляціи. Въ другихъ случаяхъ менингитъ развивается отъ распространенія воспаленія съ сосѣднихъ частей или какъ осложненіе различныхъ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней. Въ первомъ случаѣ самой частой причиной бываетъ острая или хроническая otitis media, особенно при костоѣдѣ височной кости; потомъ слѣдуютъ: костоѣда черепныхъ костей отъ другихъ причинъ (periostitis, гуммы), рожа головы, чирьи и т. п. Какъ осложненіе острыхъ болѣзней, менингитъ присоединяется иногда къ крупозной пневмоніи, скарлатинѣ, острому ревматизму, оспѣ и піэміи.

Эпидемическій цереброспинальный менингитъ, какъ показываетъ названіе, развивается подъ вліяніемъ эпидемическихъ, пока еще неизвѣстныхъ, условій; нѣкоторые авторы относятъ его къ числу контагіозныхъ болѣзней, но заразительность его во всякомъ случаѣ не велика.

Переходимъ теперь къ симптомамъ. Изъ всѣхъ смертельныхъ мозговыхъ болѣзней у дѣтей туберкулезный менингитъ встрѣчается чаще, чѣмъ всѣ другія болѣзни, вмѣстѣ взятыя, а потому съ него и начнемъ.

Не смотря на то, что нѣтъ ни одного симптома, который могъ-бы считаться патогномоничнымъ для туберкулезнаго менингита, все-таки распознаваніе этой болѣзни въ громадномъ большинствѣ случаевъ не представляетъ затрудненій и именно на основаніи совокупности симптомовъ и всего теченія.

Въ отличіе отъ всѣхъ другихъ формъ воспаленія мозговыхъ оболочекъ, туберкулезный менингитъ почти *никогда не начинается внезапно среди полного здоровья*, напротивъ того, за нѣсколько недѣль до появленія головной боли и рвоты больной представляетъ неопредѣленные симптомы общаго недомоганія, характеризующіе, такъ называемый, *періодъ предвѣстниковъ* туберкулезнаго менингита. Этотъ періодъ, по замѣчанію Rilliet и Barthez'a, если когда и отсутствуетъ, то развѣ только у больничныхъ пациентовъ, на здоровье которыхъ домашніе обращаютъ мало вниманія и потому цустяковъ не замѣчаютъ, но въ частной практикѣ симптомы предвѣстниковъ удается констатировать всегда. Но это не совсѣмъ справедливо: припадки этого періода объясняются началомъ туберкулеза вообще въ организмъ и вовсе не обязательно, чтобъ послѣ такихъ припадковъ туберкулезъ непременно локализовался на мозговыхъ оболочкахъ, онъ можетъ ограничиться легкими или брюшиной и проч.; чѣмъ скорѣе примутъ участіе въ пораженіи мозговья оболочка, тѣмъ короче будетъ періодъ предвѣст-

никовъ, а такъ какъ въ дѣтскомъ возрастѣ мягкія мозговья оболочки иногда поражаются туберкулезомъ первично и изолированно, то періода предвѣстниковъ можетъ совсѣмъ не быть. Правда, такіе случаи рѣдки, но ихъ все-таки слѣдуетъ имѣть въ виду, чтобъ не придавать рѣшающаго значенія отсутствію предвѣстниковъ.

Итакъ, періодъ предвѣстниковъ указываетъ на начинающійся туберкулезъ и всего чаще выражается симптомами общаго упадка питанія въ видѣ „безпричиннаго похуданія за послѣднее время“ (особенно замѣтное на грудной клѣткѣ и на шеѣ, но не въ лицѣ), блѣдности покрововъ и потери аппетита, при отсутствіи головной боли, лихорадки и поноса; родители жалуются также, что ребенокъ сдѣлался скучень и вялъ или раздражителенъ и пласивъ и все это „безъ всякой причины“.

Въ другихъ случаяхъ періодъ предвѣстниковъ проявляется въ видѣ болѣе или менѣе продолжительнаго лихорадочнаго состоянія безъ всякихъ мѣстныхъ симптомовъ и потому часто принимаемаго за легкій тифъ, хотя опухоли селезенки обыкновенно не бываетъ. Если такое лихорадочное состояніе (т. е. безъ мѣстныхъ симптомовъ) появляется у ребенка, только что отдѣлавшагося отъ кори или гриппа или у страдающаго коклюшемъ, то одно ужъ это обстоятельство сильно говоритъ въ пользу развитія туберкулеза и дѣлаетъ невѣроятнымъ предположеніе у больного тифа. Такая лихорадка можетъ продолжаться 2—3 недѣли, прежде чѣмъ покажутся мозговые симптомы, но иногда затягивается на нѣсколько недѣль; такъ, напр., въ одномъ изъ моихъ случаевъ у мальчика 5 лѣтъ, туберкулезная лихорадка съ явленіями ничтожнаго бронхита, то исчезающаго, то появляющагося снова, начавшаяся во время коклюша, продолжалась 109 дней, пока появилась наконецъ рвота и головная боль. (Объ особенностяхъ туберкулезной лихорадки и объ отличіи ея отъ тифа см. въ главѣ о тифѣ). Безлихорадочный періодъ предвѣстниковъ тянется тоже отъ 2 до 12 недѣль.

Начало собственно менингита обозначается *рвотой и головной болью*. Объ отличіи мозговой рвоты отъ желудочной было говорено въ гл. о рвотѣ, стр. 83. Рвота рѣдко продолжается болѣе 5 дней и если прошла цѣлыя сутки безъ рвоты, то можно рассчитывать, что она не вернется больше. Рвота принадлежит къ числу самыхъ важныхъ симптомовъ менингита, главнымъ образомъ, въ силу своего *постоянства*, такъ какъ она почти никогда не отсутствуетъ, а потому въ сомнительныхъ случаяхъ *отсутствіе рвоты въ началѣ болѣзни почти исключаетъ менингитъ*. Сравнительно чаще встрѣчаются случаи менингита съ неупорной,

напр., однократной рвотой. Что касается до головной боли, то при туберкулезномъ менингитѣ она не бываетъ такъ сильна, какъ при гнойномъ или цереброспинальномъ; ребенокъ, постарше, не мечется отъ нея въ постели, не стонетъ, не хватается за голову, а заявляетъ о ней большею частью лишь на вопросъ, что у него болитъ? Это обстоятельство надо имѣть въ виду, чтобъ не исключить при дифференціальной діагностики мозговое страданіе только на основаніи незначительности головной боли. Для начала туберкулезнаго менингита характерно не безпокойство, а, напротивъ того, легкая апатія: ребенокъ покойно лежитъ въ кровати, ни на что не жалуется и ничего не проситъ; онъ отнюдь не производитъ впечатлѣнія тяжело больного, онъ только слабъ и не можетъ ходить, главнымъ образомъ, отъ *головокруженія*.

У маленькихъ дѣтей, въ особенности у грудныхъ, острая головная водянка сопровождается, повидимому, болѣе значительной головной болью, такъ какъ въ первые дни заболѣванія вмѣстѣ со рвотой является значительное *безпокойство*, такъ что ребенокъ очень много плачетъ какъ днемъ, такъ и ночью и это безпокойство несомнѣнно имѣетъ діагностическое значеніе для отличія мозговой рвоты отъ желудочной, при которой ребенокъ остается сравнительно покоенъ.

Въ теченіе слѣдующихъ дней самымъ характернымъ явленіемъ бываетъ *постепенное, но прогрессивное усиленіе апатіи* до степени сонливости, переходящей къ концу болѣзни въ полную, непробудную спячку. Усиленіе апатіи выражается въ томъ, что ребенокъ очень часто въ теченіе дня засыпаетъ какъ бы нормальнымъ, покойнымъ сномъ. Сначала бываетъ достаточно простого облика, чтобъ онъ проснулся; сознаніе его совсѣмъ еще въ порядкѣ: онъ правильно отвѣчаетъ на вопросы и исполняетъ то, что отъ него требуютъ, но, будучи предоставленъ самому себѣ, онъ очень скоро снова закрываетъ глаза и опять спитъ. Довольно рѣдко случается, чтобъ въ первомъ періодѣ туберкулезнаго менингита ребенокъ сильно бредилъ, вскакивалъ съ постели, безпрестанно говорилъ и т. п. Эти симптомы, зависящіе отъ пораженія мозговой коры, болѣе свойственны гнойному менингиту поверхности полушарій. Позднѣе спячка дѣлается болѣе глубокой, ребенокъ пробуждается лишь при болевыхъ раздраженіяхъ, еще позднѣе онъ отвѣчаетъ на нихъ только рефлекторнымъ крикомъ, а незадолго до смерти исчезаютъ и рефлексы.

Апатичное состояніе у грудныхъ дѣтей проявляется наклонностью ко сну и потому довольно характерно для начинающагося менингита, что ребенокъ, который, страдая въ теченіе нѣсколькихъ дней (3—6) рвотой, безпокойствомъ и плохимъ сномъ, начинаетъ часто засыпать

даже и днемъ, при чемъ рвота или совсѣмъ прекращается, или становится рѣже.

Сонливость, какъ симптомъ базиллярнаго менингита, имѣетъ особое значеніе для діагностики начальнаго періода этой болѣзни въ томъ случаѣ, если не сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ она можетъ быть прямымъ слѣдствіемъ повышения температуры, отъ какой бы причины оно не произошло. Значить, сонливость говоритъ въ пользу мозгового страданія лишь въ томъ случаѣ, если степень ея совсѣмъ не соответствуетъ силѣ лихорадки или если сонливость появляется уже послѣ прекращенія жара, т. е. въ періодѣ выздоровленія отъ какой-либо лихорадочной болѣзни.

Далѣе, характерныя явленія со стороны органовъ пищеваренія: языкъ довольно чистъ (при желудочной рвотѣ онъ бываетъ обыкновенно густо обложенъ) и съ первыхъ же дней болѣзни развивается *запоръ*, и что особенно интересно въ діагностическомъ отношеніи, такъ это то, что, *не смотря на упорный, многодневный запоръ, животъ не только не вздувается, а напротивъ того, съ каждымъ днемъ онъ дѣлается мѣче и плосче, а къ концу недѣли или нѣсколько позднѣе онъ совсѣмъ вваливается и дѣлается корытообразнымъ (ладьеобразный животъ)*. (Чѣмъ собственно объяснять такую форму живота, мы не знаемъ; то обстоятельство, что ребенокъ съ самого начала болѣзни почти ничего не ѣстъ, можетъ конечно способствовать этому, но это не единственная и не главная причина ввалившагося живота; нельзя также объяснить это явленіе спазмомъ кишекъ или мускулатуры брюшной стѣнки, а всего вѣроятнѣе, что измѣняется химизмъ кишечнаго пищеваренія, вслѣдствіе чего образуется мало кишечныхъ газовъ).

Запоръ—признакъ довольно важный для діагностики менингита во 1-хъ потому, что онъ принадлежитъ къ постояннымъ симптомамъ этой болѣзни, а во 2-хъ потому, что онъ комбинируется съ мягкимъ, позднѣе съ ввалившимся животомъ, чего не бываетъ обыкновенно ни при катаррѣ желудка и кишекъ, ни при тифѣ, т. е. при тѣхъ именно болѣзняхъ, съ которыми всего чаще смѣшивается острая головная водянка въ своемъ начальномъ періодѣ.

Запоръ сравнительно часто отсутствуетъ при менингитѣ у грудныхъ дѣтей, что объясняется тѣмъ, что запоръ при менингитѣ зависитъ вѣроятно отъ раздраженія п. splanchnici, который принадлежитъ къ числу задерживающихъ нервовъ, а такъ какъ задерживающая нервная система у маленькихъ дѣтей вообще работаетъ слабо, то уже а priori можно ждать, что при meningitis у грудныхъ дѣтей запоръ не будетъ столь постояннымъ явленіемъ, какъ у дѣтей болѣе взрослыхъ, что и

подтверждается наблюдениемъ; но за то діагностика облегчается у нихъ тѣмъ, что желудочная рвота въ этомъ возрастѣ обязательно сопровождается разстройствомъ кишечной дѣятельности въ видѣ диспепсiи или водянистаго поноса, а потому если, *не смотря на повторную, въ теченіе нѣсколькихъ дней, рвоту у грудного ребенка стулъ остается нормальнымъ* (и тѣмъ болѣе еще, если *развивается склонность къ запору* или если прекращается поносъ, бывшій раньше), то это *въ высшей степени подозрительно*, а если при томъ ребенокъ находится при груди и въ анамнезѣ нѣтъ никакихъ указаній на раздраженіе желудка грубой пищей, то едва-ли можетъ быть сомнѣніе въ мозговомъ происхожденіи рвоты.

Далѣе, для діагностики начальнаго періода менингита имѣетъ значеніе *ходъ температуры*. Очень рѣдко случается, чтобъ туберкулезное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ протекало при нормальной температурѣ или наоборотъ при жарѣ выше 39°, обыкновенно же встрѣчается субфебрильное состояніе съ колебаніями отъ 37,8 до 38,8. Съ одной стороны такая температура слишкомъ высока для простой диспепсiи у грудныхъ дѣтей, при которой не бываетъ никакого жара, а съ другой стороны она слишкомъ низка для тифа. Я убѣжденъ въ томъ, что еслибъ врачи придавали большее значеніе температурѣ, то смѣшеніе менингита съ тифомъ встрѣчалось бы значительно рѣже. Что подъ самый конецъ болѣзни температура при менингитѣ можетъ достигать гипертермическихъ градусовъ (41—42°), вслѣдствіе паралича регуляторныхъ центровъ, это не имѣетъ особаго значенія, такъ какъ встрѣчается незадолго до летальнаго исхода. Слѣдуетъ еще замѣтить, что нормальная или даже субнормальная температура *въ періодъ сна* не исключаетъ менингита, хотя подобное явленіе гораздо чаще встрѣчается при ложномъ менингитѣ, т. е. при такъ назыв. гидроцефалоидѣ, зависящемъ отъ анеміи и отека мозга.

*Пульсъ* въ первые дни болѣзни можетъ быть учащенъ сообразно лихорадочному состоянію, но уже въ концѣ первой недѣли, а иногда и раньше, онъ дѣлается *замедленнымъ и неправильнымъ*. Число ударовъ пульса въ рѣдкихъ случаяхъ у дѣтей нѣсколькихъ лѣтъ отъ роду можетъ упасть до 50—60 ударовъ, но при лихорадочномъ состояніи, хотя бы и небольшомъ, уже и 90 ударовъ можно считать за замедленіе, такъ какъ у дѣтей 5—6 л. при температурѣ около 38,5 пульсъ бываетъ обыкновенно около 120, а у грудныхъ до 140, такъ что у послѣднихъ и 112 можно смѣло считать за замедленный пульсъ, тѣмъ болѣе еще, что п. *vagus*, какъ нервъ, задерживающій сердце, работаетъ у нихъ слабо и потому на болѣе рѣзко-выраженное замедленіе

разсчитывать у нихъ не приходится. Въ періодѣ болѣе глубокой спячки, особенно послѣ того, какъ появились судороги, пульсъ учащается все больше и больше и передъ концемъ жизни доходитъ до 200 или дѣлается настолько слабымъ и частымъ, что не можетъ быть сосчитанъ.

Что касается до неправильности пульса, то она выражается сначала неравномерностью силы и частоты ударовъ, потомъ легкими перебоями отъ моментальной остановки сердечной дѣятельности, потомъ болѣе продолжительными перебоями. Самые незначительныя неправильности не могутъ быть замѣчены пальцемъ при счетѣ пульса, но онѣ легко констатируются посредствомъ стетоскопа, такъ какъ органъ слуха въ этомъ отношеніи гораздо чувствительнѣе осязанія.

Неправильный и замедленный пульсъ служить важнымъ подспорьемъ для діагностики менингита только въ томъ случаѣ, если одновременно имѣются еще и другіе какіе либо мозговые симптомы, напр., апатія или сонливость, но самъ по себѣ такой пульсъ ничего злобѣщаго не представляетъ, такъ какъ можетъ встрѣтиться и безъ мозгового страданія, напр., у выздоравливающихъ послѣ лихорадочныхъ болѣзней, у анемичныхъ и у маленькихъ дѣтей во время сна.

Со второй педѣли болѣзни, когда рвота ужъ прекратилась, а правильность пульса и сонливость болѣе или менѣе рѣзко выражены, появляются еще новыя симптомы, окончательно выясняющіе діагностику. Сюда относятся: глубокіе вздохи, явленія со стороны глазъ, жевательныя движенія нижней челюсти и автоматическія, однообразныя движенія той или другой конечностью, (всею чаще ребенокъ начинаетъ дѣлать непрерывное движеніе рукой; онъ подымаетъ ее до головы, спускаетъ потомъ по лицу и груди на животъ, опять подымаетъ до лба и т. д. въ теченіе получаса и дольше, нѣсколько разъ въ день) явленія со стороны вазомоторовъ; еще позднѣе являются сведеніе затылка, общія судороги, невозможность глотанія.

*Дыханіе* въ первые дни совершается правильно, но въ періодѣ сонливости начинаютъ появляться временами болѣе глубокіе вздохи, послѣ которыхъ нерѣдко наступаетъ продолжительная пауза (ребенокъ какъ будто забываетъ дышать, но выраженію Barthez'a и Rilliet); иногда покойное дыханіе прерывается монотоннымъ, громкимъ, короткимъ вскрикиваніемъ (гидроцефалической крикъ Coindet); еще позднѣе въ періодѣ полной спячки (конецъ 2-й и начало 3-й недѣль) дыханіе принимаетъ Cheyne-Stockes'скій характеръ.

*Глаза* представляютъ такъ много симптомовъ, характерныхъ для менингита, что именно по глазамъ часто можно узнать эту болѣзнь

издали. Прежде всего бросается въ глаза неподвижный взглядъ, симптомъ—наиболѣе цѣнный для діагностики менингита у маленькихъ дѣтей, у которыхъ онъ является довольно рано, (конецъ 1-й недѣли): ребенокъ рѣдко мигаетъ, вѣки широко раскрыты и глаза неподвижно устремлены куда-то вдале; онъ не фиксируетъ никакихъ предметовъ, подносимыхъ къ нему и, должно быть, плохо видитъ; такъ какъ не мигаетъ при приближеніи къ глазу пальца; зрачки при этомъ широко и вяло реагируютъ на свѣтъ; нерѣдко замѣчается осцилляція зрачковъ, т. е. подъ влияніемъ свѣта зрачокъ сокращается на короткое время, но сейчасъ-же расширяется снова, не смотря на продолжающееся дѣйствіе свѣта; какъ на хорошее діагностическое средство для отличія острой головной водянки отъ всѣхъ сходныхъ съ ней заболѣваній, Parrot указываетъ на то, что при ней можно вызвать значительное расширение зрачка посредствомъ щипанія кожи живота. Что въ періодѣ неполной спячки признакъ этотъ встрѣчается постоянно — въ этомъ и я имѣлъ случай убѣдиться, но для этого нѣтъ надобности щипать именно кожу живота, достаточно всякаго болевого раздраженія; но насколько симптомъ этотъ характеренъ специально для менингита и не встрѣчается ли онъ также при другихъ болѣзняхъ, кончающихся спячкой, это другой вопросъ, требующій для своего рѣшенія дальнѣйшихъ наблюденій.

Далѣе, со стороны глазъ мы имѣемъ еще два симптома: косоглазіе (оно является много позднѣе неподвижнаго взгляда) и измѣненіе дна глаза. Если офтальмоскопомъ удастся замѣтить присутствіе бугорковъ на сосудистой оболочкѣ, то діагностика мплярной бугорчатки несомнѣнна, но бѣда въ томъ, что бугорки *choroïdeae* встрѣчаются очень рѣдко, чаще находятъ застойный сосочекъ, но этотъ симптомъ несколько не патогномиченъ для острой головной водянки, онъ указываетъ только на затрудненное кровообращеніе и усиленное давленіе въ полости черепа, которое можетъ зависѣть и отъ опухоли мозга, и отъ другихъ причинъ.

Симптомы, указывающіе на разстройство иннерваціи *вазомоторовъ*, являются сравнительно поздно. Сюда относятся два рода явленій, во 1-хъ, быстрая смѣна окраски лица и во 2-хъ, пятна Trousseau.

Въ первомъ періодѣ туберкулезнаго менингита лицо бываетъ блѣднымъ, но при разстройствѣ *вазомоторовъ*, что бываетъ въ періодѣ довольно глубокой спячки, временами вдругъ появляется яркая окраска одной или обѣихъ щекъ, скоро опять исчезающая; нерѣдко такую игру цвѣтовъ удается вызывать искусственно, для чего стоптъ только чѣмъ-нибудь обезвокоить ребенка. Для того, чтобъ вызвать появленіе пятенъ Trousseau, надо провести по кожѣ туловища черту пальцемъ

или какимъ -нибудь тупымъ инструментомъ, умѣренно надавливая. Черезъ  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  минуты послѣ того на мѣстѣ черты появляется яркая, красная полоса, остающаяся на довольно долгое время и постепенно исчезающая съ краевъ; хотя при mening. tuberc. пятна эти встрѣчаются въ позднемъ періодѣ постоянно, но діагностическое ихъ значеніе не особенно велико, такъ какъ они бываютъ и при другихъ болѣзняхъ, напр., при тифѣ.

Сведеніе затылка принадлежитъ тоже къ числу довольно постоянныхъ, но позднихъ симптомовъ туберкулезнаго менингита; для дифференціальной діагностики отъ тифа оно можетъ имѣть значеніе только потому, что сопровождается сравнительно низкими температурами, а при тифѣ—высокими (40 и больше).

При сведенномъ затылкѣ пассивное сгибаніе головы всегда бываетъ крайне болѣзненнымъ и вызываетъ реакцію со стороны больного, въ видѣ крика или искаженія чертъ лица, даже и въ періодѣ довольно глубокой спячки, когда, напр., уколы булавкой уже вовсе не ощущаются. Такъ какъ при положеніи на спячѣ подушки производятъ извѣстное давленіе на сведенный затылокъ въ смыслѣ сгибанія головы, то ребенокъ, не смотря на сонливость, инстинктивно принимаетъ положеніе на боку и для сохраненія равновѣсія сгибаетъ ноги въ бедренныхъ и коленныхъ сочлененіяхъ, т. е. онъ лежитъ на боку скорчившись и такое положеніе, извѣстное подъ именемъ „положенія легавой собаки“, довольно характерно для туберкулезнаго менингита (при тифѣ, напр., больные лежатъ большею частью на спячѣ).

Характерно также для habitus'a менингитика значительное исхуданіе, достигающее при этой болѣзни самыхъ высшихъ степеней въ сравнительно очень короткій срокъ: въ какія-нибудь двѣ недѣли больной представляетъ, что называется, кости и кожу, т. е. такое истощеніе, какое при тифѣ никогда не встрѣчается такъ рано.

Общая судороги сами по себѣ ничего типичнаго для менингита не представляютъ; слѣдуетъ имѣть въ виду, что, не смотря на полное отсутствіе какого-либо фокуснаго страданія мозга, онѣ все-таки могутъ быть односторонними и часто оставляютъ послѣ себя означенные параличи. Почти никогда эклипсія не появляется съ самаго начала болѣзни, обыкновенно-же дня за 3—4 до смертельнаго исхода. По наблюденіямъ Barthez и Rilliet, если конвульсіи являются вначалѣ и отличаются особымъ упорствомъ, то онѣ всегда указываютъ на присутствіе большихъ туберкуловъ въ мозгу.

Родители часто обращаются къ врачу съ вопросомъ—долго ли проживетъ ребенокъ? скоро-ли кончатся его мученія? Опредѣлять время



смерти—дѣло, вообще очень трудное, а при туберкулезномъ менингитѣ, тѣмъ болѣе, такъ какъ продолжительность его колеблется въ довольно широкихъ размѣрахъ, но приблизительно можно руководствоваться слѣдующими соображеніями. Въ большинствѣ случаевъ острая головная водняка (туберкулезная или простая, это все равно) продолжается 2—3 недѣли. Пока пульсъ остается замедленнымъ, то очень близкой смерти ждать нельзя, хотя-бы спячка и была рѣзко выражена; если пульсъ начинаетъ значительно учащаться, то дѣло идетъ къ концу и когда онъ доходитъ до 180—200 ударовъ, то едва-ли больной проживетъ болѣе 1—1½ сутокъ; невозможность глотанія (не во время судорогъ только, а постоянно) является не болѣе, какъ за сутки до детального исхода, а хриплое, клокочущее дыханіе за нѣсколько часовъ.

Особенно быстро протекаетъ менингитъ въ томъ случаѣ, когда развивается у ребенка, страдающаго рѣзко выраженной чахоткой. По Rilliet и Barthez'y, въ такихъ случаяхъ дѣло прямо начпнается судорогами, за которыми слѣдуетъ спячка и другія явленія послѣдняго періода.

Туберкулезный менингитъ въ различныхъ своихъ періодахъ можетъ имѣть сходство со многими болѣзнями. Во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ надо постараться прежде всего выяснитъ вопросъ о періодѣ предвѣстниковъ (т. е. были-ли въ данномъ случаѣ соотвѣтствующіе симптомы) и есть-ли у ребенка наслѣдственное или приобрѣтенное расположение къ туберкулезу. Чтобы съ увѣренностью ставитъ діагностику туберкулезнаго менингита при отсутствіи упомянутыхъ этиологическихъ условій, надо имѣть гораздо болѣе клиническихъ данныхъ, чѣмъ въ томъ случаѣ, когда самъ больной или его братья страдали туберкулезомъ въ той или иной формѣ.

Узнать приближеніе туберкулезнаго менингита въ періодѣ предвѣстниковъ невозможно, потому что въ это время нѣтъ никакихъ характерныхъ симптомовъ. Что ребенокъ безъ всякой видимой причины съ нѣкоторыхъ поръ теряетъ аппетитъ, худѣетъ и блѣднѣетъ — еще ничего не доказываетъ, такъ какъ подобные симптомы встрѣчаются также при анеміи, легкомъ катаррѣ желудка, глистахъ. Положеніе дѣлается болѣе подозрительнымъ, если ребенокъ, кромѣ того, представляетъ симптомы раздраженія мозга: жалуется на головокруженіе, пугается во снѣ, скрежещетъ зубами, тогда какъ раньше у него не было этихъ припадковъ.

Если продромальный періодъ протекаетъ съ значительной лихорадкой, то можетъ быть принятъ за тифъ (см. діагн. тифа отъ остраго мплярнаго туберкулеза).

Въ первомъ періодѣ, когда главными симптомами бываетъ рвота, головная боль, апатія и запоръ, вопросъ можетъ идти о катаррѣ желудка, о началѣ тифа и о гипереміи мозга.

Объ отличіи желудочной рвоты отъ мозговой мы уже говорили на стр. 83, здѣсь-же добавимъ слѣдующее: у *трудного ребенка* начало менингита часто принимается за диспепсію, такъ какъ въ обоихъ случаяхъ, кромѣ рвоты, наблюдается и беспокойство ребенка. Противъ диспепсіи говоритъ, во 1-хъ, *повышеніе температуры*, обыкновенно сопровождающее начало менингита, особенно у маленькихъ дѣтей.

Во 2-хъ, *отсутствіе диспептического стула*. Признакъ этотъ чрезвычайно важенъ, если только онъ на лицо; но такъ какъ поносъ у маленькихъ дѣтей можетъ встрѣтиться и при менингитѣ, то надо помнить, что обратнаго заключенія на основаніи этого признака сдѣлать нельзя.

Въ 3-хъ, *упорство рвоты*. Рвота при диспепсіи въ громадномъ большинствѣ случаевъ очень скоро прекращается при регулированіи діеты (напр., при запрещеніи коровьяго молока) и при назначеніи соотвѣтственныхъ лѣкарствъ (*magisth. bismuthi, cerium oxalic.*, маленькія дозы каломела), между тѣмъ какъ для мозговой рвоты характерно именно то, что она упорно продолжается, не смотря на самое правильное кормленіе ребенка (хотя-бы, напр., молокомъ матери) и не уступаетъ лѣкарствамъ. Еще типичнѣе, если *для рвоты нельзя открыть никакой причины* въ діетѣ, т. е. если она появилась у ребенка при той самой пищѣ, которую до сихъ поръ онъ отлично переносилъ.

Въ 4-хъ, *характеръ крика*. При диспепсіи крикъ силенъ, но онъ является приступами, т. е. вдругъ начинается и внезапно-же исчезаетъ, тогда какъ при менингитѣ ребенокъ кричитъ, можетъ быть, и не такъ сильно, но за то продолжительно; онъ просто не знаетъ покоя ни днемъ, ни ночью. Крикъ отъ коликъ, какъ и сама диспепсія, встрѣчается тѣмъ чаще, чѣмъ моложе ребенокъ; всего чаще отъ 1 до 3 мѣсяцевъ; менингитъ, напротивъ, чаще встрѣчается послѣ 6 мѣсяцевъ.

Въ 5-хъ, *дальнѣйшее теченіе*. Черезъ нѣсколько дней послѣ появленія мозговой рвоты ребенокъ дѣлается сонливъ, а потомъ появляются и другіе мозговые симптомы, изъ которыхъ напряженная, иногда даже выдающаяся, фонтанель, неподвижный взглядъ и сосательныя движенія губами во время сна, являются обыкновенно раньше эclamпическихкихъ судорогъ, полной спячки и сведеннаго затылка.

Еще большее сходство съ началомъ острой головной водячки представляютъ иногда случаи *подостраго гастрита у болѣе взрослыхъ дѣтей*. Болѣзнь эта протекаетъ или при нормальной, или съ слегка повышен-

ной температурой и характеризуется подчасъ совершенно тѣми-же симптомами, какъ и начало менингита, т. е. рвотой, небольшою головною болью, апатіей, запоромъ и даже неправильнымъ и замедленнымъ пульсомъ. Такія формы гастрита, обращеніи которыхъ можно найти, напр., въ руководствѣ Nenoch'a (3-е изд. стр. 297), у Rilliet и Barthez'a (Т. II 1. 37), а также и въ 1-мъ вып. моихъ лекцій объ остр. инф. болѣз. стр. 23, чаще встрѣчаются у дѣтей отъ 4 до 7 лѣтъ. Въ подобныхъ случаяхъ дифференціальная діагностика гастрита отъ менингита на основаніи *однихъ* только *симптомовъ* не всегда можетъ быть установлена; здѣсь важнѣе этиологическіе моменты, дальнѣйшее теченіе и результаты терапіи. Можно предполагать ложный менингитъ (т. е. гастритъ) въ томъ случаѣ, если мозговые симптомы появляются у ребенка, до тѣхъ поръ здороваго, послѣ грубыхъ погрѣшностей въ діетѣ или послѣ пищи, совсѣмъ не привычной ребенку, а также въ томъ случаѣ, когда дѣло идетъ о долго голодавшемъ ребенкѣ, выздоравливающимъ отъ острой лихорадочной болѣзни, когда неосторожно удовлетворяють быстро увеличивающійся аппетитъ. Наоборотъ, гастритъ невѣроятенъ, если со стороны діеты на него нѣтъ указаній. Во всякомъ случаѣ сомнѣніе не можетъ продолжаться долго, такъ какъ мозговые симптомы при гастритѣ черезъ нѣсколько дней исчезаютъ, а при менингитѣ они усиливаются. Что касается до терапіи, то пробнымъ камнемъ можетъ служить слабительное, будетъ-ли то каломель, или что-нибудь другое. Мозговые симптомы, зависящіе отъ менингита, или вовсе не измѣняются послѣ дѣйствія желудка или очень мало, тогда какъ въ случаѣ гастрита улучшеніе дѣлаетъ быстрые успѣхи.

Отсюда вытекаетъ такое правило: если у ребенка появляются симптомы, напоминающіе первый періодъ туберкулезнаго менингита, то во 1-хъ, не слѣдуетъ торопиться съ точной діагностикой и отнюдь не ставить абсолютно дурного предсказанія, а во 2-хъ, прежде всего надо назначить больному слабительное.

Впрочемъ, въ случаяхъ гастрита обыкновенно дѣло не доходитъ до полнаго сходства съ началомъ менингита, такъ какъ не всѣ перечисленные симптомы бывають на лицо: то нѣтъ замедленнаго пульса, то не замѣтно апатін, а иногда даже и рвоты нѣтъ. Еще легче распознать гастритъ, сопровождающійся мозговыми симптомами, въ томъ случаѣ, когда есть симптомы, спеціально ему свойственныя, каковы: желтуха или, по крайней мѣрѣ, *желтизна конъюнктивы*, густо обложенный языкъ, непріятный запахъ изо рта, вздутость и легкая болѣзненность подложечки при давленіи на нее и наконецъ, *herpes labialis*, почти никогда не встрѣчающійся при туберкулезномъ менингитѣ, но

очень часто при засореніи желудка. Противъ гастрита и за менингитъ говоритъ, по мнѣнію Неносн'а, неправильный и *въ то же самое время* замедленный пульсъ, тогда какъ одна неправильность безъ замедленія не имѣетъ особаго діагностическаго значенія. (По нашему мнѣнію, даже и одновременное существованіе обоихъ этихъ признаковъ не рѣшаетъ еще дѣла).

Нѣкоторые авторы утверждаютъ, что картину начинающагося менингита могутъ вызвать также *кишечныя глисты*. Въ случаѣ Saint-Goglimelli, наур., мальчикъ 9 лѣтъ заболѣлъ вдругъ знобомъ (38,5) и повторной желчной рвотой, а вслѣдъ за тѣмъ у него появились сведеніе затылка, сходящееся косоглазіе, сврежетъ зубовъ, всерпкиванья, полукомагиозное состояніе. Послѣ выхода аскаридъ въ количествѣ болѣе 100 штукъ, черезъ 3 дня, ребенокъ былъ ужъ здоровъ (Врачъ 87. с. 605). Въ литературѣ такіе случаи описаны въ довольно большомъ количествѣ, и нѣтъ ничего невѣроятнаго въ томъ, что раздраженіе кишекъ глистами можетъ оказывать рефлекторное вліяніе на вазомоторы мозга и производить такимъ образомъ разстройство кровообращенія въ полости черепа, но, вѣроятно, подобные случаи крайне рѣдки и мнѣ лично не встрѣтились ни разу; гораздо чаще случается видѣть выходъ глиствъ (аскаридъ) въ началѣ менингита, но противоглистное лѣченіе въ такихъ случаяхъ не оказываетъ ровно никакого вліянія на теченіе болѣзни.

То же самое можно сказать и по поводу *прорѣзыванія зубовъ*. Очень часто во время менингита рѣжутся зубы, но очень рѣдко процессъ этотъ вызываетъ комплексъ симптомовъ острой головной водянки въ видѣ спячки, замедленнаго пульса, сведеннаго затылка и проч. Правда, у дѣтей, расположенныхъ къ судорогамъ, прорѣзываніе зубовъ не особенно рѣдко сопровождается эвлямпсией, но въ такомъ случаѣ картина болѣзни вовсе не похожа на туберкулезный менингитъ.

Зависимость мозговыхъ припадковъ отъ глиствъ или отъ зубовъ признается въ томъ случаѣ, когда всѣ симптомы быстро исчезаютъ вслѣдъ за устраненіемъ причины (изгнаніе аскаридъ, выходъ зуба). Такіе опытные люди, какъ Неносн и Cadet de Gassicourt, между прочимъ, высказываются за возможность происхожденія мозговыхъ гиперемій, симулирующихъ менингитъ, подъ вліяніемъ прорѣзыванія зубовъ.

Если туберкулезный менингитъ является послѣднимъ актомъ остраго милиарнаго туберкулеза и въ такомъ случаѣ сопровождается значительнымъ лихорадочнымъ состояніемъ, по крайней мѣрѣ, вначалѣ, то возникаетъ вопросъ о *тифѣ*, тѣмъ болѣе, что и тифъ можетъ сопровождаться различными мозговыми симптомами, симулирующими ме-

нингитъ. О діагностикѣ этихъ тифозныхъ формъ менингита отъ тифа мы скажемъ въ главѣ о послѣднемъ, здѣсь-же замѣтимъ только, что типическіе случаи туберкулезнаго менингита отличаются отъ тифа очень легко уже по температурѣ: нервные симптомы (сонливость, сведеніе затылка, головная боль и проч.) при менингитѣ сопровождаются температурой близкой къ нормѣ (б. ч. ниже 39), а при тифѣ симптомы, служащіе выраженіемъ тяжелой инфекціи, протекаютъ при значительной лихорадкѣ (около 40°). Изъ отдѣльныхъ симптомовъ, говорящихъ за менингитъ и противъ тифа, мы укажемъ на замедленный и неправильный пульсъ (при тифѣ пульсъ тоже нерѣдко бываетъ замедленъ, но онъ остается правильнымъ), втянутый животъ, не смотря на запоръ, (при тифѣ нѣсколько вздутый животъ и часто бываетъ поносъ) параличи лицевыхъ или глазныхъ мышцъ, автоматическія движенія той или другой конечностью, широкіе, не реагирующіе зрачки, неподвижный взглядъ.

Большое сходство съ начальнымъ періодомъ менингита могутъ представить случаи *воспаленія средняго уха* (*otitis media*). Такъ какъ дѣти даже и старшаго возраста не всегда жалуются при этомъ на боль въ ухѣ, то болѣзнь эта часто просматривается. Какъ и при менингитѣ, здѣсь можетъ быть повышеніе температуры, головная боль, рвота, потемнѣніе сознанія, вскрикиваніе и безпокойство и даже судороги. Чтобы не впасть въ ошибку, надо принять себѣ за правило изслѣдовать уши у всякаго ребенка, представляющаго симптомы раздраженія мозга; особенно это необходимо въ томъ случаѣ, когда есть основаніе подозрѣвать возможность пораженія ушей, напр., когда больной имѣетъ насморкъ или катарръ зѣва или хвораетъ скарлатиной, корью, оспой, пневмоніей. Діагностики ради, Tröltzsch совѣтуетъ прибѣгать въ подобныхъ случаяхъ къ продуванію ушей по способу Politzer'a. Если послѣ этого общее состояніе значительно улучшается, то едва-ли можетъ быть сомнѣніе насчетъ существованія экссудативнаго отита. Цѣнные результаты можетъ дать также ощупываніе ушей (боль при давленіи на tragus или на сосцевидный отростокъ, припухшія железы непосредственно сзади ушной раковины или въ области parotis) и у старшихъ дѣтей—изслѣдованіе слуха. Съ появленіемъ течи изъ уха всѣ мозговые симптомы быстро исчезаютъ.

Наконецъ, симптомы менингита могутъ быть вызваны **гипереміей мозга**, встрѣчающейся у дѣтей подъ вліяніемъ усиленныхъ умственныхъ занятій, инсоляціи, травмы, спиртныхъ напитковъ. Подъ вліяніемъ той или иной причины ребенокъ жалуется на головную боль, съ нимъ дѣлается рвота, температура нѣсколько повышается, является сонли-

вость, замедление и неправильность пульса, даже сведение затылка, словомъ, все, какъ въ началѣ менингита, съ тою лишь разницей, что черезъ нѣсколько дней всѣ эти припадки быстро исчезаютъ и ребенокъ выздоравливаетъ.

Во второмъ періодѣ менингита, когда всѣ симптомы сдавленія мозга (спячка, параличныя и судорожныя явленія, не реагирующіе зрачки и проч.) выражены рѣзко, когда, слѣдовательно, существованіе мозговой болѣзни несомнѣнно, діагностика можетъ представить затрудненія только по отношенію къ другимъ мозговымъ страданіямъ, каковы: 1) простая острая головная водянка; 2) менингитъ, развивающійся въ окружности какого-нибудь новообразованія, каковы: солитарные туберкулы, гумма, склерозъ (Cadet de Gassicourt) 3) острый гнойный менингитъ, 4) анемія п отеку мозга, 5) пассивная гиперемія и тромбозъ синусовъ.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ діагностика основывается не столько на отдѣльныхъ симптомахъ, сколько на анамнезѣ и теченіи.

1) **Простая острая головная водянка** характеризуется тѣми-же самыми симптомами и *такимъ-же теченіемъ*, какъ и туберкулезная. Единственный симптомъ, специально свойственный туберкулезному менингиту, именно присутствіе бугорковъ на днѣ глаза, имѣетъ болѣе теоретическій интересъ, такъ какъ встрѣчается крайне рѣдко. Предполагать простой серозный менингитъ можно въ томъ случаѣ, если ребенокъ стоитъ въ возрастѣ до 2-хъ лѣтъ, если до заболѣванія менингитомъ онъ былъ совершенно здоровъ, не представляя симптомовъ періода предвѣстниковъ, въ анамнезѣ нѣтъ никакихъ указаній на туберкулезъ и наконецъ, если болѣзнь кончилась полнымъ выздоровленіемъ.

2) *Ограниченный менингитъ въ окружности новообразованія* никакими особенностями теченія не отличается. Cadet de Gassicourt относитъ къ этой категоріи всѣ случаи менингита, кончающіеся выздоровленіемъ, т. е. діагностика ставится, такъ сказать, заднимъ числомъ. Въ существованіи идиопатическаго, не туберкулезнаго менингита, т. е. простой острой головной водянки, который тоже иногда кончается выздоровленіемъ, Cadet de Gas. сомнѣвается.

3) О діагностикѣ остраго гнойнаго менингита см. слѣдующую главу.

4) Подъ именемъ **анеміи мозга** или гидроцефалонда мы понимаемъ комплексъ симптомовъ, характеризующій мозговое страданіе у дѣтей, истощенныхъ тяжелыми формами поноса. Анатомическая сущность этого страданія можетъ быть сведена къ запусѣнію артерій и переполненію венъ вслѣдствіе слабой дѣятельности сердца и къ отеку мозга и отчасти къ водянкѣ желудочковъ, вслѣдствіе нарушеннаго кровообращенія въ мозгу, и къ атрофіи мозга отъ истощенія (hydrocephalus ex vasuo).

Гидроцефалоидъ встрѣчается въ острой и подострой формѣ, различающихся между собой, главнымъ образомъ, быстротой развитія симптомовъ. Острая форма, свойственная груднымъ дѣтямъ, является слѣдствіемъ дѣтской холеры, а подострая, встрѣчающаяся у дѣтей лѣтъ двухъ и старше, — хроническаго поноса.

Въ первомъ случаѣ, черезъ нѣсколько дней послѣ упорной рвоты и поноса прежде всего появляются припадки раздраженія мозга (безпокойство, бессонница, постоянное треніе головой о подушку), а потомъ скоро наступаетъ упадокъ силъ и дѣятельности сердца, а вмѣстѣ съ тѣмъ и припадки угнетенія мозга: при очень маломъ и частомъ пульсѣ, ввалившихся глазахъ и впаившемъ родничкѣ ребенокъ дѣлается сонливъ и нерѣдко представляетъ мѣстныя (сведеніе затылка и конечностей) или общія судороги и наконецъ умираетъ въ спячкѣ при явленіяхъ полного истощенія. Вся болѣзнь продолжается 5—7 дней. Діагностика отъ менингита основывается на анамнезѣ (болѣзнь началась рвотой и обильнымъ водянистымъ поносомъ), на явленіяхъ коллапса (ввалившаяся фонтанель, общее истощеніе, субнормальная температура) и на быстротѣ теченія.

Подострая форма гидроцефалоида развивается постепенно и потому болѣе похожа на туберкулезный менингитъ, чѣмъ предыдущая. Ребенокъ страдаетъ поносомъ ужъ нѣсколько недѣль, онъ сильно похудѣлъ, такъ что кожа повсюду легко собирается въ складки, *ступни* и *вѣки* нерѣдко представляютъ *отечную припухлость*; онъ дѣлается раздражителенъ, страдаетъ бессонницей, вздрагиваетъ отъ рѣзкаго шума, вообще представляетъ симптомы раздраженія мозга, иногда появляется даже и рвота, но *пульсъ* не дѣлается ни *замедленнымъ*, ни *неправильнымъ* даже и въ томъ случаѣ, когда, спустя нѣсколько дней, появляется сонливость и еще позднѣе полная спячка, при широкихъ, слабо реагирующихъ зрачкахъ; во все время пульсъ остается малымъ и частымъ. Въ періодѣ спячки можетъ появиться сведеніе затылка или общія судороги, пятна Trousseau и т. д. словомъ, получается картина, очень похожая на поздній періодъ туберкулезнаго менингита и, тѣмъ не менѣе, въ большинствѣ случаевъ діагностика нетрудна, если только извѣстно изъ анамнеза, что ребенокъ страдалъ хроническимъ поносомъ, поведшимъ къ сильному истощенію. Изъ отдѣльныхъ симптомовъ, могущихъ служить для дифференціальной діагностики гидроцефалоида отъ острой головной водянки, заслуживаютъ вниманія слѣдующіе:

**Гидроцефалоидъ.**

*Температура* ниже нормальной (35,5—36,5).

*Пульсъ* всегда малъ, часть и слабъ, но правильный.

*Рвота* часто отсутствуетъ.

*Поносъ*, бывший до начала болѣзни, продолжается и въ періодъ развитія мозговыхъ симптомовъ и превращается лишь незадолго до смерти.

Картина общаго истощенія нерѣдко сопровождается *отеками* ступней и лица (Widerhofer).

*Родничекъ* вваливается.

Параличей лицевыхъ мышцъ нѣтъ.

5) *Пассивная гиперемія мозга*, сопровождающаяся тяжелыми мозговыми припадками, всего чаще встрѣчается при коклюшѣ у маленькихъ дѣтей. Интересный случай такого рода приводитъ, напр., Непосъ (1. с. s. 425. 3 Auf.).

