

6/6
Шмидтъ и Фридрихъ

Уадемесам

по

Діагностикъ и терапіи

Издана въ Сотрудника^а въ

14 октябрь

Vademecum.

01.09
Шко

Діагностика и терапія.

1972

ИНВЕНТАР
№ _____

БИБЛИОТЕКА
УВАДИТОВЪ-МЕДИКОВЪ
~~5947~~

Diagnostisch-therapeutisches

Vademecum

für

Studierende und Aerzte

zusammengestellt

von

Dr. Heinrich Schmidt, Dr. L. Friedheim,

Dr. A. Lamhofer und Dr. J. Donat

in Leipzig.

Sechste Auflage.

Gebunden M. 6.—.

Gebunden und mit Schreibpapier durchschossen M. 7.—.

Leipzig.

Verlag von Johann Ambrosius Barth.

*Замителенки
оказал. науч. и.*

Діагностика и Терапія

краткое руководство

для

врачей и студентов.

составили:

Д-ръ Г. Шмидтъ, Д-ръ Л. Фридгеймъ,
Д-ръ А. Лямгоферъ и Д-ръ И. Донатъ.

переводъ съ 6-го нѣмецкаго изданія

д-ра В. Г. Лазарева.

съ предисловіемъ

профессора В. П. Образцова.

1952

2012

ИНВЕНТАР
№ 6969

Библиотечный фонд
В. ПРОСВІТІНСЬКОГО
1972

Изданіе книгоиздательства „СОТРУДНИКЪ“, Кіевъ.
Б.-Подвальная 24.

1904 г.

ПЕРЕОБЛІК

616

Дозволено Цензурою. Київъ, 10 Октября 1903 года.

2012



КІЕВЪ.
Типогр. С. В. Кульженко, Пушкинская ул., № 4.
1904.



Предисловіе къ русскому переводу.

Книга Schmidt'a и Friedheim'a въ теченіе короткаго времени выдержала у себя на родинѣ (въ Германіи) 6 изданій. Столь значительный успѣхъ, выивавшій на ея долю въ странѣ, богатой руководствами и пособиями всякаго рода, объясняется несомнѣнными достоинствами книги. Къ числу ихъ относится удачное сочетаніе краткости изложенія (далекой отъ конспективности) съ относительной полнотой предмета. Авторы не преминули упомянуть и о такихъ рѣдкихъ формахъ, какъ Пиковскій псевдоциррозъ, поддіафрагмальный pneumothorax и т. д.

Изложеніе стоитъ вполнѣ на уровнѣ современнаго медицинскаго знанія.

Переводъ выполненъ д-ромъ В. Лазаревымъ вполнѣ добросовѣстно. Дополненія *), внесенныя переводчикомъ, удачно восполняютъ замѣченные пробѣлы.

Въ виду всего этого книга Schmidt'a и Friedheim'a можетъ быть полезна **врачу-практику** (какъ напримѣръ, земскому), не имѣющему ни

*) Дополненія отмѣчены знаками [].

времени, ни возможности пользоваться пространственными руководствами діагностики Leube, терапіи Leyden'a и др.

Не безъ пользы она могла-бы оказаться и для студента, проходящаго госпитальную клинику, давая ему возможность быстро у постели больного ориентироваться въ отличительныхъ чертахъ той или другой наблюдаемой имъ картины.

Проф. В. Образцовъ.

Декабрь 1903 г.

Содержаніе.

	стр.
Очеркъ внутреннихъ болѣзней д-ра <i>Heinrich Schmidt'a</i> .	
Болѣзни сердца	1— 18
„ носа и гортани	18— 26
„ бронховъ и легкихъ	26— 53
„ рта и зѣва	53— 58
„ желудка	58— 71
„ кишекъ	71— 86
„ печени	86— 96
„ селезенки и поджелудочной железы	96— 98
„ брюшины	98—102
„ почекъ и мочевого пузыря	102—113
Инфекціонныя болѣзни	113—141
Болѣзни крови и общія разстройства питанія	141—165
Болѣзни нервной системы	165—178
Болѣзни периферическихъ нервовъ	178—197
Болѣзни спинного и продол- говатаго мозга	197—210
Болѣзни головного мозга и его оболочекъ	210—223
Неврозы	223—241
Отравленія	241—246
Изслѣдованіе мочи	246—253

Очеркъ кожныхъ болѣзней, сифилиса и триппера	приватъ-доцента д-ра <i>L. Friedheim'a</i>	253—362
Очеркъ глазныхъ болѣзней	д-ра <i>A. Lamhofer'a</i>	362—394
Нѣкоторыя указанія относительно распознаванія и леченія наиболее важныхъ заболѣваній уха		394—402
Наиболѣе важныя главы изъ гинекологіи д-ра <i>J. Donat'a</i>		402—437
<hr/>		
Максимальныя дозы		437—439
Таблица возрастанія вѣса тѣла		439—441
Регистръ		441—451

I. Болѣзни сердца.

Предварительныя замѣчанія.