Подъ вліяніемъ сильныхъ пароксизмовъ коклюшного кашля у ребенка стали появляться эклимпсическія судороги а потомъ мало по малу развились и другіе мозговые симптомы въ видѣ косоглазія, неподвижнаго взгляда, сосательныхъ движеній губами, спячки, сведенія затылка и конечностей; черезъ 20 дней смерть въ сопорѣ. Къ довершенію сходства за 11 дней до летальнаго исхода появилось еще и лихорадочное состояніе (38,4—39,2) подъ вліяніемъ бронхонеймоніи. Непосъ діагностировалъ туберкулезный менингитъ и ошибся! При вскрытіи была констатирована только сильная застойная гиперемія мозга и его оболочекъ, подъ вліяніемъ коклюшныхъ пароксизмовъ и бронхонеймоніи. Предполагать такую причину мозговыхъ симптомовъ слѣдуетъ въ томъ случаѣ, если послѣдніе сопровождаются еще и другими признаками ослабленной дѣятельности сердца, каковы: ціанозъ лица, похолоданіе и, можетъ быть, даже отекъ конечностей, чрезвы-

**Острая головная водянка.**

Субфебрильная (37,8—38,2) или лихорадочная.

Вначалѣ замедленный, потомъ часть, но въ обоихъ случаяхъ неправильный; передъ смертью очень частый, нитевидный.

Обязательна въ началѣ болѣзни и бол. ч. повторная.

Почти всегда бываетъ запоръ съ первыхъ дней появленія мозговыхъ припадковъ; если до этого былъ поносъ, то онъ обыкновенно прекращается.

Отековъ не бываетъ, даже и при самомъ сильномъ истощеніи.

Родничекъ выпяченъ и напряженъ.

Параличи встрѣчаются нерѣдко.



чайно малый и частый пульсъ. У такихъ больныхъ *никогда не бываетъ замедленнаго и неправильнаго пульса*, точно такъ же, какъ и неправильнаго дыханія съ глубокими вздохами, напротивъ того, оно *всегда поверхностно и очень учащено* (до 80—100 разъ въ минуту). Та же самая картина можетъ получиться и безъ коклюша при условіи существованія другихъ причинъ для венознаго застоя въ мозгу, напр., въ случаѣ тромбоза синусовъ, а потому надо быть очень осторожнымъ съ діагностикой туберкулезнаго менингита въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣешь дѣло съ больнымъ ціанотичнымъ или представляющимъ другіе признаки упадка сердечной дѣятельности, а также и въ тѣхъ случаяхъ, когда есть основаніе предполагать возможность развитія *закупорки синусовъ*; послѣдній процессъ всего чаще присоединяется къ воспаленіямъ уха съ каріознымъ разрушеніемъ височной кости; въ другихъ случаяхъ причиной тромбоза бываетъ застой крови въ венахъ головы, напр., сдавленіе верхней полой вены увеличенными железами, или ослабленная дѣятельность сердца подъ вліяніемъ поносовъ и другихъ истощающихъ болѣзней, въ томъ числѣ и острыхъ лихорадочныхъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ тромбозъ синусовъ можетъ быть узнать при жизни, именно, если рядомъ съ различными мозговыми симптомами разлитого пораженія мозга (рвота, головная боль, сонливость, косоглазіе, сведеніе затылка) появляются еще нѣкоторые признаки, специально указывающіе на закупорку того или иного синуса; такъ, при непроходимости *sin. transversi*—плотная, отечная припухлость сзади уха, (для происхожденія этого симптома нужно, чтобъ тромбозъ распространился на заднеушные вены) и запусѣніе наружной яремной вены на большой сторонѣ; (у дѣтей эти вены вообще недоступны ощущиванію, а потому признакъ этотъ едва-ли когда нибудь встрѣчается въ дѣтской практикѣ). При закупоркѣ *sin. cavernosi*—легкое выпячиваніе глазного яблока (отъ застоя въ *v. ophthalmica*), отекъ вѣкъ, а иногда и всей половины лица. При закрытіи *sin. longitudinalis super.*—ціанозъ лица, расширеніе венъ, идущихъ отъ темени къ вискамъ, носовыя кровотеченія. Къ сожалѣнію, эти специальные признаки тромбозовъ встрѣчаются далеко не во всѣхъ случаяхъ, а потому и діагностика остается часто въ видѣ предположенія.

**Гнойное воспаленіе мягкой мозговой оболочки.** *Meningitis simplex serugulenta* отличается отъ туберкулезнаго менингита не столько качествомъ признаковъ, сколько группировкой ихъ и быстротой теченія, а также и этиологіей, о которой было ужъ сказано. Трудно указать на какой-нибудь симптомъ туберкулезнаго менингита, который не могъ бы встрѣтиться и при *mening. simplex*. Въ отличіе отъ *mening. tuberculosa*,

характеризующейся медленнымъ началомъ и постепеннымъ развитіемъ симптомовъ сдавленія мозга, гнойное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ начинается сразу, т. е. безъ предвѣстниковъ и очень остро: знобомъ, сильной головной болью, рвотой и быстрымъ поднятіемъ температуры градусовъ до 40. При туберкулезномъ менингитѣ ребенокъ въ теченіе первой недѣли вовсе не производитъ впечатлѣнія опасно больного; онъ жалуется лишь на умѣренную головную боль и головокруженіе и, находясь въ состояніи апатіи, но въ полномъ сознаніи, лежитъ въ постели совершенно покойно, между тѣмъ какъ при гнойной формѣ менингита уже въ концу первыхъ сутокъ или на второй день больной или сильно беспокоится и мечется въ постели, или бредитъ, вскакиваетъ и вообще выказываетъ признаки нарушенной психики и затемненнаго сознанія. Онъ производитъ впечатлѣніе тяжелаго больного уже съ самаго начала. Дня черезъ 3—4 сознаніе совсѣмъ исчезаетъ, появляются мѣстные (въ лицѣ) или общія судороги и спячка и въ концѣ недѣли или даже раньше наступаетъ смертельный исходъ. Вотъ, въ этой-то быстротѣ развитія симптомовъ и въ скоромъ наступленіи летальнаго исхода и состоитъ главное отличіе гнойнаго менингита отъ туберкулезнаго.

Что касается отдѣльныхъ симптомовъ, то, какъ ужъ сказано, они не даютъ надежныхъ точекъ опоръ для діагностики.

*Головная боль* при гнойной формѣ отличается съ самаго начала гораздо бѣльшей силой, чѣмъ при туберкулезномъ воспаленіи; *рвота* и *запоръ* въ обоихъ случаяхъ приблизительно одинаковы, но впаденіе живота бываетъ болѣе рѣзкимъ при туберкулезной формѣ (можетъ быть потому, что она дольше тянется, такъ какъ въ первые дни и при ней животъ еще мало втянутъ). Припадки сдавленія мозга, въ видѣ замедленнаго и неправильнаго пульса и широкихъ, не реагирующихъ зрачковъ, при простомъ менингитѣ могутъ совсѣмъ отсутствовать (въ первые дни пульсъ всегда сообразно температурѣ учащенъ и полонъ, а зрачки сужены) именно въ тѣхъ случаяхъ, когда хорондальныя сплетенія не участвуютъ въ воспаленіи и, стало быть, нѣтъ растяженія желудочковъ; въ противномъ-же случаѣ и при простомъ менингитѣ замѣчается замедленный и неправильный пульсъ, но только, благодаря лихорадкѣ, не въ столь рѣзкой степени.

Пораженіе лицевыхъ и глазныхъ нервовъ, выходящихъ изъ основанія мозга, при базиллярномъ менингитѣ выражается постояннѣе и рѣзче, чѣмъ при воспаленіи оболочекъ на выпуклости мозга.

Лихорадка при туберкулезномъ менингитѣ умѣренна (до 38,5), а въ періодѣ разгара болѣзни можетъ совсѣмъ отсутствовать, тогда какъ при mening. purul. она съ самаго начала высока (до 40%) и остается на этой степени до конца.

Въ общемъ можно сказать, что въ своихъ типическихъ представителяхъ эти двѣ формы воспаленія мозговыхъ оболочекъ отличаются другъ отъ друга легко, но обѣ онѣ протекають иногда неправильно, и тогда дифференціальная діагностика можетъ представить большія затрудненія, особенно при недостаткѣ анамнеза и неизвѣстности этиологическаго момента. Такъ напр., туберкулезный менингитъ принимаетъ чрезвычайно бурное теченіе и кончается смертью въ нѣсколько дней, если онъ развивается у ребенка въ послѣдней степени чахотки (Barthez и Rilliet) или если высыпаніе бугорковъ сопровождается гнойнымъ воспаленіемъ не только основанія мозга, но и поверхности полушарій. Тутъ правпльная оцѣнка симптомовъ можетъ быть сдѣлана только на основаніи анамнеза и этиологіи.

Съ другой стороны, и простой гнойный менингитъ развивается иногда довольно медленно и, распространяясь на основаніе мозга и на желудочки, даетъ картину острой головной водянки. Такое теченіе нерѣдко принимаетъ, напр., менингитъ, развивающійся вслѣдствіе хроническаго отита съ костюдой височной кости или даже и безъ разрушенія послѣдней. Въ подобныхъ случаяхъ развитію менингита могутъ предшествовать болѣе или менѣе тяжелые мозговые симптомы, зависящіе отъ разстройствъ кровообращенія въ полости черепа, вслѣдствіе тромбоза синусовъ или отъ воспаленія твердой мозговой оболочки, или наконецъ, отъ образованія нарыва въ мозгу. При подобныхъ условіяхъ болѣзнь мозга можетъ затянуться на нѣсколько недѣль и все-таки остаться безъ точной діагностики, тѣмъ болѣе, что и этиологія тутъ ничего не рѣшаетъ, такъ какъ дѣло идетъ объ истощенныхъ или золотушныхъ дѣтяхъ и потому нельзя рѣшить, заболѣли-ли они менингитомъ подъ влияніемъ туберкулезнаго расположенія, или отъ мѣстной причины со стороны уха.

Болѣзни, съ которыми можетъ быть смѣшанъ острый гнойный менингитъ, очень разнообразны и потому діагностическія ошибки встрѣчаются нерѣдко. Я лично (да вѣроятно и другіе врачи тоже) гораздо чаще ошибался въ томъ смыслѣ, что предполагалъ менингитъ тамъ, гдѣ его не было. Поводъ къ ошибочному распознаванію могутъ дать всѣ остро-лихорадочныя болѣзни, начинающіяся съ сильнаго жара, рвоты и общихъ судорогъ, а особенно тѣ, при которыхъ судороги бывають повторными и сопровождаются полубезсознательнымъ состояніемъ или бредомъ, или сопоромъ, — что наиболѣе свойственно тяжелой скарлатинѣ, оспѣ и воспаленію легочныхъ верхушекъ. О діагностикѣ подобныхъ случаевъ я говорилъ въ главѣ объ эклампсіи и пнеймоніи; здѣсь прибавлю еще слѣдующее. Всѣ эти три инфекціонныхъ болѣзни принимаютъ

## ГНОЙНЫЙ МЕНИНГИТЪ.

сходство съ менингитомъ только въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ, для которыхъ обязательна очень высокая начальная температура, мало свойственная менингиту, такъ что если на первый или на второй день болѣзни можно констатировать температуру in apo выше 40,5, то это обстоятельство сильно говорить противъ менингита.

Изъ упомянутыхъ болѣзней всего скорѣе выясняется скарлатина и, благодаря раннему появленію сыпи, колебаніе врача продолжается не долѣе сутокъ; при оспѣ сыпь показывается только на 3-й день и если въ анамнезѣ нѣтъ указаній на возможность зараженія оспой и если нѣтъ продромальной петехіальной сыпи, то діагностика остается подъ сомнѣніемъ трое сутокъ. *Знаки привитой оспы почти навѣрное исключаютъ тяжелую оспу.* Пнеймонія верхушекъ не выясняется еще долѣе, напр. 7—9 дней. Противъ менингита и за воспаленіе легкихъ говорятъ слѣдующіе моменты: отсутствіе причины для менингита поверхности полушарій; начало болѣзни съ насморка (если пнеймонія, какъ это обыкновенно бываетъ, развивается изъ гриппа), очень высокія температуры (при пнеймоніи нерѣдко 41—41,5 и даже 42°), отсутствіе параличей со стороны нервовъ лица и глазъ и сведенія затылка (эти симптомы хотя и могутъ встрѣтиться при пнеймоніи, протекающей съ повторными судорогами, но въ дѣйствительности встрѣчаются при ней крайне рѣдко, а при менингитѣ часто); теченіе: острый гнойный менингитъ отличается прогрессивнымъ теченіемъ и если дѣло дошло до судорогъ, то скоро наступаетъ смерть; больному съ каждымъ днемъ становится все хуже, между тѣмъ какъ при пнеймоніи общее состояніе въ теченіе нѣсколькихъ дней, не смотря на судороги, остается in statu quo, а потомъ, по мѣрѣ выясненія воспаления, мозговые симптомы постепенно или быстро исчезаютъ. Учащенное дыханіе не имѣетъ особаго діагностическаго значенія, такъ какъ при остромъ менингитѣ у маленькихъ дѣтей оно тоже учащается. Конвульсивная форма пнеймоніи встрѣчается почти исключительно только у маленькихъ дѣтей въ возрастѣ до 2-хъ лѣтъ. При другихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ, начинающихся съ судорогъ, сомнѣніе не можетъ продолжаться долѣе одного дня, такъ какъ эклампсія обыкновенно не повторяется, сознаніе проясняется очень скоро, а слѣдовательно и сходство съ менингитомъ не остается.

Безлихорадочная эклампсія, хотя-бы и повторная и потому въ сопровожденіи сопора или какихъ-нибудь другихъ мозговыхъ симптомовъ, уже потому не можетъ быть смѣшана съ острымъ менингитомъ, что или вовсе не сопровождается повышеніемъ температуры, или послѣднее бываетъ очень незначительнымъ.

Полное сходство съ менингитомъ можетъ представить *уремія*, но тутъ выручаетъ врача знаніе этиологическаго момента, т. е. что до появленія мозговыхъ симптомовъ (головной боли, рвоты, общихъ судорогъ, потери сознанія или бреда) больной имѣлъ воспаленіе почекъ; да если даже анамнезъ и не извѣстенъ, то можно выяснитъ дѣло посредствомъ изслѣдованія мочи.

Наконецъ, надо упомянуть еще о *воспаленіи лабиринта*, которое тоже вызываетъ симптомы менингита. Болѣзнь эта начинается среди полного здоровья жаромъ и рвотой, а затѣмъ слѣдуютъ и другіе мозговые припадки, въ видѣ потемнѣнія сознанія, сведенія затылка, бреда, спячки. По прошествіи немногихъ дней, больной выздоравливаетъ, но остается глухимъ, да походка его въ теченіе нѣсколькихъ недѣль бываетъ шаткой.

Особенность подобныхъ случаевъ состоитъ слѣдов. въ быстромъ исходѣ въ выздоровленіе и въ послѣдовательной глухотѣ на оба уха. Анатомическая сущность этой болѣзни еще не выяснена; нѣкоторые авторитетные авторы, напр., Tröltzsch (Gerh. Handb. s. 189) считаютъ болѣе вѣроятнымъ, что дѣло здѣсь идетъ не о пораженіи лабиринта, а объ ограниченномъ воспаленіи мозговыхъ оболочекъ, въ области выхода обоихъ слуховыхъ нервовъ, т. е. dna 4-го желудочка.

Очень трудно, иногда невозможно узнать менингитъ, развивающійся во время какойнибудь острой лихорадочной болѣзни, которая и сама по себѣ вслѣдствіе сильнаго лихорадочнаго состоянія сопровождается мозговыми симптомами. Трудность діагностики объясняется тѣмъ, что, какъ свидѣтельствуетъ Huguenin, (Zimssen's Hndb. s. 220, рус. переводъ), „мы не знаемъ ни одного такого симптома, который постоянно существовалъ бы во всѣхъ случаяхъ и который бы не встрѣчался въ совершенно подобномъ же видѣ и безъ менингита“. Сравнительно большее значеніе для распознаванія менингита, осложняющаго острую болѣзнь, имѣютъ: внезапное наступленіе или значительное усиленіе головной боли, рвота, быстрое наступленіе сильнаго бреда, значительное сведеніе затылка, параличи глазныхъ мышцъ, венозный застой въ сѣтчаткѣ. Можетъ быть въ подобныхъ случаяхъ надежнымъ критеріемъ окажется симптомъ Kernig'a, состоящій въ томъ, что при приведеніи больного изъ лежащаго положенія въ сидячее сейчасъ же появляется сведеніе ножныхъ мышцъ.

**Эпидемическій церебро-спинальный менингитъ.** Meningitis cerebro-spinalis epidemica по припадкамъ ближе подходитъ къ гнойному, чѣмъ къ туберкулезному менингиту. Въ типическихъ случаяхъ онъ начинается безъ предвѣстниковъ сразу значительнымъ жаромъ, рвотой,

сильной головной болью; вскорѣ наступаетъ помраченіе сознанія, бредъ, метаніе въ постели, за симъ судороги, сопоръ и къ концу недѣли смерть.

Клиническая разнида этихъ случаевъ отъ mening. purul. simp. вытекаетъ изъ анатомической сущности страданія; она состоитъ въ томъ, что къ припадкамъ пораженія оболочекъ головного мозга присоединяются еще и припадки со стороны спинного, въ видѣ *рано наступающаго сведенія затылочныхъ и спинныхъ мышцъ*, сильной болѣзненности въ спинѣ при всякомъ движеніи и при давленіи на остистые отростки, особенно въ поясничной и шейной частяхъ позвоночника, очень рѣзко выраженной гиперэстезіи кожи и болей въ конечностяхъ (участіе заднихъ корешковъ въ воспаленіи). Правда, сведеніе затылка и гиперэстезія кожи встрѣчается нерѣдко и при другихъ формахъ менингита (гнойномъ и туберкулезномъ), но не въ такой сильной степени и безъ болѣзненности въ спинѣ. Какъ на отличительную особенность запоминающей насъ болѣзни слѣдуетъ указать еще на высыпаніе herpes'a на лицѣ, а иногда и на туловищѣ, въ видѣ zoster'a.

Церебро-спинальный менингитъ отличается отъ обыкновеннаго также и особенностями теченія. Только въ тяжелыхъ случаяхъ, дѣло кончается смертью въ нѣсколько дней, такъ сказать, съ одного приступа, обыкновенно же теченіе эпидемическаго менингита отличается большой неравномѣрностью какъ со стороны лихорадки, такъ и всѣхъ другихъ симптомовъ; болѣзнь выказываетъ склонность къ перемежкамъ въ смыслѣ улучшения и новаго ухудшенія. Черезъ нѣсколько дней отъ начала болѣзни температура начинаетъ падать, а вмѣстѣ съ тѣмъ и нервныя симптомы ослабѣваютъ, а еще нѣсколько дней спустя, наступаетъ опять ухудшеніе и такимъ образомъ дѣло можетъ затянуться на нѣсколько недѣль и даже мѣсяцевъ и въ такихъ случаяхъ въ концѣ концовъ наступаетъ иногда выздоровленіе, которое однако рѣдко бываетъ полнымъ, такъ какъ обыкновенно остаются какія нибудь параличныя явленія въ видѣ, напр., глухоты, слѣпоты, ослабленія умственныхъ способностей и параличей конечностей.

Подобно всѣмъ другимъ эпидемическимъ болѣзнямъ, цереброспинальный менингитъ представляетъ очень большое разнообразіе въ смыслѣ интензивности болѣзни. Существуютъ всевозможныя переходныя формы отъ самыхъ тяжелыхъ случаевъ, дебутирующихъ сразу судорогами и сопоромъ и ковчающихся смертью въ нѣсколько часовъ (mening. siderans) къ самымъ легкимъ, т. е. abortивнымъ случаямъ, характеризующимся головной болью, легкимъ лихорадочнымъ состояніемъ и незначительнымъ сведеніемъ затылка. Діагностика этихъ край-

нихъ формъ, т. е. самыхъ тяжелыхъ и самыхъ легкихъ случаевъ, возможна только при существованіи эпидеміи.

Упомяну еще о двухъ симптомахъ, хотя и не обязательныхъ для менингита, но и не особенно рѣдкихъ и которые могутъ подать поводъ къ діагностической ошибкѣ; я говорю о розеолозной сыпи, занимающей б. ч. туловище и дающей поводъ предполагать тифъ, особенно если притомъ и селезенка оказывается увеличенной, и воспаление сочлененій, симулирующее острый ревматизмъ. Въ обоихъ случаяхъ діагностика менингита можетъ быть поставлена на основаніи ранняго появленія мозговыхъ симптомовъ и сильной степени ихъ. Замѣчу кстати, что въ одномъ изъ моихъ случаевъ цереброспинальнаго менингита у годовалаго ребенка серозный синовитъ обоихъ колѣнныхъ сочлененій съ сведеніемъ ногъ появился съ первыхъ дней болѣзни (4-й день) и продолжался въ теченіе всего многодѣльнаго теченія менингита и нѣкоторое время послѣ выздоровленія; сведеніе ногъ потребовало потомъ мѣсячнаго массажа.

Что meningitis cerebro-spinalis или tuberculosa можетъ представить большое сходство съ шейнымъ ревматизмомъ, доказываетъ, напр., слѣдующій случай Cadet de Gassicourt'a (Arch. f. Kinderk. X. B. s. 397).

Мальчикъ 4 лѣтъ. Братъ его умеръ отъ туберкулезнаго менингита. Заболѣлъ внезапно повторной рвотой за 3 дня до поступленія въ больницу; вскорѣ запоръ, сильная головная боль, безпокойство, крикъ отъ боли; при изслѣдованіи: бредъ, апатія, сосательныя движенія и скрежетъ зубовъ; пульсъ 100, неправильный; вздохи,  $t=39$ . Дальше появилось сведеніе затылка и гиперѣстезія лица; зрачки расширены, неровны; животъ не втянутъ. Діагнозъ: mening. tuberculosa (въ виду бурнаго начала, сильнаго бреда, рѣзкаго сведенія затылка, мало замедленнаго пульса и гиперѣстезій, по моему мнѣнію, скорѣе mening. cerebro spinalis). Въ слѣдующіе 2 дня усиленіе сведенія затылка; на 8-й день общее состояніе безъ перемѣнъ, но появились мозговья пятна Tousseau; больной сильно вскрикиваетъ, когда его сажаютъ въ постели, голова его остается неподвижной; при изслѣдованіи шеи оказалась сильная болѣзненность въ области 4 и 5-го позвонка; повороты головы въ стороны удаются легко, но сгибаніе головы невозможно. Діагнозъ: rheumatismus cervicalis. Дальнѣйшее теченіе, по мнѣнію Cadet'a, подтвердило это распознаваніе, такъ какъ къ 13-му дню всѣ явленія исчезли и черезъ нѣсколько дней больной вышелъ изъ больницы здоровымъ.

## Болѣзни моче-половыхъ органовъ.

### Семіотика мочи.

**Альбуминурия.** Нормальная моча, какъ извѣстно, бѣлка не содержитъ, а потому всякая альбуминурия есть явленіе патологическое. Исключеніе изъ этого правила составляютъ случаи, такъ называемой, *физиологической альбуминурии*, встрѣчающейся въ дѣтскомъ возрастѣ не рѣже, чѣмъ у взрослыхъ. Legoux (Rev. de médic. 83. № 3 и 10), изслѣдовавшій мочу 330 здоровыхъ дѣтей въ возрастѣ до 16 лѣтъ, встрѣтилъ альбуминурию въ 19 случаяхъ (9 мальчиковъ и 10 дѣвочекъ отъ 6 до 15 лѣтъ), т. е. у 1 изъ 17, а у взрослыхъ Leube находилъ бѣлокъ въ мочѣ у 1 изъ 19. Въ случаяхъ Legoux постоянная альбуминурия была у 5, періодическая (бѣлокъ въ мочѣ только послѣ обѣда и усиленныхъ движеній) у 14.

Узнать физиологическую альбуминурию не трудно, но конечно при условіи продолжительнаго наблюденія даннаго субъекта, чтобъ имѣть время убѣдиться въ томъ, что онъ совершенно здоровъ, т. е. что альбуминурия не служитъ симптомомъ начинающагося почечнаго страданія. Въ большинствѣ случаевъ бѣлка въ мочѣ при физиологической альбуминуриі бываетъ очень мало, такъ что при кипяченіи получается только муть, а не свертки (меньше 0,1), и въ такихъ случаяхъ бѣлокъ появляется въ мочѣ только въ извѣстное время сутокъ, преимущественно послѣ обѣда и послѣ усиленныхъ движеній—*періодическая альбуминурия*. Въ тѣхъ случаяхъ, когда бѣлка бываетъ сравнительно много, онъ выдѣляется и съ утренней мочой, но во всякомъ случаѣ для физиологической альбуминуриі характерно то, что бѣлокъ исчезаетъ въ ночной мочѣ, пока данный субъектъ лежитъ въ постели, откуда и названіе—*циклическая* или *вставательная альбуминурия*. Какъ на важный отличительный признакъ физиологической альбуминуриі отъ патологической, Рауу указываетъ на особое свойство бѣлка: въ первомъ случаѣ онъ осаждается отъ органическихъ кислотъ (лимонной, уксусной), тогда какъ при патологической альбуминуриі прибавка этихъ кислотъ безъ кипяченія всегда даетъ отрицательный результатъ. Если моча содержитъ, кромѣ бѣлка, еще и кровь, хотя-бы въ самомъ минимальномъ количествѣ, то физиологическая альбуминурия можетъ быть исключена.

Физиологическая альбуминурия не есть синонимъ альбуминуриі періодической, такъ какъ послѣдняя можетъ имѣть и патологическое значе-



ние, именно въ томъ случаѣ, если она стоитъ въ зависимости отъ почечнаго песка. Отличить такую періодическую альбуминурию отъ фізіологической не трудно, такъ какъ при первой всегда можно замѣтить въ свѣжей мочѣ присутствіе песка изъ мочевоы кислоты. Далѣе, можетъ имѣть значеніе и то обстоятельство, что при фізіологической альбуминурии бѣлокъ въ мочѣ встрѣчается ежедневно въ извѣстное время дня, а при мочевоы пескѣ періоды альбуминурии раздѣляются многодневными промежутками; иногда выдѣленіе песка сопровождается болѣзненнымъ мочеиспусканіемъ или приступомъ сильныхъ болей живота (почечная колика). Впрочемъ, полное отсутствіе субъективныхъ жалобъ еще не исключаетъ песочной альбуминурии. Если при періодической альбуминурии моча содержитъ по временамъ, кромѣ бѣлка, еще и кровь, то существованіе почечнаго песка можно считать доказаннымъ.

Вообще говоря, альбуминурия сама по себѣ ничего не доказываетъ и для распознаванія не имѣетъ опредѣленнаго значенія, такъ какъ встрѣчается при очень разнообразныхъ условіяхъ и подъ вліяніемъ различныхъ причинъ. Симптомъ этотъ получаетъ особую цѣну только въ связи съ другими признаками, представляемыми больными.

Если бѣлокъ примѣшивается къ мочѣ въ моментъ ея выдѣленія почками, то говорятъ о *почечной альбуминурии* или *настоящей*, если же бѣлокъ появляется въ мочѣ, вслѣдствіе примѣси къ ней гноя или крови внѣ почекъ, то говорятъ объ *альбуминурии ложной*. Отличить настоящую альбуминурию отъ ложной не трудно, хотя-бы ужъ потому, что при первой почти всегда можно открыть подъ микроскопомъ присутствіе мочевоыхъ цилиндровъ, а если въ самыхъ легкихъ случаяхъ почечной альбуминурии ихъ трудно найти, то все-таки ложная альбуминурия легко исключается отсутствіемъ въ мочѣ гноя и крови. О существованіи ложной альбуминурии заключаемъ изъ того, что, не смотря на примѣсь къ мочѣ гноя или крови, не находимъ въ ней цилиндровъ и сравнительно мало бѣлка; если-же въ мочѣ есть гной или кровь, а количество бѣлка такъ велико, что видимо не соотвѣтствуетъ сказаннымъ примѣсямъ, да, кромѣ того, встрѣчаются и цилиндры, то дѣло идетъ, стало быть, о *смѣшанной альбуминурии* \*).

---

\*) Отъ обыкновенной альбуминурии надо строго отличать *пептоурию*, такъ какъ выдѣленіе съ мочей пептона имѣетъ совершенно иное значеніе, чѣмъ выдѣленіе бѣлка кровяной сыворотки. *Пептонъ не имѣетъ никакого отношенія къ страданію почекъ*, а указываетъ на измѣненіе химическаго состава крови и потому часто является въ мочѣ безъ бѣлка, чѣмъ значительно облегчается изслѣдованіе мочи на пептонъ. Если моча не даетъ осадка ни отъ кипяченія, ни отъ азотной кислоты, но даетъ мутность отъ метафосфорной кислоты, то значить она содержитъ пептонъ. (Для приготовленія

Если существованіе настоящей альбуминуриі доказано, то остается еще опредѣлить, отъ какой именно причины она зависить. Въ этомъ отношеніи всего удобнѣе ориентироваться, если раздѣлить всѣ почечныя болѣзни на острыя и хроническія. Къ первымъ относятся острое паренхиматозное воспаленіе почекъ и нераздѣльный спутникъ его—гломерулонефритъ, далѣе—острое интерстиціальное воспаленіе почекъ и наконецъ, самое легкое изъ почечныхъ страданій—десквамативный нефритъ или почечный катарръ, клинически сливающийся съ острой гипереміей почекъ и съ, такъ называемымъ, мутнымъ набуханіемъ и зернистымъ перерожденіемъ почечнаго эпителия.

Къ хроническимъ процессамъ относятся хроническій паренхиматозный нефритъ, амилоидное перерожденіе почекъ, почечный циррозъ (первичный хроническій межуточный нефритъ), застойная почка и злокачественное новообразование (саркома или ракъ) въ почкахъ.

Вопросъ о томъ, имѣемъ-ли дѣло съ острой или хронической альбуминурией, рѣшается анамнезомъ: въ первомъ случаѣ она продолжается отъ нѣсколькихъ дней до двухъ-трехъ мѣсяцевъ, въ хронической формѣ—нѣсколько мѣсяцевъ и даже лѣтъ.

**Острая альбуминурия** въ дѣтскомъ возрастѣ всего чаще обуславливается острымъ паренхиматознымъ воспаленіемъ почекъ, протекающимъ обыкновенно вмѣстѣ съ гломерулонефритомъ, или однимъ послѣднимъ. Альбуминурия сама по себѣ вовсе не доказываетъ существованія нефрита; для этого требуется еще присутствіе въ мочѣ другихъ воспалительныхъ продуктовъ, бѣлыхъ, а нерѣдко и красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и елѣтокъ почечнаго эпителия. Что касается гіалиновыхъ цилиндровъ, то они встрѣчаются при всякой настоящей альбуминуриі и потому не доказываютъ воспаленія почекъ, но крайней мѣрѣ, если попадаются въ ничтожномъ числѣ.

раствора метафосфорной кислоты достаточно обмакнуть небольшой кусочекъ кислоты на нѣсколько секундъ въ 15 grm воды; растворъ этотъ прибавляется къ мочѣ по каплямъ). Если въ мочѣ есть бѣлокъ, то онъ тоже осаждается этимъ реактивомъ и потому предварительно долженъ быть удаленъ. Пептонурія всего чаще является при существованіи въ тѣлѣ гнойныхъ скопашъ—*гнойная пептонурія* и при случаѣ можетъ служить основаніемъ для дифференціальной діагностики, напр., гнойнаго плеврита отъ серознаго или острой головной водянки (*meningitis serosa infantum*) отъ цереброспинального или простого гнойнаго менингита. У взрослыхъ пептонъ былъ найденъ еще при скорбутѣ—*гематогенная пептонурія*, при язвахъ кишекъ—*интестинальная пептонурія* и острымъ ревматизмѣ; значить, прежде, чѣмъ дѣлать какія-либо діагностическія заключенія на основаніи пептона въ мочѣ, эти процессы должны быть исключены. Специальныхъ изслѣдовавій о пептонуріи въ дѣтскомъ возрастѣ мѣв не удалось найти въ литературѣ.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ воспаленіе почекъ легко узнать и безъ микроскопическаго изслѣдованія мочи и именно на основаніи альбуминури, макроскопическихъ свойствъ мочи и сопутствующихъ симптомовъ. Количество мочи значительнo уменьшено (чѣмъ меньше мочи, тѣмъ тяжелѣе нефритъ; при полной ануриі въ теченіе сутокъ предсказаніе всегда очень опасно), она выходитъ уже мутной отъ примѣси форменныхъ элементовъ (цилиндровъ и клѣточныхъ элементовъ), а, постоявши, дѣлается еще мутнѣе отъ осажденія моче-кислыхъ солей; цвѣтъ мочи грязноватобурый или, отъ примѣси крови, кровянистый; удѣльный вѣсъ мочи значительно увеличенъ.—Субъективныхъ жалобъ можетъ совсѣмъ не быть, но иногда въ области почекъ чувствуется боль, усиливающаяся при давленіи. Въ случаѣ лихорадки (воспаленіе почекъ можетъ протекать и безъ повышенія температуры) больной жалуется на головную боль и другіе спутники жара. Отъ задержанія воды въ организмѣ и отъ гидрэміи нерѣдко развиваются отеки подкожной клѣтчатки, сначала лица (вѣкъ) и ногъ, а потомъ и всего тѣла, а также и серозныхъ полостей, изъ которыхъ чаще и прежде всѣхъ поражается брюшина (ascites), рѣже плевра, окологердечная сорочка и мозговые желудочки. Отъ скопленія въ крови продуктовъ обмѣна, задержанныхъ въ организмѣ вслѣдствіе нарушенной дѣятельности почекъ, развивается комплексъ симптомовъ, извѣстный подъ именемъ уреміи.

Въ большинствѣ случаевъ воспаленіе почекъ кончается выздоровленіемъ приблизительно въ 3—6 недѣль, но иногда вслѣдствіе значительной водянки (отекъ легкаго, гортани) или уреміи, или отъ осложненій, въ которыхъ располагается нефритъ, (пнеймонія, гнойный плевритъ и воспаления другихъ серозныхъ оболочекъ) наступаетъ смерть.

Въ дѣтскомъ возрастѣ почти никогда не случается, чтобы острый нефритъ перешелъ въ хроническій; сравнительно чаще случается, что на нѣсколько мѣсяцевъ затягивается альбуминурія, но въ концѣ концовъ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ и она проходитъ.

На основаніи свойствъ мочи можно судить до нѣкоторой степени и о томъ, какой именно процессъ преобладаетъ въ почкахъ. Въ клубочкахъ происходитъ выдѣленіе воды и пропотѣваніе бѣлка; въ трубочкахъ — отслойка эпителія и образованіе цилиндровъ; въ межуточной соединительной ткани — эмиграція лимфодныхъ элементовъ. Значитъ, если мочи очень мало, но она очень богата бѣлкомъ и бѣдна цилиндрами и эпителиемъ, то можно думать, что поражены, главнымъ образомъ, клубочки (glomerulitis); если же малое количество бѣлка не соответствуетъ большому количеству цилиндровъ и мочи много, то вѣро-

ятнѣ паренхиматозный нефритъ; чѣмъ больше въ мочѣ гнойныхъ тѣлецъ, тѣмъ болѣе поражена, стало быть, междуточная соединительная тканьъ.

Для сужденія о томъ, поражены-ли больше клубочки или эпителий канальцевъ, Геслеръ (Врачъ, 38, № 26 и 27) рекомендуетъ обращать вниманіе на скорость выдѣленія почками іодистаго калия. По его наблюденіямъ 5 гр. іодист. калия выдѣляются здоровыми почками приблизительно въ теченіе 11 часовъ; та же продолжительность будетъ и въ случаѣ чистаго гломерулита, но если пораженъ и эпителий, то выдѣленіе ІК будетъ замедлено тѣмъ больше, чѣмъ сильнѣе захвачена паренхима почки.

*Причины:* самой частой причиной остраго воспаленія почекъ бываетъ скарлатина, которая даетъ больше случаевъ, чѣмъ всѣ остальные причины, взятыя вмѣстѣ. Скарлатинозный нефритъ рѣдко появляется съ первыхъ дней болѣзни, т. е. въ лихорадочномъ періодѣ, обыкновенно же въ періодѣ шелушенія отъ 10 до 20-го дня, значительно рѣже въ теченіе слѣдующихъ трехъ недѣль; узнать эту причину удастся обыкновенно и безъ анамнеза, именно на основаніи характернаго лупленія эпидермиса, особенно на пальцахъ и ладоняхъ. Благодаря этому признаку, можно опредѣлять этиологію нефрита даже и въ случаяхъ самой легкой скарлатины, оставшейся неузнанной или незамѣченной родителями. Эти то легкіе случаи слѣдуетъ предполагать всегда, когда нефритъ появился у ребенка безъ всякой видимой причины, такъ какъ *отъ простуды онъ не развивается почти никогда*, (мы подчеркиваемъ это, не смотря на заявленіе Barthez и Sannè, будто у дѣтей простудные нефриты встрѣчаются много чаще, чѣмъ у взрослыхъ), а всѣ другіе этиологическіе моменты легко опредѣляются анамнезомъ. Къ числу этихъ моментовъ относятся во 1-хъ, всѣ другія острые инфекціонныя болѣзни, какъ тяжелыя (тифъ, рекуррентъ, корь, *дифтеритъ* \*), оспа), такъ и легкія: *варичелля*, свинка, и незначительная лихорадка, протекающая съ воспалительнымъ набуханіемъ шейныхъ железъ (Pfeiffer, Neubner); во 2-хъ, различныя лѣкарства, производящія при случаѣ т. н. *токсическій нефритъ*. Сюда относятся изъ наружныхъ средствъ: деготь, іодъ (при смазываніи большихъ поверхностей кожи у маленькихъ дѣтей), перувіанскій бальзамъ, *мушка*, а изъ внутреннихъ: скипидаръ (послѣ большихъ пріемовъ скипидара съ мочой выдѣляются смолистыя вещества, которыя могутъ обусловить появленіе въ мочѣ мутности при ки-

\*) Нефритъ при дифтеритѣ отличается отъ скарлатинознаго тѣмъ, что моча при немъ почти никогда не содержитъ крови, а общая водянка и уремія принадлежать къ большимъ рѣдкостямъ.

пачевін; мутность эта псчезаетъ отъ прибавленія алкоголя, чего не бываетъ при альбуминуриі), салициловый натръ, хлорноватовислый калий (гемоглобинуриі).

На основаніи приведенныхъ признаковъ діагностика остраго нефрита не трудна; отъ почечнаго катарра (десквамативнаго нефрита или лихорадочной альбуминуриі), который является при многихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ, особенно инфекціонныхъ, въ періодъ наиболѣе сильнаго лихорадочнаго состоянія, острый нефритъ отличается макро- и микро-скопическими свойствами мочи; при лихорадочной альбуминуриі количество мочи, хотя и меньше нормальнаго (соотвѣтственно жару), но она остается свѣтлой, содержитъ очень мало бѣлка и въ свѣжемъ состояніи не даетъ осадка, такъ какъ почти свободна отъ форменныхъ элементовъ; въ ней нѣтъ ни бѣлыхъ, ни красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, но есть почечный эпителий; изъ цилиндровъ въ ней встрѣчаются только гіалиновые и эпителиальные, да и то лишь въ небольшемъ количествѣ.— Альбуминуриі держится только нѣсколько дней и исчезаетъ съ прекращеніемъ лихорадки. До водянки и уреміи дѣло никогда не доходитъ.— Къ этой-же категоріи относится и альбуминуриі, столь часто встрѣчающаяся въ *первомъ періодѣ* скарлатины, тогда какъ настоящій нефритъ (гломеруло-паренхиматозный нефритъ) развивается обыкновенно въ періодъ шелушенія, а потому онъ называется *послѣдовательнымъ нефритомъ*.

**Острое интерстиціальное воспаленіе почечъ**, встрѣчающееся при тяжелой скарлатинѣ и при піэміи и характеризующееся обильной инфильтраціей межуточной соединит. ткани почечъ лимфоидными элементами и образованіемъ милиарныхъ абсцессовъ, имѣетъ болѣе патологоанатомическій интересъ, такъ какъ клинически, т. е. на основаніи свойствъ мочи оно едва-ли можетъ быть не смѣшано съ острымъ паренхиматознымъ нефритомъ. Впрочемъ, если въ теченіи какого либо піэмическаго процесса развивается нефритъ и въ мочѣ появляется сравнительно много гноя безъ указаній на катарръ пузыря, то можно предполагать гнойный нефритъ съ вскрытіемъ абсцесса въ почечныя лоханки.

Вопросъ о нефритѣ можетъ возникнуть при всякой *водянкѣ* и изслѣдованіе мочи въ такихъ случаяхъ не всегда выясняетъ дѣло; такъ напр., скарлатинозные больные иногда заболѣваютъ общей водянкой (подкожной и брюшной) въ періодъ выздоровленія и, не смотря на то, моча ихъ не представляетъ никакихъ признаковъ воспаленія почечъ; она свѣтла, не даетъ осадка и выдѣляется въ достаточномъ количествѣ или содержитъ лишь слѣды бѣлка безъ всякихъ форменныхъ элементовъ. Спрашивается, можно-ли въ такихъ случаяхъ предполагать воспаленіе

почекъ или нѣтъ? Что случаи нефрита безъ альбуминурии и безъ всякихъ цилиндровъ дѣйствительно встрѣчаются, это доказано несомнѣнно нѣсколькими вскрытіями (неизвѣстно только, отсутствовала-ли альбуминурия во все теченіе болѣзни), но такіе случаи исключительно рѣдки и почти всегда было констатировано у такого рода больныхъ во 1-хъ, значительное уменьшеніе количества мочи и во 2-хъ, что моча была мутна и давала обильный осадокъ изъ мочеиспелыхъ солей, между тѣмъ какъ при водянкахъ, о которыхъ идетъ рѣчь, моча бываетъ блѣдна, прозрачна и нормальнаго количества и въ такихъ случаяхъ, по всей вѣроятности, никакого нефрита въ основѣ водянки не бываетъ, что подтверждается еще и тѣмъ, что всѣ подобныя больные очень скоро выздоравливаютъ; что касается до ничтожной альбуминурии, то она можетъ быть объяснена отекомъ почекъ. Если-бы отсутствіе альбуминурии у такихъ больныхъ зависѣло отъ полной недѣятельности заболѣвшей почки, въ то время какъ другая почка остается здоровой и даетъ нормальную мочу, то было бы совсѣмъ непонятно отсутствіе бѣлка и цилиндровъ въ періодѣ выздоровленія, когда больная почка начала опять функционировать; вѣдь нельзя же предположить, что переходъ отъ тяжелаго воспаленія, поведшаго къ полному, хотя бы и временному, прекращенію функціи, къ выздоровленію происходитъ такъ внезапно.

Водянка при порокахъ сердца въ періодѣ разстройства компенсаціи можетъ быть тоже общей, при чемъ въ мочѣ появляется бѣлокъ отъ венознаго застоя въ почкахъ, но діагностика обыкновенно не трудна; она основывается на объективныхъ признакахъ пораженія сердечныхъ клапановъ, на способѣ развитія водянки, которая всегда начинается съ ногъ и потомъ подымается кверху, и на свойствахъ мочи (см. хроническій паренхиматозный нефритъ).

Въ случаѣ *уреміи* воспаленіе почекъ можетъ быть принято за паденіе мозговыхъ оболочекъ; въ обоихъ случаяхъ дѣло начинается съ головной боли, за которой слѣдуетъ рвота, иногда даже при замедленномъ и неправильномъ пульсѣ, а потомъ общія судороги (иногда одностороннія) и спячка, съ широкими, нереагирующими зрачками. Но какъ бы ни были похожи припадки уреміи на менингитъ, все-таки при существованіи нефрита гораздо вѣроятнѣе предположить уремію, чѣмъ какое-либо другое мозговое страданіе. Ошибка возможна только въ томъ случаѣ, если врачъ просмотрѣлъ альбуминурію, что легко можетъ случиться въ случаѣ скрытно развивающагося нефрита, т. е. безъ субъективныхъ жалобъ больного и при отсутствіи отековъ.

Хроническая альбуминурия у дѣтей вообще встрѣчается рѣдко; сравни-

тельно чаще наблюдается она у субъектовъ, истощенныхъ какими-нибудь гнойными процессами въ костяхъ или сочлененіяхъ и въ такихъ случаяхъ въ основѣ альбуминуриі лежатъ или амилоидное перерожденіе почекъ въ чистомъ видѣ, или вмѣстѣ съ паренхиматознымъ нефритомъ.

**Хроническій паренхиматозный нефритъ** по свойствамъ мочи очень похожъ на острую форму: мало мочи, много бѣлка; моча мутна, нерѣдко окрашена кровью и даетъ обильный осадокъ, въ которомъ много всякаго рода цилиндровъ и гнойныхъ тѣлецъ, а также и мочевиныхъ солей. Отличіе отъ остраго нефрита состоитъ только въ томъ, что при хроническомъ воспаленіи почекъ количество мочи уменьшается не такъ рѣзко и что въ осадкѣ преобладаютъ темные зернистые цилиндры. Общая водянка и уремія при хроническомъ нефритѣ принадлежатъ къ числу обычныхъ симптомовъ.

Если хроническое пораженіе почекъ наблюдается у ребенка, страдающаго каемъ-нибудь нагноительнымъ процессомъ въ костяхъ (Поттова болѣзнь, костоѣда длинныхъ костей, туберкулезъ сочлененій) или рѣзко развитымъ сифилисомъ (наслѣдственнымъ), или запущеннымъ рахитизмомъ, или чахоткой, то надо думать объ амилоидѣ, а если у даннаго ребенка при наличности только что приведенныхъ этиологическихъ моментовъ можно констатировать амилоидъ печени или селезенки, то діагностика амилоида почекъ почти несомнѣнна, хотя-бы моча совершенно соответствовала паренхиматозному нефриту. Этиологическую діагностику амилоида почекъ мы поставили на первомъ мѣстѣ именно потому, что моча при этомъ процессѣ не представляетъ постоянныхъ свойствъ: въ однихъ случаяхъ ея мало, она богата бѣлкомъ, темна и даетъ обильный осадокъ, тогда какъ въ другихъ случаяхъ моча выдѣляется обильно, она совершенно свѣтла и блѣдна, низкаго удѣльнаго вѣса. Разница обуславливается, главнымъ образомъ, распространеніемъ процесса (вначалѣ поражаются только клубочковые сосуды, а потомъ и артеріи трубчатого вещества и даже почечный эпителий), а также и тѣмъ, осложненъ-ли амилоидъ почекъ паренхиматознымъ нефритомъ или нѣтъ. Для чистаго амилоида болѣе характерно выдѣленіе *свѣтлой* мочи низкаго удѣльнаго вѣса съ *значительнымъ количествомъ* бѣлка; не смотря на нормальное количество мочи, водянка бываетъ обыкновенно рѣзко выражена.

При **застойной почкѣ** моча, по макроскопическимъ своимъ свойствамъ, очень похожа на мочу при паренхиматозномъ нефритѣ: она темна, выдѣляется въ значительно уменьшенномъ количествѣ, высокаго удѣльнаго вѣса и даетъ обильный осадокъ изъ мочевиныхъ солей; подъ вліяніемъ порока сердца можетъ быть общая водянка и гипертрофія

сердца. Отличія состоятъ въ томъ, что при застойной почкѣ *бѣлка* въ мочѣ бываетъ *немного*, такъ же, какъ и *цилиндры* и притомъ только однихъ *гіалиновыхъ*; воспалительныхъ продуктовъ, т. е. лимфoidныхъ элементовъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ почти вовсе нѣтъ; (значительная примѣсь крови указываетъ на осложненіе паренхиматознымъ нефритомъ или инфарктомъ). Характерно для застойной почки *измѣнчивость свойствъ мочи* въ зависимости отъ состоянія сердечной дѣятельности; если, подъ влияніемъ лѣкарствъ или другихъ причинъ, сердце начинаетъ лучше работать, то количество мочи быстро увеличивается, она дѣлается свѣтлѣе и бѣлокъ исчезаетъ. Діагностика застойной почки значительно облегчается наличиемъ этиологическаго момента, т. е. порока сердца и явленіями венознаго застоя органовъ (ціанозъ, отеки ногъ, увеличенная печень).

**Первичный интерстиціальный нефритъ** въ дѣтскомъ возрастѣ составляетъ очень большую рѣдкость. Въ единственномъ случаѣ, встрѣтившемся въ нашей больницѣ, больной представлялъ совершенно тѣ же сямитомы, что характеризуютъ эту форму нефрита у взрослыхъ; правильная діагностика, подтвержденная вскрытіемъ, была поставлена, главнымъ образомъ, на основаніи гипертрофіи сердца и жесткости доступныхъ осизанію артерій и свойствъ мочи: она была *обильна*, *свѣтла*, почти какъ вода, *бѣдна бѣлкомъ* и не давала осадка; водянки *не было*. При вскрытіи найдена рѣзко выраженная зернистая атрофія почекъ, гипертрофія лѣваго сердца, склерозъ (оказавшійся настоящимъ атероматозомъ) и неравномѣрное утолщеніе стѣнокъ артерій, особенно мозговыхъ, кровоизліяніе подъ эпендиму праваго желудочка. (Случай этотъ, относящійся къ 12-и-лѣтнему мальчику, подробно описанъ въ Медиц. обозрѣніи. Т. XVII 1882 г. стр. 911).

**Haematuria.** Присутствіе крови въ мочѣ въ большинствѣ случаевъ узнается уже при простомъ осмотрѣ мочи, окрашенной въ кровянистый или въ краснубурый (отъ метаглобина) цвѣтъ. Всякое сомнѣніе насчетъ присутствія крови въ мочѣ устраняется изслѣдованіемъ мочи подъ микроскопомъ, при чемъ хорошо сохранившіяся кровяныя тѣльца легко отыскиваются въ любой каплѣ мочи. Если, не смотря на краснубурянистый цвѣтъ мочи, въ ней не оказывается кровяныхъ шариковъ, хотя и есть бѣлокъ, то значить дѣло идетъ о присутствіи въ мочѣ не цѣлой крови, а только гемоглобина—*Haemoglobinuria*. Химическимъ путемъ присутствіе въ мочѣ гемоглобина (или крови) доказывается пробой Hellig'a: если въ мочѣ есть кровь или гемоглобинъ, то при кипяченіи послѣ прибавки фѣдсаго кала осаждаются хлопья фосфатовъ, увлекающихъ съ собой пигментъ и потому окрашивающихся въ кровянокрасный цвѣтъ.



Въ нѣкоторыхъ случаяхъ моча получаетъ кровавистый видъ, не смотря на полное отсутствіе въ ней крови; такая моча наблюдается, напр., послѣ внутреннихъ пріемовъ хризофановой кислоты (препараты ревеня и сены), если только моча щелочной реакціи. Проба Heller'a въ такомъ случаѣ не даетъ надежныхъ результатовъ, такъ какъ осаждающіеся фосфаты и въ этомъ случаѣ тоже увлекаютъ пигментъ и окрашиваются красноватымъ цвѣтомъ, хотя бы и съ инымъ оттѣнкомъ, чѣмъ отъ крови. Гораздо проще выясняется вопросъ посредствомъ прибавки кислоты: кровавая моча даетъ съ азотной кислотой реакцію на бѣлокъ (см. стр. 45), тогда какъ красная моча послѣ пріемовъ сены отъ подкисленія какой-бы то ни было кислотой обезцвѣчивается, а отъ прибавки амміака снова краснѣетъ.

*Черная моча отъ карболовой кислоты* легко получается у дѣтей даже и при наружномъ употребленіи послѣдней; отличается она отъ кровавистой мочи во 1-хъ тѣмъ, что не содержитъ бѣлка и во 2-хъ, что цвѣтъ ея отдаетъ въ зеленый оттѣнокъ. Болѣе похожа на кровавую—моча, очень богатая *индиканомъ*. Такая моча получается въ томъ случаѣ, если въ кровь поступаетъ много индола, а такъ какъ послѣдній есть одинъ изъ продуктовъ гніенія бѣлковъ, то индикановая моча встрѣчается во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда въ тѣлѣ скопляются гніющія бѣлковыя вещества, напр., ихорозные экссудаты въ полостяхъ плевры или брюшины или застой каала въ кишкахъ. Особенно темную мочу приходится наблюдать при непроходимости кишекъ и при перитонитахъ. Для опредѣленія индикана его переводятъ въ индиго, съ каковой цѣлью нѣсколько куб. сант. мочи смѣшиваютъ съ равнымъ количествомъ дымящейся хлористоводородной кислоты, потомъ прибавляютъ капли двѣ концентрированнаго раствора хлоридовой извести и затѣмъ нѣкоторое количество хлороформа. Послѣдній осаждается на днѣ и, извлекая индиго, окрашивается въ голубоватый цвѣтъ.

Если присутствіе крови въ мочѣ доказано, то остается опредѣлить источникъ кровотеченія, т. е. происходить ли оно изъ почекъ, или изъ лоханокъ, или изъ мочевого пузыря. Если кровь смѣшана съ мочой не совсѣмъ равномерно или если въ мочѣ встрѣчаются комкообразные свертки, то кровотеченіе, по всей вѣроятности, изъ пузыря; если кровавые сгустки имѣютъ видъ длинныхъ трубокъ или тесенокъ, то это указываетъ на образованіе ихъ въ мочеточникахъ и тогда надо думать, что кровотеченіе имѣло мѣсто въ лоханкахъ или въ самихъ мочеточникахъ; если кровь смѣшана съ мочей очень тѣсно, а при микроскопическомъ изслѣдованіи въ мочѣ оказываются кровавые цилиндры (отпечатки почечныхъ канальцевъ), то кровотеченіе навѣрное произошло

въ почечной ткани. То же значеніе имѣетъ и появленіе въ мочѣ почечнаго эпителія, окрашеннаго кровянымъ пигментомъ въ красноватый цвѣтъ. Признаки катарра лоханокъ или пузыря (гноя, эпителиальныя клѣтки) указываютъ, какъ на вѣроятный источникъ крови въ мочѣ — на больной органъ.

Haematuria у дѣтей всего чаще является симптомомъ нефрита и въ такомъ случаѣ въ мочѣ обязательно встрѣчаются мочевые цилиндры и другіе спутники воспаленія почекъ; изрѣдка, впрочемъ, случается наблюдать примѣсь крови къ мочѣ у выздоравливающихъ скарлатинозныхъ больныхъ, безъ всякихъ другихъ признаковъ воспаленія почекъ, такъ что приходится допустить у нихъ *интеремію почекъ*, не дошедшую до степени воспаленія.

Далѣе, кровь въ мочѣ можетъ быть симптомомъ геморрагическаго діатеза, напр., при болѣзни Werlhoff'a, геморрагической оспѣ и др.; діагностика подобныхъ случаевъ конечно не трудна на основаніи сопутствующихъ симптомовъ. Гораздо труднѣе узнать иногда причину *періодическихъ почечныхъ кровотеченій*, появляющихся у дѣтей, на видѣ совершенно здоровыхъ. Кровотеченіе можетъ повторяться черезъ различныя промежутки времени, отъ нѣсколькихъ дней до недѣль. Въ одномъ случаѣ весьма обильнаго почечнаго кровотеченія я долженъ былъ остановиться на предположеніи врожденной гемофіліи, такъ какъ мальчикъ, лѣтъ 5-и, былъ до гематуріи совершенно здоровъ, остался таковымъ и впоследствии, а между тѣмъ въ анамнезѣ у него значилось, что годъ тому назадъ онъ чуть не умеръ отъ потери крови изъ щеки, наткнувшись на остроконечную щепку, причинившую небольшой разрывъ кожи.

Въ другихъ случаяхъ періодическія почечныя кровотечения могутъ зависѣть отъ начинающагося рака почки, или отъ почечнаго песка, или отъ камня пузыря.

Рѣдко случается, чтобъ haematuria была однимъ изъ первыхъ симптомовъ *рака*, чаще она является лишь тогда, когда новообразованіе достигло значительной величины, такъ что больной органъ прощупывается въ животѣ въ видѣ опухоли. Если haematuria является первымъ симптомомъ рака, то діагностика не можетъ быть установлена впредь до выясненія опухоли; общій видъ больного вначалѣ тоже не рѣшаетъ дѣла, такъ какъ кахексія развивается довольно поздно.

Если періодическія кровотечения повторяются въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, хотя бы и изрѣдка, то у больного, по всей вѣроятности, не ракъ, такъ какъ за это время онъ усильбъ бы развился до степени прощупываемой опухоли или, по крайней мѣрѣ, повелъ бы къ значитель-

ному истощенію. Гораздо вѣроятнѣе предполагать въ подобныхъ случаяхъ *почечный песокъ*, на значеніе котораго въ этиологій дѣтской гематуриі впервые указалъ Kjelberg (Oester. Jahrb, f. Paediatr. 1873 s. 49). Повятно, что присутствіе мочевого песка въ урильникѣ является очень важнымъ обстоятельствомъ для діагностики этой формы гематуриі, однако лишь въ томъ случаѣ, если песокъ наблюдается въ только что выпущенной *теплой* мочѣ; если же онъ осаждается въ мочѣ, постоявшей нѣсколько часовъ, то значеніе его равняется нулю, такъ какъ онъ можетъ быть въ такомъ случаѣ результатомъ кислаго броженія мочи. Далѣе, въ пользу почечнаго песка и отчасти противъ рака говоритъ примѣсь къ мочѣ эпителія изъ почечныхъ лоханокъ (черепицеобразно расположенныя клѣтки) или гнойныхъ элементовъ, указывающихъ на pyelitis, а также сильныя боли въ животѣ, сопровождающія почечное кровотеченіе, особенно если эти боли и кровотеченія особенно часто появляются вслѣдъ за усиленными движеніями; наоборотъ, противъ песка и за ракъ говоритъ слишкомъ обильное кровотеченіе.

Что касается до періодическихъ кровотеченій изъ пузыря при камнѣ, то онъ очень рано начинаетъ вызывать припадки дизуриі, которые прямо указываютъ на необходимость изслѣдованія пузыря зондомъ.

Періодическую гематурию слѣдуетъ строго отличать отъ **періодической гемоглобинуриі**. Кровянокрасная моча, свободная отъ кровяныхъ тѣлецъ, но богатая гемоглобиномъ, является главнымъ симптомомъ особой болѣзни, извѣстной подъ именемъ **паронсизмальной гемоглобинуриі**. Болѣзнь эта характеризуется тѣмъ, что у совершенно здороваго субъекта вдругъ начинаетъ выдѣляться какъ бы кровавая моча, въ которой Heller'ская проба доказываетъ присутствіе кроваваго пигмента, не смотря на полное или почти полное отсутствіе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Никакихъ субъективныхъ жалобъ при этомъ можетъ не быть. Причины гемоглобинуриі во многихъ случаяхъ остаются неизвѣстными и приступы кровавой мочи являются у даннаго субъекта черезъ различныя промежутки времени отъ совершенно незамѣтныхъ поводовъ; въ другихъ случаяхъ припадокъ всегда является подъ вліяніемъ одной и той же причины и тогда можетъ быть вызванъ даже искусственно, изъ числа этихъ причинъ всего болѣе извѣстно вліяніе холода; есть субъекты, которые получаютъ гемоглобинурию всякій разъ, какъ только опускаютъ ноги въ холодную воду. Въ другихъ случаяхъ гемоглобинуриі является вслѣдствіе отравленій или инфекціонныхъ болѣзней (скарлатина, болѣзнь Winckel'я). Изъ неорганическихъ ядовъ всего извѣстнѣе гемоглобинуриі отъ отравленія бертолетовой солью и фосфоромъ; въ одномъ случаѣ Вокаж'я гемоглобинуриі у 7-ми лѣтней дѣвочки, стра-

давшей интермиттентомъ, появлялась каждый разъ послѣ приѣма хинина; послѣ того, какъ онъ былъ отмѣненъ, гемоглобинурія не возвращалась больше, не смотря на то, что приступы лихорадки еще продолжались.

**Piuria.** Если моча содержитъ гной, то она выдѣляется мутной и при стояніи даетъ бѣловатый осадокъ, въ которомъ легко найти подъ микроскопомъ большое количество гнойныхъ тѣлецъ. При взбалтываніи осадка съ равнымъ количествомъ раствора ѣдкаго кали, получается желеобразная масса (при щелочномъ броженіи мочи подобная масса образуется на днѣ сосуда сама собой). Гнойная моча всегда содержитъ бѣлокъ, если же его нѣтъ, не смотря на кажущійся гнойный видъ мочи, то въ ней значить не гной, а слизь или соли. Въ случаѣ слизи, въ осадкѣ встрѣчается рядомъ съ лимфодными элементами большое количество эпителия, и химическимъ путемъ можно опредѣлить присутствіе въ мочѣ муцина. (Мутность отъ уксусной кислоты и просвѣтлѣніе отъ хлористоводородной).

Осадокъ, напоминающій по наружному виду гной или слизь, можетъ образоваться въ кислой мочѣ отъ уратовъ, въ щелочной—отъ фосфатовъ. Первые исчезаютъ отъ подогрѣванія, а послѣдніе отъ подкисленія мочи.

Гной въ мочѣ при нормальныхъ наружныхъ половыхъ органахъ (т. е. когда нѣтъ ни *balanitis*, ни *vulvovaginitis*) указываетъ или на катарръ мочевого пузыря, или на гнойный *pyelitis*.

Узнать источникъ происхожденія гноя не трудно на основаніи другихъ свойствъ мочи и сопутствующихъ симптомовъ. Реакція свѣжевыпущенной мочи при *циститѣ* нерѣдко бываетъ щелочной, особенно въ хроническихъ случаяхъ, при *пиелитѣ* она всегда кисла. Подъ микроскопомъ въ обоихъ случаяхъ въ осадкѣ встрѣчается эпителий, но видъ его неодинаковъ: эпителий мочевого пузыря имѣетъ форму плоскихъ, большихъ, угловатыхъ клѣтокъ съ ясно замѣтнымъ ядромъ, тогда какъ эпителий изъ почечныхъ лоханокъ гораздо мельче и представляется или въ формѣ круглыхъ клѣтокъ (изъ глубокихъ слоевъ), въ родѣ лимфатическаго тѣльца, но нѣсколько бѣльшей величины и съ ясно виднымъ ядромъ (ядро лимфатическихъ тѣлецъ проявляется только послѣ просвѣтлѣнія зернистой протоплазмы уксусной кислотой) или въ видѣ коническихъ и хвостатыхъ клѣтокъ, по величинѣ тоже значительно меньшихъ, чѣмъ эпителий пузыря (*Utzmann*). Круглыя клѣтки могутъ происходить также изъ почечныхъ трубочекъ, а коническія и хвостатыя только изъ лоханокъ. Еще характернѣе для *пиелита*, когда эти клѣтки отходятъ пластами и тогда располагаются на подобіе рыбьей чешуи.

Изъ сопутствующихъ явленій для *цистита* характерны симптомы

раздраженія пузыря, особенно рѣзко выраженные въ острыхъ случаяхъ, въ видѣ болѣзненныхъ и частыхъ позывовъ къ мочеиспусканію, тогда какъ піезитъ можетъ выражаться болѣзненностью въ сторонѣ почекъ, приступами болѣе или менѣе значительныхъ коликъ и отхожденіемъ мочевого песка. Присутствіе несоразмѣрно большого количества бѣлка въ мочѣ или цилиндровъ, указывающихъ на пораженіе почекъ, говоритъ скорѣе въ пользу піезита. Выясненію діагностики можетъ способствовать также и этиологія. Острые циститы развиваются послѣ приема нѣкоторыхъ лѣкарствъ, каковы свяпидаръ, или послѣ приставленія и долгаго держанія мушкип, а также отъ простуды; хроническіе циститы всего чаще сопровождаютъ присутствіе камня, который легко узнается изслѣдованіемъ катетеромъ, или отъ задержанія мочи вслѣдствіе паралича *detrusoris* (Поттова болѣзнь). Піезитъ, если онъ не составляетъ слѣдствія катарра пузыря, развивается при почечномъ пескѣ, который не трудно замѣтить въ мочѣ даже и при бѣгломъ осмотрѣ ея. Если больной страдалъ раньше періодической альбуминуріей или у него появлялась кой когда haematuria, то это тоже говоритъ въ пользу песка.

Въ другихъ случаяхъ гнойный піезитъ бываетъ симптомомъ туберкулеза почекъ и лоханокъ и тогда въ осадкѣ всегда можно найти туберкулезныхъ бациллъ.

### Семіотика мочеиспусканія.

**Затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе.** Оба эти симптома мы описываемъ вмѣстѣ, такъ какъ они тѣсно связаны другъ съ другомъ и почти неразлучны. Если мочеиспусканіе болѣзненно (*dysuria*), то больной нарочно задерживаетъ мочу, и наоборотъ, если больной не можетъ выпустить мочу (*retentio urinae, ischuria*), то это часто сопровождается болѣзненными позывами. И то, и другое встрѣчается у дѣтей всѣхъ возрастовъ и особенно часто у грудныхъ, у которыхъ *dysuria* выражается тѣмъ, что ребенокъ беспокоится и кричитъ передъ мочеиспусканіемъ и успокаивается послѣ него. Новорожденные дѣти первыя 1—2 сутокъ совсѣмъ не мочатся и потому если они остаются покойными, то это ничего не значить; при патологическомъ задержаніи мочи ребенокъ не только не мочится и беспокоится, но у него можно доказать растяженіе пузыря. У новорожденныхъ самой частой причиной болѣзненнаго мочеиспусканія (спазмъ сфинктера) бываетъ мочевоу песокъ, который нерѣдко въ такихъ случаяхъ встрѣчается или на пеленкахъ, или на краяхъ праерутіи. Эта причина продолжаетъ свое дѣйствіе не долѣе

2—3 недѣль. Гораздо упорнѣе оказывается другая, не менѣе частая причина затрудненнаго мочеиспусканія у маленькихъ дѣтей, именно *физиологическое сращеніе* (слипаніе) *крайней плоти съ головкой*. Состояніе это узнается потому, что никакимъ образомъ не удается оттянуть *preputium* за *corona glandis*, въ самыхъ рѣзкихъ случаяхъ не удается обнажить даже и отверстіе мочеиспускательнаго канала и вотъ именно въ такихъ-то случаяхъ сращеніе крайней плоти и можетъ служить причиной затрудненнаго мочеиспусканія, вслѣдствіе механическаго закрытія свободнаго выхода мочѣ, которая должна, такъ сказать, силой преодолевать суженное мѣсто.

Эта причина можетъ имѣть мѣсто и у дѣтей нѣсколькихъ мѣсяцевъ отъ роду, но не позднѣе, такъ какъ съ возрастомъ сращеніе мало по малу исчезаетъ само собой. У дѣвочекъ такую-же роль играетъ сращеніе малыхъ губъ. У дѣтей болѣе взрослыхъ такое-же вліяніе можетъ оказывать слишкомъ узкая и длинная крайняя плоть, которая, хотя и не сращена съ головкой, все-таки не можетъ быть оттянута.

Гораздо рѣже служатъ препятствіемъ для тока мочи пороки развитія слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала, подробно описанные *Englisch'em* въ видѣ различныхъ карманообразныхъ складокъ на нижней стѣнкѣ перепончатой части и близъ наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала, ретенціонныхъ кистъ (*Jahrb. f. Kinderh. VIII s. 59—88*) и другихъ образованій, о которыхъ здѣсь не будемъ говорить, такъ какъ они не доступны діагностикѣ.

Полное задержаніе мочи у новорожденныхъ бываетъ при *врожденномъ закрытіи* просвѣта *уретры* на его свободномъ концѣ или на протяженіи; въ первомъ случаѣ діагностика дѣлается простымъ осмотромъ, во второмъ—при помощи зонда. У мальчиковъ на 1-мъ и 2-мъ году жизни причиной болѣзненнаго мочеиспусканія всего чаще бываетъ воспаленіе внутренняго листка крайней плоти — (*prothitis*) и головки — (*balanitis*). При осмотрѣ легко замѣтить красноту и припухлость свободнаго края *preputii*, отверстіе которой оказывается обыкновенно прикрытымъ корочками; при оттягиваніи крайней плоти пзъ-подъ нея сейчасъ-же показывается нѣсколько капель гноя. При существованіи физиологическаго сращенія, о которомъ только что была рѣчь, гной можетъ сконляться около *corona glandis* и показывается наружу только послѣ отдѣленія крайней плоти отъ головки посредствомъ зонда. Причиной беляншта бываетъ обыкновенно скопленіе смегмы.

Гораздо рѣже случается наблюдать болѣзненное мочеиспусканіе вслѣдствіе *уретрита*—*urethritis catarrhalis*, развивающагося у дѣтей конечно не отъ зараженія триппернымъ ядомъ, а отъ распространенія

воспаленія съ крайней плоти или отъ неизвѣстныхъ причинъ, даже и у новорожденныхъ (песокъ?; blenorrhoea?). Отъ balanitis отличіе состоитъ въ томъ, что гной показывается не изъ-подъ крайней плоти только, а изъ самаго отверстія уретры, особенно при надавливаніи пальцемъ по направленію канала сзади напередъ. Особенность дѣтскаго уретрита составляетъ его доброкачественность, такъ какъ онъ не осложняется ни воспаленіемъ яичекъ, ни бубонами и не оставляетъ стриктуръ, хотя бы и затягивался на много недѣль.

У дѣвочекъ причиной болѣзненного мочеиспусканія часто бываетъ *vulvitis* и *vulvo-vaginitis*, появляющіяся или подъ вліяніемъ общаго неправильнаго питанія (анемія, золотуха), или отъ простуды (подобно насморку), неопытнаго содержанія, онанизма, оксіуровъ. Если подъ вліяніемъ воспаленія образуются ссадины на внутренней поверхности большихъ губъ, то боль при мочеиспусканіи достигаетъ такой степени, что ребенокъ старается задерживать мочу, насколько можетъ, а во время самого акта вскакиваетъ съ горшка, плачетъ, мечется, напоминая больного съ трещиной ані во время дефекаціи.

Какъ у маленькихъ, такъ и у большихъ дѣтей встрѣчаются случаи весьма болѣзненного мочеиспусканія, вслѣдствіе образованія небольшой *ссадины* какъ разъ по краю *наружнаго отверстія уретры*; болѣзнь эта, описанная Вокажемъ подъ именемъ *urethritis orificii externi*, отличается крайнимъ упорствомъ. Вокажъ наблюдалъ ее только у евреевъ (33 случая); въ двухъ нашихъ случаяхъ были тоже еврейскія дѣти 2 и 5 лѣтъ (вліяніе обрѣзанія).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзненное мочеиспусканіе обуславливается слишкомъ *концентрированной, кислой мочой*; такая моча даетъ послѣ охлажденія значительный осадокъ мочекислыхъ солей. У одного нервнаго, малокровнаго 11-и лѣтняго мальчика, у котораго жженіе въ каналѣ при мочеиспусканіи составляло главный предметъ его жалобъ и которому ради этого была произведена безрезультатная операція фимоза, моча, по изслѣдованію проф. Булыгинскаго, была нормальная, но только очень кисла; выздоровленіе послѣдовало послѣ употребленія щелочной воды.

Очень частые и болѣзненные позывы бывають постояннымъ спутникомъ остраго *катарра мочевого пузыря*, а въ меньшей степени также и хроническаго (гной въ мочѣ). Если катарръ пузыря произошелъ вслѣдствіе распространенія воспаленія при *vulvo-vaginitis*, когда ужъ и безъ того мочеиспусканіе было болѣзненно и моча содержала гной, — то узнать участіе мочевого пузыря въ воспаленіи можно по значительному учащенію позывовъ.

Самую тяжелую *dysuria* въ хронической формѣ вызываетъ *камень мочевого пузыря*; для этого страданія особенно характерно то, что струя мочи нерѣдко вдругъ останавливается; для точной діагностики необходимо изслѣдованіе катетеромъ.

Задержаніе мочи, повидимому отъ спазма сфинктера, нерѣдко встрѣчается у дѣтей 2—3 лѣтъ отъ роду *при сильныхъ тенезмахъ прямой кишки* въ теченіи дизентеріи, при трещинахъ задняго прохода, а по нѣкоторымъ, и при оксіурахъ.

У болѣе взрослыхъ дѣтей кратковременный спазмъ пузыря можетъ появиться подъ вліяніемъ простуды (холодный ретирадъ), пива и нѣкоторыхъ лѣкарствъ, въ особенности скипидара.

Спазмъ пузыря можетъ быть вызванъ воспаленіемъ сосѣднихъ органовъ, напр., *spondylitis, psoriasis* и т. п. При перитонитѣ чаще бываетъ просто задержаніе мочи отъ недѣятельности брюшного пресса; задержаніе это при случаѣ бываетъ столь значительнымъ, что требуетъ употребленія катетера.

Полное задержаніе мочи въ теченіе цѣлыхъ сутокъ и дольше зависитъ или отъ того, что моча не вырабатывается почками (*anuria*), или отъ того, что мочевого пузыря не можетъ вывести ея (*retentio urinae*). Въ первомъ случаѣ пузырь пустъ и потому постукиваніе нижней части живота надъ лобкомъ даетъ тимпаническій звукъ, а катетеромъ удается вывести лишь ничтожное количество мочи. Такое состояніе встрѣчается при тяжелыхъ острыхъ нефритахъ и при дѣтской холерѣ.

Во второмъ случаѣ, т. е. при полномъ задержаніи мочи пузырь растянутъ и легко прощупывается въ нижней части живота въ видѣ шарообразной, флюктуирующей опухоли, доходящей до пупка. Принять такую опухоль за асцитъ, хотя и возможно, но только при крайне поверхностномъ изслѣдованіи; для правильной діагностики достаточно обратить вниманіе на мѣсто скопленія жидкости и на правильныя границы ея, соответствующія растянутому пузырю; патогномонично для данной опухоли то, что она исчезаетъ послѣ введенія катетера.—Гораздо легче не замѣтить растянутый *ad maximum* пузырь, чѣмъ не узнать его: случается это именно тогда, когда врачъ придаетъ слишкомъ большое значеніе анамнезу, упуская изъ виду, что матери гораздо больше слѣдятъ за испражненіемъ, чѣмъ за мочеиспусканіемъ дѣтей и потому нерѣдко отвѣчаютъ наугадъ, а самъ ребенокъ не жалуется либо по молодости лѣтъ, либо по причинѣ затемненнаго сознанія. Последняя причина часто встрѣчается при тифѣ и при менингитѣ.

Полное задержаніе мочи, не смотря на сильный позывъ и жпленіе, всего чаще встрѣчается при *уретральныхъ камняхъ*, которые задерживаютъ



ваются обыкновенно въ ладьеобразной ямкѣ или въ предстательной части канала; камешекъ, застрявшій въ уретрѣ, легко прощупывается при изслѣдованіи penis'a черезъ кожу.

Полное закрытіе мочеиспускательнаго канала отъ перетяжки вслѣдствіе *paraphimosis* случается рѣдко. Болѣзнь эта узнается легко по характерному измѣненію наружнаго вида penis'a: головка обнажена, она набухла и лоснится; крайняя плоть оттянута за corona glandis и представляетъ сильную отечную припухлость.

Нѣсколько схожая съ этимъ картина, но безъ обнаженія головки, получается иногда отъ перетяжки penis'a вѣткой, которую потомъ больной не въ состояніи снять, такъ какъ она вбивается глубоко въ кожу и до поры до времени замалчивается больнымъ изъ страха наказанія за шалость.

Задержаніе мочи можетъ быть слѣдствіемъ паралича детрузора при костоѣдѣ позвоночника и воспаленіи спинного мозга

Въ одномъ случаѣ, у мальчика 6-и лѣтъ, мы наблюдали замѣчательную атонію пузыря съ пониженіемъ чувствительности его, выражавшуюся въ томъ, что мальчикъ мочился не болѣе одного раза въ сутки и, будучи приведенъ къ намъ въ больницу, не чувствовалъ ни малѣйшаго желанія мочиться, не смотря на то, что пузырь былъ растянутъ до пупка; никакой причины для атоніи пузыря открыть не удалось, во всѣхъ другихъ отношеніяхъ ребенокъ былъ здоровъ, а въ анамнезѣ значилось только, что онъ „съ измалства“ мочился рѣдко; значитъ, или врожденная атонія, или развившаяся, вслѣдствіе дурной привычки постоянно задерживать мочу. Чаше встрѣчается параличъ detrusoris вслѣдствіе пораженія спинного мозга (*myelitis transversa*)—*ischuria paralytica*; если парализованъ при этомъ и сфинктеръ, то, не смотря на значительное растяженіе пузыря, моча постоянно выдѣляется по каплямъ—*ischuria paradoxa*.

**Недержание мочи.**—Всего болѣе извѣстно часто встрѣчающееся у дѣтей *ночное недержание*—*enuresis nocturna*. Это—своеобразный неврозъ мочевого пузыря, исключительно свойственный дѣтскому возрасту и самопроизвольно исчезающій къ 12-и—14-и годамъ. Онъ встрѣчается какъ у дѣтей цвѣтущаго здоровья, такъ и у анемичныхъ и нервныхъ, но у послѣднихъ чаше. Болѣзнь состоитъ въ томъ, что ребенокъ почти всякую ночь пускаетъ мочу подъ себя, не просыпаясь, тогда какъ днемъ онъ владѣетъ своимъ пузыремъ совершенно правильно.

Сущность болѣзни состоитъ повидному въ повышенной рефлекторной возбудимости детрузора; въ тяжелыхъ случаяхъ дѣло доходитъ до того, что больной и днемъ не можетъ противостоять позыву и противъ

своей воли испускает мочу тотчасъ-же (enuresis diurna); объ анестезіи слизистой оболочки пузыря въ такихъ случаяхъ не можетъ быть и рѣчи; скорѣе ужъ о гиперэстезіи. Въ числѣ причинъ, располагающихъ и производящихъ, значатся: фимозъ, слишкомъ кислая моча, обильное питье на ночь, глисты; несомнѣнное вліяніе оказываютъ полъ и возрастъ, такъ какъ ночное недержаніе всего чаще встрѣчается у мальчиковъ въ возрастѣ 5—12 лѣтъ, и потомъ *очень крѣпкій сонъ*, который наблюдается едва ли не у всѣхъ дѣтей, страдающихъ ночнымъ недержаніемъ мочи; мы не считаемъ его за причину болѣзни, а только за одно изъ самыхъ существенныхъ условій для проявленія ея.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ недержаніе мочи, въ смыслѣ слишкомъ частыхъ мочеиспусканій, обуславливается ясно выраженной болѣзнью пузыря (катарръ его) или чрезмѣрной выработкой мочи, какъ при diabetes insipidus и mellitus, и вообще у дѣтей, слишкомъ много пьющихъ, или недержаніе зависитъ отъ паралича сфинктера и тогда моча постоянно выдѣляется каплями, какъ напр., въ нѣкоторыхъ случаяхъ myelitis, а также послѣ не совсѣмъ удачной литотоміи.

### Опухоли мошонки и пахового канала.

Увеличенный объемъ мошонки можетъ зависѣть отъ утолщенія стѣнокъ ея или отъ увеличенія содержимаго.

Кожа мошонки въ нормальномъ состояніи тонка и нѣжна, она легко подымается въ складки и представляетъ вообще складчатый видъ. Утолщается она отъ отека или отъ воспаленія. Въ обоихъ случаяхъ она получаетъ гладкую поверхность и утолщенная кожа не можетъ быть поднята въ складку; при отекѣ, который распространяется обыкновенно и на кожу penis'a, она блѣдна, отъ давленія пальцемъ остается медленно исчезающая ямка, болѣзненности нѣтъ; при воспаленіи кожа красна, горяча и болѣзненна, отъ давленія ямки не остается. Причины отека тѣ же, что и для подкожной водянки вообще, а воспаленіе всего чаще бываетъ отъ рожи, а иногда и отъ мѣстныхъ причинъ, каковы: уретральные камни, ушибы и проч.

Если кожа мошонки нормальна, то значитъ увеличеніе объема ея произошло на счетъ содержимаго, т. е. здѣсь можетъ быть паховая, мошоночная грыжа, водянка яичка или увеличеніе самого яичка.

*Грыжа* характеризуется тѣмъ, что при положеніи больного на спинѣ она легко можетъ быть вправлена (прирошенные грыжи въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ не встрѣчаются), при чемъ характерно именно то, что опухоль вдругъ проскальзываетъ въ полость живота и при этомъ

нерѣдко слышится звукъ урчанія. Если грыжевая часть кишки содержитъ воздухъ, то постукиваніе опухоли даетъ тимпаническій звукъ.

*Водянка яичка* — hydrocele tunicae vaginalis, даетъ въ результатѣ овальную опухоль, съ гладкой поверхностью, флюктуирующую и не вырвляющуюся въ животъ; около наружнаго отверстія пахового канала можно прощупать верхнюю границу опухоли и убѣдиться, что она не распространяется въ животъ, и что, стало быть, это не грыжа.

Тѣ же свойства имѣеть и *водянка влагалища сѣменного канатика* — hydrocele funiculi spermatici съ тою лишь разницею, что въ первомъ случаѣ яичко окружено жидкостью и если можетъ быть прощупано, то только съ одной стороны, а во второмъ оно свободно лежитъ близъ нижняго конца овальной или цилиндрической опухоли.

Большее сходство съ грыжей водянка яичка или сѣменного канатика имѣеть въ томъ случаѣ, если полость влагалищной оболочки сообщается съ брюшной; въ такомъ случаѣ опухоль тоже можетъ быть вырвлена (хотя не вдругъ и безъ урчанія), но существенная разница состоитъ въ просвѣчиваніи опухоли, чего никогда не бываетъ при грыжѣ.

Для констатированія этого симптома всего лучше пользоваться затемненной комнатою; больной кладется на спину съ вытянутыми ногами, одной рукой врачъ подымаетъ мошонку такъ, чтобъ опухоль находилась выше бедеръ, и придерживаетъ ее снизу, натягивая кожу, другую руку онъ помѣщаетъ на опухоль ульнарнымъ краемъ кисти и смотритъ черезъ опухоль на свѣчу, помѣщенную на нѣкоторомъ разстояніи на другой сторонѣ; если изслѣдованіе производится въ свѣтлой комнатѣ, то роль свѣчи играетъ окно.

Въ случаѣ осложненія водянки яичка грыжей, вырвляемая часть опухоли, дающая тимпаническій звукъ, будетъ вверху, а невырвляемая и просвѣчивающая—внизу.

Если скопленія жидкости нѣтъ, а опухоль зависитъ отъ увеличенія самого яичка, то она бываетъ болѣе плотной консистенціи и не флюктуируетъ. Если припуханіе яичка развилось остро, съ лихорадочнымъ состояніемъ и съ болью (особенно при давленіи), то дѣло идетъ о *воспаленіи яичка* или его придатка, болѣзни очень рѣдкой у дѣтей, особенно у маленькихъ; послѣ 12-и лѣтъ она является иногда, какъ осложненіе свинки. Гораздо чаще встрѣчаются хроническія опухоли яичка, отличающіяся отъ предыдущей медленнымъ развитіемъ, малой болѣзненностью и бугроватой поверхностью. Въ подобныхъ случаяхъ выборъ долженъ быть между *туберкулезомъ яичка и сифилисомъ*.

Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ опухоль можетъ мѣстами размягчаться, срастаться съ кожей и вскрываться наружу, оставляя язву.

Вопросъ о натурѣ опухоли рѣшается отчасти на основаніи анамнеза и сопутствующихъ симптомовъ, отчасти же на основаніи локализаціи: туберкулезъ начинается обыкновенно съ придатка яичка и распространяется путемъ образованія новыхъ узловъ по сѣменному канатику; сифилисъ-же чаще поражаетъ само яичко.

Если въ паховомъ каналѣ прощупывается кругловатая, величиной отъ лѣсного до грецкого орѣха, гладкая, упруго-плотная опухоль, иногда легко вправимая и при сильномъ дѣйствіи брюшного пресса выходящая снова, то это можетъ быть или начинающаяся грыжа, или застрявшее въ паховомъ каналѣ яичко (*monorchismus*), или, если не вправляется, то ограниченная водянка сѣменного канатика. Если соотвѣтственная сторона мошонки пуста, т. е. яичко въ ней не прощупывается, а опухоль при давленіи нѣсколько болѣзненна, то эта опухоль есть ничто иное, какъ *не спустившееся testiculum*; если-же яичко на своемъ мѣстѣ, опухоль не вправляется и границы ея ясно прощупываются — то это *hydroc. funic. sperm.*, а если опухоль при лежаніи на спишѣ исчезаетъ сама собой или при надавливаніи на нее пальцами, то это или *грыжа*, или *открытая*, т. е. сообщающаяся съ полостью живота *водянка сѣменного канатика*—*hydroc. fun. sperm. communicans*.—Малая величина опухоли не допускаетъ изслѣдованія просвѣчиванія и діагностика дѣлается на основаніи другихъ свойствъ опухоли: грыжа вправляется съ урчаніемъ и при толчкахъ брюшного пресса быстро снова показывается, а водянка сѣм. кан., будучи устранена давленіемъ, появляется потомъ постепенно.

Яичко, застрявшее въ паховомъ каналѣ, можетъ воспалиться и, увеличившись въ объемѣ, ущемиться, причиняя больному сильнѣйшую боль, а иногда также и рвоту, такъ что получается картина ущемленной грыжи. Помимо того, что въ послѣднемъ случаѣ обязательно развивается метеоризмъ и абсолютный запоръ (т. е. даже и газы не выходятъ), діагностика облегчается еще и тѣмъ, что при воспаленномъ яичкѣ рвота не такъ упорна и что опухоль имѣетъ болѣе ограниченную, шарообразную или овальную форму.

---

## Семіотика кожи и подкожной клітчатки.

### Общая окраска кожи.

#### *Болѣзни, характеризующіяся блѣдностью кожи.*

Значительная *блѣдность кожи* и слизистых оболочекъ, какъ симптомъ малокровія, если не зависитъ отъ случайныхъ потерь крови, указываетъ на упадокъ питанія, зависящій или отъ заболѣванія извѣстныхъ органовъ (*симптоматическая* или послѣдовательная *анэмія*) или отъ нарушеннаго кровотоворенія (*самостоятельная* или первичная *анэмія*).

Изъ послѣдовательныхъ анэмій въ діагностическомъ отношеніи интересна блѣдность, сопровождающая острое воспаленіе почекъ, составляющая иногда, именно вначалѣ, единственное проявленіе этой болѣзни и заставляющая врача обратить вниманіе на мочу больного.

Блѣдность покрововъ, обязательно сопровождающая хроническое нагноеніе въ тѣлѣ (особенно въ костяхъ), можетъ быть самымъ выдающимся симптомомъ плевритическаго экссудата, когда онъ протекаетъ безъ кашля и безъ большой одышки и потому безъ физикальнаго изслѣдованія груди могъ-бы быть просмотрѣнъ.

Блѣдность кожи у грудныхъ дѣтей всего чаще сопровождается тучностью и рахитизмъ и для діагностики начальныхъ степеней послѣдняго можетъ имѣть очень важное значеніе, такъ какъ является рано (см. рахитизмъ).

У дѣтей старшаго возраста сильная блѣдность покрововъ, если симптоматическая анэмія исключена, всего чаще зависитъ отъ обыкновеннаго малокровія или отъ хлороза; рѣже отъ настоящей и ложной лейкэмии и еще рѣже отъ злокачественнаго прогрессивнаго малокровія.

Подъ именемъ *обыкновенной анэмии* мы понимаемъ хроническое, стаціонарное разстройство питанія, выражающееся, кромѣ *умѣренной блѣдности* кожи и слизистых оболочекъ, худобой, слабымъ развитіемъ мышцъ, плохимъ аппетитомъ, вялымъ пищевареніемъ (чаще бываетъ наклонность къ запору, нежели къ поносу) и раздражительностью нервной системы, въ видѣ частыхъ головныхъ болей во всей головѣ или въ формѣ мигрени, непокойнаго сна, гиперестезій въ кожѣ спины вдоль позвоночника и другихъ невродовъ, такъ что можетъ получиться полная картина нейрастеніи.

Предсказаніе при обыкновенной анэмии хорошо, такъ какъ съ возрастомъ она обыкновенно проходитъ сама собой. Причины малокровія коренятся въ громадномъ большинствѣ случаевъ въ условіяхъ развитія

первыхъ лѣтъ жизни и потому въ анамнезѣ легко найти указанія либо на бывшій рахитизмъ, или на какія нибудь тяжелыя болѣзни, или что ребенокъ былъ недоношенъ, или что воспитывался на рожкѣ. Если ребенокъ былъ прежде совершенно здоровъ, а сталъ худѣть и блѣднѣть лишь за послѣднее время, онъ сдѣлался притомъ разсѣяннымъ, подъ глазами у него появились синіе круги, то надо думать объ онанизмѣ. Случайными причинами малокровія могутъ быть также постоянное сидѣніе въ комнатѣ, глисты (яички въ испраженіяхъ) слишкомъ быстрый ростъ, непомѣрно усиленные умственные занятія и начало туберкулеза. О дифференціальной діагностикѣ самостоятельной анеміи отъ симптоматической вслѣдствіе катарра желудка, съ которымъ она представляетъ наибольшее сходство—см. стр. 65, семіотика аппетита).

**Хлорозъ**—(блѣднокровіе) свойственный, главнымъ образомъ, дѣвочкамъ въ возрастѣ послѣ 8-ми лѣтъ, отличается отъ обыкновенной анеміи сравнительно быстрымъ развитіемъ симптомовъ малокровія, чрезвычайно сильно выраженной блѣдностью кожи (восковая блѣдность) и слизистыхъ оболочекъ и еще тѣмъ, что припадки довольно легко уступаютъ лѣченію желѣзомъ. Изслѣдованіе крови показываетъ, что число кровяныхъ тѣлецъ почти нормально, но количество гемоглобина значительно ниже нормы, между тѣмъ какъ при анеміи уменьшено и количество гемоглобина и число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Въ пользу хлороза говорятъ также: хорошо развитый подкожный жиръ, приступы кардіалгіи и анемическіе шумы въ венахъ шеи и у основанія сердца.

Для объясненія хлороза часто не удается найти въ анамнезѣ ничего, въ другихъ случаяхъ роль производящихъ причинъ играютъ тѣ или другія нервныя вліянія.

**Злокачественная анемія** отличается отъ двухъ предыдущихъ своимъ прогрессивнымъ характеромъ и неизлѣчимостью. (Впрочемъ, послѣднее свойство допускаетъ исключенія: въ литературѣ описано нѣсколько случаевъ благополучнаго окончанія прогрессивной и по всѣмъ другимъ признакамъ злокачественной анеміи, когда выздоровленіе наступало довольно быстро вслѣдъ за устраненіемъ причины болѣзни, напр., изгнанія широкаго лентеца). Въ громадномъ большинствѣ случаевъ болѣзнь эта кончается летальнымъ исходомъ черезъ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ отъ начала болѣзни.

Къ числу характерныхъ симптомовъ злокачественнаго малокровія, помимо прогрессивнаго развитія измѣненій крови, т. е. значительнаго уменьшенія гемоглобина и числа кровяныхъ тѣлецъ какъ бѣлыхъ, такъ и красныхъ и измѣненія формы послѣднихъ—(poikilocytosis и mikrocytosis) и рѣзко выраженной блѣдности и слабости, принадлежатъ крово-

подтеки на кожѣ (особенно голеней) и на днѣ глаза (скотомы), кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ и лихорадочное состояніе (анемическая лихорадка), появляющееся обыкновенно въ періодѣ полнаго развитія болѣзни.

Причины злокачественнаго малокровія въ большинствѣ случаевъ остаются неизвѣстными. Проф. Боткинъ считаетъ эту болѣзнь за симптомъ заболѣванія гипотетическаго кроветворительнаго центра и приводитъ случай прогрессивной, злокачественной анеміи, зависѣвшей вѣроятно отъ гуммы мозга и излѣченной іодистымъ калиемъ. Заболѣваніе можетъ зависѣть также отъ рефлекторнаго раздраженія этого центра, къ каковой категоріи Боткинъ относитъ, напр., случаи злокачественной анеміи отъ присутствія въ кишкахъ широкаго лентеца (подобные случаи описаны, между прочимъ, и изъ дѣтской практики, напр., случай Подвысоцкой) или *anchylostomum duodenale* (болѣзнь рабочихъ С. Готардскаго туннеля).