Для опредѣленія величины сердца мы пользуемся сердечнымъ толчкомъ и сердечною тупостью.

Сердечный толчекъ находится у взрослого въ V л. межреберномъ промежуткѣ, кнутри отъ сосковой линіи; у дѣтей онъ расположенъ въ IV межреберномъ промежуткѣ и притомъ нѣсколько болѣе кнаружи. При увеличеніи лѣваго сердца толчекъ смѣщается влѣво и книзу и можетъ дойти до л. подмышечной линіи и до VII или VIII межребернаго пространства. При гипертрофіи л. желудочка онъ является усиленнымъ и поднимающимся.

Абсолютная сердечная тупость простирается отъ середины IV ребра до VI ребра, здѣсь она переходитъ въ притупленіе лѣвой доли печени. Правой границей служить л. край грудины, л. граница болѣею частью совпадаетъ съ сердечнымъ толчкомъ. У дѣтей размеры сердечной тупости въ общемъ сравнительно болѣе.

Расширеніе сердечной тупости влѣво чаще всего вызвано увеличеніемъ л. сердца (при порокѣ клапановъ аорты, идиопатич. гипертрофіи сердца, нефритѣ); расширение сердечной тупости вправо указываетъ на увеличеніе п. сердца (порокъ двустворчатого клапана, эмфизема легкихъ). Но и помимо увеличенія сердца размеры сердечной тупости могутъ быть увеличены: 1. при накопленіи жидкости въ околосердечной сумкѣ (Pericarditis, Hydropericardium), 2. при смѣщеніи сердца влѣво

(сморщиваніе л. плевры, эксудатъ плевры или рпеп-thorax п. стороны, аневризма аорты), 3. при уплотненіи прилегающихъ къ сердцу краевъ легкихъ, 4. при высокомъ стояніи діафрагмы, при которомъ сердце прилегае къ грудной стѣнкѣ своею большею поверхностью. Съ другой стороны эмфизема можетъ маскировать увеличеніе сердца.

Сердечные тоны. Тоны двустворчатого клапана выслушиваются у верхушки сердца, тоны трехств. клапана у нижней части грудины, тоны легочной артеріи—во II лѣвомъ, тоны клапановъ аорты—во II правомъ межреберномъ пространствѣ.—Усиленіе (акцентуація) второго тона аорты наблюдается при повышеніи давленія въ аортѣ (артеріосклерозъ, нефритъ), усиленіе второго тона легочной артеріи—при переполненіи малаго круга кровообращенія (порокъ двустворч. клапана, эмфизема).

Эндокардіальные шумы слѣдуетъ въ общемъ выслушивать въ тѣхъ-же мѣстахъ. Тихіе шумы двустворчат. клапана (діастоліческіе) часто слышны отчетливѣе всего нѣсколько кнаружи отъ верхушки. Изрѣдка, когда сердечное ушко расширено и болѣе прилегае къ грудной стѣнкѣ, шумы двустворчатки слышны громче всего во II межреберномъ промежуткѣ (надъ легочною артеріею). Шумы аорты, въ особенности систоліческіе, могутъ быть прослѣжены до сонныхъ артерій, чего нельзя сказать про шумы двуствор. клапановъ. Различаютъ органическіе и неорганическіе шумы. Органическіе шумы возникаютъ 1. при анатомическомъ пораженіи клапановъ 2. когда отверстіе вслѣдствіе происшедшаго расширенія кольца или вслѣдствіе недостаточной способности соотвѣтственныхъ мышцъ къ сокращенію не можетъ быть вполне замыкаемо (относительная или мускульная недостаточность). Они указываютъ такимъ образомъ всегда на расстройство кровообращенія. Неорганическіе (случайные или анемическіе) шумы возникаютъ наоборотъ при нормальной функціи клапановъ; такъ, между прочимъ и при нормальныхъ перкуторныхъ данныхъ, въ особенности при анеміи, хлорозѣ и лихорадкѣ. Шумы эти мягкіе, дующіе, почти

всегда систолические и мало постоянные; они слышны надъ двустворчаткою и легочною артерією. У дѣтей моложе 4-хъ лѣтъ они не встрѣчаются. О выслушиваніи артерій см. Недостаточность аорты стр. 5.