Злокачественное малокровіе, протекающее съ кровоподтеками на кожѣ и съ кровотеченіемъ изъ слизистыхъ оболочекъ, можетъ быть принято за пурпуру или за болѣзнь Werlhofa, но существенное отличие состоитъ въ томъ, что въ послѣднихъ двухъ болѣзняхъ кровоподтеки являются съ самаго начала заболѣванія, а малокровіе развивается послѣ и все теченіе болѣзни идетъ остро, между тѣмъ какъ при *anemia perniciosa* общая блѣдность и слабость задолго предшествуютъ кровотеченіямъ.

При лейкеміи (бѣлокровіи) мы тоже имѣемъ дѣло съ прогрессивно развивающимся малокровіемъ, съ подтеками, кровотеченіями и лихорадкой и кончающимся обыкновенно смертью, но отличие отъ предыдущей болѣзни состоитъ въ томъ, что въ крови замѣчается рядомъ съ уменьшеніемъ гемоглобина и числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ значительное нарастаніе числа безцвѣтныхъ тѣлецъ (1:20—100 вмѣсто 1:500, какъ въ нормѣ) и, кромѣ того, всегда можно констатировать у больного громадное увеличеніе либо селезенки (*селезеночная лейкемія*), либо лимфатическихъ железъ (*лимфатическая лейкемія*), либо обихъ этихъ органовъ (смѣшанная форма лейкеміи) (\*). Въ дѣтскомъ возрастѣ всего чаще встрѣчается селезеночная форма, но при діагностикѣ ея надо имѣть въ виду, что у дѣтей *первыя* лѣтъ жизни гораздо чаще встрѣчается *селезеночная анемія*, чѣмъ лейкемія. Подъ этимъ именемъ мы понимаемъ рѣзко выраженное малокровіе у дѣтей, представляющихъ

(\*) Кромѣ этихъ формъ отличаютъ еще мѣлогенную лейкемію, зависящую отъ пораженія костнаго мозга. Въ чистомъ видѣ эта форма, сколько мнѣ извѣстно, еще не описана въ дѣтскомъ возрастѣ.

громадную, плотную селезенку. Отъ лейкеміи отличіе состоятъ въ томъ, что число безцвѣтныхъ тѣлецъ увеличивается лишь незначительно и что болѣзнь эта со временемъ кончается выздоровленіемъ, хотя замѣтная блѣдность покрововъ и опухоль селезенки остаются на много лѣтъ. Селезеночная анэмія развивается всего чаще подъ влияніемъ тѣхъ же причинъ, что и рахитизмъ, которымъ обыкновенно и осложняется. Въ другихъ случаяхъ причиною хронической опухоли селезенки и послѣдовательнаго малокровія бываетъ болотная лихорадка и наслѣдственный сифилисъ.

По блѣдности, опуханію лимфатическихъ железъ и селезенки и по другимъ принадлежамъ лейкемія представляетъ большое сходство съ ложной лейкеміей, но при послѣдней болѣзни въ крови нѣтъ увеличенія числа бѣлыхъ тѣлецъ.

Распространенное, безболѣзненное опуханіе железъ встрѣчается еще при сифилисѣ и золотухѣ. Въ обоихъ этихъ случаяхъ общая блѣдность выражена не сильно, селезенка не увеличена (на первомъ году жизни при наслѣдственномъ сифилисѣ нерѣдко наблюдается хроническая гиперплазія селезенки), а главное, что упадокъ питанія не прогрессируетъ и что въ крови безцвѣтныхъ тѣлецъ не много.

**Болѣзни, характеризующіяся желтой окраской кожи.** Желтый цвѣтъ кожи и конъюнктивы глазъ служитъ вѣрнымъ признакомъ желтухи, т. е. присутствія въ крови и тканяхъ желчнаго пигмента. Желтуха сама по себѣ не есть еще болѣзнь, а только симптомъ, для происхожденія котораго надо найти причину, что и составляетъ задачу діагностики.

У *новорожденныхъ* желтуха встрѣчается такъ часто, что получила названіе *физиологической желтухи*. Названіе это совершенно справедливо, такъ какъ желтуха новорожденныхъ стоитъ въ зависимости отъ физиологическаго разрушенія красныхъ тѣлецъ въ первые дни жизни и отъ физиологическихъ-же измѣненій въ печени: усиленная выработка желчи подъ влияніемъ гемоглобинэміи (Silbermann) и нѣкоторая задержка ея вслѣдствіе слущиванія эпителія желчныхъ канальцевъ (Cruse) и отечнаго состоянія междольчатой соединительной ткани печени (Birch-Hirschfeld).

Діагностика физиологической желтухи новорожденныхъ основывается на возрастѣ ребенка (начало желтухи на 2—3-й день жизни), на прекрасномъ общемъ состояніи его (покоень, хорошо беретъ грудь), на желтомъ, нормальномъ цвѣтѣ испраженій (это исключаетъ желтуху отъ врожденной непроходимости желчнаго протока) и на доброкачественномъ теченіи (желтуха эта всегда кончается выздоровленіемъ черезъ нѣсколько дней).



У новорожденных встрѣчается иногда и другого рода желтуха, кончающаяся смертью и потому извѣстная подъ именемъ *тяжелой желтухи* новорожденных — *icterus gravis neonatorum s. septica*. Она служитъ проявленіемъ піеміи и сообразно этому протекаетъ съ сильнымъ лихорадочнымъ состояніемъ, упадкомъ силъ и почти всегда съ періартеритомъ или перифлебитомъ пупочныхъ сосудовъ.

Третій видъ желтухи новорожденных, тоже не уступающей лѣченію и кончающейся смертью черезъ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ послѣ рожденія, отличается отъ другихъ видовъ чрезвычайно рѣзко выраженной окраской покрововъ при *бесцвѣтныхъ* испражненіяхъ. Такая желтуха зависитъ отъ врожденнаго закрытія желчнаго протока.

Наконецъ, исключительно у новорожденных же встрѣчается желтуха, какъ симптомъ какого-то загадочнаго отравленія крови, которому Winckel далъ очень длинное названіе, соединяющее въ себѣ всѣ главные симптомы болѣзни, а именно: *cyanosis afebrilis icterica perniciosa cum haemoglobinuria*, а другіе называютъ ее, согласно предложенію Gerhardt'a просто *morbus Winckeli*, такъ какъ Winckel былъ первый, описавшій эпидемію этой болѣзни въ Дрезденскомъ родильномъ институтѣ въ 1879 году. Ребенокъ, родившійся въ срокъ и вполне нормальнымъ, съ первыхъ-же дней жизни дѣлается безпокоенъ и получаетъ синиху, ясно замѣтную не только въ лицѣ и конечностяхъ, но и на туловищѣ; вслѣдъ за тѣмъ появляется гемоглобинурія и желтуха (конъюнктивы), упадокъ силъ и судороги съ смертельнымъ исходомъ въ 1—3—7 дней. Температура все время остается нормальной. Болѣзнь эта почти абсолютно смертельна, такъ какъ изъ 23 заболѣвшихъ выздоровѣлъ только одинъ.

У дѣтей старшаго возраста желтуха всего чаще является слѣдствіемъ катарра 12-ти перстной кишки и закупорки желчнаго протока слизью, это — *катарральная желтуха* — *icterus catarrhalis*. Она характеризуется слѣдующими признаками: 1) развивается въ сопровожденіи нѣкоторыхъ желудочныхъ симптомовъ, каковы: болѣзненность подъ ложечкой, обложенный языкъ, отсутствіе аппетита, запоръ или поносъ. 2) Испражненія почти или совсѣмъ обезцвѣчены, тогда какъ моча ненормально темна отъ присутствія въ ней желчныхъ пигментовъ; 3) печень нѣсколько увеличена и чувствительна при давленіи; 4) желтуха эта не сопровождается никакими тяжелыми общими симптомами, а только умѣреннымъ лихорадочнымъ состояніемъ, да и то не всегда; 5) кончается выздоровленіемъ черезъ нѣсколько дней, максимумъ въ 2—3 недѣли.

По симптомамъ и теченію очень похожа на нее такъ называемая

*эпидемическая желтуха*, всегда протекающая съ лихорадкой и отличающаяся отъ предыдущей только своимъ эпидемическимъ распространениемъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эпидемическая желтуха сопровождается очень высокими температурами (до 40° и выше), тифозными явлениями со стороны нервной системы (сухой языкъ, бредъ), альбуминурией, увеличеніемъ печени и селезенки, частыми потами; теченіе болѣзни типическое съ обычнымъ исходомъ въ выздоровленіе въ 7—11 дней. Такая форма желтухи описана подъ различными названіями, какъ *typhus hepaticus*, *perihotyphus biliosus*, *typhus abortivus cum ictero et perhritide*. Васильевъ, считающій ее за разновидность желчнаго тифоида, описалъ эту болѣзнь (Клин. газ. Боткина 1888 г. №№ 22—26) подъ именемъ *инфекціонной желтухи*. Изъ десятка его случаевъ одинъ относится къ 11-ти лѣтнему мальчику. Болѣзнь начинается обыкновенно внезапно жаромъ, головной болью и рвотой; черезъ 3—5 дней появляется желтуха и другіе характерные симптомы, т. е. обезцвѣченные испражненія, увеличеніе печени и селезенки, бѣлокъ въ мочѣ, бредъ. Васильевъ постоянно наблюдалъ у своихъ больныхъ чрезвычайную болѣзненность мышцъ, особенно икроножныхъ. У 11-ти лѣтняго мальчика были поражены преимущественно затылочные мышцы, вслѣдствіе чего уже на 4-й день (за сутки до желтухи) было констатировано сведеніе затылка.

Отличается ли эта тифозная форма желтухи отъ обыкновенной эпидемической катаральной желтухи только степенью развитія припадковъ, или самой сущностью инфекціи, это пока еще не рѣшено.

Отъ всѣхъ этихъ формъ самостоятельной желтухи слѣдуетъ отличать желтуху, осложняющую другія лихорадочныя болѣзни, напр., возвратную горячку, болотную лихорадку, ціэмію и проч.

Безлихорадочная *хроническая желтуха*, зависящая отъ болѣзней печени, въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается крайне рѣдко. Распознаваніе ея дѣлается на основаніи симптомовъ со стороны печени, какъ и у взрослыхъ.

### *Болѣзни, характеризующіяся синеватой окраской кожи.*

Синеватый цвѣтъ кожи, такъ называемая, *синюха*—cyanosis, всего рѣзче выражается на кистяхъ и стопахъ, а также на губахъ. Синюха указываетъ или на мѣстный застой венозной крови или на общее обѣднѣніе крови кислородомъ и переполненіе ея углекислотой.

Ограниченный ціанозъ, занимающій одну или обѣ кисти, иногда одинъ или два пальца, исчезающій лѣтомъ, но обязательно появляю-

щійся зимой послѣ хотя бы непродолжительнаго пребыванія на холодѣ, зависитъ отъ расстройства иннерваціи сосудовъ и указываетъ на хроническое ознобленіе.

Общій ціанозъ всего тѣла и слизистыхъ оболочекъ или (въ легкихъ случаяхъ) ціанозъ только конечностей и губъ зависитъ отъ расстройства кровообращенія вообще и указываетъ на серьезное пораженіе легкихъ или сердца. Чѣмъ быстрѣ развивается ціанозъ, тѣмъ опаснѣе предсказаніе, а потому въ острыхъ случаяхъ онъ всегда имѣетъ болѣе дурное значеніе, чѣмъ въ хроническихъ. Особенно зловѣщимъ признакомъ является ціанозъ во 1-хъ, въ случаяхъ инспираторной одышки вслѣдствіе суженія гортани, зависить-ли оно отъ крупа, спазма голосовой щели или отъ инородныхъ тѣлъ, и во 2-хъ, при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, напр., при скарлатинѣ, дифтеритѣ, воспаленіи легкаго и др.

Сравнительно медленно развивается ціанозъ при сдавленіи легкаго плевритическимъ экссудатомъ и еще медленнѣе при хроническихъ страданіяхъ сердца, врожденныхъ или приобрѣтенныхъ. При врожденныхъ порокахъ сердца ціанозъ появляется или ужъ съ первыхъ дней жизни ребенка или черезъ 1—2 года послѣ рожденія. Приобрѣтенные пороки сердца въ дѣтскомъ возрастѣ большею частью касаются двустворчатаго клапана; въ подобныхъ случаяхъ, пока нѣтъ расстройства компенсаціи, нѣтъ и ціаноза, а въ періодѣ расстройства равновѣсія появляется не только ціанозъ, но и одышка и водянка, между тѣмъ какъ при врожденныхъ порокахъ сердца синюха нерѣдко встрѣчается въ изолированномъ видѣ.

### Сыпныя болѣзни.

Хотя различныя сыпи въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются и очень часто, но въ виду ихъ сходства съ сыпями у взрослыхъ, мы не станемъ здѣсь входить въ подробное описаніе ихъ, предоставивъ это учебникамъ дерматологій и ограничимся лишь наиболѣе существеннымъ и самымъ важнымъ для діагностики дѣтскихъ болѣзней.

При изложеніи сыпей мы не будемъ придерживаться обычной патолого-анатомической классификаціи болѣзней кожи, а просто распредѣлимъ ихъ на нѣсколько группъ на основаніи наиболѣе выступающихъ симптомовъ, хотя и сознаемъ, что при такомъ способѣ изложенія трудно избѣгнуть повтореній.

*Болезни кожи, выражающіяся, главнымъ образомъ, краснотой.*

Къ этой группѣ мы отнесемъ всякаго рода эритематозныя сыпи, все равно зависятъ-ли онѣ отъ простой гипереміи или отъ воспаленія (простыя и воспалительныя эритемы). Краснота можетъ быть разлитой, занимающей большіе участки кожи или даже всю поверхность тѣла и пятнистой; какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ она исчезаетъ отъ давленія пальцемъ, но по прекращенія давленія снова быстро появляется (отличіе отъ кровоизліяній, не блѣднѣющихъ отъ давленія).

*Разлитая краснота* всей поверхности кожи у новорожденныхъ обязательно появляется въ первые дни жизни и потому называется **физиологической эритемой новорожденныхъ**. Диагностика ея ставится прямо на основаніи возраста (первые 2—3 дня послѣ рожденія). Черезъ нѣсколько дней послѣ исчезанія эритемы появляется обыкновенно случиваніе эпидермиса на всемъ тѣлѣ—*физиологическое шелушеніе*. Нѣчто подобное, но только въ гораздо болѣе сильной степени, происходитъ у новорожденныхъ при исключительно имъ только свойственной болѣзни, описанной Ritter'омъ (Прага) подѣ именемъ **dermatitis exfoliativa**. При этой болѣзни, какъ и при физиологической эритемѣ, тоже является разлитая краснота всей поверхности кожи при отличномъ общемъ состояніи ребенка (не лихорадитъ, хорошо беретъ грудь, не смотря на пораженіе окружности рта, см. ниже) и послѣдовательномъ лулненіи кожицы, но тѣмъ не менѣе отличить эти два состоянія не трудно во-первыхъ, на основаніи возраста больныхъ (dermatitis exfol. почти никогда не начинается ранѣе конца первой недѣли и позднѣе 21-го дня) и во-вторыхъ, по теченію.

Въ типическихъ случаяхъ, каковыхъ большинство, dermat. exfol *начинается* не сразу на всемъ тѣлѣ, а съ *лица* и именно съ нижней половины его: не рѣзко ограниченная краснота занимаетъ окружность рта и подбородокъ, на слѣдующій день она распространяется на туловище и еще позднѣе на конечности, при чемъ общее состояніе остается безлихорадочнымъ. Не успѣетъ краснота дойти до ногъ, какъ на губахъ начинается ужъ лулненіе кожицы и образованіе тонкихъ корочекъ, дающихъ поводъ къ появленію трещинъ, лучеобразно расходящихся отъ края губъ во всѣ стороны, такъ что вся нижняя половина лица покрывается какъ бы панцыремъ. На другихъ мѣстахъ корочекъ не образуется, а замѣчается только огрубнѣніе (высыханіе) эпидермиса, который вскорѣ начинаетъ отслаиваться на большихъ пространствахъ въ видѣ цѣлыхъ пластовъ, особенно толстыхъ на ладо-

нихъ и подошвахъ; обнаженная кожа обазывается не мокнущей, а только слегка влажной и оттого лоснящейся, темнобраснаго цвѣта. Краснота быстро начинаетъ блѣднѣть и ужъ на слѣдующій день покрывается чешуйками, а еще черезъ день она принимаетъ нормальную окраску, а отрубевидное шелушеніе остается еще на нѣсколько дней. Болѣзнь эта отличается циклическимъ теченіемъ и кончается выздоровленіемъ въ 7—10 дней, но больной представляетъ послѣ того большое расположеніе къ послѣдовательнымъ болѣзнямъ кожи въ видѣ экцемъ, небольшихъ абсцессовъ и чирьевъ, затягивающихъ окончательное выздоровленіе на много дней и даже недѣль.

Отклоненія въ симптомахъ и теченіи могутъ состоять въ томъ, что краснота сразу занимаетъ все тѣло или наоборотъ ограничивается только нижней половиной лица, оставляя туловище почти свободнымъ, хотя впоследствии кожа здѣсь все таки лупится; рѣже случается, чтобъ нетронутымъ осталось бы лицо. Иногда на покраснѣвшихъ частяхъ лица и туловища, а также на лбу и вискахъ появляются тѣсно сидящія пузырьки съ прозрачнымъ содержимымъ, какъ при *miliaria crystallina*, которые потомъ сливаются, подсыхаютъ и уступаютъ мѣсто лупленію кожицы. Въ другихъ случаяхъ кожа на покраснѣвшихъ мѣстахъ подымается въ большіе пузыри какъ при *pemphigus*'ѣ, съ желтоватымъ, серознымъ содержимымъ.

Объ отличіи этой болѣзни отъ фізіологической эритемы сказано выше; отъ рожи—отсутствіе лихорадки и рѣзкихъ границъ красноты, быстрое распространеніе. На *pemphigus* похожи нѣкоторыя аномальныя формы, протекающія съ образованіемъ пузырей, но существенная разница состоитъ въ томъ, что при *pemphigus*'ѣ пузыри появляются на нормальной кожѣ, а здѣсь на покраснѣвшей. Пузыри при *pemph.* высыпаютъ обыкновенно въ нѣсколько приемовъ и болѣзнь затягивается на неопредѣленный срокъ, т. е. не представляетъ такого типическаго теченія, какъ *dermatitis exfol.*

Въ виду трещинъ вокругъ губъ и въ углахъ рта всего легче принять *dermat. exfol.* за сифилисъ, но, помимо отсутствія другихъ симптомовъ наследственнаго сифилиса (см. гл. о немъ), можно исключить его ужъ на основаніи одного короткаго и типическаго теченія болѣзни.

Въ виду разлитой красноты и пластинчатаго лупленія кожицы можно бы принять *dermat. exfol.* за скарлатину, но отъ ошибки гарантируетъ нормальная температура и отсутствіе жабы.

У дѣтей всѣхъ возрастовъ краснота всей поверхности тѣла или, по крайней мѣрѣ, большей его части встрѣчается, главнымъ образомъ, при

скарлатинѣ, а потому въ главѣ объ этой болѣзни мы и будемъ говорить о сыпяхъ, на нее похожихъ.

Разлитая краснота небольшихъ участковъ встрѣчается при различного рода воспаленіяхъ самой кожи или подлежащихъ частей и при простыхъ, т. е. невоспалительныхъ гипереміяхъ. Въ случаѣ воспаленія покраснѣвшая часть представляется на ощупь горячей и при давленіи болѣзненной, иногда замѣтно припухшей; дѣти старшаго возраста жалуются на чувство ссадненія или жженія. Сюда относится, напр., **рожистое воспаленіе кожи**, болѣзнь въ высокой степени лихорадочная, при которой краснота отличается *яркостью и резко ограниченными краями*. Если рожа, блѣднѣя въ мѣстахъ прежде пораженныхъ, съ каждымъ днемъ распространяется на новыя мѣста, то говорятъ о *бродячей розѣ*—*erysipelas migrans*, а если рожистое воспаленіе сопровождается образованіемъ пузырей, то о *пузырчатой розѣ*—*erys. bullosum*. Если рожа занимаетъ лицо, то воспаленіе кожи сопровождается значительнымъ отекомъ подкожной клетчатки въѣкъ. Подобная картина можетъ получиться еще только при *острой экземѣ лица*, но помимо того, что экзема не сопровождается такими высокими температурами, какъ рожа, отличіе состоитъ еще въ томъ, что краснота при экземѣ не представляетъ такихъ рѣзкихъ границъ и что, вслѣдствіе скорого образованія пузырьковъ, покраснѣвшая кожа не остается гладкой, а получаетъ шагреневый видъ и по истеченіи короткаго времени покрывается пузырьками и корочками.

Къ разлитымъ воспалительнымъ эритемамъ относятся также краснота кожи вслѣдствіе легкаго ожога, напр., лучами солнца—*erythema calorіcum*. Подобную эритему спины нерѣдко представляютъ дѣти, долго купающіяся въ мелкой водѣ. Краснота въ подобныхъ случаяхъ не имѣетъ ни такой яркости, ни такихъ рѣзкихъ границъ, какъ при рожѣ. Главнымъ основаніемъ для діагностики служитъ анамнезъ, выясняющій этиологію.

Эритемы отъ продолжительнаго давленія или различныхъ раздраженій кожи, каковы: горчичники, іодъ, согрѣвающие компрессы, фѣнія испраженія (эритема ягодицъ) или отдѣленія (эритема верхней губы при насморкѣ и проч.), всегда ограничиваются тѣмъ мѣстомъ, на которое подѣйствовало раздраженіе и потому діагностика ихъ легка. Не трудно также опредѣлить причину красноты кожи при воспаленіяхъ подлежащихъ частей, т. е. клетчатки, железъ, костей.

Въ діагностическомъ отношеніи болѣе интересна разлитая краснота, встрѣчающаяся иногда въ періодѣ предвѣстниковъ оспы и извѣстная подъ именемъ *эритематозной продромальной оспенной сыпи*. Она свой-

ственна болѣе легкимъ случаямъ оспы, тогда какъ въ тяжелыхъ чаще встрѣчается *нетехиальная продромальная сыпь* (см. о кровоизліяніяхъ въ кожу). Эритематозная оспенная сыпь появляется или въ видѣ разлитой красноты на большемъ или меньшемъ пространствѣ (рѣдко на всѣмъ тѣлѣ, какъ при скарлатинѣ), или въ формѣ пятенъ, напоминающихъ корь. Сыпи эти не имѣютъ излюбленныхъ мѣстъ и встрѣчаются какъ на туловищѣ, такъ и на конечностяхъ, но щадятъ лицо; впрочемъ, мѣстныя разлитыя эритемы чаще встрѣчается на разгибательныхъ сторонахъ конечностей. Всего чаще онѣ появляются на 2-й день лихорадки (иногда уже на 1-й) и держатся отъ 12 до 36 часовъ. Частота появленія продромальной эритемы стоитъ въ зависимости отъ характера эпидеміи; въ эпидемичное время сыпь эта даетъ возможность діагносцировать оспу за день или за два до высыпанія оспы. Для предсказанія продромальная эритема имѣетъ значеніе благоприятнаго симптома и чѣмъ больше она распространена, тѣмъ лучше, такъ какъ замѣчено, что интенсивность ея обратно пропорціональна обилію оспенныхъ пустулъ.

*Пятнистая эритема* имѣютъ чрезвычайно разнообразное значеніе, которое выясняется отчасти свойствомъ самой сыпи, т. е. величиной и формой пятенъ, степеню окраски ихъ, распространеніемъ и проч., отчасти-же сопутствующими явленіями. Величина пятенъ въ различныхъ случаяхъ колеблется отъ чечевицы до серебрянаго рубля. Мелкопятнистыя эритемы, извѣстныя подъ именемъ *roseola*, состоятъ изъ блѣднорозовыхъ пятнышекъ величиной съ чечевицу и нѣсколько больше, круглой—или овальной формы; иногда онѣ нѣсколько выдаются надъ поверхностью кожи и тогда могутъ быть оцупаны пальцемъ въ видѣ легкаго возвышенія или папулы.

*Roseola* не встрѣчается въ видѣ самостоятельной болѣзни, но часто присоединяется къ другимъ, болѣею частью лихорадочнымъ процессамъ; для діагностики она имѣетъ большое значеніе, но не сама по себѣ, такъ какъ въ различныхъ болѣзняхъ она не представляетъ достаточныхъ для распознаванія ихъ особенностей, а только въ связи съ другими симптомами; никто, напр., не поставитъ діагностики тифа потому только, что у больного появилось нѣсколько розеолезныхъ пятнышекъ на спинѣ и груди, но, тѣмъ не менѣе, въ связи съ другими признаками небольшой этой сыпи будетъ вполне достаточно, чтобы въ затруднительномъ случаѣ съ увѣренностью исключить общій туберкулезъ и высказаться за тифъ.

Если *roseola* высыпаетъ при тифѣ рано (4—5-й день) обильно и сразу, то она больше всѣхъ другихъ симптомовъ говоритъ въ пользу сынного тифа противъ брюшного.

У новорожденныхъ и у дѣтей первыхъ недѣль жизни *roseola* вмѣстѣ съ хроническимъ насморкомъ выясняетъ существованіе наследственнаго сифилиса. Впрочемъ, *roseola syphilitica* настолько характерна сама по себѣ, что иной разъ можно узнать сифилисъ даже и по одному пятну. Особенности сифилитической розеолы состоятъ въ слѣдующемъ: сыпь эта безлихорадочная и *хроническая, медленно выступающая* и еще медленно исчезающая (она держится недѣлями, тогда какъ большинство розеолъ иного происхожденія исчезаетъ черезъ одинъ или нѣсколько дней); къ гипереміи скоро присоединяется пигментация и потому при давленіи на мѣстѣ пятна остается желтоватый слѣдъ; *roseola syphil.* только въ самыхъ свѣжихъ случаяхъ состоитъ изъ гладкихъ пятенъ, но въ скоромъ времени они принимаютъ папулезный характеръ, т. е. выстоять надъ поверхностью кожи; особенно характерно, когда приподнимается только край пятна и когда вдавленная середина пятна окружается какъ бы валикомъ; не менѣе типично для сифилиса и образование мокнущихъ папулъ, любимымъ мѣстомъ которыхъ бываетъ окружность *ani, scrotum, подбородокъ* и складки шеи.

Являясь сразу у нѣсколькихъ членовъ семьи и протекая съ лихорадочнымъ состояніемъ, розеолезная сыпь указываетъ на краснуху или на корь.

Хотя въ типическихъ случаяхъ корь ярко-красный цвѣтъ пятенъ, ихъ значительная величина (отъ слиянія нѣсколькихъ) и папулезный характеръ дѣлаетъ эту пятнистую сыпь мало похожей на *roseolam*, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ легкой кори и особенно у малокровныхъ и истощенныхъ дѣтей, коревая сыпь можетъ имѣть чисто розеолезный характеръ. О распознаваніи кори отъ сходныхъ съ нею процессовъ см. въ главѣ о корь.

Хотя *roseola* во многихъ случаяхъ облегчаетъ діагностику, но съ другой стороны, появляясь, такъ сказать, въ неурочное время, т. е. чисто случайно, она можетъ сбить врача съ правильнаго пути. Для избѣжанія подобной ошибки необходимо руководствоваться въ дѣлѣ діагностики совокупностью всѣхъ сопутствующихъ симптомовъ и не придавать первенствующаго и рѣшающаго значенія одной только сыпи, которая въ дѣтскомъ возрастѣ можетъ появляться при самыхъ разнообразныхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ. Эта *случайная roseola* появляется большею частью въ самомъ началѣ лихорадки и отличается чрезвычайной нестойкостью, такъ какъ исчезаетъ обыкновенно черезъ сутки или даже черезъ нѣсколько часовъ; такія формы эфемерной розеолы, известной также подъ именемъ дѣтской эритемы (*erythema infantum*), всего болѣе свойственны маленькимъ дѣтямъ, лѣтъ до двухъ, у кото-



рых она сопровождается и прорѣзываніе зубовъ, п разнаго рода жабы, и бронхиты, и пнеймоніи. Есть впрочемъ нѣкоторыя болѣзни, при которыхъ розеолезная сыпь встрѣчается и у болѣе взрослыхъ дѣтей, именно цереброспинальный менингитъ и вакцина. Для *erythema vacci-  
nicum* до нѣкоторой степени характерно то, что она высыпаетъ въ періодѣ назрѣванія пустуль (отъ 8 до 10 дня) и что занимаетъ преимущественно конечности, въ особенности руки, тогда какъ большинство другихъ эритемъ оказываетъ предпочтеніе туловищу. Вакцинальная эритема исчезаетъ черезъ 2--3 дня, не оставляя шелушенія.

До сихъ поръ мы говорили только о симптоматической розеолѣ, значеніе которой выясняется, главнымъ образомъ, сопутствующими симптомами, но, кромѣ этихъ формъ, существуютъ еще нѣсколько видовъ пятнистыхъ сыпей, служащихъ выраженіемъ самостоятельныхъ болѣзней кожи. Сыпи эти встрѣчаются какъ у дѣтей старшаго возраста, такъ и у взрослыхъ. Диагностика нѣкоторыхъ изъ нихъ значительно облегчается тѣмъ, что онѣ имѣютъ свои излюбленныя локалізаціи. Такъ, напр., *erythema multiforme* охотнѣе всего поражаетъ тыльную поверхность кистей и стопъ и во многихъ случаяхъ не распространяется далѣе предплечій. Сыпь эта состоитъ первоначально изъ ярко-красныхъ узелковъ, величиной съ булавочную головку и нѣсколько больше. Названіе „multiforme“ дано ей въ виду тѣхъ измѣненій, которыя она представляетъ въ дальнѣйшемъ теченіи: папула можетъ поблѣднѣть и исчезнуть, а въ окружности ея появляется красное кольцо — *eryth. annulare*; въ свою очередь и это кольцо, исчезая, измѣняется въ цвѣтъ, а вокругъ него появляется новый ярко-красный ободокъ — *eryth. iris*; отъ встрѣчи одного круга съ другимъ и исчезанія пограничной красноты получаютъ волнообразныя красныя линіи — *eryth. gyratum*; если на мѣстѣ узелковъ и ободковъ появляются пузырьки, то получается, такъ называемый, *herpes iris*.

Къ числу характерныхъ особенностей этой *eryth. multiforme* относится и то, что она не причиняетъ больному ни зуда, ни боли и черезъ нѣсколько дней исчезаетъ безъ шелушенія, а если затягивается педѣли на 2 или на 3, то не иначе, какъ подъ вліяніемъ новыхъ высыпей, которыя въ подобныхъ случаяхъ могутъ распространиться даже на лицо и туловище. Въ началѣ своего появленія *eryth. multif.* можетъ сопровождаться лихорадочнымъ состояніемъ. Благодаря типической локалізаціи, сыпь эту трудно не узнать.

Въ началѣ своего появленія, когда высыпаютъ папулы и особенно въ тѣхъ рѣдкихъ, аномальныхъ формахъ, при которыхъ поражается и лицо, можетъ явиться сомнѣніе насчетъ оспы, но помимо локалізаціи,

легко исключить оспу по ярко-красному цвѣту сыпи, такъ какъ оспенныя папулы отличаются блѣдной окраской.

Въ дальнѣйшемъ теченіи, когда появляются красныя кольца, можно бы думать о herpes tonsurans, но противъ него говорятъ опять-таки локализациія (онъ любитъ лицо, шею, туловище) и характеръ кольца: при eryth. annulare оно гладкое, свободное отъ чешуекъ и корокъ, а при herp. tonsur. онъ образуется изъ мелкихъ, тѣсно сидящихъ, пузырьковъ или корочекъ.

Другая сыпь, относящаяся къ разряду экссудативныхъ, пятнистыхъ эритемъ съ характерной локализацией *на голениахъ*, есть **узловатая эритема** — erythema nodosum. Сыпь эта обусловливается серознымъ экссудатомъ въ веществѣ кожи, вслѣдствіе чего на поверхности ея образуются плоскія возвышенія, легче замѣтныя на ошунь, чѣмъ на глазъ; при ошупываніи они представляются въ видѣ плотныхъ узловъ въ кожѣ, величиной отъ горошины до лѣсного орѣха и больше; цвѣтъ узловъ блѣдноватый, переходящій потомъ въ синій и желтый, какъ при синякѣ отъ ушиба, откуда и название — eryth. contusiforme; впрочемъ, нѣкоторыя пятна исчезаютъ, не измѣняясь въ цвѣтѣ, а просто блѣднѣютъ. Любимое мѣсто сыпи *голенн* и потомъ *предплечья*, рѣже идетъ она на бедра и еще рѣже на лицо, а на туловищѣ если когда либо она и встрѣчается, то лишь въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ. Если при какой-нибудь сыпи, похожей на eryth. nodosum, голени оказались бы свободными отъ пятенъ и узловъ, то это не узловатая эритема. Самые большіе и притомъ *болѣзненные* при дотрогиваніи узлы сидятъ на передней поверхности голени, гдѣ въ окружности узла иногда бываетъ замѣтная отекая припухлость кожи, симулирующая periostitis, но узлы, разбросанныя на другихъ мѣстахъ, выясняютъ дѣло; всѣ они неболѣзненны и не зудятъ. Узловатая эритема у дѣтей можетъ сопровождаться лихорадкой даже и при ничтожномъ числѣ узловъ; 2—3 штукъ, напр., ужь достаточно для объясненія лихорадки въ 38—39°. Кто никогда не видалъ этой сыпи, можетъ смѣшать ее съ разными болѣзнями, на которыя въ сущности она вовсе даже не похожа, такъ, напр., и видѣлъ случаи, въ которыхъ она принималась за краснуху, за крапивницу (хотя здѣсь нѣтъ ни зуда, ни бѣлыхъ волдырей), за periostitis.

Къ числу болѣзней съ опредѣленной локализацией я отношу еще и *пятнистую форму стригущаго лишая* — herpes tonsurans maculosus на мѣстахъ, не покрытыхъ волосами. Любимое мѣсто его — закрытыя части шеи и туловища, рѣже встрѣчается онъ на конечностяхъ и почти никогда на лицѣ. (Въ одномъ случаѣ очень обильной сыпи на шеѣ и туловищѣ я наблюдалъ распространеніе ея и на подбородокъ). Сыпь при немъ

состоитъ изъ круглыхъ и овальныхъ, блѣднорозовыхъ, гладкихъ пятенъ, которыя черезъ 2—3 дня начинаютъ шелушиться и покрываются тонкимъ слоемъ довольно плотно сидящихъ чешуекъ. Черезъ 3—5 недѣль сыпь исчезаетъ. Вначалѣ она слегка чешется. Величина пятенъ отъ чечевицы до гривенника. По виду пятенъ и по продолжительности существованія ихъ, *herp. tonsur. macul.* всего больше похожъ на пятнистый сифилидъ, но легко отличается отъ него легкимъ зудомъ, отсутствіемъ другихъ признаковъ общаго сифилиса (опухоль железъ, пораженій слизистыхъ оболочекъ рта и зѣва) и анамнезомъ.

Если красныя пятна весьма разнообразной величины и очертанія разбросаны по всему тѣлу и конечностямъ, сильно зудятъ и если притомъ они чрезвычайно легко мѣняются мѣсто, т. е. безслѣдно (безъ шелушенія) исчезаютъ въ одномъ мѣстѣ и быстро появляются въ другомъ, то можно прямо сказать, что имѣемъ дѣло съ крапивницей—*urticaria*.

Въ центрѣ многихъ изъ этихъ пятенъ замѣчаются характерныя для уртикаріи бѣлые волдыри, какъ будто отъ ожога крапивой, откуда и названіе. Въ легкихъ случаяхъ вся сыпь состоитъ только изъ подобныхъ бѣлыхъ волдырей, иногда окруженныхъ краснымъ ободкомъ. Уртикарія перѣдко сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ или гастрическими симптомами, въ видѣ рвоты, болей живота, поноса. Въ діагностическомъ отношеніи интересна мелкая крапивная сыпь, такъ называемый, *lichen urticatus s. urticaria papulosa*, по величинѣ папулъ (волдырей) и красноватому цвѣту ихъ очень похожая на корь или на оспу (первый день высыпанія). При осмотрѣ всей поверхности кожи дѣло выясняется обыкновенно тотчасъ же, такъ какъ гдѣ нибудь, въ особенности на ногахъ и животѣ, удастся найти характерныя, болѣе крупныя, бѣловатые волдыри. Кромѣ того при крапивницѣ *обязательно* бываетъ сильный зудъ, отсутствующій при кори и въ первомъ періодѣ оспы. *Urticaria* появляется или какъ самостоятельная болѣзнь подъ вліяніемъ извѣстной пищи (идіосинкразія къ земляникѣ, ракамъ, грибамъ) или лѣкарствъ (хининъ, хлораль-гидратъ), или же она присоединяется къ другимъ болѣзнямъ, напр., скарлатинѣ, кори. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ причины крапивницы лежатъ въ крови; въ другомъ ряду случаевъ болѣзнь является результатомъ мѣстнаго раздраженія кожи, напр., при ожогѣ крапивой, укусѣ комаровъ и другихъ насѣкомыхъ, а также при ползаніи по кожѣ общензвѣстныхъ волосатыхъ гусеницъ.

У нѣкоторыхъ дѣтей уртикарія встрѣчается въ видѣ хронической болѣзни и тогда съ различными промежутками можетъ тянуться года-

ми, возвращаясь подъ вліяніемъ незамѣтныхъ причинъ. Если хроническая уртикарія замѣчается у маленькихъ дѣтей и локализуется на ногахъ, то она даетъ поводъ ожидать у нихъ развитія prurigo.

Имѣя дѣло съ эритематозной сыпью, надо имѣть въ виду еще и лѣкарственныя сыпи, которыя хотя и могутъ проявляться въ различныхъ формахъ, но всего чаще встрѣчаются въ видѣ различныхъ пятнистыхъ эритемъ. Особенной извѣстностью въ этомъ отношеніи пользуются препараты белладонны, такъ какъ разлитая краснота кожи вмѣстѣ съ сухостью зѣва и широкими зрачками принадлежитъ къ числу постоянныхъ симптомовъ отравленія этимъ ядомъ, почему belladonna и назначается гомеопатами противъ скарлатины. При идіосинкразіи подобныя-же или пятнистыя эритемы появляются у нѣкоторыхъ субъектовъ послѣ среднихъ (не токсическихъ) приемовъ хинина, салициловаго патра, антипирина, хлорала, опія, іодистаго калия и др. Діагностика лѣкарственныхъ сыпей вообще, и въ частности эритемъ, иногда бываетъ очень затруднительна и потому въ сомнительныхъ случаяхъ, въ видахъ провѣрки распознаванія, назначаютъ больному снова тотъ приемъ лѣкарства, отъ котораго предполагаютъ появленіе сыпи, такъ какъ *лѣкарственная сыпь характеризуется именно тѣмъ, что она можетъ быть вызвана у того-же самаго субъекта по произволу тѣмъ-же самымъ приемомъ, какъ и въ первый разъ и что она скоро исчезаетъ по прекращеніи лѣкарства.*

Такъ какъ одно и тоже средство у разныхъ субъектовъ можетъ производить разныя формы сыпи, а, съ другой стороны, одна и та же сыпь можетъ появляться подъ вліяніемъ разныхъ лѣкарствъ, то понятно, что узнать отъ чего именно произошла въ данномъ случаѣ сыпь можно только изъ анамнеза.

### *Болѣзни, характеризующіяся появленіемъ мелкихъ кровоизліяній въ кожу.*

Мелкія кровоизліянія въ кожу, такъ называемыя, петехіи бываютъ весьма разнообразной величины, напр., отъ небольшой точки до гри-венника. Они характеризуются синеватымъ цвѣтомъ, рѣзко ограниченными краями и еще тѣмъ, что не исчезаютъ отъ давленія пальцемъ. Петехіи могутъ происходить отъ травматическихъ вліяній или отъ внутреннихъ причинъ, т. е. отъ особой хрупкости сосудовъ подъ вліяніемъ нарушеннаго питанія ихъ стѣнокъ.

Травматическія петехіи отъ укусовъ блохъ и клоповъ легко узнаются по наружному виду: всѣ онѣ равномѣрной, точечной величины;

вокругъ свѣжихъ петехій всегда бываетъ блѣднорозовый фонъ отъ гипереміи; они занимаютъ только закрытыя части тѣла и преимущественно мѣсто пояса или юбочныхъ тесемокъ. Иногда на мѣстѣ петехій кожа бываетъ покрыта очень мелкими островками черного порошка, который при обработкѣ уксусной кислотой и поваренной солью даетъ подъ микроскопомъ кристаллы гемина (выступившая и засохшая кровь).

Къ травматическимъ-же петехіямъ относимъ мы и точечныя кровоизліянія въ кожѣ лица послѣ сильной натуги, напр., при рвотѣ, кашлѣ или общихъ судорогахъ.

Кровоизліянія въ кожу вслѣдствіе внутреннихъ причинъ указываютъ на особаго рода расположеніе организма къ самопроизвольнымъ кровоточеніямъ, т. е. на кровоточивость, которая бываетъ или постоянной (гемофилія), или временная. Временная кровоточивость бываетъ или самостоятельнымъ страданіемъ: или симптомомъ другихъ болѣзней, каковы: скорбутъ, лейкозія, злокачественное малокровіе и различные инфекціонныя процессы, напр., геморрагическая оспа, корь, скарлатина и др.

Временная кровоточивость, какъ самостоятельная болѣзнь, извѣстна подъ именемъ **purpura**. Она встрѣчается въ различныхъ формахъ, между которыми существуютъ всевозможныя переходныя ступени. Типическими представителями считаются: *purpura simplex*, *purp. haemorrhagica* (s. *morbus maculosus Werlhofii*) и *purp. rheumatica* (s. *peliosis rheumatica*). Всѣ эти болѣзни въ большинствѣ случаевъ протекаютъ безъ лихорадки, но иногда сопровождаются довольно значительнымъ и продолжительнымъ жаромъ; при всѣхъ формахъ на кожѣ (въ особенности на ногахъ) появляются различной величины (отъ булавочной головки до гривенника и побольше) петехіи. Разница между этими болѣзнями состоитъ въ томъ, что при *purpura simplex* кровоизліянія замѣчаются только въ кожѣ, при *purp. haemog.*, кромѣ того, всегда бываютъ кровоточенія и изъ слизистыхъ оболочекъ, всего чаще именно изъ десенъ и носа, а въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ также изъ почекъ и кишечекъ; при *purp. rheum.*, кромѣ кровоподтековъ въ кожу, наблюдается еще пораженіе сочлененій, преимущественно колѣнныхъ и голеностопныхъ, которыя замѣтно припухаютъ и дѣлаются болѣе или менѣе болѣзненными при давленіи и движеніяхъ.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ лихорадка отличается крайней неправильностью какъ по силѣ, такъ и по продолжительности: то она держится всего нѣсколько дней, то затягивается съ перерывами на нѣсколько недѣль. Причины пурпуры неизвѣстны; вліяніе простуды допускается многими.

Не смотря на рѣзкіе симптомы, ошибка у постели больного все-таки возможна. Если напр., одновременно съ петехіями появляется сильная лихорадка, то можно принять пурпуру за геморрагическую оспу. Противъ оспы и за пурпуру говорятъ хорошо выраженные знаки привитой оспы и первоначальное появленіе кровоподтековъ на ногахъ, (тогда какъ при оспѣ петехіи локализируются прежде всего на нижней части живота и на внутренней поверхности бедеръ) Въ другихъ случаяхъ лихорадочное состояніе начинается за нѣсколько дней до петехій и тогда можетъ быть сомнѣніе насчетъ сыпного тифа. Отличія состоятъ въ томъ, что при сыпномъ тифѣ у дѣтей ясно - выраженные петехіи принадлежатъ къ рѣдкостямъ, а на первый планъ выступаетъ *roseola typhosa*; далѣе, при тифѣ мы имѣемъ опухоль селезенки и правильную лихорадку, не свойственную никакому виду пурпуры. Отъ скорбута (болѣзни очень рѣдкой въ дѣтскомъ возрастѣ) *morb. Werlhofii* отличается тѣмъ, что при ней десны хотя и кровоточатъ, но онѣ въ остальномъ нормальны, тогда какъ при скорбутѣ онѣ обязательно сильно распухаютъ и изо рта всегда воняетъ. Отъ гемофиліи тѣмъ, что эта послѣдняя въ громадномъ большинствѣ случаевъ имѣетъ наследственное происхождение и тянется годами. Семьи гемофиликовъ бываютъ обыкновенно многодѣтными; гемофиліей страдаютъ мальчики, а дѣвочки остаются на видѣ здоровыми, но передаютъ гемофилію своему потомству и опять таки только мальчикамъ. Кромѣ самопроизвольныхъ кровозліяній въ кожу, гемофиліи свойственны обильныя кровотечения изъ ничтожныхъ ранъ (порѣзъ пальца, извлеченіе зуба и т. п.).

Кромѣ поименованныхъ разновидностей пурпуры, послѣдняя встрѣчается еще въ нѣсколькихъ видахъ, интересныхъ въ діагностическомъ отношеніи. Такъ *purpura* можетъ сопровождаться высыпаніемъ крапивной сыпи и тогда сопровождается зудомъ — *purpura urticans*; въ другихъ случаяхъ картина болѣзни значительно измѣняется вслѣдствіе присоединенія тяжелыхъ желудочныхъ симптомовъ, въ особенности рвоты и сильныхъ болей живота; запоръ бываетъ чаще поноса, иногда появляются кровавыя испраженія. Нѣсколько подобныхъ случаевъ описано въ руководствѣ Непосч'а (*Kinderkr. 3 Auf. s. 784*), но у другихъ авторовъ мы не находимъ на ихъ указаній, хотя въ практикѣ они встрѣчаются не особенно рѣдко. Въ двухъ моихъ случаяхъ боль живота значительно усиливалась подъ влияніемъ кислотъ и отъ полуторохлористаго желѣза. Припадки болей живота и кровоподтековъ въ кожу выказываютъ большую склонность къ рецидивамъ (это характерная черта подобныхъ случаевъ по Непосч'у), вслѣдствіе которыхъ болѣзнь затягивается на нѣсколько недѣль, въ концѣ концовъ прекращаясь сама собой. Въ нѣко-

торыхъ случаяхъ рецидивы или только первый приступъ сопровождаются лихорадочнымъ состояніемъ. Болѣзнь эта всего болѣе свойственна дѣтямъ въ возрастѣ послѣ 7 лѣтъ.

Гораздо болѣе рѣдкая, но всегда смертельная, разновидность описана Непосч'омъ же подъ именемъ *purpura fulminans*. Болѣзнь эта характеризуется 1) чрезвычайно быстрымъ появленіемъ и распространіемъ кровоподтековъ сначала на ногахъ, а потомъ и на всемъ тѣлѣ и 2) упадкомъ силъ съ летальнымъ исходомъ черезъ 1—3 дня отъ начала болѣзни. Кровотеченій изъ слизистыхъ оболочекъ обыкновенно не бываетъ (изъ 8-и случаевъ, извѣстныхъ мнѣ изъ литературы, только въ двухъ случаяхъ Ström'a и Aretander'a отмѣчено носовое кровотеченіе), температура большею частью остается нормальной, но иногда значительно повышается (въ случаѣ Michaelis'a у 9-и мѣсячнаго ребенка до 40,8). Возрастъ больныхъ былъ отъ 9 мѣсяцевъ до 6½ лѣтъ. Причина болѣзни неизвѣстна; въ трехъ случаяхъ *purpura fulm.* появилась вскорѣ послѣ скарлатины, въ одномъ послѣ крупозной пневмоніи, въ остальныхъ среди полного здоровья. вскрытіе давало отрицательный результатъ.

Когда подтеки на какой нибудь конечности сливаются и она представляется припухшей, чернаго цвѣта и покрывается иногда пузырями, то при первомъ взглядѣ картина болѣзни напоминаетъ гангрену, но для исключенія послѣдней достаточно обратить вниманіе на полное отсутствіе гангренознаго запаха.

Въ случаѣ появленія обширныхъ подтековъ на всемъ тѣлѣ, можно думать объ *оспенной пурпурѣ*—*purpura variolosa*. Это самая опасная изъ всѣхъ видовъ оспы, такъ какъ кончается смертью въ 3—5 дней, нерѣдко еще до появленія сыпи. Дальнѣйшее сходство съ *purpura fulminans* состоитъ въ быстротѣ развитія кровоподтековъ (въ обоихъ случаяхъ съ каждымъ часомъ появляются все новыя и новыя пятна). Разница состоитъ въ слѣдующемъ: развитію петехій при *purpura variolosa* предшествуетъ обыкновенно диффузная *эритема* на туловищѣ и конечностяхъ и по этому красному фону показываются петехіи и болѣе обширныя кровоизліянія, особенно на животѣ и груди, а также *кровоподтеки на конъюнктивахъ* и *кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ* носа, кишекъ и почекъ. Далѣе *purpura variolosa* начинается сильнымъ *жаромъ*, *упорной рвотой* и (у болѣе взрослыхъ дѣтей) сильной болью поясницы. Ничего подобнаго при *purp. fulminans* не бываетъ; кровоподтеки при ней развиваются, главнымъ образомъ, на конечностяхъ (а не на животѣ), свѣжія пятна бываютъ окружены краснымъ фономъ и они болѣзненны при давленіи; обыкновенно не бываетъ ни повышенія

температуры, ни кровотеченій изъ слизистыхъ оболочекъ, ни начальной рвоты (по крайней мѣрѣ, никто изъ авторовъ не упоминаетъ про нее). Въ доказательство того, что Непосн въ своихъ случаяхъ имѣлъ дѣло не съ оспой, онъ приводитъ только одинъ доводъ, именно, что съ 1872 года онъ въ своей клиникѣ ни разу не видалъ никакой оспы; но онъ могъ-бы съ полнымъ правомъ сослаться и на результаты вскрытія; въ его случаяхъ они были отрицательны, между тѣмъ какъ при *rigur. variol.* обязательно бываютъ экхимозы на серозныхъ и слизистыхъ оболочкахъ и въ паренхиматозныхъ органахъ.

Симптоматическая пурпура, сопровождающая лейкемію, злокачественную анемію, *язвенный эндокардитъ* и т. п. болѣзни, отходитъ на задній планъ, сравнительно съ другими симптомами этихъ процессовъ и ничего характернаго не представляетъ. О *продромальной петехіальной оспенной сыпи*, имѣющей большое значеніе для діагностики оспы въ періодѣ предвѣстниковъ, замѣтимъ только, что характеренъ не видъ пятенъ, а ихъ локалізація; они занимаютъ первоначально нижнюю половину живота и внутреннія поверхности бедеръ почти до колѣнъ, такъ что когда больной лежитъ на спинѣ съ сжатыми бедрами, то петехіальная сыпь занимаетъ треугольникъ, вершина котораго лежитъ выше колѣнъ, а основаніе ограничивается линіей, проведенной поперекъ живота черезъ пупокъ; это, такъ называемый, бедренный треугольникъ Simon'a. Въ случаѣ бôльшаго распространенія сыпи, вторымъ любимымъ ея мѣстомъ бываютъ подмышки и область большого грудного мускула-верхній или грудной треугольникъ Simon'a. На другихъ мѣстахъ петехіи встрѣчаются рѣже.

### *Болѣзни кожи, характеризующіяся образованіемъ пузырьковъ, гнойничковъ и корокъ.*

Сыпи, состоящія изъ пузырьковъ, бываютъ острыя и хроническія. Въ острыхъ случаяхъ пузырьки могутъ быть разбросаны по всему тѣлу или они занимаютъ лишь ограниченное пространство.

Если *пузырьки съ прозрачнымъ содержимымъ высыпаютъ быстро* по всему тѣлу, все равно сидятъ-ли они при этомъ густо или разсѣянно, то это можетъ быть *вѣтренная оспа* (*varicella*), потница (*sudamina crystalina*) и экзема. При *вѣтреной оспѣ* пузырьки различной величины (отъ просяного зерна до чечевицы) сидятъ болѣе или менѣе разбросанно на всемъ тѣлѣ, но главнымъ образомъ *на спинѣ*; свѣжіе пузырьки наполнены *прозрачнымъ содержимымъ* и окружены *краснымъ фономъ*; позднѣе фонъ исчезаетъ, а пузырекъ или прямо подсыхаетъ,



или содержимое его предварительно мутнѣетъ отъ примѣси гнойныхъ тѣлецъ. Высыпаніе варицеллы сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ и *зудомъ*. Вся болѣзнь до образованія корочекъ тянется съ недѣлю.

Вѣтреная оспа болѣзнь *заразительная* и потому въ многолѣтнихъ семьяхъ діагностика ея значительно облегчается тѣмъ, что сыпь является у нѣсколькихъ. Принять ее, въ виду зуда и заразительности, за чесотку было-бы очень грубой ошибкой, такъ какъ чесотка никогда не высыпаетъ сразу на всемъ тѣлѣ. По характеру сыпи варицеллы имѣетъ сходство съ разбросанными пузырьками экземы. При діагностикѣ надо имѣть въ виду, что острая экзема въ формѣ пузырьковъ, разбросанныхъ по всему тѣлу, встрѣчается крайне рѣдко; я лично наблюдалъ ее только одинъ разъ у мальчика 8 лѣтъ послѣ большихъ приѣмовъ скипидара (по десертной ложкѣ два разъ въ день по поводу сомнительнаго дифтерита); везикулезная зудящая сыпь появилась у него на 3-й день лѣченія. Острая экзема чаще встрѣчается въ видѣ весьма тѣсно сидящихъ пузырьковъ, но такая экзема вовсе не похожа на варицеллу, такъ какъ даже и при обширномъ распространеніи она не занимаетъ равномерно все тѣло, а распространяется по туловищу, лицу и конечностямъ островами и сопровождается не только зудомъ, но и отечностью рыхлой кѣтчатки на лицѣ и кистяхъ. Въ болѣе ограниченной формѣ везикулезная сыпь высыпаетъ иногда послѣ различныхъ раздраженій кожи, напр., при растираніи раздражающими мазями, продолжительномъ употребленіи согрѣвающего компресса и проч. Діагностика такихъ сыпей легка на основаніи анамнеза. Что касается до *sudamina s. miliaria crystalina*, то она не имѣетъ ни малѣйшаго сходства ни съ варицеллой, ни съ экземой, такъ какъ характеризуется двумя, ей только присущими признаками: 1) пузырьки при ней всегда съ прозрачнымъ содержимымъ, всѣ одинаковой величины и притомъ не болѣе просяного зерна и 2) сидятъ они на совершенно нормальной, непокраснѣвшей кожѣ. Любимое мѣсто ея шея и туловище, особенно грудь и животъ, гдѣ пузырьки сидятъ довольно густо; конечности-же и лицо бываютъ свободны отъ сыпи. Причина ея обильный потъ, скопляющійся подъ эпидермисомъ по сосѣдству съ отверстиями выводныхъ протоковъ потовыхъ железъ (выводной протокъ потовыхъ железъ проходитъ черезъ слой эпидермиса, не имѣя собственныхъ стѣнокъ, а потому въ случаѣ закрытія его просвѣта разбухшимъ эпидермисомъ, потъ скопляется подъ нимъ, подымая его въ видѣ miliarнаго пузырька). По этой причинѣ *sudamina* всего чаще является послѣ остро лихорадочныхъ болѣзней въ періодѣ кризиса.

Къ острымъ *ограниченнымъ* пузырьковымъ сыпямъ съ *типическимъ* течениемъ принадлежитъ herpes — пузырьчатый лишай. Онъ характеризуется появлениемъ *небольшой группы* тѣсно сидящихъ miliarныхъ, прозрачныхъ пузырьковъ на *воспаленномъ основаніи*. Продолжительность болѣзни 3—4 дня, послѣ чего пузырьки подсыхаютъ въ тонкую корочку. Herpes всего чаще высыпаетъ на губахъ и на носу. О значеніи его для діагностики лихорадочныхъ болѣзней см. въ главѣ о семіотикѣ лихорадки.

Особую разновидность herpes'a составляетъ *поясовидный лишай*—Zoster, особенности котораго состоятъ въ томъ, что онъ распространяется по тракту нервовъ и что всегда занимаетъ только одну половину тѣла. Такъ какъ всего чаще онъ соотвѣтствуетъ межребернымъ нервамъ, то группы пузырьковъ располагаются вдоль того или другого межреберья въ видѣ полуоюса, откуда и названіе. Понятно, что на конечностяхъ сыпь не можетъ принять видъ браслета, а распространяется вдоль члена. Zoster никогда не занимаетъ большого пространства, такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ ограничивается какимъ нибудь однимъ нервомъ или одной изъ вѣтвей его (напр., на лицѣ п. trigeminus никогда не поражается весь). Особенность дѣтскаго Zoster'a сравнительно съ взрослыми состоятъ въ томъ, что у дѣтей онъ рѣдко сопровождается невралгіями и еще рѣже эти послѣдніи остаются послѣ исчезанія сыпи.

Къ *ограниченнымъ* везикулезнымъ сыпямъ принадлежитъ и *экзема*, отличающаяся отъ herpes'a во 1-хъ, далеко *не типическимъ* течениемъ и во 2-хъ, тѣмъ, что высыпаніе пузырьковъ не ограничивается тѣснымъ пространствомъ, а, напротивъ того, оно выказываетъ большую склонность распространяться по поверхности сосѣдней кожи. Пузырьки при экдемѣ не подсыхаютъ въ тонкія корочки, а сливаются между собой, лишаются своего покрова и оставляютъ на своемъ мѣстѣ обнаженную, красную мокнущую кожу (eczema rubrum). Не будучи защищено отъ вліянія воздуха, отдѣляемое засыхаетъ въ толстыя, буроватыя корки. Подобныя корки очень часто встрѣчаются у грудныхъ дѣтей на щекахъ и, по сходству ихъ цвѣта съ пригорѣлыми пѣнками молока, получили названіе crusta lactea. Въ такомъ видѣ экзема можетъ оставаться очень долго (мѣсяцами); въ періодѣ выздоровленія или когда экзема переходитъ въ хроническую форму, кожа перестаетъ мокнуть, она блѣднѣетъ и покрывается бѣловатыми чешуйками—eczema squamosum.

Діагностика экземы не трудна; не только мокнущая, но и сухая, шелушащаяся экзема такъ характерна, что допускаетъ распознаваніе съ перваго взгляда, но къ тому-же мы имѣемъ и еще два существен-

ныхъ признака экземы, именно опухоль сосѣднихъ лимфатическихъ железъ и значительный зудъ сыпи. Этими двумя симптомами приходится пользоваться въ нѣкоторыхъ сомнительныхъ случаяхъ, напр., при опредѣленіи причинъ образованія корокъ на волосистой части головы.

У грудныхъ дѣтей корки на головѣ встрѣчаются очень часто подѣ вліяніемъ двухъ совершенно различныхъ причинъ: себорреи и экземы.

**Seborrhoea**—болѣзнь совсѣмъ невинная; образованіе корокъ при ней происходитъ вслѣдствіе скопленія большого количества отдѣляемаго салныхъ железокъ кожи головы, которое, смѣшиваясь съ пылью, высыхаетъ въ довольно толстый, бурый панцирь, покрывающій область большого родничка или весь сводъ черепа. Точно такой-же панцирь можетъ произойти и отъ экземы. Противъ послѣдней говоритъ отсутствіе зуда пораженныхъ частей и припухлости затылочныхъ железъ, которыя при экземѣ легко прощупываются близъ нижняго края волосъ на затылкѣ въ видѣ шарообразныхъ, подвижныхъ, плотныхъ образованийъ величиной до лѣсного орѣха. Дальнѣйшее отличіе состоитъ въ томъ, что при seborrhoea послѣ отдѣленія корокъ обнажается совершенно нормальная кожа, между тѣмъ какъ при экземѣ кожа подѣ корками оказывается красной, мокнущей, легко кровоточащей. Seborrhoea занимаетъ только куполь черепа, оставляя боковыя части головы свободными отъ корокъ, а экзема часто распространяется въ видѣ острововъ не только сюда, но даже и на сосѣдную кожу, непокрытую волосами. Для діагностики имѣетъ значеніе и возрастъ: seborrhoea чаще встрѣчается у грудныхъ дѣтей въ первую половину года, а экзема во вторую.

У дѣтей старшаго возраста корки на головѣ могутъ завсѣсть отъ экземы и отъ favus'a. Въ свѣжихъ случаяхъ послѣдняго корки всегда имѣютъ желтый цвѣтъ, напоминающій сѣру, и этимъ онѣ рѣзко отличаются отъ бурныхъ корокъ экземы. Въ запущенныхъ случаяхъ корки favus'a могутъ утратить свой характерный цвѣтъ, но тогда замѣчается такое облысѣніе головы, какого никогда не бываетъ при экземѣ; оставшіеся волоса легко выдергиваются и отличаются особымъ матовымъ, какъ-бы запыленнымъ видомъ; послѣ удаленія корокъ кожа при favus'ѣ не мокнетъ. Favus—болѣзнь чрезвычайно упорная, тянущаяся цѣлыми мѣсяцами и, не смотря на то, образованіе корокъ не идетъ далѣе волосистой части головы, не сопровождается опуханіемъ затылочныхъ и шейныхъ железъ и не зудитъ. Наконецъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи волоса, полежавшаго минуты двѣ въ растворѣ йодаго калія 1:2, въ немъ легко найти круглыя споры и цѣпочки фавуснаго грибка—Achorion Schoenleini.

Съ экземой, именно съ сквамозной формой ея, можетъ быть смѣшана и другая микотическая сыпь волосистой части головы, именно **стригущій лишай**—*herpes tonsurans*. Грибокъ, производящій эту сыпь—*trichophyton tonsurans*—подъ микроскопомъ мало чѣмъ отличается отъ предыдущаго, но картина болѣзни при немъ совершенно иная. У больного появляются на головѣ одно или нѣсколько облысѣлыхъ мѣстъ, величиной отъ 1 до 3 сантиметровъ въ діаметрѣ; покрыты они не корками, а грубыми чешуйками, среди которыхъ торчатъ обломленные близь корня волоса. Сыпь эта не зудитъ и не мокнетъ, чѣмъ и отличается отъ экземы.

Для терапіи важно не только діагносцировать экзему, но и опредѣлить ея причину въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Это легко сдѣлать во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ экзема является результатомъ мѣстнаго раздраженія кожи, но подобнаго рода случаи встрѣчаются сравнительно рѣдко.

Во многихъ случаяхъ можно сдѣлать вѣрное заключеніе о причинѣ экземы по мѣсту, ею занимаемому. Такъ напр., экзема *затылка* у дѣтей старшаго возраста съ расчесами кожи верхней части спины почти навѣрное зависить отъ вшей (*pediculi capitis*) и въ такомъ случаѣ даже и при поверхностномъ осмотрѣ волосъ легко замѣтить на нихъ присутствіе ячеекъ насѣкомыхъ въ видѣ желтоватыхъ, величиной въ маковое зерно, образований, сидящихъ вблизи основанія волоса. Экзема, въ видѣ разбросанныхъ, мелкихъ пузырьковъ и гнойничковъ на впстяхъ и пальцахъ, указываетъ на чесотку; мокнуція мѣста въ глубокихъ кожныхъ складкахъ шеи у тучныхъ дѣтей или въ подмышкахъ и пахахъ (перепрѣлость) зависятъ отъ раздраженія и мацерации кожи отдѣляемымъ потовыхъ и сальныхъ железъ.

Гораздо чаще приходится имѣть дѣло съ экцемами отъ неизвѣстныхъ раздраженій. Такія экцемы отличаются отъ предыдущихъ своей упорностью, такъ какъ онѣ стоятъ въ связи съ общимъ неправильнымъ питаніемъ организма, и именно у грудныхъ дѣтей съ тучностью и рахитизмомъ, у болѣе взрослыхъ съ золотухой.

Если на кожѣ появляются отдѣльно сидящіе гнойнички, величиной съ чечевичу, превращающіеся потомъ въ корочки, то такого рода сыпь извѣстна подъ именемъ **impetigo**. Въ большинствѣ случаевъ гнойнички являются рядомъ съ другими признаками экземы и характеризуютъ, такъ наз., пустулезную форму экземы—*eczema impetiginosum*. Такія экцемы часто являются вслѣдствіе сильныхъ раздраженій кожи, напр. при помазываніяхъ кротоннымъ масломъ, въ сосѣдствѣ съ мушкой и проч. Но, помимо этого, въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается еще и самостоя-

тельная гнойничковая болѣзнь кожи, отличающаяся *заразительностью* (impetigo contagiosum) и потому поражающая нерѣдко нѣсколькихъ членовъ семьи. Въ типическихъ случаяхъ прежде всего сыпь появляется *на подбородкѣ*. Здѣсь очень быстро образуются крупные гнойнички, скоро превращающіеся въ корочки. Особенность этой сыпи состоитъ въ томъ, что гнойнички сидятъ не на покраснѣвшей кожѣ, какъ при экземѣ, а на совершенно нормальной и они рѣдко сливаются въ крупныя бляшки. Болѣзнь тянется недѣли 3—4, такъ какъ постоянно поддерживается высыпаніемъ новыхъ пустулъ по соудѣству съ старыми или на новыхъ мѣстахъ (вслѣдствіе самозараженія?). Если заболѣваютъ этой сыпью нѣсколько человекъ въ семьѣ, то діагностика легка, а въ одиночномъ случаѣ она можетъ быть принята за экзему, тѣмъ болѣе, что сыпь нѣсколько зудитъ. Отличіе въ томъ, что пустулы отдѣлены другъ отъ друга промежутками нормальной кожи и что онѣ не выказываютъ склонности къ сливанію и образованію мокнущей кожи; до нѣкоторой степени характерна и локалізація сыпи на подбородкѣ.

Всего чаще появляется impetigo contagiosum у дѣтей, живущихъ въ сырыхъ квартирахъ.

*Крупныя* корки, (до 1 см. въ діаметрѣ) разбросанно сидяція на ногахъ, ягодицахъ и поясницѣ, нерѣдко встрѣчаются у золотушныхъ дѣтей. По отдѣленіи корки открывается небольшая язвочка. Эта т. н. **ecthyma** принадлежитъ къ числу хроническихъ болѣзней; она сопровождается нѣкоторымъ зудомъ.

### *Болѣзни кожи, характеризующіяся образованіемъ отдѣльно сидящихъ пузырей.*

Если мы встрѣчаемъ на кожѣ отдѣльно сидящіе пузыри, наполненные прозрачнымъ или гноевиднымъ содержимымъ, величиной отъ крупной горошины до лѣсного орѣха и больше, то имѣемъ дѣло съ **pemphigus**'омъ.— Болѣзнь эта свойственна почти исключительно новорожденнымъ дѣтямъ, двухъ первыхъ недѣль жизни, и встрѣчается въ двухъ формахъ; въ видѣ простого, доброкачественнаго пемфигуса—*pemphigus benignus* и сифилитическаго—*p. syphiliticus*. Высыпаніе пузырей въ обоихъ случаяхъ происходитъ быстро и большею частью въ первые дни жизни; главное отличіе въ локалізаціи пузырей и въ сопутствующихъ симптомахъ: простой пемфигусъ встрѣчается у совершенно здоровыхъ, крѣпкихъ новорожденныхъ и высыпаетъ, главнымъ образомъ, на туловищѣ, а также на шеѣ и бедрахъ, но щадитъ ладони; сифилитическій же, служащій признакомъ тяжелаго сифилиса, является всегда въ со-

путствіи другихъ симптомовъ этой болѣзни и поражаетъ большею частью недоношенныхъ, истощенныхъ дѣтей и локализуется прежде всего и больше всего на ладоняхъ, подошвахъ и пальцахъ.

Простой пемфигусъ новорожденныхъ, хотя и протекаетъ въ видѣ острой болѣзни кожи, но не сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ.—Хроническій пемфигусъ, характеризующійся постояннымъ появленіемъ все новыхъ и новыхъ пузырей въ теченіе мѣсяцевъ, встрѣчается только у дѣтей старшаго возраста, да и то крайне рѣдко.

### *Болѣзни кожи, характеризующіяся главнымъ образомъ зудомъ.*

Матери часто обращаются къ врачу по поводу того, что ребенокъ ихъ вотъ уже нѣсколько недѣль сильно чешется, особенно по ночамъ и потому неспокойно спитъ. При осмотрѣ такого ребенка можетъ оказаться, что кожа не представляетъ никакихъ измѣненій, кромѣ расчесовъ. Въ такомъ случаѣ приходится считать *зудъ* за выраженіе *невроза кожи* причиной котораго въ большинствѣ случаевъ бываетъ общій упадокъ питанія, выражающійся малокровіемъ, рахитизмомъ или общей первностью.

Въ другихъ случаяхъ зудъ появился послѣ извѣстныхъ раздраженій кожи, (напр. растираній соленой водкой, соленыхъ ваннъ), и при осмотрѣ кожъ мы находимъ многочисленныя папулы, разбросанныя по всему тѣлу или только на ногахъ, а потому можемъ діагностировать *папулезную экзему*, которая исчезаетъ довольно скоро послѣ устраненія причины, чѣмъ рѣзко отличается отъ другой папулезной, сильно зудящей сыпи, именно *prurigo*. Болѣзнь эта отличается чрезвычайно хроническимъ теченіемъ (не только мѣсяцы, но и годы) и вначалѣ характеризуется только зудомъ и ничтожной папулезной сыпью на передней поверхности ногъ, на поясищѣ и на тыльной поверхности предплечій.

Если при долго продолжавшемся зудѣ мы находимъ весьма распространенныя и рѣзкія измѣненія всей кожи, мѣстами въ видѣ разлитыхъ утолщеній, мѣстами въ видѣ гнойничковъ, корочекъ и пигментаций съ припухлостью подмышечныхъ и паховыхъ желѣзъ, словомъ, очень распространенную, хроническую экзему, то можемъ предполагать у больного или запущенную чесотку или застарѣлый *prurigo*. Отличить эти двѣ болѣзни, не смотря на кажущееся большое сходство ихъ, не трудно. Прежде всего надо обратить вниманіе на локализацию главнѣйшихъ измѣненій кожи, а потомъ спросить, давно-ли ребенокъ боленъ.

*Prurigo*, какъ уже сказано, начинается съ голеней и въ застарѣлыхъ случаяхъ кожа переднихъ поверхностей голеней сравнительно, напр.,

съ бедрами и руками представляется чрезвычайно плотной, утолщенной и сухой; она почти не подымается въ складку и въ противоположность ей, кожа колѣнныхъ и локтевыхъ сгибовъ остается нормально тонкой и нѣжной, совершенно свободной отъ сыпи; точно такой же контрастъ представляетъ и нѣжная кожа живота сравнительно съ грубой кожей поясницы; однимъ словомъ, prurigo характеризуется тѣмъ, что онъ поражаетъ, главнымъ образомъ, разгибательныя стороны конечностей и туловища, тогда какъ чесотка любитъ нѣжныя мѣста и потому животъ поражается при ней больше спины, кисти рукъ больше голеней.

Что касается до продолжительности болѣзни, то чесотка распространяется на все тѣло значительно быстрѣе, чѣмъ prurigo, такъ что если родители говорятъ, что ребенокъ боленъ зудомъ всего лишь нѣсколько недѣль, то это не можетъ быть prurigo; наоборотъ, если болѣзнь продолжается съ небольшими ремиссіями нѣсколько мѣсяцевъ или лѣтъ, ухудшаясь зимой и облегчаясь лѣтомъ, то это, по всей вѣроятности, prurigo.

Замѣтимъ еще, что сильный зудъ есть безусловно необходимый спутникъ всякой чесотки и prurigo и потому отсутствіе зуда прямо исключаетъ эти процессы.

Въ острыхъ болѣзняхъ сильный зудъ всей поверхности кожи обязательно сопровождаетъ крапивницу и распространенную острую экзему, о которыхъ рѣчь была выше, и ослу въ періодѣ подсыхания. Незначительный зудъ является обычнымъ спутникомъ скарлатины и вѣтреной оспы.

Ограниченный, мѣстный зудъ, не зависящій отъ экземы или отъ какой нибудь другой сыпи, получаетъ различное діагностическое значеніе въ зависимости отъ мѣста его появленія. Такъ напр., зудъ circa anum по вечерамъ, какъ только ребенокъ согрѣется въ постели, служитъ довольно вѣрнымъ признакомъ присутствія остриць (*oxyuris vermicularis*) въ прямой кишкѣ; чесаніе penis'a можетъ зависѣть отъ скопленія смегмы подъ крайней плотью, а зудъ передняго прохода у дѣвочекъ—отъ бѣлей; зудъ носа встрѣчается иногда при круглыхъ глистахъ; періодическій зудъ, повторяющійся въ извѣстные часы дня въ различныхъ мѣстахъ тѣла, и исчезающій отъ хинина, служитъ выраженіемъ маскированной маляріи.

### *Болѣзни, характеризующіяся затвердѣніемъ или отекомъ подкожной кѣтчатки.*

Для педиатра имѣетъ особое значеніе затвердѣніе кѣтчатки, встрѣчающееся у новорожденныхъ и грудныхъ дѣтей, и извѣстное подъ име-

немъ *sclerema neonatorum*. Болѣзнь эта свойственна, главнымъ, образомъ недоноскамъ и пстощеннымъ дѣтямъ и состоитъ въ своеобразномъ уплотнѣніи кожи и подкожной клѣтчатки сначала ногъ, а потомъ и всего тѣла, пдушемъ параллельно съ общимъ упадкомъ силъ и значительнымъ пониженіемъ температуры тѣла. Склерема встрѣчается у дѣтей въ двухъ формахъ; одна, свойственная исключительно новорожденнымъ, обуславливается отекомъ клѣтчатки и называется *sclerema oedemat. sum s. oedema acutum neonatorum*, а вторая, чаще встрѣчающаяся у дѣтей нѣсколькихъ мѣсяцевъ жизни и развивающаяся подъ вліяніемъ обильныхъ водянистыхъ поносовъ, объясняется потерей воды клѣтчатки и застываніемъ подкожнаго жира и называется *sclerema adiposum*. Обѣ формы кончаются смертью черезъ нѣсколько дней. Существенная клиническая разница этихъ двухъ формъ состоитъ, главнымъ образомъ, въ томъ, что въ первомъ случаѣ объемъ пораженныхъ членовъ увеличивается какъ при всякомъ отека, а во второмъ—умельшается. По поводу отлѣчи этихъ состояній отъ *sclerodermia adulatorum* (которая, впрочемъ, встрѣчается и у дѣтей и даже въ самомъ раннемъ возрастѣ) достаточно указать на то, что послѣдняя отличается весьма хроническимъ теченіемъ и не сопровождается разстройствомъ общаго питанія организма и паденіемъ температуры.

Отекъ подкожной клѣтчатки у дѣтей старшаго возраста, какъ и у взрослыхъ, встрѣчается или въ видѣ общаго отека всего тѣла, или въ ограниченной формѣ. Діагностика отека не представляетъ никакихъ затрудненій, такъ какъ онъ характеризуется рѣзкимъ, одному лишь ему свойственнымъ признаками: отекаій членъ увеличенъ въ объемѣ, кожа напряжена, гладка, блѣдна и при давленіи пальцемъ получаетъ ямкообразное вдавленіе, исчезающее довольно медленно. Вопросъ можетъ вѣсти только о причинахъ отека. *Отекъ всего тѣла* у дѣтей всего чаще зависитъ отъ воспаленія почекъ, рѣже отъ пороковъ сердца или отъ измѣненія стѣнокъ капилляровъ кожи подъ вліяніемъ простуды или скарлатины (весьма рѣдкіе случаи, въ существованіи которыхъ многіе сомнѣваются).

Мѣстные, ограниченные отеки, если они не зависятъ отъ вышеприведенныхъ болѣзней, могутъ происходить отъ различныхъ причинъ.

*Отекъ ногъ* встрѣчается у дѣтей всего чаще при хроническихъ поносахъ; *острый отекъ лица*, въ особенности въкъ, сопровождается обыкновенно воспалительные процессы кожи, именно рожу, острую экзему и уртикарію; *отекъ* однихъ лишь *вѣкъ* заставляеть предполагать воспалительные процессы въ глазу, въ особенности бленоррею.

*Односторонняя, острая отечная опухоль лица*, появляющаяся съ



лихорадочнымъ состояніемъ, но безъ красноты кожи, можетъ зависѣть отъ флюса или отъ воспаленія околоушной железы; если отечная опухоль щеки появляется у больного, истощеннаго какой либо острой инфекціонной болѣзью и сопровождается сильнѣйшею вонью изо рта, то у больного навѣрное либо очень распространенная stomacase, либо нома. *Хроническій отекъ лица* или одной изъ конечностей у маленькихъ дѣтей нерѣдко бываетъ слѣдствіемъ перенесенной рожи этихъ частей.

Отечная *опухоль шейной и подчелюстной клѣтчатки* на одной или на обѣихъ сторонахъ, безболѣзненная и при нормальныхъ покровахъ всегда зависитъ отъ воспаленія сосѣднихъ органовъ. При ближайшемъ изслѣдованіи окажется у больного либо periostitis нижней челюсти, либо дифтеритъ зѣва, либо заднеглоточный и тонзиллярный нарывъ, либо свишка. Отекъ шеи при дифтеритѣ бываетъ обыкновенно двустороннимъ и имѣетъ весьма дурное прогностическое значеніе; онъ быстро распространяется по шеѣ книзу, но рѣдко успѣваетъ дойти до ключиць, такъ какъ смерть наступаетъ большею частью черезъ 2—3 дня послѣ появленія отека; наоборотъ, при нарывахъ въ зѣвѣ отекъ бываетъ ограниченнымъ и одностороннимъ; при скарлатинозномъ дифтеритѣ тоже наблюдается нерѣдко опухоль шеи, но только не отечная, а плотная вслѣдствіе флегмоны.

При periostitis maxillaris легко замѣтить при ощупываніи нижней челюсти ограниченное, весьма болѣзненное утолщеніе кости.

При свижкѣ (periparotitis epidem.) отечная опухоль занимаетъ не только верхнюю часть боковой поверхности шеи, но обязательно распространяется и на соответствующую сторону лица; характерно для свижки то, что непосредственно подъ ухомъ, сзади восходящей вѣтви нижней челюсти всегда можно ощупать болѣе плотное мѣсто, болѣзненное при давленіи, соответствующее нижней части припухшей gl. parotis.

Объ отличіи паротита отъ воспаленія лимфатическихъ железъ, а также объ отекаѣ шеи при submaxillitis см. гл. о семіотикѣ лихорадки.

Отекъ одной половины грудной клѣтки при явныхъ симптомахъ плевритическаго экссудата указываетъ на гнойный характеръ послѣдняго.

Въ нѣкоторыхъ, правда рѣдкихъ, случаяхъ, ограниченные отеки стоятъ въ связи съ пораженіемъ нервовъ — *нейропатическіе отеки*. Они характеризуются внезапнымъ появленіемъ своимъ и столь-же быстрымъ исчезаніемъ по прошествіи нѣсколькихъ минутъ или часовъ. Такая измѣнчивость симптомовъ вмѣстѣ съ рѣзкими границами отека и краснымъ фономъ вокругъ него придаютъ ему большое сходство съ отеками отъ

уртикаріи, но отсутствіе зуда исключаетъ это страданіе. Любимымъ мѣстомъ нейропатическаго отека бывають пальцы рукъ, кисти и щеки, на каковыхъ частяхъ онъ появляется обыкновенно симметрично; въ одномъ случаѣ мнѣ пришлось наблюдать рѣзко ограниченную отечную опухоль правой стороны лба, напоминавшую по своей формѣ кровяную опухоль черепа отъ ушиба. Черезъ нѣкоторое время опухоль безслѣдно исчезла, но на слѣдующій день появилась на вѣкахъ праваго глаза. Что вазомоторный отекъ можетъ имѣть очень обширное распространеніе, доказываетъ случай Кригера, описанный въ XXXII Т. Медиц. обзор. стр. 385. По словамъ больного, онъ съ дѣтства страдалъ отеками, быстро появлявшимися и исчезающими въ 2—3 дня. Отеки эти переходятъ съ мѣста на мѣсто и бывали всюду: на рукахъ, ногахъ, туловищѣ, головѣ и лицѣ, повторяясь въ 2—3 мѣсяца разъ. Замѣчательно, что этой же болѣзни подвержены мать его и тетки по матери. Больной этотъ умеръ на 26-мъ году во время одного изъ приступовъ отъ асфиксіи вслѣдствіе отека гортани. Аутопсія не выяснила причины отековъ.

Слѣдуетъ упомянуть еще п о томъ, что мѣстные отеки могутъ зависѣть отъ застоя крови, вслѣдствіе закупорки или сдавленія венныхъ стволцовъ.

Мягкая опухоль подкожной клѣтчатки шеи, груди и другихъ частей, легко уступающая давленію пальцемъ и покрытая нормальной блѣдной кожей, словомъ, опухоль, съ перваго взгляда очень похожая на отечную, можетъ зависѣть отъ скопленія воздуха въ подкожной клѣтчаткѣ—*emphysema subcutanea*. Узнать ее не трудно по въ высшей степени характерному треску при давленіи на опухоль пальцемъ, напоминающему хрустѣніе снѣга.

Эмфизема кожи или подкожной клѣтчатки всего чаще появляется на шеѣ и отсюда можетъ распространяться съ одной стороны на лицо, съ другой на грудную клѣтку и ниже. Самой частой причиной подкожной эмфиземы у дѣтей бываетъ разрывъ легочныхъ пузырьковъ при сильномъ кашлѣ (коклюшѣ, инородное тѣло въ бронхахъ, капиллярный бронхитъ) или при крикѣ, рвотѣ и сильномъ жиленіи. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ воздухъ, вышедши изъ легочныхъ пузырьковъ, распространяется по междольчатой соединительной ткани къ корню легкихъ и отсюда черезъ переднее средостѣніе въ подкожную клѣтчатку шеи, начиная съ яремной ямки.

Въ другихъ случаяхъ подкожная эмфизема шеи начивается съ окружности трахеотомической ранки; при переломахъ носовыхъ костей она можетъ ограничиваться носомъ и сосѣдними частями лица (вѣки, лобъ,

щеки); при переломѣ реберъ эмфизема можетъ появиться первоначально на грудной клѣткѣ.

## Хроническія общія безлихорадочныя болѣзни съ разнообразной локализацией.

### З о л о т у х а .

Общее разстройство питанія, извѣстное подъ именемъ золотухи—*scrophulosis*, характеризуется склонностью къ хроническимъ воспаленіямъ различныхъ тканей и органовъ, подъ вліяніемъ самыхъ незначительныхъ, подчасъ неувидимыхъ раздраженій. Золотухные воспалительные процессы отличаются еще тѣмъ, что при нихъ чрезвычайно легко вовлекаются въ процессъ сосѣднія лимфатическія железы, (*vasa afferentia* которыхъ происходятъ изъ воспаленныхъ областей) которыя остаются увеличенными на долгое время даже и послѣ полного окончанія воспаленія, подавшаго поводъ къ ихъ гиперплазіи.

Къ числу особенностей золотухнаго воспаленія паренхиматозныхъ органовъ относится и то, что воспалительные продукты оказываются очень не стойкими и, скопляясь въ какомъ нибудь органѣ, легко подвергаются творожистому перерожденію и настоящей туберкулизаціи, съ появленіемъ Кош'овскихъ бациллъ—мѣстный туберкулезъ. Частое осложненіе золотухи туберкулезомъ (мѣстнымъ и общимъ) конечно еще не доказываетъ тождества этихъ процессовъ, что ясно изъ того, что не всякое золотухное воспаленіе протекаетъ при участіи бациллъ и что многіе больные со временемъ совершенно выздоравливаютъ и благополучно достигаютъ зрѣлаго возраста, тогда какъ туберкулезные скоро умираютъ. Золотуха представляетъ только почву, удобную для развитія туберкулезныхъ бациллъ, подобно тому какъ мы видимъ это въ фізіологическомъ состояніи у морскихъ свинокъ и кроликовъ.

Во многихъ случаяхъ можно узнать золотухнаго субъекта даже и въ томъ періодѣ, когда онъ не представляетъ никакихъ хроническихъ воспалительныхъ процессовъ, характерныхъ для золотухи, и именно на основаніи *habitus'a* больного. Различаютъ два типа золотухи: торпидную и эретическую (*scroph. torpida* и *eretica s. florida*). Для перваго типа характерно одутловатое, блѣдное лицо, толстая верхняя губа, бѣлокурые волосы, большой животъ, довольно сильно развитый, но

дряблый подкожный жиръ при блѣдныхъ покровахъ и вялыхъ мышцахъ. Такія дѣти обыкновенно апатичны и лѣнны ко всякому труду. Они чрезвычайно расположены къ опуханію шейныхъ железъ и къ хроническимъ туберкулезнымъ процессамъ какъ къ мѣстнымъ (въ железахъ или костяхъ), такъ и къ общему.

Представителями эретической золотухи являются худенькія дѣти, съ шелковистыми, б. ч. темными волосами, съ длинными рѣсницами, окаймляющими большіе, темнокаріе глаза съ синеватой склерой; подкожная клѣтчатка у нихъ очень бѣдна жиромъ, а кожа тонка, нѣжна и во многихъ мѣстахъ, особенно на вискахъ, пронизана просвѣчивающими венами. Длинные кости иногда замѣчательно тонки, мышцы развиты слабо, словомъ, на всемъ организмѣ лежитъ отпечатокъ крайней нѣжности и деликатности. Такія дѣти отличаются особой живостью и нервностью; въ умственномъ отношеніи они развиваются быстро и рано. Наружныя лимфатическія железы у нихъ поражаются мало, больше бронхіальныя. Расположеніе такихъ дѣтей къ хроническому мѣстному туберкулезу можетъ быть не такъ велико, какъ къ острому милиарному, въ видѣ менингита.

Конечно между этими крайними типами существуютъ всевозможныя переходныя формы и потому подвести любой случай золотухи подъ тотъ или другой типъ не всегда возможно и во многихъ случаяхъ діагностика золотухи можетъ быть установлена только на основаніи тѣхъ или иныхъ проявленій ея, при чемъ дѣло облегчается тѣмъ, что въ большинствѣ случаевъ большыя представляютъ одновременно нѣсколько симптомовъ.

Самымъ частымъ, иногда единственнымъ проявленіемъ золотухи бываютъ *увеличенныя лимфатическія железы* и главнымъ образомъ на шеѣ. Онѣ или только хронически гиперплазированы или творожисто перерождены. Въ первомъ случаѣ онѣ прощупываются вдоль свободного края. *m. sterno-cl.-mast.*, а также подъ горизонтальной вѣтвью нижней челюсти, въ видѣ катающихся подъ пальцемъ, безболѣзненныхъ, овальныхъ, плотныхъ образованийъ, величиной отъ кедроваго до лѣснаго орѣха. Въ случаѣ творожистаго перерожденія отдѣльныя железы достигаютъ гораздо большей величины и большей плотности и, срастаясь съ сосѣдними железами, образуютъ большіе, бугристые конгломераты, безобразящіе шею.

Кромѣ железъ, при золотухѣ часто поражаются кожа (упорныя экземы, impetigo, ecthyma, но не psoriasis, который часто встрѣчается и у здоровыхъ людей), глаза (blepharitis, keratitis и conjunctivitis phlyctenulosa и др.), уши (otitis media и externa), слизистыя оболочки

(насморкъ, озаена, повторные бронхиты, наклонность къ поносамъ или къ запорамъ; въ послѣднемъ случаѣ причина лежитъ вѣроятно въ слабости кишечной мускулатуры, такъ какъ привычные запоры встрѣчаются обыкновенно при эретической формѣ золотухи, при которой мышечная система вообще отличается большой слабостью); наконецъ, кости (*periostitis* длинныхъ костей, костоѣда позвоночника и другихъ небольшихъ костей, въ особенности предплосневыхъ и пальцевъ рукъ въ формѣ *spinae ventosae*), а также сочлененія (*synovitis chron, tumor albus*).

Къ характеристикѣ золотухи относится также наклонность къ самопроизвольному излѣченію въ періодѣ половой зрѣлости, если только дѣло не дошло до крупныхъ мѣстныхъ измѣненій въ организмѣ, въ основѣ которыхъ лежитъ обыкновенно осложненіе туберкулезомъ.

Діагностика золотухи въ большинствѣ случаевъ не представляетъ никакихъ затрудненій; она основывается на *habitus*ѣ больного и на различныхъ проявленіяхъ золотухи, о которыхъ рѣчь была выше.

При ложной и настоящей лейкеміи тоже замѣчается хроническое, безболѣзненное припуханіе железъ, но при золотухѣ оно почти никогда не бываетъ столь повсемѣстнымъ и столь рѣзко выраженнымъ, какъ при лейкеміи; въ пользу послѣдняго страданія говоритъ далѣе прогрессивный ходъ болѣзни, значительная блѣдность и слабость и особенно *опухоль селезенки*; при настоящей лейкеміи мы находимъ еще увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ въ крови.

Большое сходство съ золотухой представляютъ иногда случаи *позднего наследственнаго сифилиса*, въ широкомъ значеніи слова. (Подъ названіемъ *lues congenita tarda* въ тѣсномъ смыслѣ понимаютъ такіе случаи, въ которыхъ врожденный сифилисъ на первомъ году жизни остается въ скрытомъ состояніи, а потомъ, иногда много лѣтъ спустя, вдругъ начинаетъ проявляться въ т. н. третичныхъ формахъ т. е. въ видѣ язвъ, гуммъ, періоститовъ и т. п. но такъ какъ точно такими же симптомами проявляется иногда и обыкновенный наследственный сифилисъ т. е. такой, который выражался обычными симптомами въ первые мѣсяцы жизни, а потомъ оставался до поры до времени въ скрытомъ состояніи, то разница между этими двумя формами позднего сифилиса сводится только къ анамнезу).

Симптоматическое сходство запоздалаго сифилиса съ золотухой можетъ быть очень велико, такъ какъ въ обоихъ случаяхъ мы можемъ имѣть хроническую гиперплазію лимфатическихъ железъ, постоянный насморкъ, *keratitis*, поражение костей.

Діагностика основывается отчасти на свойствахъ симптомовъ, отчасти

же на анамнезѣ. Последній долженъ выяснитъ, не было-ли какихъ-либо проявленій сифилиса у ребенка раньше, особенно въ первые мѣсяцы жизни (см. о врожденномъ сифилисѣ), не было-ли у матери выкидышей, каково здоровье другихъ дѣтей и самихъ родителей. Надо впрочемъ замѣтить, что констатированіе давнишняго сифилиса у кого либо изъ родителей еще не доказываетъ существованія сифилиса у дѣтей, онъ даетъ только право подозрѣвать его.

Дѣло въ томъ, что сифилисъ родителей, бывшій много лѣтъ тому назадъ и повидимому излѣченный, нерѣдко бываетъ причиной того, что дѣти оказываются рахитиками или золотушными. Такую этиологію слѣдуетъ имѣть въ виду во всѣхъ случаяхъ, когда явленія тяжелой золотухи (пораженіе костей) появляются у ребенка, родившагося отъ здоровыхъ и крѣпкихъ родителей, воспитывавшагося на грудномъ молокѣ и жившаго вообще при правильной гигиенической обстановкѣ.