Число ударовъ пульса въ минуту колеблется у взрослого отъ 60—80, составляя въ среднемъ 72. У новорожденного частота пульса составляетъ 120—130, въ началѣ II года около 110, на III году—100, на V—90. При страданіяхъ сердца пульсъ обыкновенно учащенъ (*Pulsus frequens, tachycardia*), рѣже замедленъ (*P. rarus, bradycardia*); послѣднее наблюдается въ особенности при суженіи аорты и миокардитѣ. По увеличенной твердости пульса (*p. durus*) можно заключить о существованіи гипертрофіи л. желудочка, *p. mollis* указываетъ на уменьшенное наполненіе артерій (сердечная слабость, стенозъ отверстія двустворчат. клапана) Неправильность пульса можетъ выразиться какъ въ ритмѣ (*p. irregularis*), такъ и въ силѣ отдѣльныхъ ударовъ (*p. inaequalis*). Различныя роды неправильности (*p. intermittens, alternans, bigeminus* и т. д.) лишены пракческаго значенія. Уменьшеніе или исчезновеніе пульса при глубокомъ вдыханіи (*p. radoxus*) наблюдается при срощеніи околосердечной сумки, медиастинитѣ и стенозѣ воздухоносныхъ путей. О вѣнномъ пульсѣ ср. недостаточность трехстворчат. клапана стр. 6.

1. Острый эндокардитъ.

О язвенномъ или септическомъ эндокардитѣ см. инфекц. бол. Доброкачественный веррукозный эндокардитъ чаще всего встрѣчается въ связи съ острымъ суставнымъ ревматизмомъ, рѣже при хорей, скарлатинѣ, кори, трипперѣ и другихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ. Субъективныя жалобы (боли въ области сердца, сердцебіеніе) обыкновенно незначительны и могутъ даже вовсе отсутствовать. Объективно удается констатировать систолическій шумъ у верхушки, рѣже надъ аортою. Усиленіе II легочнаго тона. Сердечная тупость обыкновенно не увеличена, пульсъ—полный, учащенный, иногда неправильный. Воспаленіе можетъ кончиться выздоровленіемъ, не оставивъ слѣдовъ, чаще всего оно однако влечетъ за собою стойкій порокъ сердца. При діагностикѣ необходимо исключить случайные сердечные шумы.

[При злокачественномъ эндокардитѣ общіе симптомы болѣе важны, нежели мѣстные. При выслушиваніи констатируется одинъ или нѣсколько шумовъ, зависящихъ

отъ локализаціи процесса въ томъ или другомъ отверстіи.

Общее состояніе подавленное, чрезвычайная слабость, повышенная температура. Различаютъ нѣсколько формъ. Тифоидная характеризуется сухостью языка, протраціей, вздутіемъ живота, поносами.

Піамическая (иначе малярійная) характеризуется повторными ознобами и чрезвычайно сильнымъ повыше-ніемъ температуры, экхимотическими пятнами на поверхности кожи, пустулами и другими экзантемами, инфарктами (почки, кишечкъ, легкаго), эмболями артерій (гемиплегія, афазія, гангрена)].

Леченіе: Пребываніе въ постели, пузырь со льдомъ на область сердца; при возбужденной неправильной сердечной дѣятельности—digitalis, при боляхъ и ощущеніи сжиманія сердца—морфій и горчичники.

Леченіе основной болѣзни: салициловый натръ при полиартритѣ, мышьякъ при хореѣ и т. д.

2. Пороки сердечныхъ клапановъ.

Этіологія: острый (въ особенности ревматическій) и хроническій эндокардитъ, а при порокахъ клапановъ аорты кромѣ того и артеріосклерозъ. Врожденные пороки сердца возникаютъ благодаря внутриутробному эндокардиту или разстройству эмбриональнаго развитія.

а. **Недостаточность двустворчатаго клапана.** Сердечный толчекъ (приподнимающій) смѣщенъ нѣсколько влѣво (и внизъ). Нерѣдко ощущается систолическое дрожаніе (frémissement). У болѣе молодыхъ особъ часто наблюдается выпячиваніе сердечной области. Тупость расширена влѣво и вверхъ, а при ослабленіи силы сердца и вправо (до праваго края грудины и еще дальше). Дующій систолическій шумъ у верхушки, II тонъ двустворчатки часто неясенъ, II легочный тонъ усиленъ, пульсъ при достаточной компенсаціи полный, не представляющій никакихъ особенностей.

Диагнозъ: Затрудненія иногда представляетъ отличіе отъ мускульной недостаточности двустворчатки (при міокардитѣ). Иногда шумъ отчетливѣе всего слышенъ во

II л. межреберномъ пространствѣ (надъ легочною артерією), вѣроятно вслѣдствіе прилеганія расширеннаго л. ушка къ грудной стѣнкѣ.

в. Стенозъ двуств. клапана. Сердечный толчекъ лишь немного смѣщенъ влѣво, не усиленъ; часто встрѣчается діастолическое дрожаніе и пульсація въ epigastrium'ѣ. Сердечная тупость увеличена немного влѣво, а при разстройствѣ компенсаціи и довольно значительно вправо. Діастилич. или пресистол. шумъ у верхушки и слѣва отъ нея. Усиленіе II легочнаго тона. Нерѣдко раздвоеніе II тона. Пульсъ малъ, нерѣдко неправиленъ.

Диагнозъ затруднителенъ въ тѣхъ случаяхъ, когда шума нѣтъ, а это бываетъ нерѣдко какъ разъ при сильномъ стенозѣ.

с. Недостаточность клапановъ аорты. Сердечная область нерѣдко выпячена. Приподнимающей сердечный толчекъ сильно смѣщенъ внизъ и кнаружи. Сердечная тупость увеличена влѣво а иногда и вверхъ; въ правую сторону увеличенія или совсѣмъ нѣтъ, или же оно незначительно. Громкій діастолич. шумъ надъ верх. частью грудины и во II пр. межреберномъ промежуткѣ; I тонъ у верхушки часто неясенъ. Пульсъ полный, celer. Сильная пульсація видимыхъ артерій, иногда капиллярный пульсъ и артеріальный пульсъ печени.

Аускультация артерій: Тогда какъ у здороваго челоѣка надъ сонной и подключичною артеріями слышны два тона, а на периферическихъ артеріяхъ не удастся услышать ни одного, мы при недостаточности клапановъ аорты изъ упомянутыхъ двухъ тоновъ слышимъ только первый, второй же или совершенно исчезаетъ или замѣняется проведеннымъ по сосуду діастолическимъ шумомъ. Надъ болѣе дистальными артеріями при недостаточности аорты слышенъ систолическій тонъ; въ особенно ясно выраженныхъ случаяхъ надъ art. cruralis слышенъ двойной тонъ (Traube), переходящій при надавливаніи стетоскопомъ въ двойной шумъ (Duroziez).

Распознаваніе обыкновенно легко. Иногда за картиною недостаточности аорты скрывается аневризма (см. стр. 16). Нужно также имѣть въ виду осложненіе спинною сухоткою (зрачки, рефлексъ!).

d. **Стенозъ аорты.** Сердечный толчекъ мало смѣщенъ влѣво, не всегда усиленъ. Соответственное увеличеніе притупленія влѣво. Надъ верхнею частью грудины рѣзкій систол. шумъ, распространяющійся въ сонныя артеріи. Систол. дрожаніе. II тонъ аорты большею частью слабъ. Пульсъ малъ, *tardus*, часто замедленъ.

e) **Недостаточность трехств. клапана** всегда почти является слѣдствіемъ порока другого клапана (напр. стеноза двустворчатого) и обусловливается тогда не поражениемъ клапана, а расширениемъ праваго желудочка (относительная недостаточность). Она характеризуется увеличеніемъ праваго сердца, систолическимъ шумомъ надъ нижнею частью грудины, ослабленіемъ II легочнаго тона, главнымъ образомъ однако систолическою пульсациею *bulbiger. venae jugularis*. Иногда наблюдается и венная пульсация печени (Венный пульсъ, наблюдаемый иногда и при исправности трехстворч. клапана, отличается отъ упомянутой пульсации своимъ діастолическимъ характеромъ).

f. **Стенозъ легочной артерій** является самымъ частымъ врожденнымъ порокомъ сердца. Дѣти страдаютъ съ самаго своего рожденія одышкою, отличаются рѣзкою ціанотичностью (*синюха*, *torbus coeruleus*), отстаютъ въ своемъ развитіи; ногтевые фаланги ихъ пальцевъ рукъ и ногъ колбообразно утолщены (*Trommelschlägelfinger*). Головокруженіе и обморочные припадки встрѣчаются часто. Больные рано погибаютъ отъ сердечной слабости или чахотки. **Симп-томы:** серд. тулость увеличена вправо, сильный систол. шумъ (и дрожаніе) во II л. межреберномъ промежуткѣ, слабый II легочный тонъ, малый и частый пульсъ. Весьма часто въ сердцѣ встрѣчаются и другія аномаліи развитія, какъ напр. незакрытіе овальнаго отверстія и *ducti Botallii*.

[g] **Съуженіе праваго венознаго отверстія** чаще всего врождено; если оно и бываетъ въ постъ-эмбриональной жизни, то чаще всего въ сочетаніи съ недостаточностью трехстворчатого клапана. Наиболеѣ существенные признаки: ослабленіе II тона легочной артерій, пресистолическій или діастолическій шумъ на правомъ венозномъ отверстіи, ціанозъ, малый пульсъ лучевой артерій.

h) **Недостаточность клапановъ легочной артерій.** Правый желудочекъ увеличенъ. Толчекъ смѣщенъ кнаружи. Во второмъ лѣвомъ межреберномъ пространствѣ

диастолическій шумъ, который прорывается здѣсь въ видѣ дрожанія.