Изъ отдѣльныхъ симптомовъ, говорящихъ противъ золотухи и за сифилисъ, можно назвать слѣдующіе: 1) *keratitis parenchymatosa* (этотъ симптомъ имѣетъ почти рѣшающее значеніе, такъ какъ при чистой золотухѣ встрѣчается очень рѣдко); въ пользу ея и противъ сифилиса говоритъ напротивъ: *blepharitis*, *keratitis phlyctenulosa*, *conjunctivitis*. 2) хроническій язвенный насморкъ съ разрушеніемъ носовой перегородки; (при золотухѣ простое разрастаніе слизистой оболочки раковинъ или атрофія ея съ вонью изъ носа, какъ при *ozaena*). 3) *periostitis* костей голени (при золотухѣ—фунгозные синовиты и *osteоміэлитъ* мелкихъ губчатыхъ костей и *spina ventosa*). Если на основаніи симптомовъ и анамнеза можно съ большей или меньшей увѣренностью подозрѣвать врожденный сифилисъ, то окончательное рѣшеніе можно ждать отъ специфическаго лѣченія. 4) язвенные процессы въ зѣвѣ, съ разрушеніемъ мягкаго, а иногда и твердаго неба (при золотухѣ дѣло не идетъ далѣе хроническаго катарра зѣва съ гипертрофіей мндалинъ и аденоидными разращеніями въ носоглоточномъ пространствѣ. 5) гуммы и гуммозные язвы съ рѣзко вырѣзанными краями (при золотухѣ образуются иногда своего рода гуммы въ видѣ узловъ въ подкожной влѣтчаткѣ, свойственныхъ дѣтямъ 1—3 лѣтняго возраста и извѣстныхъ подъ именемъ *scrophulophytus s. nodus scrophulosorum*. Любимымъ мѣстомъ этихъ узловъ служатъ ягодицы, бедра и щеки. Сначала является подъ кожей круглый, подвижный узелокъ, постепенно увеличивающійся до кедроваго или лѣсного орѣха; онъ едва выступаетъ надъ поверхностью кожи, но легко прощупывается и оказывается при этомъ неболѣзненнымъ; кожа, покрывающая узелъ, вначалѣ нормальнаго цвѣта; позднѣе узелъ срастается съ кожей, которая тогда краснѣетъ.

Въ дальнѣйшемъ теченіи наступаетъ или разрѣшеніе (всасываніе инфилтраты), или хроническій воспалительный процессъ, служащій причиною образованія узла, кончается исходомъ въ нагноеніе, т. е. образуется небольшая абсцессъ, вскрывающійся наружу и скоро заживающій или оставляющій на своемъ мѣстѣ язву съ подрытыми тонкими краями (а не съ толстыми, какъ послѣ вскрытія гуммы).

У маленькихъ дѣтей очень трудно или даже невозможно отлпчить золотуху отъ рахитизма, такъ какъ общее разстройство питанія, лежащее въ основѣ рахитизма, выражается, какъ и при золотухѣ склонностью къ хроническимъ воспалительнымъ процессамъ различныхъ тканей и органовъ подъ вліяніемъ незамѣтныхъ раздраженій.

### Р а х и т и з м ъ .

Rachitis принадлежитъ къ числу болѣзней первыхъ 2—3-хъ лѣтъ жизни и легко узнается по своеобразному измѣненію костей, чѣмъ онъ и отличается отъ золотухи. Но такъ какъ при рахитизмѣ страдаетъ не одинъ только скелетъ, но и всѣ другіе органы и такъ какъ при немъ мы часто встрѣчаемъ и хроническія экцемы, и гиперплазію железъ съ творожистымъ перерожденіемъ ихъ, и катарры слизистыхъ оболочекъ, да наконецъ, и въ этиологическомъ отношеніи онъ представляетъ много общаго съ золотухой, то въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ очень трудно сказать, съ чѣмъ собственно имѣемъ мы дѣло, съ рахитизмомъ-ли только, или вмѣстѣ съ тѣмъ и съ золотухой, его осложняющей. Слѣдуя возрѣнію Cantani, я держусь того мнѣнія, что причины и сущность этихъ двухъ процессовъ, можетъ быть, тождественны, (по Cantani—недостатокъ ассимиляціи извести организмомъ (\*)), а разница объясняется возрастомъ больныхъ: въ первые два года жизни недостатокъ извести отражается на костяхъ всего спльнѣе, такъ какъ въ это время онѣ растутъ всего быстрѣе, а позднѣе измѣненія костей отступаютъ на задній планъ. Какъ-бы то ни было, но вѣрно то, что рахи-

---

(\*) Рахитизмъ и золотуха, говоритъ Cantani (spec. Pathol u. Ther. d. Stoffwechsellkr. B. IV 1884), стоятъ между собой въ тѣсной связи; если не хватаетъ много извести, то поражаются кости, если-же недостатокъ извести не великъ, то растущія кости притягиваютъ къ себѣ весь запасъ ея и тогда страдаютъ только другіе органы. Дробность тканей и нестойкость клеточныхъ элементовъ при золотухѣ, по С., зависитъ отчасти отъ недостаточнаго отложенія извести въ мягкія ткани, п. ч. бѣлокъ не можетъ образовать здоровую и сдѣйкую клетку, необходимой составной частью которой являются, между прочимъ, и соли извести.

тизмъ безъ симптомовъ золотухи встрѣчается рѣдко и что ребенокъ, бывшій въ первые года своей жизни рахитикомъ, сплошь и рядомъ оказывается потомъ золотушнымъ. Итакъ, если у больного мы находимъ рахитическія измѣненія въ костяхъ и вмѣстѣ съ тѣмъ хроническія сыпи, гиперплазію железъ и проч., то можно діагносцировать просто rachitis, не отрицая того, что впоследствии ребенокъ окажется, быть можетъ, золотушнымъ. Рахитическія измѣненія костей состоятъ съ одной стороны въ размягченіи костей (всасываніе отложившейся уже извести), а съ другой въ утолщеніи энцифизовъ вслѣдствіе усиленнаго разрастанія остеонидной ткани въ мѣстѣ перехода кости въ хрящъ.

Всего раньше, именно ужъ въ первые мѣсяцы жизни, рахитизмъ проявляется на костяхъ черепа, въ видѣ *размяченія затылка*; нѣсколько позднѣе можно констатировать утолщеніе лобныхъ и теменныхъ бугровъ, вслѣдствіе чего овальная форма головы превращается какъ-бы въ четырехъугольную. На первомъ-же году жизни рахитической процессъ распространяется и на ребра; на мѣстѣ перехода кости въ хрящъ появляется утолщеніе, легко доступное ощупыванію (для этого стоитъ только провести пальцемъ по любому ребру по направленію отъ l. axillaris къ грудницѣ); у худощавыхъ субъектовъ эти утолщенія выступаютъ подъ кожей въ видѣ шарообразныхъ образований, расположенныхъ другъ надъ другомъ по кривой линіи, идущей сверху внизъ, постепенно удаляясь отъ средней линіи тѣла. Общій видъ этихъ утолщеній оправдываетъ названіе—*четковидное утолщеніе реберъ*.—Размягченіе реберъ выражается въ томъ, что они утрачиваютъ свою нормальную кривизну и принимаютъ болѣе прямое направленіе, вслѣдствіе чего грудная клѣтка представляется болѣе или менѣе сдавленною съ боковъ, а грудная кость выдается впередъ подобно тому, какъ бываетъ это у птицъ, откуда и названіе—*куриная грудь*—*pectus carinatum*. Вслѣдствіе обычнаго у рахитиковъ метеоризма растягивается весь животъ, а также и нижняя часть грудной клѣтки (ниже мѣстъ прикрѣпленія діафрагмы) и потому вокругъ всей периферіи груди является перехватъ, отдѣляющій верхнюю, суженную часть грудной клѣтки отъ нижней, расширенной; перехватъ этотъ соотвѣтствуетъ мѣстамъ прикрѣпленія діафрагмы. На длинныхъ костяхъ конечностей рахитическія утолщенія всего болѣе замѣтны на нижнихъ концахъ костей предплечья; размягченіе костей конечностей выражается искривленіемъ ихъ, особенно голеней.

Отъ слабости мышцъ вообще и въ частности спинныхъ, рахитики не въ состояніи сидѣть съ вытянутой спиной; напротивъ того, вопреку законамъ тяжести, она сгибается такимъ образомъ, что позво-



ночникъ образуетъ широкую дугу, обращенную выпуклостью къзади. Въ первое время кривизна позвоночника легко устраняется, напр., положеніемъ больного на спинѣ или при поднятіи его за руки (подмышки) къверху, но позднѣе искривленіе дѣлается постояннымъ и образуется *рахитическій горбъ*, отличающійся отъ Поттова горба (вслѣдствіе кривизны позвоночника) тѣмъ, что онъ не угловатый, а дугообразный.

Вотъ главнѣйшія измѣненія въ костяхъ, благодаря которымъ діагностика рахитизма въ выраженныхъ случаяхъ не представляетъ никакихъ затрудненій.

Другое дѣло—узнать *начинающійся рахитизмъ*, когда измѣненія въ костяхъ еще не успѣли развиться. Въ подобныхъ случаяхъ важно знать прежде всего, чѣмъ питается ребенокъ и въ какой обстановкѣ онъ живетъ. Несоответственная возрасту ребенка пища и дурной воздухъ квартиры имѣютъ такое важное значеніе въ этиологіи рахитизма, что во многихъ случаяхъ можно предсказать его развитіе еще задолго до появленія первыхъ симптомовъ его; съ большой увѣренностью можно сдѣлать это во всѣхъ случаяхъ, когда ребенка съ первыхъ мѣсяцевъ жизни начинаютъ прикармливать крахмалистой или сахаристой пищей (швейцарское молоко) и особенно если онъ живетъ при этомъ въ спертомъ воздухѣ или въ сырой квартирѣ. Далѣе, можно ожидать развитія рахитизма въ недалекомъ будущемъ, если съ первыхъ мѣсяцевъ жизни ребенокъ начинаетъ страдать хронической диспепсіей, все равно находится-ли онъ при груди матери, или воспитывается на рожѣ; рѣдко также остаются свободными отъ рахитизма дѣти, ожпрѣлыя вслѣдствіе перекормливанія, хотя бы и самой безукоризненной пищей.

Начало собственно рахитизма совершается очень постепенно: ребенокъ блѣднѣетъ, кожа и мышцы его дѣлаются дряблыми, онъ хуже спитъ, выказываетъ наклонность къ потливости головки и часто трется затылкомъ о подушку, вслѣдствіе чего является облысѣніе затылка. Эти симптомы свойственны дѣтямъ 3—5 мѣсяцевъ жизни, у которыхъ въ это время обыкновенно удается констатировать размягченіе затылка въ большей или меньшей степени. Подъ вліяніемъ лѣченія и устраненія причинъ болѣзни можетъ остановиться въ этомъ начальномъ періодѣ и все кончается чрезъ нѣсколько недѣль полнымъ выздоровленіемъ. Въ менѣе благоприятныхъ случаяхъ появляются, напротивъ, и другія рахитическія измѣненія въ видѣ разрастанія лобныхъ и затылочныхъ бугровъ, утолщенія реберныхъ концевъ и т. д.

Если рахитизмъ начинается на второй половинѣ года, то размягченія затылка не бываетъ и въ видѣ начальныхъ симптомовъ является опять-таки блѣдность, раздражительность и, кромѣ того, запоздалое про-

рѣзываніе зубовъ или удлиненіе антрактовъ между отдѣльными группами зубовъ и пораженіе реберъ. Если рахитизмъ начинается еще позднѣе, напр., въ концѣ 2-го года жизни, то и грудная клѣтка можетъ остаться нормальной, а поражаются конечности. На основаніи того, что не всѣ кости поражаются рахитизмомъ одновременно, а что въ этомъ отношеніи соблюдается извѣстная правильность и послѣдовательность, можно по существующимъ измѣненіямъ судить, когда приблизительно начался рахитизмъ.

Мы уже сказали, что измѣненія въ костяхъ составляютъ главные и самые характерные симптомы рахитизма, но, помимо того, расстройство питанія отражается и на другихъ тканяхъ и органахъ, со стороны которыхъ появляются симптомы, важные не столько для діагностики рахитизма, сколько для терапіи и для сужденія о томъ, продолжаетъ ли процессъ прогрессировать, или онъ идетъ къ улучшенію.

Къ наиболѣе постояннымъ симптомамъ рахитизма принадлежатъ слѣдующіе: *органы пищеваренія* у рахитика очень рѣдко продолжаютъ правильно функціонировать, обыкновенно-же бываетъ склонность либо къ запору, либо къ поносу и во всякомъ случаѣ къ хроническому метеоризму. Большой, такъ называемый лягушечій животъ рахитиковъ обусловливается разными причинами, каковы: избыточное образованіе газовъ вслѣдствіе неправильнаго пищеваренія, слабость мускулатуры кишекъ и брюшной стѣнки, увеличеніе селезенки и печени, сдавленіе грудной клѣтки. Со стороны *органовъ дыханія* замѣчается большое расположеніе къ хроническимъ или часто повторяющимся катаррамъ дыхательныхъ вѣтвей и къ катарральной пневмоніи, вслѣдствіе чего рахитики плохо переносятъ коклюшъ и корь; подъ вліяніемъ постоянныхъ катарровъ поражаются также и бронхіальныя железы, часто подвергающіяся творожистому перерожденію и туберкулизаціи, а отсюда расположеніе рахитиковъ къ туберкулезному менингиту. Ненормальное питаніе *нервной системы* выражается плохимъ сномъ и расположеніемъ рахитиковъ къ ларингоспазму и эclamпсіи. На *кожѣ* часто появляются хроническія экземы и подъ вліяніемъ потливости-миліарія. Унадогъ питанія вообще проявляется блѣдностью кожи и слизистыхъ оболочекъ, вялостью мышцъ и болѣе или менѣе значительнымъ припуханіемъ селезенки.

Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ конечно не всѣ эти симптомы будутъ на лицо; все зависитъ отъ индивидуальности больного и отъ степени развитія болѣзни, но это еще не даетъ права разсматривать ихъ, какъ осложненія.

Діагностика рахитизма основывается, главнымъ образомъ, на характерныхъ измѣненіяхъ костей и вообще не трудна.

Утолщеніе эпифизовъ при общемъ истощеніи организма, блѣдности покрововъ и опухоли селезенки наблюдается иногда при наследственномъ сифилисѣ, но въ такомъ случаѣ никогда не отсутствуютъ другіе симптомы сифилиса на кожѣ или на слизистыхъ оболочкахъ носа, рта и зѣва, выясняющихъ дѣло (см. сифилисѣ); да, кромѣ того, эпифизарный сифилисѣ является очень рано, именно въ первые мѣсяцы жизни, тогда какъ рахитизмъ конечностей свойственъ дѣтямъ по второму году жизни. Кости черепа при сифилисѣ не поражаются и если у сифилитического ребенка замѣчаются открытые швы, размягченный затылокъ или утолщеніе лобныхъ и теменныхъ бугровъ, то значить, сифилисѣ въ данномъ случаѣ осложненъ рахитизмомъ, что встрѣчается почти постоянно. Встрѣчаются случаи рахитизма, при которомъ, не смотря на сравнительно слабое поражение костей, ребенокъ представляетъ симптомы очень рѣзко выраженнаго малокровія при громадной, плотной селезенкѣ, такъ что является вопросъ о лейкэміи, осложненной рахитизмомъ. Дѣло рѣшается микроскопическимъ изслѣдованіемъ крови; при рахитизмѣ, протекающемъ съ большей селезенкой и съ сильнымъ малокровіемъ, кровь хотя и представляется на видъ блѣдной, но подъ микроскопомъ оказывается, что число бѣлыхъ тѣлецъ или вовсе не увеличено, или— лишь незначительно.

### Наслѣдственный сифилисѣ.

Чѣмъ свѣжѣе сифилисѣ у родителей или у кого либо изъ нихъ, тѣмъ сильнѣе отражается онъ на потомствѣ (за исключеніемъ только случаевъ зараженія матери во время беременности, когда ребенокъ нерѣдко остается совсѣмъ здоровымъ). Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ беременность не доходитъ до нормальнаго конца и кончается либо выкидышемъ, либо недоношеннымъ плодомъ, представляющимъ уже при рожденіи несомнѣнные симптомы сифилиса; такіе новорожденные оказываются обыкновенно недолговѣчными и умираютъ въ первые дни или недѣли жизни.

Если ребенокъ родился въ срокъ и на видъ здоровымъ, то онъ заболѣваетъ сифилисомъ то раннѣе, то позднѣе, смотря потому, въ какомъ періодѣ находится болѣзнь у родителей. Первые припадки сифилиса у ребенка всего чаще проявляются въ теченіе шести недѣль послѣ родовъ, рѣже отъ 6 до 12 недѣль и почти никогда послѣ трехъ мѣсяцевъ. Большинство авторовъ допускаютъ возможность перваго проявленія наследственнаго сифилиса, даже много лѣтъ спустя послѣ рожденія и

въ такомъ случаѣ болѣзнь проявляется прямо припадками гуммознаго періода (періоститы, гуммозные язвы и проч.), это т. н. *syphilis congenita tarda* въ тѣсномъ смыслѣ слова; но такъ какъ припадки въ первыя недѣли жизни нерѣдко бываютъ выражены нерѣзко и легко могутъ быть просмотрѣны, то очень возможно, что большинство случаевъ поздняго сифилиса суть ничто иное, какъ рецидивы обыкновеннаго наследственнаго сифилиса.

Какъ бы то ни было, но вѣрно то, что, за весьма рѣдкими исключеніями, *наслѣдственный сифилисъ проявляется всегда въ первые три мѣсяца жизни.*

Въ большинствѣ случаевъ дѣло начинается съ *насморка*, который вначалѣ хотя и не представляетъ ничего особеннаго, но является подозрительнымъ уже по возрасту ребенка; діагностика сифилиса дѣлается очень вѣроятной, если насморкъ затягивается и одновременно съ нимъ замѣчается особаго рода *желтоватая блѣдность лица* и *пигментация* или себоррея *надбровныхъ дугъ*. \*) Если при этихъ, повидному ничтожныхъ, припадкахъ есть еще извѣстныя данныя въ анамнезѣ (см. ниже), то діагностику наследственнаго *lues'a* можно считать несомнѣнной. Впрочемъ, колебанія врача не могутъ продолжаться долго, такъ какъ скоро появляются и другіе, болѣе несомнѣнные симптомы сифилиса, а именно *пятнистая* и *папулезная сыпь*, разбросанная по всему тѣлу, но всего больше на нижнихъ конечностяхъ; въ складкахъ шеи, пахахъ и сѣгса апит замѣчаются обыкновенно *мокнущія широкія папулы*, которыя такъ характерны, что сами по себѣ могутъ рѣшить вопросъ о существованіи сифилиса совсѣмъ опредѣленно. На губахъ и въ углахъ рта появляются трещины и болѣе или менѣе разлитые инфильтраты (зѣвъ у маленькихъ дѣтей обыкновенно не поражается, но при рецидивахъ наследственнаго сифилиса очень часто). Далѣе, къ числу характерныхъ для сифилиса измѣненій относятся гладкія, лоснящіяся, какъ бы *лакированныя подошвы*, пузыри *periphigus'a* на разныхъ

---

\*) На важное діагностическое значеніе цвѣта лица у сифилитиковъ съ особеннымъ удареніемъ указываетъ Troussseau (Клинич. лекціи Т. II, стр. 822). Опытный врачъ, говорить онъ, распознаетъ сифилисъ уже при одномъ взглядѣ на лицо ребенка. Лицо представляетъ какой-то особенный темнубурный тонъ; такъ и кажется, будто по лицу ребенка слегка мазнули кофейной гущей. Это не блѣдность и не желтизна, и не желто-соломенный цвѣтъ, бывающій при другихъ худосочіяхъ. Этотъ цвѣтъ не распространяется вовсе на остальную часть тѣла. Мы неизвѣстно никакой другой болѣзни дѣтскаго возраста, гдѣ-бы замѣчался такой цвѣтъ и когда онъ рѣзко выраженъ, то стоитъ самыхъ рѣзкихъ симптомовъ. Миллеръ, напротивъ, не придаетъ цвѣту лица особаго значенія, такъ какъ онъ встрѣчалъ его и при септицеміи новорожденныхъ.

мѣстахъ тѣла, особенно на ладоняхъ и пальцахъ. Напротивъ того, подкожныя лимфатическія железы при врожденномъ сифилисѣ обыкновенно не припухаютъ, за исключеніемъ только тѣхъ, въ сосѣдствѣ которыхъ находятся гноящіяся мѣста.

О ложномъ сифилитическомъ параличѣ вслѣдствіе osteo - chondritis syphilitica см. гл. о параличахъ, (стр. 233).

Симптомы *поздняя сифилиса*—*syphilis tarda*, смотря по возрасту ребенка, бываютъ различны. У дѣтей 2—3-хъ лѣтъ отъ роду всего чаще приходится имѣть дѣло съ рецидивами сифилиса, въ видѣ кондиломъ на слизистой оболочкѣ губъ, языка и гортани (хроническій стенозъ гортани и афонія) и съ изъязвленіями мягкаго неба. У дѣтей старшаго возраста часто поражаются кости и всего чаще именно—голени въ видѣ хроническаго періостита (болѣзненное утолщеніе діафиза, *dolores osteospori nocturni*). Въ другихъ случаяхъ на костяхъ образуются гуммы, которыя впослѣдствіи вскрываются, оставляя на своемъ мѣстѣ язву, дно которой—шероховатая, изъѣденная кость; подобныя язвы чаще встрѣчаются на костяхъ черепа.

Со стороны глазъ, самымъ характернымъ симптомомъ для поздняго наследственнаго сифилиса бываетъ *keratitis parenchymatosa*, которая почти никогда не встрѣчается при чистой золотухѣ и потому имѣетъ большое значеніе для дифференціальной діагностики этихъ двухъ процессовъ. Паренхиматозный кератитъ вмѣстѣ съ глухотой и съ извѣстнымъ измѣненіемъ зубовъ составляетъ, такъ называемое, Нутчинсон'ское трио. Со стороны носа встрѣчается или простой хроническій насморкъ съ вонючымъ отдѣляемымъ, или изъевный процессъ, могущій вести къ разрушенію носовыхъ костей.

Діагностика сифилиса, какъ свѣжаго, такъ и поздняго, облегчается въ большинствѣ случаевъ тѣмъ, что у ребенка удается констатировать одновременно нѣсколько проявленій сифилиса въ такой комбинаціи, какая не встрѣчается ни при какой другой болѣзни.

Если у грудного ребенка сифилисъ несомнѣнень, то является вопросъ, наследственный-ли онъ, или пріобрѣтенный? На основаніи однихъ только симптомовъ вопросъ этотъ не всегда можетъ быть рѣшенъ, такъ какъ иногда, особенно если сифилисъ проявляется поздно, напр., на третьемъ мѣсяцѣ, припадки наследственнаго сифилиса, именно различнаго рода сыпи, могутъ быть тѣ-же, что и при пріобрѣтенномъ. Въ пользу наследственнаго происхожденія болѣзни говорятъ сифилитическій насморкъ, желтоватая блѣдность лица, себоррея надбровныхъ областей, лоснящіяся подошвы, пемфигусъ и эпифизарныя измѣненія, а противъ него и за пріобрѣтенный сифилисъ—распространенная гиперплазія лимфатическихъ железъ.

Существенное значеніе для рѣшенія даннаго вопроса имѣютъ далѣе время появленія первыхъ симптомовъ сифилиса и анамнезъ.

Если начало болѣзни приходится на первые три мѣсяца жизни, то наследственность сифилиса болѣе, чѣмъ вѣроятна и чѣмъ раньше онъ появился тѣмъ вѣроятнѣе, и наоборотъ, чѣмъ ближе къ концу года заболѣлъ ребенокъ, тѣмъ больше шансовъ въ пользу внѣутробнаго зараженія ребенка.

Что касается до анамнеза, то тутъ важно выяснитъ вопросъ о томъ, не было-ли сифилиса у кого-либо изъ родителей и если было, то когда именно? Здѣсь могутъ быть два случая: кто-нибудь изъ родителей имѣлъ сифилисъ до беременности матери даннымъ ребенкомъ или мать заразилась во время беременности.

Можетъ-ли ребенокъ въ послѣднемъ случаѣ получить врожденный сифилисъ, составляетъ вопросъ спорный. Такіе авторитетные люди, какъ Bâgensprung и Kassowitz, отрицаютъ возможность передачи сифилитическаго яда черезъ плацентарное кровообращеніе, хотя теоретически это вполне возможно; другіе, напротивъ, нисколько не колеблясь, рѣшаютъ этотъ вопросъ въ утвердительномъ смыслѣ и говорятъ, что ребенокъ рождается здоровымъ лишь въ томъ случаѣ, если мать заразилась во второй половинѣ беременности. Несомнѣнно только одно, что мать, заразившаяся въ первые мѣсяцы беременности нерѣдко выкидываетъ или ребенокъ рождается недоношеннымъ и не жизнеспособнымъ, но такъ какъ никакихъ патологоанатомическихъ измѣненій, специально свойственныхъ сифилису, при вскрытіи такихъ недоносковъ не встрѣчается, то и нельзя утверждать, что плодъ въ такихъ случаяхъ умираетъ отъ зараженія сифилисомъ. А потому если въ анамнезѣ значится, что мать заразилась сифилисомъ во время беременности, а отецъ остался и былъ здоровымъ, ребенокъ родился во-время и черезъ нѣсколько мѣсяцевъ или недѣль заболѣлъ сифилисомъ, то можно думать, что онъ заразился не путемъ плацентарнаго кровообращенія, т. е. что у него не наследственный сифилисъ, а приобретенный во время или послѣ родовъ.

Если родители были больны до зачатія, то спрашивается, какъ долго продолжается способность сифилиса передаваться потомству?

Рѣшеніе этого вопроса стоитъ въ зависимости отъ того, былъ-ли предоставленъ сифилисъ своему естественному теченію, или больной подвергался ртутному лѣченію.

Въ первомъ случаѣ можно сказать опредѣленно, что способность къ передачѣ сифилиса потомству начинается съ момента появленія первыхъ общихъ симптомовъ и продолжается въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, постепенно ослабѣвая.

Этотъ законъ *постепеннаго произвольнаго ослабленія силы наследственной передачи сифилиса* выражается въ томъ, что дѣти, родящіяся отъ сифилитическихъ родителей, поражаются сифилисомъ тѣмъ болѣе въ легкой степени, чѣмъ позднѣе они рождаются, т. е. чѣмъ больше прошло времени отъ момента зараженія родителей. Въ первые 2—3 года, напр., наблюдаются выкидыши или рождаются недоноски и мертвые плоды, позднѣе беременность хотя и доходитъ до нормальнаго срока, но дѣти рождаются ужь съ видимыми проявленіями сифилиса на кожѣ, обыкновенно въ видѣ *emphigus*'а или получаютъ его въ первые дни жизни; у слѣдующихъ дѣтей сифилисъ проявляется все позднѣе и позднѣе и притомъ въ болѣе легкихъ формахъ.

Такимъ образомъ продолжительность всего періода наследственной передачи тянется среднимъ числомъ отъ 5 до 12 лѣтъ, но иногда и дольше. Отсюда слѣдуетъ, что если врачъ, имѣя дѣло съ сифилитическимъ ребенкомъ, можетъ добыть изъ анамнеза указанія на законъ постепеннаго ослабленія сифилиса, то это будетъ служить доказательствомъ того, что въ данномъ случаѣ сифилисъ у ребенка наследственный; если же всѣ старшія дѣти свободны отъ сифилиса, а у послѣдняго сифилисъ проявился поздно, послѣ рожденія предпослѣдняго ребенка родители ртутью не лѣчились, то вѣроятнѣе, что сифилисъ у ребенка приобретенный (такъ какъ въ случаѣ свѣжаго заболѣванія родителей послѣдоваль-бы выкидышъ или, по крайней мѣрѣ, ребенокъ былъ-бы недоношенъ и заболѣлъ-бы тяжелыми припадками сифилиса въ первые дни или недѣли жизни).

Совсѣмъ другое дѣло, если виновный изъ родителей лѣчился ртутью; тутъ законъ постепеннаго ослабленія сифилиса не имѣетъ значенія, такъ какъ способность передавать сифилисъ потомству очень хорошо поддается ртутному лѣченію и потому даже и первый ребенокъ, зачатый вскорѣ послѣ проявленія общаго сифилиса у родителей, подвергнутыхъ специфическому лѣченію, можетъ родиться или совсѣмъ здоровымъ, или заболѣваетъ сифилисомъ поздно и легко.

На способность сифилиса передаваться потомству слѣдуетъ смотрѣть, какъ на одинъ изъ симптомовъ общаго сифилиса, отличающагося отъ другихъ симптомовъ, во 1-хъ, своимъ постоянствомъ, т. е. что продолжается и въ скрытомъ періодѣ болѣзни при полномъ отсутствіи другихъ симптомовъ и во 2-хъ, своей самостоятельностью, т. е. что симптомъ этотъ исчезаетъ, хотя другіе симптомы продолжаютъ появляться, такъ что рожденіе здоровыхъ дѣтей отнюдь еще не доказываетъ, что родители совсѣмъ выздоровѣли отъ своего сифилиса.

Сходство этого симптома съ другими состоитъ не только въ томъ,

что онъ хорошо уступаетъ ртутному лѣченію, но и въ томъ, что онъ способенъ къ возвратамъ, такъ что послѣ рожденія одного или нѣсколькихъ здоровыхъ дѣтей вдругъ снова появляются или выкидыши, или сифилитики. Итакъ, необходимо справляться о здоровьѣ родителей не за послѣднее время передъ рожденіемъ даннаго ребенка, а, по крайней мѣрѣ, лѣтъ за 10—12, при чемъ хорошее здоровье старшихъ дѣтей можетъ говорить противъ врожденнаго сифилиса у послѣдняго только въ томъ случаѣ, если родители не лѣчлись ртутью и отъ предпослѣднихъ родовъ прошло не болѣе 2—3 лѣтъ.

## Лихорадочныя болѣзни.

Если измѣреніе температуры показываетъ у больного подъ мышкой болѣе 37,5° Ц., то значить у больного лихорадочное состояніе, но изъ этого нельзя сдѣлать никакого заключенія, кромѣ того только, что онъ не здоровъ. Степень повышенія температуры сама по себѣ тоже не выясняетъ дѣла и, руководствуясь однимъ лишь термометромъ, нельзя судить даже и о томъ, опасно-ли заболѣлъ ребенокъ или нѣтъ, такъ какъ есть много легкихъ, вовсе не опасныхъ и не продолжительныхъ болѣзней, начинающихся у дѣтей сразу сильнымъ жаромъ, и наоборотъ—нерѣдко случается видѣть очень умѣренную лихоралку въ началѣ самыхъ опасныхъ болѣзней, каковы: напр., туберкулезный менингитъ, дифтеритъ и др.

Тѣмъ не менѣе, мы считаемъ измѣреніе температуры весьма важнымъ пособіемъ, какъ для діагностики, такъ и для предсказанія; но только при условіи методическаго измѣренія, по крайней мѣрѣ, два раза въ день и при оцѣнкѣ полученныхъ результатовъ въ связи съ другими признаками.

Узнать причину лихорадки въ самомъ началѣ заболѣванія не всегда возможно, такъ какъ не всѣ болѣзни выясняются на первый-же день, въ нѣкоторыхъ-же случаяхъ діагностика не представляетъ никакихъ затрудненій.

Первый вопросъ, требующій рѣшенія у всякаго лихорадящаго больного, состоитъ въ томъ: зависитъ-ли повышеніе температуры въ данномъ случаѣ отъ какого нибудь мѣстнаго заболѣванія, или-же отъ общаго страданія организма, каковы: напр., тифъ, скарлатина и т. п.

Понятно, что рѣшить этотъ вопросъ мы можемъ только посредствомъ самаго подробнаго объективнаго изслѣдованія больного съ цѣлью



найти у него какое либо мѣстное страданіе, которымъ можно бы было объяснить лихорадку, или наоборотъ, чтобъ имѣть право сказать, что мѣстной болѣзни въ данномъ случаѣ нѣтъ и что здѣсь, слѣдовательно, мы имѣемъ дѣло съ общимъ заболѣваніемъ организма.

Приступая къ изслѣдованію лихорадящаго больного, прежде всего надо его раздѣть и осмотрѣть всю поверхность тѣла. Во многихъ случаяхъ этого бываетъ вполне достаточно, чтобъ узнать причину лихорадки на первый-же день болѣзни. Сыпи, встрѣчающіяся при лихорадочныхъ болѣзняхъ, не сами производятъ повышеніе температуры, но онѣ играютъ роль ярлыка съ надписью: причина лихорадки—такая-то. Это мы имѣемъ, напр., при всѣхъ острыхъ инфекціонныхъ экзантемахъ, каковы: корь, оспа и др., а также и при другихъ болѣзняхъ кожи (или проявляющихся на кожѣ), отличающихся отъ первыхъ своей незаразительностью и еще тѣмъ, что сыпь, выясняющая болѣзнь (ярлыкъ), появляется при нихъ уже на первый день заболѣванія, тогда какъ при заразныхъ экзантемахъ только на 2-й (скарлатина) или еще позднѣе (корь, оспа).

Лихорадочныхъ болѣзней кожи въ дѣтскомъ возрастѣ не много; сюда относятся во 1-хъ, различныя воспаленія, каковы: рожа, флегмона и чирья, о которыхъ нечего распространяться, такъ какъ они характеризуются такими рѣзкими припадками, что ихъ трудно не замѣтить и нельзя не узнать. Во 2-хъ, разныя сыпи, именно: крапивница (*urticaria*), узловатая эритема (*erythema nodosum*), *eryth. multiforme* и *purpura*.

*Urticaria* характеризуется быстро появляющимися и столь-же быстро исчезающими (мѣняющимися мѣсто) бѣлыми волдырями, какъ будто отъ ожога крапивой. Сыпь занимаетъ или отдѣльныя мѣста, или все тѣло и сильно зудитъ. Въ діагностическомъ отношеніи интересна мелкая крапивная сыпь лица, по своей величинѣ и красноватому цвѣту весьма похожая на корь. При осмотрѣ всей поверхности кожи, дѣло выясняется очень скоро, такъ какъ крапивная сыпь едва-ли когда-нибудь ограничивается лицомъ, обыкновенно же распространяется на ноги и на туловище, гдѣ появляется въ видѣ обыкновенныхъ бѣловатыхъ волдырей. Кромѣ того, при крапивницѣ всегда бываетъ зудъ, отсутствующій при кори. Такъ какъ *urticaria* часто присоединяется къ другимъ болѣзнямъ, напр., къ тифу, скарлатинѣ, кори, то понятно, что считать ее причиной лихорадки можно лишь въ томъ случаѣ, если она поражаетъ ребенка, въ прочихъ отношеніяхъ здороваго и если лихорадка, появившись вмѣстѣ съ сыпью, съ ней же вмѣстѣ и исчезаетъ.

Гораздо легче не узнать *узловатую эритему* и *erythem. polymorbum* (см. болѣзни кожи стр. 302); тамъ же было говорено и о *пуриурѣ* (стр. 306).

Весьма важныя услуги для діагностики лихорадочнаго состоянія оказываетъ также *herpes*, характеризующійся высыпаніемъ группы тѣсно сидящихъ пузырьковъ, величиной въ головку булавки, съ прозрачнымъ содержимымъ. Любимымъ мѣстомъ *herpes*'а бывають губы и носъ. Это само по себѣ ничтожное пораженіе кожи важно потому, что оно встрѣчается далеко не при всякомъ лихорадочномъ состояніи, а только при нѣкоторыхъ излюбленныхъ имъ болѣзняхъ. На первомъ мѣстѣ надо поставить *простудную лихорадку*—*fièvre herpétique* французскихъ авторовъ, отличающуюся циклическимъ теченіемъ и вѣроятно относящуюся къ числу инфекціонныхъ болѣзней. Descroizille (Rev. mens. des mal. de l'enf. 1884) описалъ пѣлаую эпидемію такой герпетической лихорадки. Болѣзнь начинается быстро наступающимъ, значительнымъ жаромъ, который продолжается 3—6—7 дней и кончается кризисомъ, за нѣсколько дней до котораго высыпаетъ *herpes* на губахъ (лихорадка обметала, по выраженію народа).

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

Далѣе, путемъ осмотра, мы можемъ открыть на первый же день заболѣванія причину лихорадки въ *остромъ припуханіи лимфатическихъ железъ шеи*. Я не имѣю здѣсь въ виду аденитовъ, сопровождающихъ воспалительные процессы сосѣднихъ частей, напр., полости рта, зѣва и проч., гдѣ рѣшающимъ моментомъ являются не железы, а основная болѣзнь, но подразумѣваю *идиопатическое воспаленіе железъ*, лежащихъ сзади верхняго конца грудино-ключично-сосковаго мускула, т. е. подъ ухомъ и сосцевиднымъ отросткомъ и за угломъ нижней челюсти.

Первичное воспаленіе этихъ железъ, не зависящее ни отъ экземы головы, ни отъ течи изъ уха, ни отъ костоѣды зубовъ и т. п., всего чаще встрѣчалось мнѣ у дѣтей 2—4 лѣтъ, но иногда и у грудныхъ и у болѣе взрослыхъ дѣтей. Въ теченіе первыхъ 7—10 дней болѣзнь протекаетъ въ видѣ остраго аденита: при лихорадочномъ состояніи (выше 39°) сзади мѣста прикрѣпленія стибателя головы развивается опухоль лимфатич. железъ, достигающая въ первые 3—4 дня величины грецкого орѣха; она плотно-упругой консистенціи, очень болѣзненна при давленіи и покрыта слегка покрасѣвшей, натянутой, но не отечной кожей. Дней черезъ 5—7—10 отъ начала болѣзни лихорадка сти-

хаеть, а опухоль еще въ теченіе нѣсколькихъ дней остается стационарной, а потомъ начинаетъ медленно уменьшаться и черезъ 2—3 недѣли разрѣшается совершенно; исходъ въ нагноеніе встрѣчается гораздо рѣже. Рѣдко также поражаются железы на обѣихъ сторонахъ.

Отъ симптоматической опухоли железъ данная форма аденита отличается тѣмъ, что при ней ни на слизистой оболочкѣ рта, носа и зѣва, ни на кожѣ головы, ни со стороны уха не удается открыть никакихъ воспалительныхъ процессовъ, которыми можно бы было объяснить пораженіе железъ. Этиологія страданія темна, единственный разъ я встрѣтилъ его одновременно у двухъ сестеръ. Такъ какъ аденитъ, о которомъ идетъ рѣчь, въ руководствахъ не описывается, и потому совершенно не знакомъ начинающимъ врачамъ, то они обыкновенно принимаютъ его за parotitis (свинка). Діагностика не трудна, если только обратить вниманіе на мѣсто, занимаемое опухолью и на ея консистенцію.

Опухоль при *periparotitis epidemica* занимаетъ какъ разъ область околоушной железы, т. е. она замѣчается непосредственно подъ ушной сережкой и впереди козелка и распространяется на соответствующую щеку и на верхнюю часть шеи, гдѣ и теряется безъ замѣтныхъ границъ—опухоль же при *adenitis idiopathica* на лицо не идетъ, а сидитъ сзади угла челюсти, подъ *proc. mastoideus* и представляетъ довольно рѣзкія границы. Далѣе, при свинкѣ опухоль обуславливается не столько припухlostью самой околоушной железы, сколько отекомъ окружающей клетчатки, а потому опухоль на ощупь совсѣмъ мягкая, а кожа покрывающая ее,—блѣдная. Болѣзненность свинки при давленіи замѣчается только на очень ограниченномъ мѣстѣ, именно какъ разъ подъ мѣстомъ прикрѣпленія ушной сережки и тотчасъ впереди козелка, здѣсь-же прощупывается и небольшое уплотнѣніе, соответствующее по своей формѣ околоушной железѣ; при аденитѣ, напротивъ, опухоль болѣзненна на всемъ своемъ протяженіи, она плотна и окружающая клетчатка не отечна.

Какъ на менѣе существенный признакъ, можно указать еще на то, что parotitis обыкновенно бываетъ двусторонней и кончается разрѣшеніемъ въ нѣсколько дней.

Въ діагностическомъ отношеніи интересны аномальные случаи свинки, отличающіеся отъ типической заушницы тѣмъ, что первично поражаются не parotis, а *gl. submaxillaris*. Отечная, мягкая опухоль появляется въ такомъ случаѣ не впереди и ниже уха, а подъ горизонтальной вѣтвью нижней челюсти и распространяется не столько на лицо, сколько по боковой поверхности шеи; если, кромѣ *submaxillaris*, воспа-

ляются и *gl. sublingualis*, то отекъ распространяется и на переднюю поверхность шеи и на подчелюстную область. Среди отечной опухоли вѣтчатка легко прощупывается припухшая подчелюстная железа, въ видѣ шарообразнаго, мало плотнаго тѣла, слегка болѣзненнаго при давленіи. Эту опухоль можно смѣшать въ 1-хъ, съ періоститомъ нижней челюсти, нерѣдко встрѣчающимся у дѣтей при каріозныхъ зубахъ и протекающимъ тоже съ лихорадкой и во 2-хъ, съ *lympho-adenitis acuta*.

*Periostitis*, подобно *submaxillitis*, выражается болѣзненной припухлостью щеки и отчасти шеи въ области *gl. submaxillaris*, и отекомъ сосѣдней вѣтчатки; но существенное отличие въ томъ, что при воспаленіи надкостницы самое болѣзненное мѣсто опухоли, ея средина, очень плотной консистенціи и тѣсно соединена съ костью; покровы, покрывающіе опухоль, скоро краснѣютъ и лоснятся. Боль при давленіи при *periostitis* значительно сильнѣе, чѣмъ при *submaxillitis*.

Въ началѣ *lympho-adenitis* можно прощупать отдѣльныя увеличенныя железки, сливающіяся потомъ въ большую, плотную и болѣзненную опухоль.

Въ XXIX томѣ *Jahrbuch f. Kinderheilkunde* за 1889 г. помѣщена статья Pfeiffer'a подъ заглавіемъ *Drüsenfieber*. Подъ именемъ железистой лихорадки онъ описываетъ особую инфекціонную болѣзнь, характеризующуюся лихорадочнымъ состояніемъ и болѣзненнымъ припуханіемъ шейныхъ железъ сзади *mus. sterno-cl.-mastoideus*. Въ легкихъ случаяхъ жаръ кончается въ одинъ день, въ болѣе тяжелыхъ затягивается до 10 дней и въ такомъ случаѣ можно констатировать припуханіе печени и селезенки; часто бываетъ также боль по средней линіи живота пониже пупка (пораженіе брыжжеечныхъ железъ?). До нагноенія дѣло никогда не доходитъ. Pfeiffer относитъ эту болѣзнь къ разряду инфекціонныхъ, такъ какъ онъ встрѣчалъ ее въ видѣ семейныхъ эпидемій (4 случая другъ за другомъ въ одной семьѣ). Въ общемъ, эта болѣзнь представляетъ большое сходство съ вышеописанной формой пѣрипатическаго аденита, съ тою лишь разницей, что Pfeiffer никогда не наблюдалъ исхода въ нагноеніе и что въ его случаяхъ припухали нѣсколько всѣ шейныя железы, а не однѣ только затылочные, которыя поражаются однако больше другихъ.—Эта разница ступенчата, впрочемъ, добавленіемъ Neuberg'a, который наблюдалъ иногда исходъ и въ нагноеніе. Онъ говоритъ только о припуханіи железъ подъ *m. st. cl. mastoideus* и отмѣчаетъ возможность повторныхъ обостреній, затягивающихъ лихорадочное состояніе недѣли на 3—4. Въ двухъ случаяхъ онъ видѣлъ развитіе послѣдовательнаго нефрита, который можетъ навести врача на ошибочную мысль о бывшей скарлатинѣ.

Причиной лихорадки можетъ быть также и *страданіе ушей*, и притомъ не только воспаленіе средняго уха, но и *otitis externa* и чирьеобразное воспаленіе наружнаго слухового прохода, легко доступное для діагностики при осмотрѣ уха даже и не специалисту, если только онъ не забудетъ обратить свое вниманіе и на уши. Ребенокъ лѣтъ 5 или старше, конечно, самъ укажетъ врачу на свою болѣзнь, такъ какъ всѣ острые отиты, ведущіе къ лихорадеѣ, всегда сопровождаются значительной болью въ ухѣ, но у маленькихъ, и въ особенности у грудныхъ, вся болѣзнь выражается только лихорадочнымъ состояніемъ и упорнымъ крикомъ, который прекращается съ появленіемъ течи. Впрочемъ, самостоятельныя отиты въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются не часто, такъ что въ этомъ отношеніи гораздо большее діагностическое значеніе принадлежитъ *насморку*, и именно по двумъ причинамъ, во 1-хъ потому, что симптомъ этотъ часто встрѣчается и во 2-хъ, что при существованіи остраго насморка выборъ приходится дѣлать изъ небольшого числа болѣзней, такъ какъ насморкъ, въ качествѣ начальнаго симптома лихорадочной болѣзни, свойственъ только слѣдующимъ пяти процессамъ: 1) обыкновенному т. н. простудному насморку, 2) первичному дифтериту носа, 3) гриппу, 4) кори и 5) коклюшу. О діагностикѣ этихъ процессовъ см. болѣзни носа и гриппъ.

Изъ болѣзней рта лихорадку могутъ вызывать слѣдующія три: *stomatitis erythematosa*, *stom. aphthosa* и *stomacase*. Значеніе ихъ, какъ причинъ повышенія температуры, часто не оцѣнивается по достоинству и потому я съ особеннымъ удареніемъ указываю на то, что у грудныхъ дѣтей даже и такой ничтожный процессъ, какъ эритематозное воспаленіе рта можетъ вызвать жаръ до 40°. Подробнѣе объ этомъ при болѣзняхъ рта.