і) **Незарощеніе Боталлова протока.** Врожденный порокъ сердца, характеризующійся расширеніемъ праваго сердца. *Pulsatio epigastrica*; ошутимое для пальца біеніе расширенной легочной артеріи; усиленіе ея второго звука, систолическое дрожаніе и систолическій шумъ надъ нею. Сердечная тупость продолжается въ видѣ узкой полосы вдоль лѣваго края грудины ко второму ребру.*

к) **Сохраненный *isthmus aortae*.** Признакомъ этого порока является то обстоятельство, что пульсъ въ артеріяхъ головы полонъ, въ артеріяхъ бедренныхъ малъ и нѣсколько запаздываетъ. Лѣвый желудочекъ гипертрофированъ; между верхней и нижней половинами тѣла коллатеральные сосудистые пути рѣзко развиты].

Субъективныя жалобы, которыхъ долго—годами—можетъ и не быть, состоятъ въ общей слабости, разстройствѣ пищеваренія, головокруженіи, чувствѣ сдавленія въ груди и одышкѣ, появляющейся иногда послѣ напряженій, а иногда безъ видимой причины, припадками (*asthma cardiacum*). Симптомъ этотъ становится особенно тягостнымъ когда развивается застойный бронхитъ или же, когда вълѣдствіе продолжительнаго переполненія малаго круга (напр. при стенозѣ двустворчатки), получается бурая индурация легкихъ. (Въ мокротѣ встрѣчаются большіе лейкоциты, наполненные бурыми пигментными зернышками, (*Herzfehlerzellen*). При порокахъ клапановъ аорты весьма часты припадки грудной жабы (см. стр. 14).

При наступленіи болѣе или менѣе значительнаго разстройства компенсаціи жалобы эти усиливаются, пульсъ становится меньшимъ, мягкимъ, неправильнымъ, обыкновенно болѣе частымъ, и обнаруживаются тяжелыя явленія застоя: ціанозъ, бронхитъ, увеличеніе печени и селезенки, уменьшеніе количества мочи и появленіе бѣлка (см. застойная почка), водянка подкожной клѣтчатки (*anasarca*, восходящая отъ области лодыжекъ вверху) и большихъ полостей (*hydrothorax*, *ascites*,

hydropericardium). Замедленное кровообращение благоприятствует образованию в сердце или в венах тромбов съ вторич. эмболами (см. Инфарктъ легкихъ, эмболія мозга), Разстройство компенсаціи удаётся хотя (даже неоднократно) и устранить, но все-же оно въ концѣ концовъ ведетъ къ смерти, если только исходъ этотъ не наступаетъ раньше внезапно (эмболія вѣнеч. артерій, легочной артерій; разрывъ сердца) или какъ слѣдствіе осложненія (пнеймонія, апоплексія).

Лечение. а) При сохраненной компенсаціи: Соблюдать умѣренность въ пищѣ и питьѣ (алкоголь и куренье по возможности ограничить), слѣдить за правильнымъ стилемъ, гулять и дѣлать гимнастику, избѣгая однако перенапряженія (спорта, танцевъ, подъема на лѣстницы!). Систематически—теплыя ванны, иногда съ примѣсью соли или CO₂ (Sandow). При возможности лечение лѣтомъ въ Nauheim, Oeynhausen, Kissingen, Sudowa и т. п. Страдающимъ ревматизмомъ слѣдуетъ закалять себя прохладными обмываніями и носить теплое бѣлье; малокровнымъ слѣдуетъ давать желѣзо и въ подходящихъ случаяхъ молоко или кефиръ.

в) При разстройствѣ компенсаціи: Пребываніе въ постели, при возбужденной дѣятельности сердца нузырь со льдомъ. Такъ какъ подъ влияніемъ наперстянки сердце бьется медленнѣе, правильнѣе, съ большею силою, и кровяное давленіе повышается, то средство это особенно хорошо дѣйствуетъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ пульсъ учащенъ, мягокъ и неправиленъ. Digitalis можно прописать въ видѣ настоя, порошка или пилюль; при болѣе или менѣе значительныхъ разстройствахъ со стороны желудка назначаютъ клизмы изъ настоя (10—20 куб. сантим. каждые 3 часа). Приемы наперстянки прекращаютъ изъ-за ея „кумулирующаго“ дѣйствія тотчасъ-же, какъ только достигнуто значительное улучшеніе пульса. На первыхъ порахъ для этого требуется 1.5—2.0, позже 3.0—4.0 и даже больше.

1. Rp. Infus. fol. Digitalis
1.0—1.5 : 150.0.
DS. Каждые 2—3 часа
по столовой ложкѣ.

2. Rp. Fol. Digitalis pulv. 0.1
Sacchari albi 0.3.
M. f. pulv. D. tal. dos. No XVI.
S. По 1 пор. каждые 2—3 ч.

Изъ дериватовъ можно рекомендовать *Digitoxin crystall. Merck* (3—4 раза въ день по 1 лепешкѣ, содержащей $\frac{3}{4}$ mg. Принимать въ теченіе 3-хъ дней).

Подобно наперстянкѣ, хотя и слабѣе, дѣйствуетъ *Tinctura Strophanti* (3 раза въ день по 5—15 капель). Она не обладаетъ кумулирующимъ свойствомъ и ее поэтому можно принимать въ теченіе многихъ дней.

При сердечной слабости съ замедленнымъ пульсомъ также слѣдуетъ прежде всего испытать дѣйствіе наперстянки. Если она оказывается безуспѣшною, то назначаютъ кофеинъ (*Coffeini natr.-salicyl.* 2.0—5.0, *Aq. destil.* 120.0, *Aq. Menth. pip.* 30.0. *M.D.S.* По столовой ложкѣ 3 раза въ день) или камфору.

Противъ болѣе или менѣе сильной одышки съ уснѣхомъ примѣняются горчичники, горячія ножныя и ручныя ванны, морфій (0.005—0.01) или діонинъ (0.02—0.03). Болѣе новымъ средствомъ является оксикамфора (*Oxycamphorae* 10.0, *Spirit. Vini* 20.0, *Aq. Menth. ad.* 150.0. *M.D.S.* По стол. лож. 2—3 раза въ день). При бессонницѣ назначаютъ бромистый калий, морфій, діонинъ (см. выше) или сульфоналъ (1.0—1.5 въ 7 час. вечера въ сунѣ), но избѣгаютъ хлоралгидрата! Лечение грудной жабы см. стр. 14.

Если отеки не исчезаютъ подѣ влияніемъ наперстянки, то слѣдуетъ вдобавокъ назначить одно изъ слѣдующихъ мочегонныхъ средствъ:

- | | |
|---|---|
| 4. Rp. <i>Liq. Kalii acetici</i>
<i>Syrup. simpl. āā</i> 25.0
<i>Aq. Petroselini</i> 100.0
<i>MDS.</i> По стол. лож. чер. 2 ч. | 6. Rp. <i>Aceti Scillae</i> 25.0
<i>Kal. carbon. q. s. ad saturat.</i>
<i>Aq. Petroselini ad.</i> 125.0
<i>Syr. simpl.</i> 25.0
<i>S.</i> По стол. лож. чер. 3 ч. |
| 5. Rp. <i>Diuretini</i> 8.0—12.0
(или <i>Agurini</i> 6.0)
<i>Aq. Menth. pip. ad</i> 200.0
<i>MDS.</i> Выпить въ 2 дня. | 7. Rp. <i>Spec. diuretic.</i> 60.0
<i>DS.</i> Ежедневно по 1—2 стол. лож. на 2—3 чаш. чаю. |

Весьма энергичнымъ, но не невиннымъ мочегоннымъ является каломель (3 р. въ день въ теченіе 3-хъ дней по 0.2, въ некоторыхъ случаяхъ вмѣстѣ съ 0.01 опиѣ), противопоказанный при страданіяхъ почекъ. Для предотвращенія стоматита полскаать растворами буры, чи-

стить зубы! Въ случаѣ крайности дѣлаютъ надрѣзы отеочной кожи и вставляютъ капиллярный троакаръ (соблюдать самую тщательную чистоту, опасность рожи!) При значительномъ hydrothorax'ѣ или асцитѣ прибѣгаютъ къ пункции.

Рекомендуются и сочетанія упомянутыхъ выше средствъ:

8. Rp. Fol. digital. pulv. 0.1
Diuretini 1.0
(или Calomelanos 0.2)
M. f. pulv. D. tal. dos. XII
S. 3—4 пор. въ день.

9. Rp. Infus. Digital 2.0 : 150.0
Coffeini citr. 2.0
Tinctur. Strophant. 3.0
Liq. Kal. acet. ad. 200.0
S. По стол. лож. кажд.
2—3 часа.

При острой слабости сердца (коллапсѣ, отека легкыхъ, инфарктѣ) назначаютъ кофе, вино, эфиръ и камфору:

10. Rp. Camphorae trit. 0.1—0.2
Sacch. alb. 0.3.
M. f. pulv. Tal. dos. No. 8.
S. По 1 пор. чер. 1—3 час.

11. Rp. Camphorae 2.0
Ol. Olivar. 8.0.
D. ad vitr. ampl.
S. 1—3 ширица.

3. Острый миокардитъ.

Возникаетъ при самыхъ разнообразныхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, въ особенности при дифтеритѣ и остромъ поліатритѣ, а иногда и ревмично.

Больные лихорадятъ (до 40.0°), жалуются на тяжесть или боль въ груди, апатичны, блѣдны, а иногда и нѣсколько цианотичны. Пульсъ слабъ, неправиленъ, учащенъ (въ тяжелыхъ случаяхъ бываетъ и замедленъ). Сердце увеличено. Шумъ у верхушки можетъ происходить отъ сопутствующаго эндокардита или мускульной недостаточности двустворчататаго клапана. Нерѣдко дѣло доходитъ до опуханія печени, альбуминурии и отековъ. *Предсказаніе*: Въ большинствѣ случаевъ спустя нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ наступаетъ выздоровленіе, иногда однако остается и стойкое разстройство (переходъ въ хроническій миокардитъ!) Смерть можетъ наступить внезапно или какъ слѣдствіе убывающей силы сердца. *Леченіе*: ср. Острый эндокардитъ. Выздоровливающимъ рекомендуется продолжительный покой, углекислыя ванны, въ нѣкоторыхъ случаяхъ леченіе въ Nauheim'ѣ или Oeynhausen'ѣ.