Драгоцѣнные результаты для оцѣнки лихорадочнаго состоянія даетъ намъ *изслѣдованіе зѣва*, болѣзни котораго въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются очень часто; въ однихъ случаяхъ онѣ служатъ выраженіемъ мѣстнаго страданія зѣва, а въ другихъ зависятъ отъ общаго заболѣванія организма, преимущественно отъ острыхъ инфекціонныхъ экзантемъ, при которыхъ высыпаніе на кожѣ появляется на нѣсколько часовъ или на цѣлыя сутки позднѣе, чѣмъ высыпаніе на слизистой оболочкѣ зѣва, что и даетъ возможность діагносцировать эти болѣзни еще до появленія характерной сыпи. Такимъ образомъ изслѣдованіе зѣва во многихъ случаяхъ выводитъ врача изъ затрудненія тамъ, гдѣ онъ безъ этого изслѣдованія оставался бы въ недоумѣніи насчетъ причины лихорадки (см. болѣзни зѣва).

Лихорадочныя *болѣзни легкихъ* я пройду молчаніемъ, такъ какъ ка-

шель, учащенное дыханіе и проч. прямо указываютъ врачу, гдѣ нужно искать причину лихорадки. Безъ кашля, но съ лихорадкой и истощеніемъ протекаетъ только медленно развивающійся *плевритическій эксудатъ*, который поэтому и остается иногда неузнаннымъ въ теченіе цѣлыхъ недѣль, не смотря на то, что физикальные его симптомы такъ рѣзка, что его трудно не узнать даже и при поверхностномъ изслѣдованіи груди.

Сравнительно легче просмотрѣть *болѣзни сердца*, такъ какъ онѣ часто протекаютъ безъ явныхъ симптомовъ. Слѣдуетъ помнить, что *endocarditis* у дѣтей присоединяется не къ одному лишь острому ревматизму, но также и къ другимъ инфекціоннымъ болѣзнямъ, изъ которыхъ на первомъ мѣстѣ я поставилъ-бы скарлатину, потомъ рекуррентъ и корь. Ожесточеніе лихорадки въ періодѣ лизиса или возобновленіе ея въ періодѣ выздоровленія записать обыкновенно отъ какихъ нибудь осложнений, въ числѣ которыхъ нужно имѣть въ виду и *endo* — или *pericarditis*.

Болѣзни желудка и кишекъ, если онѣ вызываютъ лихорадочное состояніе, сопровождаются довольно ясно выраженными симптомами, за исключеніемъ лишь нѣкоторыхъ формъ гастрита, симулирующихъ менингитъ. (См. болѣзни желудка).

Изъ лихорадочныхъ болѣзней мочевыхъ органовъ легко можетъ остаться не замѣченнымъ воспаленіе почекъ, если врачъ не имѣетъ привычки во всѣхъ случаяхъ изслѣдовать и мочу.

Иногда лихорадочное состояніе обуславливается страданіемъ мышцъ, напр., при ревматизмѣ ихъ или при сильныхъ мышечныхъ боляхъ живота, вслѣдствіе гимнастики.

Изъ *болѣзней костей* особенно важное значеніе, какъ по частотѣ появленія, такъ и по своимъ послѣдствіямъ, имѣетъ *воспаленіе позвоночника*, которое иногда остается неузнанной причиною лихорадки не только въ теченіе нѣсколькихъ дней, но даже и цѣлыхъ недѣль, а между тѣмъ узнать его вовсе не трудно, для этого стоитъ только изслѣдовать позвоночникъ и тогда сейчасъ-же бросится въ глаза его малая подвижность при сгибаніи и болѣзненность нѣкоторыхъ позвонковъ при давленіи, еще задолго до образованія угловатаго горба.

Итакъ, во всѣхъ перечисленныхъ случаяхъ узнать причину лихорадки не трудно, если только строго держаться правила: *подвергать всякаго лихорадящаго больного строгому и всестороннему объективному изслѣдованію*. Врачъ, который вздумалъ бы ограничиваться осмотромъ только тѣхъ органовъ, на которые указываютъ ему субъективныя жалобы больного или окружающіе, очень часто дѣлалъ бы самыя невѣроятныя ошибки и недосмотры.

Если на первый или второй день болѣзни не удастся найти никакого мѣстнаго страданія для объясненія существующей лихорадки, то все-таки еще нельзя быть увѣреннымъ, что имѣешь дѣло съ лихорадкой безъ всякой локализаци, т. е. съ общимъ страданіемъ организма, такъ какъ слѣдуетъ имѣть въ виду возможность *скрытно-протекающей мѣстной болѣзни*, т. е. что болѣзнь еще не выяснилась. Скрытно протекающія болѣзни довольно разнообразны, такъ какъ въ первые 24 часа не успѣваютъ выясниться очень многіе изъ мѣстныхъ процессовъ, но это не особенно важно, такъ какъ дѣло выясняется все-таки скоро; но нельзя того-же сказать про нѣкоторыя формы воспаленія легкихъ и мозговыхъ оболочекъ.

Изъ скрытно протекающихъ пнеймоній особенной извѣстностью пользуется *воспаленіе легочныхъ верхушекъ*, не выясняющееся иногда въ теченіе цѣлой недѣли и даже дольше. Я говорилъ о нихъ въ главѣ о пнеймоніи (стр. 182), здѣсь-же ограничусь замѣчаніемъ, что не всякое лихорадочное состояніе, хотя бы и съ кашлемъ, можетъ дать поводъ подозрѣвать скрытую пнеймонію; напротивъ того, въ громадномъ большинствѣ случаевъ задача врача значительно облегчается тѣмъ, что, руководствуясь высотой температуры, онъ можетъ съ полнымъ правомъ исключить начало воспаленія легкаго и именно всегда, какъ только температура не достигаетъ 40°, такъ какъ немного найдется болѣзней, которыя сопровождались-бы такими постоянно высокими температурами, какъ крупозная пнеймонія и въ особенности при пораженіи верхушекъ, для которой 40° или близкое къ тому можно считать *минимумомъ*, а температуры въ 41° и 42°—*нерѣдкостью*.

Что касается до менингитовъ, то иногда долго не выясняются они у грудныхъ дѣтей; въ теченіе цѣлой недѣли и больше у ребенка бываетъ ежедневная рвота и онъ много плачетъ. Въ виду отсутствія другихъ мозговыхъ симптомовъ, врачъ предполагаетъ у него диспенсію и вдругъ появляются судороги, спячка и проч.

Если врачъ исключилъ всѣ мѣстныя болѣзни и пришелъ къ заключенію, что имѣеть дѣло съ общей болѣзнью, то онъ еще все-таки далекъ отъ точной діагностики; у дѣтей нерѣдко встрѣчаются лихорадочныя болѣзни неизвѣстнаго происхожденія, которыя вначалѣ симулируютъ какое нибудь серьезное заболѣваніе, но дня черезъ 2—3 кончаются полнымъ выздоровленіемъ и вотъ, пока не пройдетъ этотъ срокъ, позволяющій исключить различныя эфемерныя и простудныя лихорадки, врачъ не въ состояніи поставить точной діагностики, а, стало быть, не можетъ быть рѣчи и о предсказаніи.

Изъ всего сказаннаго слѣдуетъ, что діагностика лихорадочной бо-

лѣзни на первый день заболѣванія возможна далеко не всегда, именно только въ случаяхъ лихорадки, зависящей отъ мѣстной болѣзни или при общемъ страданіи, когда есть „ярлыкъ“ (herpes, насморкъ и пр.). Во всѣхъ другихъ случаяхъ приходится ждать дня 2—4 и если тогда омончательно выяснится, что въ данномъ случаѣ нѣтъ ни скрытно протекающей мѣстной болѣзни, ни простудной лихорадки и нѣтъ поводовъ подозрѣвать запоздалое высыпаніе сыпи, то не остается ничего болѣе предположить, какъ общую инфекціонную болѣзнь безъ ясно выраженныхъ мѣстныхъ локализаций, каковы: различныя формы тифа (брюшной, сыпной, возвратный), интермиттентъ, туберкулезъ и піемія.

## Острыя лихорадочныя болѣзни безъ рѣзко выраженныхъ локализаций.

### 1. Болѣзни, характеризующіяся лихорадкой постояннаго или послабляющаго типа.

#### Брюшной тифъ.

Брюшной тифъ въ дѣтскомъ возрастѣ характеризуется тѣми-же симптомами, что и у взрослыхъ, но отличается сравнительно болѣе легкимъ теченіемъ. Діагностика тифа въ большинствѣ случаевъ не трудна; основными симптомами считаются: типическій ходъ лихорадки (продолжительность и теченіе ея), свѣжая опухоль селезенки и тифозная розеола. Нѣсколько меньшее значеніе имѣютъ явленія со стороны органовъ пищеваренія, бронхитъ, симптомы пораженія нервной системы и общій habitus больного.

Изъ всѣхъ основныхъ симптомовъ тифа самымъ важнымъ для распознаванія его нужно считать *лихорадку*, которая въ противоположность всѣмъ другимъ симптомамъ при тифѣ никогда не отсутствуетъ и въ большинствѣ случаевъ отличается такой правильностью въ смыслѣ теченія и продолжительности, что нерѣдко дѣлаетъ возможнымъ правильную діагностику тифа даже и при отсутствіи многихъ другихъ, характерныхъ для него признаковъ.

Началу лихорадочнаго періода тифа предшествуютъ обыкновенно въ теченіе нѣсколькихъ дней неопредѣленные припадки общаго недомоганія, въ видѣ потери аппетита, вялости, непокойнаго сна и т. п., такъ что трудно бываетъ сказать, съ какого именно дня заболѣлъ ребенокъ;



счетъ дней болѣзни начинаютъ обыкновенно съ перваго дня лихорадочнаго состоянія. Можно принять за правило, что брюшной тифъ никогда не начинается ясно замѣтнымъ знобомъ и сильнымъ жаромъ, а обыкновенно легкимъ познабливаніемъ при небольшомъ повышеніи температуры; въ теченіе первыхъ 3—5 дней лихорадка прогрессивно, но постепенно усиливается, дѣлая послабленія по утрамъ и ожесточаясь къ 5—6 часамъ вечера, пока не достигнетъ своего аспе, приблизительно въ 40°. Если 40° получается ужъ на первый день или если въ теченіе первой недѣли вечерняя температура ни разу не поднималась до 39,6, то одинаково невѣроятно, что у больного тифъ.

Такое *постепенное усиленіе лихорадки въ началѣ заболѣванія составляетъ характерную особенность брюшного тифа* (за исключеніемъ нѣкоторыхъ абортивныхъ формъ его), *отмѣчающую его въ этомъ періодѣ отъ многихъ острыхъ болѣзней и въ особенности отъ сходныхъ съ нимъ сыпного и возвратнаго тифовъ.*

Достигнувъ въ концѣ 1-й недѣли своей аспе (приблизительно 40°), лихорадка остается на нѣсколько дней на достигнутой высотѣ, дѣлая послабленія утромъ и повышенія подъ вечеръ, при чемъ разница между низкими и высокими температурами въ теченіе дня можетъ колебаться отъ 0,5 до 1,5°. Подобныя колебанія для тифозной кривой почти обязательны, такъ что если въ теченіе первыхъ двухъ недѣль болѣзни разница между минимальной утренней и максимальной вечерней температурами меньше 0,5 или если по утрамъ  $t$  даже выше, чѣмъ вечеромъ, то діагностика брюшного тифа дѣлается сомнительной.

Для діагностики тифа имѣетъ значеніе и то, что лихорадка при немъ не проявляетъ наклонности къ быстрымъ и значительнымъ, ничѣмъ не мотивированнымъ колебаніямъ въ ту и другую сторону, какъ это часто случается, напр., при гриппѣ и туберкулезѣ. Но за то подъ вліяніемъ сильныхъ жаропонижающихъ значительныя колебанія температуры при тифѣ наступаютъ можетъ быть даже легче, чѣмъ при другихъ горячкахъ.

Съ половины второй или съ начала третьей недѣли (первое бываетъ чаще) замѣчается болѣе глубокое паденіе утреннихъ температуръ, какъ выраженіе начала *лизиса*, которымъ кончается обыкновенно брюшной тифъ въ концѣ 3-й или въ теченіе 4-й недѣли. Кризисъ въ 24—36 часовъ говоритъ противъ типическаго брюшного тифа; такое окончаніе болѣе свойственно сыпному и абортивному тифу.

Вторымъ весьма важнымъ для діагностики тифа симптомомъ я считаю *опухоль селезенки*, если только можно доказать, что она свѣжаго происхожденія (см. объ опухоляхъ селезенки, стр. 133). Къ сожалѣнію,

симптомъ этотъ не принадлежитъ къ числу постоянныхъ спутниковъ тифа (въ 10% опухоль селезенки совсѣмъ не можетъ быть констатирована, а прощупать ее удается въ 40—50%). Еслибъ опухоль селезенки при тифѣ встрѣчалась также обязательно, какъ и лихорадка, то я убѣжденъ, что смѣшеніе тифа съ менингитомъ и съ туберкулезомъ встрѣчалось бы гораздо рѣже, чѣмъ это случается теперь. Въ большинствѣ случаевъ опухоль селезенки при тифѣ является отъ 4 до 6 дня, но иногда и раньше.

Третій кардинальный симптомъ—*тифозная розеола*, имѣетъ для діагностики тифа еще большее значеніе, нежели опухоль селезенки, но за то и отсутствуетъ онъ чаще. Сыпь эта, состоящая изъ блѣдно-розовыхъ, слегка возвышенныхъ пятнышекъ, величиной съ булавочную головку, исчезающихъ отъ давленія пальцемъ, всего чаще появляется на спинѣ, животѣ и груди и рѣдко на конечностяхъ. Высыпь обыкновенно не обильна; нерѣдко удается насчитать штукъ 10 пятнышекъ. Появляется она отъ 7 до 11-го дня.

Со стороны органовъ пищеваренія для діагностики тифа могутъ имѣть значеніе измѣненіе языка (стр. 49), отсутствіе начальной рвоты (по крайней мѣрѣ, въ большинствѣ случаевъ), урчаніе и болѣзненность при давленіи въ области слѣпой кишки (съ конца первой недѣли), умѣренный поносъ (въ началѣ болѣзни обыкновеннѣе запоръ, съ конца 1-й недѣли поносъ) и небольшой метеоризмъ (въ отличіе отъ сходныхъ съ тифомъ случаевъ туберкулезнаго менингита).

Симптомы со стороны *нервной системы*, подобно предыдущимъ, могутъ тоже отсутствовать, особенно при тифѣ у дѣтей до 5 лѣтъ; въ другихъ случаяхъ они мало характерны и состоятъ только въ головной боли, общей слабости и бредѣ по ночамъ; наконецъ, въ третьемъ ряду случаевъ они представляются въ такомъ-же видѣ, какъ и у взрослыхъ и придаютъ особый отпечатокъ *habitus*'у тифознаго больного: покраснѣвшее, слегка одутловатое лицо, инъекцированные глаза, сонливое, безучастное выраженіе, суховатый, узкій, на кончикѣ красный языкъ и положеніе на спинѣ—вотъ обычный видъ больного при тифѣ средней силы. Въ тяжелыхъ случаяхъ лицо дѣлается блѣднымъ и выражаетъ большую слабость. Вообще говоря, по лицу можно судить о состояніи силъ больного.

Относительно *пульса* замѣтимъ, что когда дѣло идетъ о дифференціальной діагностикѣ тифа отъ туберкулезнаго менингита надо помнить, что при тифѣ у дѣтей старше 5 лѣтъ пульсъ бываетъ обыкновенно сравнительно съ температурой нѣсколько замедленъ; при 39°, напри- мѣръ, онъ держится около 90—100 ударовъ. Чѣмъ старше ребенокъ,

тѣмъ рельефнѣе выступаетъ это вліяніе тифознаго яда на сердце; больше значенія, какъ спмptomъ, говорящій противъ тифа и за менингитъ, имѣетъ *неправильность* пульса; но самъ по себѣ неправильный и замедленный пульсъ еще не исключаетъ тифа, такъ какъ иногда встрѣчается и при немъ; только въ связи съ другими симптомами онъ можетъ имѣть рѣшающее значеніе.

По степени развитія нервныхъ симптомовъ и по продолжительности лихорадочнаго періода различаютъ легкія, abortивныя, среднія и тяжелыя формы тифа.

Продолжительность случаевъ средней силы колеблется отъ 2½ до 3½ недѣль; если лихорадочное состояніе затягивается долѣе 4-хъ недѣль, то это указываетъ или на какое нибудь осложненіе (всего чаще бронхитъ и гипостатическая пнеймонія), или на ошибку въ діагностикѣ (лихорадка при туберкулезѣ можетъ быть очень похожа на тифозную, но отличается отъ нея неопредѣленной продолжительностью). При несложненномъ тифѣ лихорадочное состояніе въ теченіе третьей недѣли обязательно должно стоять ниже, чѣмъ было на второй, въ противномъ случаѣ, существованіе тифа дѣлается очень сомнительнымъ.

*Легкій тифъ* отличается отъ предыдущаго не столько продолжительностью (онъ можетъ тянуться даже и долѣе 3-хъ недѣль), сколько доброкачественностью лихорадки (хорошее состояніе сна, бодрый общій видъ больного, покойный сонъ, отсутствіе бреда). Если тифъ протекаетъ съ рѣзко выраженными нервными явленіями, но оканчивается почти критически раньше 2½ недѣль, то такія формы называются abortивными—*typhus abortivus*, а если случай тифа и кончается раньше срока и протекаетъ легко, то это будетъ легкій abortивный тифъ—*t. laevis abortivus*.

Тяжелыя формы тифа характеризуются, главнымъ образомъ, рѣзко выраженнымъ пораженіемъ сознанія и упадкомъ силъ, при чемъ наблюдаются: 1) температура въ разгарѣ болѣзни даже и по утрамъ подымается до 40°; 2) очень сухой или фулигинозный языкъ и зубы; 3) блѣдное лицо; 4) безсознательное испраженіе кала и мочи; 5) сильный бредъ днемъ и ночью и сведеніе затылка; 6) очень частый, слабый пульсъ и другія явленія, указывающія на упадокъ дѣятельности сердца, каковы, напр.: похолоданіе конечностей, легкій ціанозъ, гипостазы въ легкихъ; 7) различныя осложненія со стороны груди, живота и нервной системы.

Что касается до *дифференціальной діагностики брюшнаго тифа*, то въ началѣ своемъ онъ не представляетъ никакихъ особенныхъ, одному лишь ему свойственныхъ симптомовъ и потому узнать тифъ на первой

недѣлѣ довольно трудно. Въ это время приходится идти путемъ исключенія и прежде всего рѣшить вопросъ, не зависить-ли лихорадка отъ какого-нибудь мѣстнаго процесса, какъ объ этомъ было ужь говорено въ предыдущей главѣ. Если этотъ вопросъ получать отрицательный отвѣтъ, то останется разобрать, съ какой-же изъ общихъ лихорадочныхъ болѣзней имѣется дѣло? Исключить послѣ 3-го дня всѣ острия инфекціонныя экзантемы конечно легко, но не трудно принять за тифъ различныя легкія формы лихорадочнаго состоянія, продолжающагося всего нѣсколько дней и зависящаго отъ разнообразныхъ причинъ; сюда относятся, напр., гастрическая, герпетическая и простудная лихорадки, о діагностикѣ которыхъ я говорилъ въ главѣ о семіотикѣ лихорадки. Сюда-же относятся и нѣкоторые случаи гриппа, именно та форма его, которая протекаетъ безъ катарровъ и выражается только симптомами общаго заболѣванія, т. е. быстро наступающимъ жаромъ, общей слабостью, головной болью и болями въ поясницѣ и ногахъ; иногда вначалѣ бываетъ рвота. Подобную форму гриппа мы имѣли, напр., осенью 1889 года въ видѣ очень интенсивной эпидеміи. Діагностика представляла затрудненія только въ началѣ эпидеміи, но потомъ, когда выяснилось, что всѣ заболѣвающіе выздоравливаютъ въ 3—4 дня, то сомнѣнія на счетъ возможности тифа исчезли и правильное распознаваніе гриппа въ разгарѣ эпидеміи сдѣлалось доступнымъ и не врачамъ, до такой степени всѣ случаи были похожи другъ на друга въ своихъ главныхъ чертахъ.

Затрудненія увеличиваются еще и тѣмъ, что брюшной тифъ въ легкыхъ своихъ формахъ кончается выздоровленіемъ въ нѣсколько дней и можетъ быть узнавъ только въ виду извѣстныхъ этиологическихъ моментовъ, напр., домової эпидеміи, такъ что въ спорадическомъ случаѣ діагностика не можетъ идти далѣе предположенія какой-то инфекціи.

Если въ началѣ тифа утреннія ремиссіи доходятъ до полныхъ интермиссій и въ такомъ случаѣ около 12—2 часовъ дня ребенокъ начинаетъ забнуть, а къ вечеру съ нимъ дѣлается жаръ, то получается картина, очень похожая на интермиттентъ, въ особенности, если притомъ припухаетъ и селезенка. Разница состоитъ однако въ томъ, что при тифѣ экзацербации приходятся на вечеръ, тогда какъ при *f. intermittens* обыкновенно на утро или полдень; во-вторыхъ, въ томъ, что въ первые дни тифа температура не подымается выше  $39^{\circ}$ — $39,5^{\circ}$ , а при парозизмѣ болотной лихорадки она обыкновенно выше  $40^{\circ}$ ; въ-третьихъ, наконецъ, въ томъ, что среднія дозы хинина, не оказывающія вліянія на тифозную лихорадку, прерываютъ *f. intermittens*.

На 2-й недѣлѣ діагностика тифа въ громадномъ большинствѣ случаевъ легка, особенно если больной находится подъ наблюдениемъ врача уже нѣсколько дней; кривая температуры, свѣжая опухоль селезенки, roseola и характерный habitus прямо указываютъ врачу, съ чѣмъ онъ имѣетъ дѣло. Такъ какъ въ это время легко исключить острыхъ сыпныхъ горячки, а также и всѣ мѣстные болѣзни (такъ какъ онѣ успѣли бы выразиться), то для діагностики достаточно кривой температуры и свѣжей опухоли селезенки.

При такомъ условіи рѣчь можетъ идти только о трехъ процессахъ: брюшномъ и сыпномъ тифахъ, да о возвратной горячкѣ, но послѣдняя легко исключается, такъ какъ первый приступъ ея кончается обыкновенно на 5—7 день, а до 2-й недѣли затягивается только въ исключительныхъ случаяхъ. Отъ *сыпного тифа* главное отличие состоитъ въ особенностяхъ сыпи. Хотя отдѣльные пятнышки roseolae сыпного тифа ничѣмъ существеннымъ не отличаются отъ roseola брюшного, но разница въ слѣдующемъ: 1) *время высыпанія*: при сыпномъ она появляется ужъ на 3 или 4 день, рѣдко позднѣе, тогда какъ при брюшномъ всего чаще въ началѣ 2 недѣли до 11 дня; 2) *быстрота высыпанія* — при первомъ roseola появляется сразу въ большомъ количествѣ, а при второмъ она высыпаетъ постепенно въ теченіе 2—4 дней и въ концѣ концовъ остается все-таки скудной; 3) *обиліе сыпи и ея распространенность*: при сыпномъ тифѣ сыпь въ большинствѣ случаевъ очень обильна и занимаетъ не только туловище, но и конечности, а иногда даже и лицо; при брюшномъ — сыпь только на туловищѣ и нерѣдко въ ничтожномъ количествѣ.

Дальнѣйшее отличие мы имѣемъ въ *михорадкѣ*, которая при сыпномъ тифѣ, въ отличие отъ брюшного, характеризуется быстрымъ началомъ, вслѣдствіе чего нерѣдко бываетъ *знобъ*, за которымъ слѣдуетъ значительный жаръ, такъ что ужъ на 1-й вечеръ, много на 2-й, температура достигаетъ 40° и больше. Maximum часто приходится на вечеръ 2-го или 3-го дня; окончаніе совершается *кризисомъ*. Продолжительность сыпного тифа въ 11—14 дней. Со стороны другихъ признаковъ — опухоль селезенки, нервные симптомы, сухой языкъ, бронхитъ — замѣтной разницы между этими двумя тифами нѣтъ. Аномальныя формы сыпного тифа, протекающія безъ сыпи, со стороны симптомовъ ничѣмъ не отличаются отъ abortивнаго брюшного тифа, которому тоже свойственно быстрое начало и критическое окончаніе, а потому точная діагностика abortивныхъ тифовъ возможна только въ тѣхъ случаяхъ, когда извѣстенъ источникъ зараженія.

Итакъ, діагностика типическихъ, правильно протекающихъ слу-

чаевъ тифа легка, но нѣкоторыя изъ осложненій или неправильности въ смыслѣ чрезмѣрнаго развитія однихъ симптомовъ въ ущербъ другимъ или появленіе какихъ-либо симптомовъ, не свойственныхъ тифу, могутъ такъ запутать дѣло, что врачъ въ теченіе многихъ дней будетъ въ непріятномъ состояніи полной нерѣшительности.

Наибольшія затрудненія представляетъ подчасъ *диагностика тифа отъ острою miliarнаго туберкулеза*, но объ этомъ мы будемъ говорить въ одной изъ слѣдующихъ главъ, здѣсь-же скажемъ только о *диагностикѣ тифа отъ туберкулезнаго менингита*, которая въ типическихъ случаяхъ не представляетъ никакихъ затрудненій и если, тѣмъ не менѣе, молодые врачъ принимаютъ иногда туберкулезный менингитъ за тифъ, то это можно объяснить только тѣмъ, что дѣтскія клиника если гдѣ и существуютъ, то онѣ очень малы, а въ клиникахъ для взрослыхъ студенты совсѣмъ не видятъ менингита, тогда какъ тифъ проходитъ передъ ихъ глазами постоянно и потому они считаютъ туберкулезное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ, сравнительно съ тифомъ, за большую рѣдкость и въ своей частной практикѣ совсѣмъ забываютъ объ его существованіи, а между тѣмъ въ дѣтскомъ возрастѣ особенно у маленькихъ дѣтей, meningitis tuberculosa встрѣчается даже чаще тифа, такъ что West прямо говоритъ, что въ сомнительныхъ случаяхъ можно руководствоваться возрастомъ ребенка: если ему нѣтъ двухъ лѣтъ, то вѣроятнѣе менингитъ, а если онъ старше—то тифъ.

Самые важные отличительные признаки типическихъ случаевъ туберкулезнаго менингита состоятъ въ слѣдующемъ: онъ протекаетъ почти безъ лихорадки и *всегда начинается рвотой*, упорно повторяющейся нѣсколько дней подъ рядъ, чего при тифѣ никогда не бываетъ; *головная боль* болѣе или менѣе сильная съ перваго дня продолжается до періода потемнѣнія сознанія. Если эти два симптома, т. е. головная боль и рвота выражены рѣзко, если, напр., головная боль такъ сильна, что заставляетъ больного по временамъ вскрикивать, хвататься за голову, метаться, а рвота повторяется послѣ каждаго питья, приѣма лѣкарства или просто при перемѣнѣ положенія больного, въ теченіе 3—4 дней, то о тифѣ нечего и думать.

Къ концу первой недѣли туберкулезный менингитъ выясняется еще больше: ребенокъ становится *сонливъ*, *пульсъ* его *замедляется* и дѣлается *неправильнымъ*, животъ *вваливается* или, по крайней мѣрѣ, *уплощается* (тогда какъ при тифѣ онъ начинаетъ *вздуться* уже на 3—4 день), *взглядъ* дѣлается *неподвижнымъ* и т. д.

Но кромѣ этихъ, такъ сказать, правильныхъ случаевъ, встрѣчаются и другіе, въ которыхъ диагностика между тифомъ и острой головной

водянкой колеблется въ теченіе нѣсколькихъ дней. Болѣе частая ошпбка состоитъ въ томъ, что туберкулезный менингитъ принимается за тифъ (потому что первому болѣе свойственны отклоненія отъ нормы), но иногда и наоборотъ. Возможность ошибки объясняется тѣмъ, что въ началѣ менингита рвота не всегда бываетъ упорной, а одно — или двукратная рвота можетъ встрѣтиться и въ началѣ тифа; далѣе при тифѣ нерѣдко замѣчается апатія и сонливость, подѣ вліяніемъ наркотическаго дѣйствія яда, и относительно замедленный и даже неправильный пульсъ (рѣдко!) и запоръ, а съ другой стороны и при менингитѣ не особенно рѣдко встрѣчаются температуры выше 39° при отсутствіи неправильности пульса.

Но въ такихъ, сравнительно простыхъ случаяхъ, сомнѣніе продолжается недолго, да и то лишь въ томъ только случаѣ, если нѣтъ опухоли селезенки и розеола. Въ скоромъ времени, дня черезъ два, напримѣръ, діагностика выясняется, такъ какъ при тифѣ мозговые симптомы не развиваются далѣе, т. е. къ нимъ не присоединяются новые мозговые симптомы, между тѣмъ какъ туберкулезный менингитъ съ каждымъ днемъ прогрессируетъ.

Гораздо болѣе затрудненій представляютъ случаи менингита, которые начинаются и въ продолженіе нѣсколькихъ дней (10—14) протекаютъ совершенно, какъ легкій тифъ (т. е. безъ всякихъ мозговыхъ симптомовъ), даже безъ рвоты, головной боли, но на второй или на 3-й недѣлѣ мало по малу начинаютъ появляться подозрительные припадки, которые съ каждымъ днемъ все болѣе и болѣе выясняютъ развитіе острой головной водянки. Подобные случаи Rilliet и Barthez описываютъ подѣ именемъ *тифозной формы туберкулезнаго менингита*. По мнѣнію этихъ авторовъ, здѣсь дѣло начинается съ общаго милиарнаго туберкулеза, къ которому скоро присоединяется пораженіе мозговыхъ оболочекъ, какъ одно изъ локализаций общаго туберкулеза.

По нашему мнѣнію, къ такъ называемой тифозной формѣ менингита относятся двѣ разновидности острой головной водянки; одна изъ нихъ есть дѣйствительно общій милиарный туберкулезъ съ послѣдовательнымъ пораженіемъ мозговыхъ оболочекъ, а потому до поры до времени онъ и протекаетъ безъ мозговыхъ симптомовъ (лихорадочный періодъ предвѣстниковъ) и все, что мы скажемъ по поводу отличія тифа отъ остраго или затыжнаго милиарнаго туберкулеза, относится и къ подобнымъ случаямъ менингита.

Другая разновидность тифозной формы головной водянки есть настоящій тифъ, осложненный въ дальнѣйшемъ теченіи простымъ (не туберкулезнымъ) серознымъ менингитомъ. Одинъ подобный случай, под-

твержденный вскрытіемъ описанъ въ 1-мъ выпускѣ моихъ лекцій объ острыхъ инфекц. болѣзняхъ. Въ обѣихъ разновидностяхъ мозговые симптомы появляются сравнительно поздно, большею частью на второй недѣлѣ отъ начала лихорадки или еще позднѣе, но разница въ томъ, что при первой разновидности во все время лихорадочнаго періода нельзя замѣтить ни опухоли селезенки, ни тифозной розеоли, тогда какъ при второй формѣ оба эти симптома бывають на лицо, въ чемъ и состоитъ существенная клиническая разница этихъ двухъ формъ.

*Діагностика тифа отъ ulcerознаго эндокардита* тоже очень трудна, но это обстоятельство въ практическомъ отношеніи потому не важно, что ulcerозный эндокардитъ въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается крайне рѣдко. Онъ симулируетъ *тяжелый* тифъ и потому подозрѣвать его можно въ томъ случаѣ, если явленія тяжелаго тифа развиваются у ребенка, страдающаго порокомъ сердца и въ теченіе болѣзни развиваются симптомы эмболии, напр., внезапная гемиплегія, кровохарканье, петехіи на кожѣ и т. п. Опухоль селезенки наблюдается при язвенномъ эндокардитѣ не менѣе постоянно, чѣмъ при тифѣ; нерѣдкость также и розеоля; значитъ, эти два, вообще очень важные для діагностики тифа, симптома въ данномъ случаѣ не рѣшаютъ дѣла.

*Діагностику между тифомъ и острымъ гнойнымъ*, или cerebro-спинальнымъ *менингитомъ* приходится ставить въ случаяхъ самаго тяжелаго тифа (большею частью сыпного), начинающагося безъ предвѣстниковъ и протекающаго съ самаго начала при высокихъ температурахъ и съ значительнымъ пораженіемъ общаго чувствилща. Къ концу 1-й недѣли появляется сведеніе затылка, а иногда и спины, сознание исчезаетъ и вообще картина болѣзни напоминаетъ острый менингитъ. Въ пользу тифа въ такихъ случаяхъ всего больше говорить свѣжая *опухоль селезенки*, *отсутствіе* упорной *рвоты* въ началѣ болѣзни и судорогъ и сравнительно *домая продолжительность* болѣзни. Смерть при тифѣ наступаетъ обыкновенно между 7 и 11-мъ днемъ, тогда какъ при гнойномъ менингитѣ на 3—5-й день, (для cerebro-спинальнаго нельзя опредѣлить срока). На первичное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ указываетъ упорная рвота въ первые дни болѣзни, сильнѣйшая головная боль, раннее появленіе (нерѣдко до 3-го дня) судорогъ и потери сознания и наличность той или другой причины для менингита (ушибъ, инсоляція, течь изъ уха и проч.).



### Возвратная горячка.

*Febris recurrens*, принадлежащая къ числу контагіозныхъ и эпидемическихъ болѣзней, характеризуется своеобразнымъ теченіемъ лихорадки, состоящей изъ двухъ или трехъ приступовъ нѣсколькихъ-дневнаго жара, отдѣленныхъ другъ отъ друга періодомъ безлихорадочнаго состоянія въ нѣсколько дней (7—9).

Каждый изъ приступовъ начинается безъ предвѣстниковъ прямо съ быстрого поднятія температуры въ теченіе нѣсколькихъ часовъ градусовъ до 40 и больше; первый приступъ продолжается 5—7 дней, второй 3—5 дней; какъ тотъ, такъ и другой кончается кризисомъ, наступающимъ такъ же быстро, какъ и первоначальное поднятіе ( $t$  падаетъ съ 40—41° до нормы въ теченіе нѣсколькихъ часовъ).

Возвраты лихорадочнаго состоянія настолько постоянны при этой болѣзни, что отъ нихъ произошло и названіе ея; они-же облегчаютъ и діагностику. Во время перваго приступа рекуррентъ всего легче смѣшать съ тифомъ и именно, въ виду быстрого наступленія жара, съ сыпнымъ или абортивнымъ. Отличія состоятъ въ быстромъ и значительномъ опуханіи селезенки, которая прощупывается нерѣдко ужъ на 2-й день и оказывается при этомъ болѣзненной, и въ сильныхъ мышечныхъ боляхъ (икры, затылокъ); кризисъ при тифѣ никогда не бываетъ такъ значителенъ и быстръ. Въ сомнительныхъ случаяхъ легко выяснитъ діагностику посредствомъ изслѣдованія крови на спириллы, которыя никогда не отсутствуютъ при рекуррентѣ въ періодѣ жара и представляются подъ микроскопомъ, въ свѣжей каплѣ крови, въ видѣ очень тонкихъ, одноконтурныхъ, волнообразно извитыхъ, постоянно двигающихся, темныхъ ниточекъ, длиной въ 3—4 кров. шарика.

### Острый милиарный туберкулезъ.

Мы относимъ острый туберкулезъ къ группѣ общихъ инфекціонныхъ болѣзней безъ опредѣленной локализаціи не только потому, что онъ съ клинической стороны представляетъ наибольшее сходство съ инфекціонными болѣзнями этой группы, но еще и потому, что онъ долженъ быть причисленъ сюда въ силу своего патогенеза (бацилярная инфекція) и по производимымъ имъ патолого-анатомическимъ измѣненіямъ въ организмѣ. Дѣйствительно объ опредѣленной локализаціи не можетъ быть и рѣчи, такъ какъ съ одной стороны нѣтъ ни одного органа, который постоянно поражался-бы при остромъ милиарномъ туберкулезѣ, а съ другой стороны нѣтъ и такого органа, который во

всѣхъ случаяхъ оставался бы пощаженнымъ. Въ однихъ случаяхъ поражаются преимущественно мозговья оболочка, въ другихъ легкія, еще въ другихъ туберкулезъ является разсѣяннымъ по всему организму, при чемъ обильная высыпь бугорковъ встрѣчается не только въ легкихъ, но и на серозныхъ оболочкахъ и въ паренхиматозныхъ органахъ, т. е. въ печени, селезенкѣ, почкахъ и проч. Въ виду такого разнообразія патолого-анатомическихъ измѣненій при милиарномъ туберкулезѣ нечего удивляться, что и клиническая его картина представляетъ въ отдѣльныхъ случаяхъ большое разнообразіе, которое усиливается еще и различной быстротой распространенія бугорковъ въ тѣлѣ; въ однихъ случаяхъ, напр., они высыпаютъ какъ будто сразу, въ разныхъ органахъ и сконцентрировываются преимущественно въ легкихъ и тогда получается картина очень бурно протекающей лихорадочной болѣзни, съ сильнымъ кашлемъ и одышкой и съ смертельнымъ исходомъ въ 2—4 недѣли; такая форма остраго милиарнаго туберкулеза, въ виду ея большого сходства съ тифомъ, извѣстна подъ именемъ *тифозной формы*.

Въ другихъ случаяхъ высыпаніе бугорковъ идетъ медленно, и если мозговья оболочки не поражаются, то болѣзнь тянется много недѣль, выражаясь, главнымъ образомъ, умѣреннымъ лихорадочнымъ состояніемъ — *это подострый или скрытно протекающій милиарный туберкулезъ*. Если съ самаго начала вовлекаются въ процессъ и мозговья оболочки, то получается форма милиарнаго туберкулеза, извѣстная подъ именемъ *туберкулезнаго воспаленія мозговыхъ оболочекъ* или, такъ какъ процессъ этотъ сопровождается образованіемъ серознаго выпота въ мозговые желудочки — *острой туберкулезной головной водянки*.

Острый милиарный туберкулезъ присоединяется или къ существующей уже чахоткѣ, гесп. къ катарральной пневмоніи и тогда мало измѣняетъ картину бывшей болѣзни, хотя и ускоряетъ наступленіе летальнаго исхода, или онъ развивается какъ бы самостоятельно, у дѣтей, на видѣ здоровыхъ, и тогда протекаетъ совсѣмъ иначе, чѣмъ въ первомъ случаѣ. Мы будемъ говорить здѣсь только о послѣднихъ, т. е. о самостоятельныхъ формахъ туберкулеза.

Развитію всѣхъ этихъ формъ милиарнаго туберкулеза предшествуетъ обыкновенно періодъ предвѣстниковъ въ видѣ постепеннаго, какъ бы безпричиннаго упадка питанія; мы говорили о припадкахъ этого періода въ главѣ о туберкулезномъ менингитѣ. Начало и теченіе различныхъ формъ туберкулеза будетъ различно въ зависимости отъ быстроты высыпанія бугорковъ и ихъ локализаци.

Тифозная или острая форма милиарнаго туберкулеза начинается, подобно

многимъ другимъ инфекціоннымъ процессамъ, довольно быстро наступающимъ жаромъ, вслѣдъ за которымъ появляется кашель, но особенно характерно, что, не смотря на отрицательные результаты перкуссіи и на то, что при аускультациі получаются только явленія катарра среднихъ бронховъ въ видѣ усиленнаго везикулярнаго шума и незначительныхъ хриповъ, больной представляетъ очень учащенное дыханіе (у дѣтей старшаго возраста до 50—60, у младшихъ до 80—90 въ минуту). Позднѣе, по мѣрѣ усиленія катарра, появляются мелко и среднепузырчатые хрипы и одышка. Лихорадка постепенно усиливается, принимаетъ большею частью неправильный типъ и въ дальнѣйшемъ теченіи сопровождается различными явленіями, свойственными тяжелому тифу, каковы, напр.: сухой языкъ, фулгинозные налеты на зубахъ, затемненное сознаніе, бредъ, общая слабость. Въ общемъ получается картина, всего болѣе похожая на тифъ, осложненный капиллярнымъ бронхитомъ. Сходство это объясняется тѣмъ, что не только отдѣльные симптомы, но и группировка ихъ въ обѣихъ болѣзняхъ даетъ одинаковый результатъ. Неувѣренность діагностики можетъ продолжаться до самой смерти больного и только вскрытіе выясняетъ дѣло.

Во многихъ случаяхъ, однако, діагностика все-таки возможна и основывается она съ одной стороны на анамнестическихъ данныхъ, имѣющихъ отношеніе къ туберкулезу вообще, а съ другой—на симптомахъ настоящаго заболѣванія.

Во всѣхъ случаяхъ, когда подозрѣвается туберкулезное заболѣваніе, въ какой бы то формѣ не было, необходимо справляться въ анамнезѣ насчетъ *наследственнаго расположенія къ туберкулезу* (здоровье братьевъ и сестеръ, золотуха въ семьѣ, рахитизмъ въ первые года жизни (см. гл. о туберкулезномъ менингитѣ) и о *періодѣ предвѣстниковъ*, который при туберкулезѣ рѣдко отсутствуетъ. Онъ тянется значительно дольше, чѣмъ при тифѣ (см. тамъ-же). Важное значеніе имѣетъ также и *этіологія болѣзни*. Одна и та-же картина болѣзни производитъ на врача совершенно различное впечатлѣніе, смотря потому, развилась-ли она у ребенка, до тѣхъ поръ здороваго и жившаго, можетъ быть, въ домѣ, въ которомъ ужь были случаи тифа, или она появилась послѣ извѣстныхъ болѣзней, имѣющихъ отношеніе къ туберкулезу (корь, коклюшъ, гриппъ, продолжительныя нагноенія).

Что касается до симптомовъ, то надо имѣть въ виду, что если у сомнительнаго больного, представляющаго симптомы тяжелаго тифа, констатируется свѣжая опухоль селезенки и тифозная розеола, то можно исключить туберкулезъ и діагносцировать тифъ, особенно въ томъ случаѣ, если селезенка такъ велика, что прощупывается, ибо при

отложеніи туберкуловъ въ селезенкѣ она хотя тоже увеличивается, но только немного. Чѣмъ тяжелѣе тифъ (а острая форма туберкулеза симулируетъ обыкновенно тяжелый тифъ), тѣмъ и селезенка сильнѣе припухаетъ, а потому и можно установить правило, что при *отсутствіи* ясно замѣтной опухоли селезенки, не смотря на высокое лихорадочное состояніе, протекающее при сильномъ бредѣ, кашлѣ и при рѣзко выраженныхъ другихъ тифозныхъ явленіяхъ, слѣдуетъ ставить діагностику съ крайней осторожностью и имѣть въ виду острый туберкулезъ.

Подозрѣть существованіе послѣдняго мы имѣемъ еще больше права въ томъ случаѣ, если при *отсутствіи* симптомовъ, специально указывающихъ на тифъ (опухоль селезенки, розеоли, поноса), есть *припадки*, говорящіе противъ тифа. Благодаря тому, что въ началѣ своей больничной дѣятельности я не придерживался этого правила, я въ первомъ-же случаѣ остраго миліарнаго туберкулеза былъ непріятно пораженъ результатами вскрытія, такъ какъ даже и не подозрѣвалъ этой болѣзни. Припадки, говорящіе противъ тифа и за туберкулезъ, могутъ состоять въ слѣдующемъ:

1. *Характеръ лихорадки.* При остромъ миліарномъ туберкулезѣ лихорадка можетъ быть всякаго типа, въ томъ числѣ и довольно правильная *continua remittens*, какъ и при тифѣ и это бываетъ именно въ случаяхъ, самыхъ трудныхъ для діагностики. Здѣсь можетъ имѣть нѣкоторое значеніе только абсолютная высота температуры: если въ теченіе нѣсколькихъ дней подъ рядъ утреннія температуры стоятъ выше  $40^{\circ}$ , то это одно ужъ говоритъ противъ тифа. Еще болѣе характерны для туберкулеза часто встрѣчающіяся при немъ сильныя и ничѣмъ не мотивированныя колебанія температуры, напр., утромъ около  $37,5^{\circ}$ , а вечеромъ больше  $40^{\circ}$  и извращенный типъ лихорадки, при частыхъ и обильныхъ потахъ и очень частомъ пульсѣ (при тифѣ, какъ уже было сказано, пульсъ нерѣдко бываетъ относительно замедленный).

*Явленія со стороны органовъ дыханія.* При остромъ миліарномъ туберкулезѣ сильный кашель и учащенное дыханіе выступаютъ на первый планъ ужъ съ самаго начала, тогда какъ при тифѣ въ теченіе первой недѣли не бываетъ ни рѣзко выраженнаго бронхита, ни кашля и во всякомъ случаѣ нѣтъ одышки. Въ типическихъ случаяхъ остраго миліарнаго туберкулеза, когда дѣло ограничивается высыпаніемъ безчисленныхъ бугорковъ въ легкихъ, но безъ образованія воспалительныхъ уплотнѣній легочной ткани, постукиваніе даетъ отрицательные результаты, а выслушиваніе — кой-гдѣ катарральные хрипы и рѣзкій везикулярный дыхательный шумъ, словомъ, признаки незначительнаго бронхіальнаго катарра и для діагностики важно именно то, что не

*смотря на отрицательные результаты физикальнаго изслѣдованія груди, больной страдаетъ одышкой и мучительнымъ сухимъ кашлемъ.*

Далѣе, противъ тифа и за туберкулезъ говорятъ: особая блѣдность съ фіолетовымъ оттѣнкомъ лица и по Вouchu — гиперэстезія грудной клѣтки. *Продолжительность болѣзни.* На третьей недѣлѣ тифъ оказываетъ склонность къ улучшенію, между тѣмъ какъ при туберкулезѣ припадки или продолжаютъ успливатьсѣ или, по крайней мѣрѣ, остаются in statu quo.