4. Хроническія заболѣванія сердечной мышцы.

Относящіяся сюда состоянія весьма различны по своей этиологій и патологической анатоміи, тѣмъ не менѣе они представляютъ много сходства по своимъ клиническимъ симптомамъ.

а. Измѣненія сердца при артеріосклерозѣ. Артеріосклерозъ не только является частою причиною пороковъ клапановъ, но поражаетъ иногда и сердечную мышцу, что происходитъ двоякимъ путемъ: 1) разлитой атероматозъ увеличиваетъ сопротивленіе въ кровеносной системѣ и тѣмъ вызываетъ гипертрофію лѣваго желудка, 2) склерозъ вѣнечныхъ артерій имѣетъ слѣдствіемъ мозлистый міокардитъ, ведущій къ расширенію сердца, при чемъ пульсъ становится слабымъ, неправильнымъ и замедленнымъ. Оба состоянія нередко комбинируются другъ съ другомъ. Артеріосклерозъ является по преимуществу болѣзнию болѣе пожилого возраста; предрасполагающими моментами служатъ: алкоголизмъ, сифилисъ, свинцовое отравленіе и тяжелая физическая работа.

б. Простой хроническій міокардитъ можетъ развиться изъ остраго міокардита, перикардита (въ особенности послѣ полиартрита) или-же онъ возникаетъ постепенно, при чемъ это особенно часто происходитъ повидимому подъ вліяніемъ алкоголя (токсическая слабость сердца). Онъ проявляется симптомами медленнаго расширения и постепенно растущей недостаточности сердца, а часто и значительною неправильностью пульса.

с. Жировое сердце, Cor adiposum. Такъ наз. сердечныя явленія у тучныхъ больныхъ въ основѣ своей различнаго происхожденія. Такъ какъ значительное увеличеніе вѣса тѣла должно повысить работу сердца, то у этихъ людей нерѣдко развивается—подъ одновременнымъ вліяніемъ и усиленнаго питанія—идіопатическая гипертрофія сердца (см. ниже). Иногда однако такой гипертрофіи не наступаетъ, и наблюдаются лишь явленія сердечной слабости. Къ этому присоединяются еще вызванные неправильнымъ образомъ жизни (potatorium!) міокардитическія измѣненія и артеріосклерозъ. Дѣйствительное проростаніе сердечной мышцы жиромъ (Mastfetherz) или жировая дегенерация мышечныхъ волоконъ наблюдается лишь въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Такимъ образомъ сердечныя жалобы тучныхъ людей далеко не всегда даютъ намъ право діагносцировать „жировое сердце“. При изслѣдованіи мы находимъ увеличеніе

сердечной тупости съ симптомами гипертрофiи или расширенiя сердца. Нерѣдко встрѣчаются *asthma cardiacum*, *stenocardia* и обморочные припадки.

d. Заболѣванiя сердечной мышцы наблюдаются далѣе при сильныхъ тѣлесныхъ напряженiяхъ (у носильщиковъ, у людей, часто восходящихъ на горы или предающихся спорту), при чрезмѣрной ѣдѣ и при злоупотребленiи спиртными напитками. Здѣсь легко можетъ развиться—въ особенности у обжоръ и у лицъ, пьющихъ много пива (*Münchener Bierherz*)—гипертрофiя сердца (**идиопат. гипертрофiя сердца**); въ иныхъ случаяхъ преобладаютъ явленiя сердечной слабости.

e. Наконецъ слѣдуетъ упомянуть, что при эмфиземѣ и кифосколиозѣ, при сморщиванiи легкихъ и плевры наступаетъ гипертрофiя праваго желудочка, тогда какъ хроническiй нефритъ имѣетъ слѣдствiемъ гипертрофiю лѣваго желудочка.

Симптомы: Во всѣхъ этихъ случаяхъ раньше или позже наступаютъ тягостныя явленiя. Больные не въ состоянiи работать по прежнему, страдаютъ одышкою, жалуются на сердцебиенiе, тяжесть въ груди, головокруженiе; появляется *asthma cardiacum* или стенокардiя. Объективные признаки могутъ въ началѣ отсутствовать. Со временемъ обнаруживается однако увеличенiе сердца вправо или въ обѣ стороны. Если сердце гипертрофировано, то наблюдается приподнимающiй толчекъ, громкiе чистые тоны, полный напряженный пульсъ. Чаше приходится наблюдать явленiя сердечной слабости: толчекъ слабый, тоны еле слышны, первый тонъ нечистъ или замѣненъ систолическимъ шумомъ (мускульная недостаточность двустворчатки?); пульсъ слабый, неправильный и неровный, временами не прощупывается вовсе, обыкновенно учащенъ, но иногда и замедленъ даже до 40—20 ударовъ въ минуту (*bradycardia*); послѣднее наблюдается въ особенности при склерозѣ вѣнечныхъ артерiй; тогда нерѣдки и обмороки.