Наконецъ, рѣшающее значеніе въ пользу милиарнаго туберкулеза имѣетъ *присутствіе бугорковъ на днѣ глаза*, но, къ сожалѣнію, значеніе этого симптома умалывается тѣмъ, что онъ встрѣчается далеко не во всѣхъ случаяхъ. Иногда они являются очень рано, напр., за нѣсколько недѣль до летальнаго исхода, въ другихъ — за 1—2 дня до смерти. Такъ какъ при бугоркахъ сосудистой оболочки глазъ острота зрѣнія не страдаетъ и никакихъ субъективныхъ жалобъ нѣтъ, то найти ихъ можно лишь при повторномъ офтальмоскопированіи и притомъ обоихъ глазъ, такъ какъ очень нерѣдко поражается только одинъ глазъ.

Итакъ, резюмируя все сказанное, мы приходимъ къ заключенію, что противъ тифа и за туберкулезъ говорятъ, главнымъ образомъ, слѣдующія данныя: этиологія (наслѣдственность, корь, коклюшь и проч.), отсутствіе опухоли селезенки и тифозной розеоли при значительной, но неправильной лихорадкѣ и при сильномъ кашлѣ съ одышкой, не смотря на почти отрицательные результаты физикальнаго изслѣдованія груди. Если удастся открыть бугорки на choroid., то сомнѣній въ діагностикѣ быть уже не можетъ. Такое-же рѣшающее значеніе имѣетъ и присутствіе туберкулезныхъ бациллъ въ мокротѣ; но отсутствіе двухъ этихъ признаковъ не исключаетъ туберкулеза.

**Подострая форма милиарнаго туберкулеза** протекаетъ или совсѣмъ безъ кашля, или при явленіяхъ умѣреннаго бронхита, но во всякомъ случаѣ безъ одышки и даже безъ учащеннаго дыханія и выражается, главнымъ образомъ, лихорадочнымъ состояніемъ, которое держится около 38°—38,5° утромъ и 39°—39,5° по вечерамъ; никакихъ мѣстныхъ симптомовъ при этомъ можетъ не быть, ребенокъ долго остается на ногахъ, сохраняетъ до нѣкоторой степени аппетитъ и вовсе не производитъ впечатлѣнія не только опаснаго, но даже и серьезнаго больного. Врачъ, не находя для объясненія лихорадки никакихъ мѣстныхъ болѣзней, останавливается на предположеніи легкаго тифа, но вопреки его предсказанію лихорадка затягивается дольше 4 недѣль и наконецъ раньше или позднѣе все разъясняется проявленіемъ туберкулезной пнеймоніи или острой головной водянки.

Продолжительность болѣзни прямо зависитъ отъ того, какъ скоро туберкулезъ распространяется на мозговья оболочку; до этого момента проходить обыкновенно недѣли 2—3, но иногда и значительно больше. Въ одномъ изъ моихъ случаевъ подобнаго рода скрытый туберкулезъ, выразившійся постоянной лихорадкой и легкимъ, по временамъ обострившимся бронхитомъ, тянулся 109 дней.

Въ первыя двѣ недѣли діагностика отъ легкаго тифа очень трудна; отсутствіе опухоли селезенки, поноса и розеоли ничего не доказываетъ, такъ какъ при легкомъ тифѣ часто не бываетъ ни того, ни другого, ни третьяго. Не смотря на то, однако, при постели больного почти всегда возможно если не распознать, то, по крайней мѣрѣ, съ большою вѣроятностью предположить, что это не тифъ, а туберкулезъ и именно на томъ основаніи, что скрыто протекающій туберкулезъ едва-ли когда-нибудь развивается у дѣтей вполне здоровыхъ, а всегда послѣ какой-нибудь катарральной или катаррально-лихорадочной болѣзни, каковы: коклюшъ, корь и гриппъ. Въ типическихъ случаяхъ, каковыхъ большинство, бываетъ обыкновенно такъ: ребенокъ, происходящій изъ туберкулезной семьи или страдавшій въ первые года жизни рахитизмомъ, (поздно рѣзались зубы, долго не начиналъ ходить, на первомъ году жизни былъ очень потливъ и страдалъ или повторными поносами, или бронхитами; теперь замѣтны слѣды рахитизма на грудной кѣткѣ и т. п.), заболѣваетъ одной изъ названныхъ болѣзней, напр., корью и начинаетъ выздоравливать, но выздоровленіе идетъ плохо: ребенокъ мало ѣстъ, онъ вялъ, по вечерамъ какъ будто лихорадитъ, хотя кашель почти прошелъ или его даже и вовсе нѣтъ. По совѣту врача начинаютъ слѣдить за температурой и вотъ оказывается, что у больного дѣйствительно лихорадочное состояніе, по характеру своему напоминающее тифъ. Но то обстоятельство, что этотъ мнимый тифъ начался послѣ кори, а не появился самостоятельно и дѣлаетъ въ высшей степени вѣроятнымъ, что причина лихорадки лежитъ въ туберкулезѣ. Въ дальнѣйшемъ теченіи дѣло выясняется даже и безъ развитія менингита, прямо чрезмѣрной для тифа продолжительностью лихорадки. Въ другихъ случаяхъ діагностика выясняется еще раньше на основаніи результатовъ офтальмоскопическаго изслѣдованія (бугорки хорондеи). Что касается до характера лихорадки, то въ общемъ она бываетъ постояннаго, послабляющаго типа, слѣдовательно, какъ и при тифѣ, но отличается болѣею неправильностью; особенно характерны чрезвычайно значительныя, ничѣмъ не мотивированныя повышенія температуры на одинъ—два дня; подозрительны также повторныя, почти ежедневныя или ночныя поты (въ періодѣ разгара тифа трудно

вызвать потъ даже и искусственными мѣрами) и полная безрезультатность хиннаго лѣченія (послѣднее обстоятельство имѣетъ особое значеніе для діагностики случаевъ туберкулеза, протекающихъ съ лихорадкой интермиттирующаго типа, отъ болотной лихорадки).

Поставить діагностику туберкулезной лихорадки еще вовсе не значитъ признать больного безнадежнымъ, такъ какъ несомнѣнно встрѣчаются случаи весьма продолжительной и по всѣмъ другимъ признакамъ туберкулезной лихорадки и тѣмъ не менѣе кончающіеся выздоровленіемъ, особенно подъ вліяніемъ климатическаго лѣченія или послѣ выѣзда изъ большого города въ деревню. Что подобнаго рода больные находятся въ опасности при всякомъ удобномъ случаѣ опять заболѣть туберкулезомъ въ той или иной формѣ, это понятно само собой и въ практикѣ встрѣчаются не особенно рѣдко.

*Болѣзни, характеризующіяся лихорадкой перемежающагося типа.*

### **Болотная лихорадка.**

Febris intermittens—встрѣчается у дѣтей, какъ и у взрослыхъ, въ правильныхъ и неправильныхъ формахъ. Правильная болотная лихорадка не представляетъ затрудненій для діагностики, такъ какъ она характеризуется почти ей только одной свойственнымъ правильнымъ повтореніемъ совершенно одинаковыхъ пароксизмовъ, состоящихъ изъ зноба, за которымъ слѣдуетъ жаръ и потомъ потъ. Весь пароксизмъ продолжается 4—12 часовъ и засимъ болѣзнь какъ будто кончилась и больной чувствуетъ себя здоровымъ, пока на слѣдующій день или черезъ день, приблизительно въ тотъ-же самый часъ, начинается новый пароксизмъ и т. д. въ теченіе неопредѣленнаго времени, пока больной не выѣдетъ изъ болотной мѣстности или не начнетъ лѣчиться хинномъ. Хининъ, въ количествѣ столькихъ гранъ, сколько больному лѣтъ, назначенный за 4—6 часовъ до начала приступа, купируетъ его почти навѣрное, особенно въ свѣжихъ случаяхъ, и потому на него можно смотрѣть, какъ на реактивъ, могущій служить для выясненія діагностики.

По ходу температуры правильную лихорадку могутъ симулировать во 1-хъ, туберкулезъ, во 2-хъ, изнурительная лихорадка—f. hectica, сопровождающая различныя нагноенія во внутреннихъ органахъ и въ 3-хъ, піэмія.

Объ этихъ именно процессахъ слѣдуетъ подумать во всѣхъ случаяхъ затянувшейся перемежающейся лихорадки, не уступающей хинну.

Объ особенностяхъ туберкулезной лихорадки было говорено выше; если иногда въ скрытыхъ формахъ милиарнаго туберкулеза она и дѣлаетъ антракты, то весьма рѣдко случается, чтобы антракты эти повторялись нѣсколько дней подъ рядъ, гораздо чаще приходится наблюдать при туберкулезѣ не перемежающуюся лихорадку, а неправильно ослабляющую. Отсутствіе полныхъ антрактовъ, безрезультатность хиннаго лѣченія и анамнезъ—все это, вмѣстѣ взятое, исключаетъ febr. intermittens съ достаточной достовѣрностью. Если f. hectica сопровождается легочную чахотку или катарральную пневмонію, то діагностика еще легче, такъ какъ она основывается на объективныхъ данныхъ, указывающихъ на повреженіе легкихъ.

Изъ нагноительныхъ процессовъ во внутреннихъ органахъ, симулирующихъ f. intermittens въ дѣтскомъ возрастѣ, можно поставить на первомъ мѣстѣ гнойный плевритъ и спондилитъ; оба легко узнаются путемъ объективнаго изслѣдованія больного. Не особенно рѣдко встрѣчается интермиттирующій ходъ лихорадки въ періодѣ всасыванія экссудата послѣ ограниченнаго или разлитого перитонита; въ одномъ случаѣ легочнаго нарыва я, вмѣстѣ съ д-ромъ Веревкинымъ, наблюдалъ лихорадку замѣчательнаго правильнаго перемежающагося типа въ теченіе цѣлаго мѣсяца ф. 4, стр. 194. То же самое можетъ встрѣтиться при гнойныхъ менингитахъ, абсцессахъ печени, селезенки и проч. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ во время антракта всегда можно констатировать извѣстные симптомы со стороны пораженнаго органа. При изслѣдованіи больныхъ, страдающихъ какъ будто перемежающейся лихорадкой, не уступающей хинину, нужно обратить вниманіе и на сердце, такъ какъ и язвенный эндокардитъ можетъ симулировать f. intermit.

Что нѣкоторые случаи тифа въ своемъ началѣ могутъ быть приняты за болотную лихорадку, объ этомъ было ужъ упомянуто.

**Неправильныя формы болотной лихорадки**, извѣстныя подъ именемъ маскированной лихорадки—febris intermittens larvata, представляютъ съ клинической стороны такое разнообразіе, что для діагностики важны не столько сами симптомы, сколько *правильная періодичность* ихъ появленія; но такъ какъ періодичность тѣхъ или иныхъ припадковъ, помимо болотной лихорадки, можетъ зависѣть и отъ другихъ причинъ и встрѣчается не только въ чисто нервныхъ, но и въ воспалительныхъ болѣзняхъ, то одной только періодичности припадковъ еще недостаточно для точнаго распознаванія маскированной лихорадки. Діагнозъ дѣлается болѣе солиднымъ въ томъ случаѣ, когда дѣло идетъ о больномъ, уже прежде страдавшемъ болотной лихорадкой (эта болѣзнь вообще очень склонна къ возвратамъ и со временемъ перѣдко измѣ-



няетъ свой типъ или изъ правильной формы превращается въ маскированную), или если у него можно констатировать опухоль селезенки. Впрочемъ, на этотъ послѣдній признакъ не слѣдуетъ слишкомъ много полагаться, такъ какъ опухоль селезенки въ свѣжихъ случаяхъ болотной лихорадки встрѣчается не всегда, а при неправильныхъ, безлихорадочныхъ формахъ малярии и недавно. Въ сомнительныхъ случаяхъ вопросъ рѣшается назначеніемъ хинина. Итакъ, чтобъ съ увѣренностью поставить діагностику маскированной лихорадки достаточно имѣть два условія: во 1-хъ, періодичность въ наступленіи какихъ либо припадковъ и во 2-хъ, возможность купированія ихъ посредствомъ хинина, а что касается до свойства самихъ симптомовъ, то по этому поводу можно только сказать, что нѣтъ ни одного признака, который былъ бы обязателенъ, т. е. встрѣчался-бы во всѣхъ случаяхъ; въ маскированныхъ формахъ часто отсутствуютъ, напр., и повышеніе температуры, и опухоль селезенки.

Хотя распознаваніе *f. largvatae* на основаніи двухъ сказанныхъ условій вовсе не трудно, но, тѣмъ не менѣе, на практикѣ она остается не узнаваемой очень нерѣдко и именно по двумъ причинамъ: во 1-хъ потому, что врачи, въ особенности молодые, отличаются склонностью пріступать къ симптоматическому лѣченію какъ можно раньше, т. е. не выждавши выясненія болѣзни, а отсюда выходитъ то, что самопроизвольно наступающіе антракты они сплошь и рядомъ объясняютъ блестятельнымъ дѣйствіемъ даннаго средства; во 2-хъ, діагностическія недоразумѣнія могутъ завестись отъ того, что врачи какъ бы забываютъ о чрезвычайномъ разнообразіи малярійныхъ формъ и, имѣя дѣло съ какимъ нибудь загадочнымъ случаемъ маскированной лихорадки, не имѣютъ ея въ виду.

Въ дѣтскомъ возрастѣ *f. largvata* особенно часто проявляется въ формѣ *періодическаго поноса*, остраго или хроническаго (см. главу о поносѣ). Далѣе, мы наблюдали ее въ формѣ правильно повторяющейся *боли живота*, пейралгій (у грудныхъ—періодическій крикъ, отличающійся отъ *colica dyspeptica* тѣмъ во 1-хъ, что приступы сильнаго крика появляются только одинъ разъ въ сутки и притомъ почти въ однѣ и тѣ же часы, всего чаще именно ночью или утромъ, часовъ до двухъ дня; во 2-хъ тѣмъ, что стулъ остается нормальнымъ какъ по цвѣту и по консистенціи, такъ и по частотѣ и въ 3-хъ тѣмъ, что болѣзнь легко купруется хининомъ), *носовыхъ кровотеченій*, *періодическаго кашля*.

Этотъ послѣдній появляется обыкновенно по ночамъ въ теченіе нѣсколькихъ часовъ подъ рядъ въ видѣ пароксизмовъ, состоящихъ изъ безпрестанно повторяющихся, короткихъ толчковъ сухого кашля, въ родѣ

перхоты, при чемъ изслѣдованіе груди и зѣва даетъ отрицательные результаты. При діагностикѣ подобныхъ случаевъ надо исключить во 1-хъ, сухой фарингитъ, во 2-хъ, такъ называемый, ночной кашель, который описывается въ учебникахъ, какъ неврозъ, упорно противостоящій всякому лѣченію, а въ томъ числѣ и *хинину* и черезъ нѣсколько недѣль исчезающій самъ собой и въ 3-хъ, коклюшъ (см. болѣзни дыханія).

Не перечисляя всѣхъ причудливыхъ формъ маскированной лихорадки, я скажу только, что узнать ихъ вообще нетрудно, если соблюдать слѣдующія условія: 1) имѣть въ виду интермиттентъ, каковы бы ни были симптомы, если только они правильно повторяются; 2) ради скорѣйшаго выясненія діагностики не слѣдуетъ прибѣгать къ сильно дѣйствующимъ симптоматическимъ средствамъ въ самомъ началѣ болѣзни, когда натура послѣдней еще не выяснилась и когда нѣтъ особой надобности слѣпить; 3) нельзя ставить діагностику интермиттента на основаніи одной только періодичности симптомовъ, а надо выждать результатовъ хиннаго лѣченія; 4) Опухоль селезенки въ свѣжихъ случаяхъ болотной лихорадки бываетъ далеко не всегда, а такъ какъ съ другой стороны хроническая опухоль селезенки встрѣчается у дѣтей (особенно у маленькихъ подъ вліяніемъ рахитизма) довольно часто, то симптомъ этотъ можетъ имѣть діагностическое значеніе только въ томъ случаѣ, если онъ развивается, такъ сказать, на глазахъ врача.

Намъ остается сказать еще о *послабляющей лихорадикѣ* — *febris remittens*. Названіе *febris remittens* ничего опредѣленнаго не означаетъ; оно употребляется въ тѣхъ случаяхъ, когда дѣло идетъ о больномъ, который лихорадитъ въ теченіе многихъ дней или даже недѣль съ постояннымъ послабленіемъ тѣмъ въ извѣстные часы дня и повышеніемъ ея въ другіе часы, не представляя притомъ никакихъ мѣстныхъ симптомовъ, могущихъ выяснить причину лихорадки; *f. remittens* не есть собственно болѣзнь, а только симптомъ, встрѣчающійся при разныхъ болѣзняхъ. Въ однихъ случаяхъ такое неопредѣленное лихорадочное состояніе протекаетъ съ замѣтной опухолью селезенки и кончается въ 2½—3½ недѣли и ничѣмъ не отличается отъ легкаго тифа; въ другихъ случаяхъ она тянется гораздо дольше и можетъ зависѣть или отъ туберкулеза, или представляетъ собою аномальную форму болотной лихорадки. Въ послѣднемъ случаѣ она обязательно сопровождается болѣе или менѣе значительной опухолью селезенки, въ анамнезѣ можно найти указанія, что больной уже раньше и, можетъ быть, не одинъ разъ страдалъ перемежающейся лихорадкой; далѣе, діагностикѣ можетъ содѣйствовать и терапия, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ большія дозы хинина (вдвое противъ числа лѣтъ) оказываютъ очень замѣтное

вліяніе на температуру и вообще на теченіе болѣзни. Съ послабляющей лихорадкой протекають иногда и мѣстные процессы, напр., нѣкоторые случаи плеврита, спондилита, хронич. пнеймоніи.

## Острыя лихорадочныя болѣзни, характеризующіяся типическимъ теченіемъ и появленіемъ сыпи.

### Сыпныя горячки.

Къ этой группѣ мы относимъ болѣзни, найчаще встрѣчающіяся въ дѣтскомъ возрастѣ и характеризующіяся нѣкоторыми общими признаками, о которыхъ слѣдуетъ сказать нѣсколько словъ, чтобы избѣжать напрасныхъ повтореній.

Во первыхъ, всѣ относящіяся сюда болѣзни, пменно: скарлатина, корь, оспа, краснуха и варицелля, относятся къ числу *заразительныхъ болѣзней*, а потому рѣдко случается, чтобы въ семьѣ, состоящей изъ нѣсколькихъ дѣтей, заболѣлъ только одинъ ребенокъ, обыкновенно же захварываютъ всѣ или, по крайней мѣрѣ, большинство. Обстоятельство это можетъ имѣть при случаѣ очень важное значеніе для діагностики, особенно въ самомъ началѣ заболѣванія, когда болѣзнь еще не выяснилась или въ случаяхъ аномальныхъ и рудиментарныхъ, которые безъ знанія этиологическихъ условій могли бы остаться не выясненными.

Во вторыхъ, ядъ этихъ болѣзней, по современному возрѣнію науки, не принадлежитъ къ числу вездѣсущихъ (убиквитарныхъ) и не появляется самопроизвольно, подъ вліяніемъ почвы и т. п., а долженъ быть запесенъ откуда нибудь больнымъ или вещами, бывшими съ нимъ въ соприкосновеніи, или третьимъ лицомъ, остающимся здоровымъ. Въ такихъ многочисленныхъ центрахъ, какъ, напр., Москва трудно, конечно, во всѣхъ случаяхъ открыть источникъ зараженія, каковымъ можетъ оказаться и портной, принесшій новое платье изъ зараженной мастерской, и молочница и т. д., но въ мѣстечкахъ и деревняхъ, свободныхъ отъ эпидемій, отсутствіе источника зараженія можетъ служить весьма цѣннымъ обстоятельствомъ для исключенія той или иной заразной болѣзни въ началѣ заболѣванія ребенка жаромъ и другими симптомами.

Въ третьихъ, всѣ эти болѣзни отличаются тою особенностью, что за весьма рѣдкими исключениями поражаютъ человѣка только разъ въ

жизни. Этимъ мы пользуемся при діагностикѣ сомнительныхъ случаевъ, когда припадки напоминаютъ и ту, и другую изъ заразныхъ болѣзней, особенно въ началѣ эпидеміи, напр., когда приходится рѣшать, заболѣлъ-ли ребенокъ легкой корью или краснухой, лѣкарственной сыпью или скарлатиной и т. п.

Въ четвертыхъ, всѣмъ контагіознымъ сыпямъ свойственъ т. п. *скрытый періодъ*, т. е. извѣстный промежутокъ времени въ нѣсколько дней, протекающій отъ момента зараженія до появленія первыхъ признаковъ болѣзни. Періодъ этотъ называется „скрытымъ“ потому, что онъ не выражается никакими признаками. Скрытый періодъ нѣкоторыхъ болѣзней отличается строго опредѣленной продолжительностью, тогда какъ въ другихъ онъ тянется то меньше, то дольше. Къ болѣзнямъ первой категоріи относится оспа, при которой скрытый періодъ равняется 9—10 днямъ, корь—отъ момента зараженія до появленія сыпи проходитъ 13 дней, а до катарральныхъ лихорадочныхъ симптомовъ—9 дней; вѣтреная оспа—14 дней. Ко второй категоріи относится скарлатина, при которой скрытый періодъ продолжается иногда всего лишь 24 часа, тогда какъ въ другихъ случаяхъ затягивается до 11 дней; въ большинствѣ случаевъ онъ равняется 3—7 днямъ; говоря вообще, скрытый періодъ скарлатины отличается наименьшей продолжительностью; краснуха (15—21 день).

Въ пятыхъ, всѣ сыпныя горячки придерживаются типическаго теченія, такъ что приято различать нѣсколько періодовъ, а именно всѣ онѣ начинаются съ лихорадочнаго состоянія, протекающаго безъ достаточно характерныхъ симптомовъ—это періодъ предвѣстниковъ; потомъ слѣдуетъ періодъ высыпанія и цвѣтенія сыпи, засимъ періодъ поблѣднѣнія сыпи и шелушенія и, наконецъ, выздоровленіе.

## С к а р л а т и н а .

Кардинальными симптомами скарлатины является сыпь на кожѣ, воспаленіе слизистой оболочки зѣва и лихорадочное состояніе. *Скарлатинозная сыпь* отличается разлитымъ характеромъ, т. е. вся поверхность кожи дѣлается красной, но краснота эта ипкогда не бываетъ равномерной, а всегда представляется мелко точечной, какъ бы мраморной, такъ какъ сыпь скарлатинная состоитъ изъ безчисленнаго множества красныхъ точекъ, тѣсно сидящихъ другъ около друга. Точки эти размѣщаются не на нормальной кожѣ, а на блѣднорозовомъ фонѣ, который всего легче замѣтить, если придавить кожу пальцемъ; по отнятіи пальца на придавленномъ мѣстѣ остается на нѣкоторое время

блѣдное пятно, рѣзко выступающее среди окружающаго его краснаго фона.

Въ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины, при рѣзко выраженной сыпи, общій фонъ можетъ быть такъ красенъ, что никакихъ точекъ на немъ замѣтить ужъ нельзя и краснота дѣлается, слѣдовательно, сплошной, какъ при сливной корь, но отличить ее все-таки не трудно, такъ какъ ни корь, ни скарлатина не даютъ сплошной красноты на всей поверхности тѣла, а всегда на нѣкоторыхъ мѣстахъ, *особенно на конечностяхъ*, при скарлатинѣ сыпь остается мраморной или точечной, а при кори крупно-пятнистой, съ промежутками нормальной кожи. Сливная (какъ кумачъ) скарлатинозная сыпь всего чаще встрѣчается на спинѣ.

Нѣкоторые ошибочно думаютъ, будто скарлатинозная сыпь щадить лицо; въ большинствѣ случаевъ напротивъ кожа лица измѣняется при скарлатинѣ чрезвычайно своеобразно, такъ что легко узнать эту болѣзнь прямо по лицу, даже не раздѣвая и не разспрашивая больного. *Характерность состоитъ именно въ рѣзкомъ контрастѣ между блѣдностью губъ и подбородка съ одной стороны и яркой краснотой щекъ съ другой.* Скарлатинозная сыпь на лицѣ отличается отъ сыпи на туловищѣ тѣмъ, что пунктиръ замѣчается только на вискахъ, щеки-же представляются сплошнаго краснаго цвѣта, симулируя лихорадочную красноту щекъ, тогда какъ носъ, подбородокъ и верхняя губа остаются нормальнаго цвѣта и кажутся даже блѣднѣе обыкновеннаго.

Исходя изъ того положенія, что скарлатинозная сыпь характеризуется разлитымъ видомъ и что она занимаетъ равномерно все тѣло, не оставляя промежутковъ нормальной кожи, начинающіе часто принимаютъ скарлатину за корь на томъ основаніи, что находятъ у больного довольно обширные участки кожи свободными отъ сыпи. Чтобы избѣгнуть подобной ошибки, слѣдуетъ имѣть въ виду, что не мало встрѣчается случаевъ скарлатины, представляющихъ отклоненіе отъ нормы въ томъ отношеніи, что сыпь, разлитого характера на туловищѣ, оказывается на конечностяхъ далеко не таковой, такъ какъ на голенихъ и предплечьяхъ сплошь и рядомъ остаются большіе острова нормальной кожи. Можно бы сказать такъ: на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ скарлатина высыпаетъ, сыпь бываетъ разлитая, но она не обязана быть на всемъ тѣлѣ; корь-же, если гдѣ либо и бываетъ сливной, то все-же на другихъ мѣстахъ она будетъ пятнистой, но никогда мелко-точечной.

Скарлатинозная сыпь начинается съ шеи и верхнихъ частей груди и спины и потомъ въ *нѣсколько часовъ* распространяется на лицо и на все туловище, а къ концу сутокъ и на конечности; всего замѣтнѣе она на спинѣ, а меньше всего на голенихъ и на наружной поверхности

бедеръ. *Высыпаніе скарлатины сопровождается небольшимъ зудомъ*, чего не бываетъ при кори.

Существенное отличіе скарлатины отъ кори состоитъ, между прочимъ, въ быстромъ появленіи сыпи вслѣдъ за начальнымъ повышеіемъ температуры, другими словами, въ короткости продромальнаго періода. Скарлатинозная сыпь ясно замѣтна уже къ концу первыхъ сутокъ отъ начала болѣзни, тогда какъ при кори высыпаніе начинается лишь на 4-й день.

Скарлатинозная сыпь появляется также на слизистой оболочкѣ зѣва и языка. Въ зѣвѣ на первый день болѣзни иногда удается видѣть мелкопятнистую или точечную сыпь на мягкомъ небѣ, которая ужъ на слѣдующій день превращается въ диффузную красноту, распространяющуюся и на миндалины.

Языкъ въ первые дни представляется обложеннымъ, но на 3—4-й день начинаетъ очищаться съ кончика и краевъ и еще черезъ день или два дѣлается интенсивно краснаго цвѣта съ значительно припухшими сосочками—малиновый или скарлатинозный языкъ. Такой языкъ очень характеренъ для скарлатины, но только не слѣдуетъ ожидать этого признака на первый-же день; несомнѣнно, что онъ можетъ рѣшать діагностику сомнительныхъ случаевъ скарлатины, протекающихъ безъ сыпи, но съ ангиной.

Изъ различныхъ уклоненій сыпи, благодаря которымъ различаютъ *scarl. papulosa, variegata, petechialis* и др., въ практическомъ отношеніи особенно интересна *милиарная скарлатина*—*scarl. miliaris*, которая, при обширномъ расиространеніи, можетъ сильно измѣнить характеръ сыпи и сдѣлать ее для начинающаго неузнаваемой. При *scarl. miliaris* на многихъ мѣстахъ тѣла, а, главнымъ образомъ, на шеѣ и спинѣ, появляются многочисленные, очень тѣсно сидящіе и очень мелкіе, бѣлые пузырьки съ серознымъ содержимымъ. Особенное значеніе этой сыпи мы придаемъ во 1-хъ потому, что она часто встрѣчается, а во 2-хъ, что она имѣетъ благоприятное значеніе для предсказанія.

Скарлатинозная сыпь держится въ легкихъ случаяхъ 3—4 дня, въ болѣе тяжелыхъ 7—9 дней и потомъ исчезаетъ, не оставляя пигментации, а нѣсколько дней спустя начинается шелушеніе кожицы, которое настолько характерно, что позволяетъ діагносцировать бывшую скарлатину даже и безъ анамнеза. Типичность *скарлатинознаго шелушенія* состоитъ въ томъ, что на конечностяхъ, въ особенности на пальцахъ, ладоняхъ и подошвахъ кожица сходитъ большими пластами (отдирается), а на туловищѣ и лицѣ мелкими кусочками, какъ отруби. Всего раньше начинается оно—въ случаяхъ скарлатины съ милиарной сыпью (иногда

еще до полного исчезанія сыпи); обыкновенно-же первые слѣды шелушенія появляются нѣсколько дней спустя, послѣ поблѣднѣнія сыпи и тянется оно отъ 2 до 4 недѣль.

*Скарлатинозная жаба* сама по себѣ не представляетъ никакихъ особенностей, чтобъ можно было по ней узнать скарлатину. *Интенсивность и характеръ скарлатинознаго воспаленія слизистой оболочки зѣва зависятъ отъ силы самой скарлатины.* Въ легкихъ случаяхъ наблюдается простая катарральная или эритематозная жаба, въ случаяхъ средней силы, каковыхъ большинство,—фолликулярная и лакунарная жабы и въ самыхъ тяжелыхъ—дифтеритическая, для появленія которой вовсе не требуется зараженія даннаго субъекта ядомъ дифтерин, такъ какъ это не осложненіе скарлатины, а результатъ вліянія самого скарлатинознаго яда. Діагностическое значеніе боли горла, тѣмъ не менѣе, очень велико, благодаря именно постоянству этой локализациі, а потому какъ бы ни была похожа на скарлатину сыпь у больного, но если у него нѣтъ пораженія зѣва, то діагностика скарлатины становится сомнительной.

*Лихорадка при скарлатинѣ* въ большинствѣ случаевъ характеризуется быстрымъ повышеніемъ температуры вначалѣ, короткимъ фастигіумомъ, и сравнительно медленнымъ, не критическимъ окончаніемъ. Лихорадка начинается вдругъ и ужъ черезъ нѣсколько часовъ достигаетъ  $39-39,5^{\circ}$ ; въ теченіе двухъ слѣдующихъ дней  $t^{\circ}$  еще немного подымается и достигнувъ  $40^{\circ}-40,5^{\circ}$  стоитъ на этой высотѣ до 4-го—5-го дня, а потомъ начинаетъ опускаться и дня черезъ 3—4 достигаетъ нормы, такъ что при нормальной, не осложненной скарлатинѣ лихорадочный періодъ продолжается приблизительно 7—9 дней. Въ меньшинствѣ случаевъ лихорадка начинается не такъ бурно и на первый вечеръ достигаетъ лишь  $38,5^{\circ}$ , но засимъ съ каждымъ днемъ усиливается и достигаетъ своего maximum'a на 4-й или даже на 5-й день. Сравнительно медленное начало не гарантируетъ легкости дальнѣйшаго теченія.

Какъ долго тянется лихорадка при осложненіяхъ, трудно сказать, такъ какъ все зависитъ отъ свойства осложненій. Въ первое время высокія температуры всего чаще поддерживаются дифтеритомъ зѣва, носа и въ особенности ушей, а также воспаленіемъ шейныхъ железъ и клѣтчатки. Позднѣе, примѣрно на 2—3-й недѣль, причиной лихорадки бываетъ скарлатинозный синовитъ, плевритъ, пери—и эндокардитъ и нефритъ.

Кромѣ трехъ поименованныхъ кардинальныхъ симптомовъ, каковы: сыпь, жаба и лихорадка, къ числу очень постоянныхъ и потому важ-

ныхъ для діагностики симптомовъ принадлежитъ еще *рвота* въ самомъ началѣ заболѣванія, которая можетъ быть однократной или, напротивъ, весьма упорной (въ тяжелыхъ случаяхъ рвота повторяется на первыя сутки до 10—20 и даже до 30 разъ; вообще говоря, упорство начальной рвоты стоитъ до нѣкоторой степени въ связи съ тяжестью заболѣванія и потому очень частая рвота можетъ считаться за признакъ неблагоприятный въ прогностическомъ отношеніи). Замѣчательно, что даже очень упорная рвота рѣдко продолжается долѣе 24 часовъ.

Рвота въ началѣ скарлатины встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ при всѣхъ другихъ острыхъ инфекціонныхъ сыпяхъ вообще и въ частности при кори, а потому въ сомнительныхъ случаяхъ, начинающій можетъ смотрѣть на начальную рвоту, какъ на симптомъ, сильно говорящій за скарлатину и противъ кори.

Принадки со стороны *нервной системы* при скарлатинѣ бываютъ обыкновенно прямо пропорціональны высотѣ температуры и силѣ инфекціи, а потому они важны для прогностики, такъ какъ *по степени развитія нервныхъ явленій можно судить о болѣе или менѣе опасности даннаго случая*. Въ легкихъ формахъ скарлатины, протекающихъ при умѣренной лихорадкѣ, нервныхъ явленій можетъ совсѣмъ не быть; въ случаяхъ средней силы, составляющихъ большинство, больные жалуются на головную боль, большую слабость и плохо спятъ по ночамъ, иногда бредятъ; въ тяжелыхъ случаяхъ больной оказывается въ возбужденномъ состояніи, онъ совсѣмъ не спитъ по ночамъ, а днемъ находится въ полубезсознательномъ состояніи, иногда бредитъ съ открытыми глазами, возится въ постели (какъ говорится, мѣста не находитъ), позднѣе впадаетъ въ кому; при изслѣдованіи больной выходитъ изъ себя, злится, сопротивляется изъ всѣхъ силъ, даже дерется; въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ съ 1-го или 2-го дня появляются эклампическія судороги, смѣняющіяся сонливостью или полной спячкой.

Въ виду того, что скарлатина нерѣдко принимается начинающими за корь, слѣдуетъ отмѣтить, что краснота глазныхъ яблокъ и истечение изъ носа прозрачной или гноевидной слизи встрѣчается при скарлатинѣ нерѣдко, особенно въ тяжелыхъ случаяхъ. Существенная разница отъ кори состоитъ въ томъ, что при скарлатинѣ глаза и носъ поражаются уже послѣ того, какъ высыпала сыпь, тогда какъ при кори съ самаго начала періода предвѣстниковъ или, по крайней мѣрѣ, за 1—2 сутокъ до появленія сыпи.



## Различныя формы скарлатины.

*Нормальная скарлатина* характеризуется умереннымъ и пропорциональнымъ другъ другу развитіемъ всѣхъ симптомовъ: лихорадкѣ въ  $39,5-40^{\circ}$  соответствуетъ повсемѣстная, яркочерная, но безъ синеватаго оттѣнка сыпь и умеренная боль при глотаніи, вслѣдствіе фолликулярной или ограниченной дифтеритической жабы; нервныя явленія состоятъ въ головной боли, легкой сонливости днемъ и бреда по ночамъ, но безъ признаковъ особаго возбужденія, пульсъ частъ, но довольно полонъ, железы шеи хотя и увеличены но остаются подвижными, катаются подъ пальцемъ и не болѣзненны. Болѣзнь начинается сразу, такъ что удастся обыкновенно опредѣлить не только день, но даже и часъ заболѣванія. Прежде всего больной жалуется на чувство царапанія въ горлѣ и боль при глотаніи, но въ этому вскорѣ присоединяется сильный жаръ и рвота, большею частью однократная; въ концу первыхъ сутокъ появляется сыпь.

*Аномальная скарлатина* можетъ быть легкая и тяжелая. *Легкая форма* характеризуется или тѣмъ, что всѣ кардинальные симптомы скарлатины, т. е. лихорадка, сыпь и жаба развиты слабо, или тѣмъ, что тотъ или другой изъ этихъ припадковъ совсѣмъ отсутствуетъ; въ силу этого различаютъ скарлатину безъ лихорадки, скарлатину безъ жабы (очень рѣдкая форма) и скарлатину безъ сыпи — сравнительно часто встрѣчающуюся у взрослыхъ, ухаживающихъ за больными дѣтьми.

*Тяжелая скарлатина* характеризуется или чрезмѣрнымъ развитіемъ симптомовъ со стороны горла и сосѣднихъ органовъ, или припадками общаго отравленія организма, при чемъ злокачественное вліяніе яда выражается, главнымъ образомъ, очень высокой температурой, упадкомъ дѣятельности сердца и симптомами угнетенія или чрезмѣрнаго возбужденія центральной нервной системы.

Злокачественная скарлатина тоже начинается внезапно со рвоты, большею частью повторной, и сильнаго жара, но съ той только разницей отъ нормальныхъ случаевъ, что во 1-хъ,  $t^{\circ}$  уже черезъ нѣсколько часовъ достигаетъ  $40,5^{\circ}-41^{\circ}$  и во 2-хъ, что очень скоро появляется помраченіе сознанія. Пульсъ при этомъ необычайно частъ (160—200 ударовъ) и легко славимъ, конечности холодны, глаза налитые, мутные, съ суженными зрачками. Смерть отъ паралича сердца можетъ быть ужъ на первый день, но чаще она наступаетъ на 3—4 сутки. Если больной переживаетъ первые дни, то лихорадка, оставаясь по прежнему высокой, отличается ничтожностью утреннихъ ремиссій, сыпь высыпаетъ

очень дѣйствительно и получаетъ фиолетовый оттѣнокъ, пораженіе зѣва принимаетъ дифтеритическій характеръ и быстро распространяется на сосѣднія части (носъ, уши); одновременно распухаютъ и лимфатическія железы шеи и первые признаки флегмоны можно констатировать уже на 4-й день; большинство такихъ больныхъ не переживаютъ 7—9 дня.

Тяжелая скарлатина нерѣдко протекаетъ совсѣмъ безъ сыпи или съ рудиментарной сыпью.

Объ осложненіяхъ скарлатины нефритомъ и водянкой см. соответствующія главы.

*Распознаваніе* нормальной скарлатины съ хорошо развитой сыпью не представляетъ никакихъ затрудненій тому, кто хоть разъ ее видѣлъ, но, тѣмъ не менѣе, молодые врачи и въ особенности студенты часто смѣшиваютъ ее съ корью. Замѣчательно, что никто не принимаетъ корь за скарлатину, а всегда наоборотъ. Ошибка происходитъ обыкновенно отъ неправильной оцѣнки отдѣльныхъ симптомовъ, вовсе не имѣющихъ рѣшающаго значенія, и отъ игнорированія симптомовъ, болѣе важныхъ. Такъ, напр., въ одномъ случаѣ была поставлена діагностика кори на томъ основаніи, что сыпь прежде всего была замѣчена на лицѣ, а не на шеѣ, но при этомъ было упущено изъ виду, что центръ лица (носъ, губы, подбородокъ) былъ свободенъ отъ сыпи, (что чрезвычайно важно для исключенія кори), что сыпь высыпала черезъ сутки отъ начала болѣзни (а не черезъ 3—4 дня, какъ бываетъ это при кори) и что не было кашля. Въ другомъ случаѣ скарлатина была принята за корь на томъ основаніи, что сыпь была не сплошная на всемъ тѣлѣ, и что на ногахъ и животѣ оставались довольно обширные участки нормальной кожи, но при этомъ оставлены безъ вниманія разлитой характеръ и точечный видъ сыпи на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ она была. Въ третьемъ случаѣ діагностика кори была основана на томъ, что у больного была течь изъ носа, налитые глаза и небольшой кашель, но при этомъ забыто, что припадки эти появились ужъ послѣ сыпи. Не перечисляя далѣе отдѣльныхъ случаевъ ошибокъ, скажу, что при діагностикѣ скарлатины надо обращать главное вниманіе на слѣдующія обстоятельства:

*Этіологія:* вѣтъ-ли въ домѣ больныхъ той или другой болѣзнию или не было-ли другихъ случаевъ заразиться. *Періодъ предвѣстниковъ:* при скарлатинѣ боль горла, жаръ, рвота, внезапное начало, отсутствіе кашля, красноты глазъ, чиханья. При кори лихорадка съ катарральными явленіями, чиханье, свѣтобоязнь, но обыкновенно безъ рвоты. *Время высыпанія:* при скарлатинѣ въ концѣ первыхъ сутокъ, при кори

черезъ 3—4 дня. *Характеръ сыпи*: при скарлатинѣ разлитая, мелко-точечная, не занимающая центра лица; при кори пятнистая, а если мѣстами сливная, то равномерно краснаго цвѣта, безъ всякихъ точекъ или мраморности.

Такъ какъ никто не принимаетъ кори за скарлатину, то начинающій врачъ будетъ гораздо рѣже ошибаться, если всѣ сомнительные случаи онъ будетъ считать за скарлатину.

Легкая аномальная скарлатина безъ жабы можетъ быть смѣшана съ различными сыпями, имѣющими сходство съ скарлатинозной экзантемой. По поводу этого замѣтимъ, что скарлатина безъ жабы принадлежитъ къ такимъ рѣдкостямъ, что ставить діагностику скарлатины безъ жабы можно лишь въ томъ случаѣ, если извѣстенъ источникъ зараженія или если въ домѣ есть другой скарлатинозный больной.

Если скарлатинозная сыпь безъ жабы появляется у нѣсколькихъ членовъ семьи, сопровождается легкимъ лихорадочнымъ состояніемъ и выказываетъ типическое теченіе, кончаясь выздоровленіемъ въ 2—3 дня, то было бы большою натяжкой считать такую эпидемію за аномальную скарлатину; напротивъ, болѣе вѣроятно признавать ее за самостоятельную болѣзнь, описанную мною во 2 вып. моихъ лекцій подъ именемъ *скарлатинозной краснухи*. Эта болѣзнь не предохраняетъ отъ скарлатины и отличается отъ послѣдней постоянно легкимъ теченіемъ и отсутствіемъ послѣдовательнаго шелушенія. Въ однихъ случаяхъ, кромѣ сыпи, замѣчается еще легкая ангина и небольшой жаръ, въ другихъ тотъ или другой изъ этихъ симптомовъ отсутствуетъ или ихъ обоихъ нѣтъ и остается одна лишь сыпь.

Изъ другихъ сыпей, похожихъ на скарлатину, я поставилъ-бы на первомъ мѣстѣ *потницу*—*sudamina rubra*. Она очень часто встрѣчается у дѣтей до 2 лѣтъ, особенно у рахитиковъ, и по своему виду иногда поразительно похожа на скарлатину, но только на не очень распространенную, такъ какъ потница никогда не занимаетъ всей поверхности кожи, а придерживается опредѣленныхъ мѣстъ, въ чемъ и состоитъ ея главное отличіе: она занимаетъ только тѣ мѣста, которыя сильно потѣютъ, именно шею, грудь, верхнюю часть спины, лобъ и внутреннюю поверхность бедръ; характернымъ отличіемъ служить, между прочимъ, то, что животъ при потницѣ или совсѣмъ свободенъ отъ сыпи, или здѣсь ея очень мало, тогда какъ при скарлатинѣ животъ бываетъ обыкновенно занятъ сыпью весь, а лобъ сравнительно мало. Потница отличается еще своей летучестью, т. е. она замѣтно усиливается (краснѣетъ) при тепломъ содержаніи больного и блѣднѣетъ или даже исчезаетъ при прохладномъ и такимъ образомъ держится цѣлую недѣлю и дольше или часто возвращается.

Другая сыпь, тоже очень похожая на ограниченную скарлатинозную, является у дѣтей послѣ смазыванія кожи различными домашними средствами, каковы: деревянное масло, сало, вазелинъ. Подобная сыпь занимаетъ конечно только мѣста приложенія мази, а если смазывалось все тѣло, то только мѣста съ нѣжной кожей, напр., животъ, грудь, но щадить спину и тыльную поверхность конечностей. Такъ какъ матери очень часто прибѣгаютъ къ смазыванію тѣла ребенка при всякомъ жарѣ, то легко можетъ случиться, что послѣ смазки высыпнѣтъ и настоящая скарлатина, если смазываніе произведено во время продромальной лихорадки ея; анамнезомъ, слѣдовательно, нужно пользоваться осторожно и имѣть въ виду, что искусственная сыпь отъ масла никогда не занимаетъ всей поверхности тѣла, какъ это бываетъ обыкновенно въ скарлатинѣ.

Къ этой-же категоріи случаевъ относятся и эритемы отъ внутреннихъ приѣмовъ лѣкарствъ — *dermatitis diffusa medicamentosa*. Краснота занимаетъ или всю поверхность кожи, или большую часть ея, въ нѣкоторыхъ случаяхъ она бываетъ равномерной, въ другихъ мелкоочечной, какъ при скарлатинѣ, сходство съ которой усиливается еще тѣмъ, что послѣ поблѣднѣнія сыпи появляется лупленіе эпидермиса большими пластами. Встрѣчаются субъекты, у которыхъ подобныя скарлатиноподобныя эритемы появляются подъ вліяніемъ самыхъ разнообразныхъ причинъ, напр., при всякомъ повышеніи температуры, отъ различныхъ лѣкарствъ, мазей и проч. и поэтому въ анамнезѣ значитса, будто больной нѣсколько разъ страдалъ скарлатиной. Если разлитая эритема занимаетъ и лицо, то поражается обыкновенно и окружность рта и волосистая часть головы; на конечностяхъ, въ отличіе отъ скарлатины, сыпь занимаетъ больше разгибательныя поверхности. Слизистая оболочка зѣва никогда не поражается и потому отсутствіе жабы служить весьма важнымъ подспорьемъ для исключенія скарлатины (см. также стр. 304, лѣкарственные сыпи).

За скарлатину можетъ быть принята также эритема въ началѣ пневмоніи и особенно продромальная оспенная сыпь, когда на второй день послѣ жара и рвоты появляется распространенная краснота, которая, впрочемъ, не имѣетъ точечнаго характера, да и зѣвъ при ней не поражается.

Скарлатина безъ сыпи, но съ лихорадкой и жабой, можетъ быть смѣшана, смотря по явленіямъ со стороны зѣва, то съ простой катаральной жабой, то съ фолликулярной или дифтеритической.

Предполагать скарлатинозное происхожденіе жабы можно въ томъ случаѣ, если въ домѣ есть скарлатина; если-же этого условія нѣтъ,