Леченiе: Слѣдствiя неумѣренности и перенапряженiя могутъ быть излечены, если эти вредные моменты

своевременно устраняются; излеченіе возможно и при сифилисѣ. Въ остальныхъ случаяхъ въ концѣ концовъ—обыкновенно, правда, лишь по истеченіи многихъ лѣтъ—наступаетъ разстройство компенсаціи или пациентъ умираетъ отъ сердечнаго удара (закупорка вѣчныхъ артерій, разрывъ сердца!), иногда во время припадка грудной жабы.

Спеціальный *діагнозъ* иногда затруднителенъ уже потому, что данное состояніе часто встрѣчается не въ чистомъ видѣ (совпаденіе тучности съ атероматозомъ, перенапряженія съ *potus*омъ и т. д.). Въ началѣ, когда объективныхъ данныхъ очень мало, легко подумать, что имѣешь дѣло съ нервнымъ разстройствомъ (см. *Stenocardia* стр. 14). Позже возможны смѣшенія съ пороками сердца (съ недостаточностью двустворчатки, если шумъ слышенъ; въ противномъ случаѣ со стенозомъ, при которомъ шумъ можетъ и отсутствовать (см. стр. 5).

Весьма важно установить наличность артеріосклероза. Такъ какъ, несмотря на сильный склерозъ вѣчныхъ артерій, ригидности периферическихъ артерій можетъ и не быть, то нужно обратить вниманіе на „звонкость“ II тона аорты. Опытъ показываетъ, что самыя тяжелыя формы грудной жабы, обморочные припадки и болѣе высокія степени брадикардіи почти всегда связаны съ измѣненіями въ сосудахъ. Гипертрофія сердца при нефритѣ, эмфиземѣ и т. д. не представляютъ діагностическихъ затрудненій. Въ остальныхъ случаяхъ приходится руководиться анамнезомъ (ревматизмъ, сифилисъ, алкоголизмъ и т. д.).

Леченіе то-же, что и при порокѣ клапановъ (см. стр. 8). Для тучныхъ часто бываетъ полезно осторожное леченіе по Эртелю (см. ниже) и пользованіе водами Marienbad'a, Karlsbad'a и Kissingen'a. Атероматознымъ больнымъ назначается іодистый калий (1,0—1,5 въ день въ продолженіе долгаго времени), сифилитикамъ—ртутное втираніе. О леченіи стенокардіи см. стр. 14, сердечной слабости стр. 10.

сердечной тупости съ симптомами гипертрофiи или расширенiя сердца. Нерѣдко встрѣчаются *asthma cardiacum*, *stenocardia* и обморочные припадки.

д. Заболѣванiя сердечной мышцы наблюдаются далѣе при сильныхъ тѣлесныхъ напряженiяхъ (у носильщиковъ, у людей, часто восходящихъ на горы или предающихся спорту), при чрезмѣрной ѣдѣ и при злоупотребленiи спиртными напитками. Здѣсь легко можетъ развиться—въ особенности у обжоръ и у лицъ, пьющихъ много пива (*Münchener Bierherz*)—гипертрофiя сердца (**идіонат. гипертрофiя сердца**); въ иныхъ случаяхъ преобладаютъ явленiя сердечной слабости.

е. Наконецъ слѣдуетъ упомянуть, что при эмфиземѣ и кифосколиозѣ, при сморщиванiи легкихъ и плевры наступаетъ гипертрофiя праваго желудочка, тогда какъ хроническiй нефритъ имѣетъ слѣдствiемъ гипертрофiю лѣваго желудочка.

Симптомы: Во всѣхъ этихъ случаяхъ раньше или позже наступаютъ тягостныя явленiя. Больные не въ состоянiи работать по прежнему, страдаютъ одышкою, жалуются на сердцебиенiе, тяжесть въ груди, головокруженiе; появляется *asthma cardiacum* или стенокардiя. Объективные признаки могутъ въ началѣ отсутствовать. Со временемъ обнаруживается однако увеличенiе сердца вправо или въ обѣ стороны. Если сердце гипертрофировано, то наблюдается приподнимающiй толчекъ, громкіе чистые тоны, полный напряженный пульсъ. Чаше приходится наблюдать явленiя сердечной слабости: толчекъ слабый, тоны еле слышны, первый тонъ нечистъ или замѣненъ систолическимъ шумомъ (мускульная недостаточность двустворчатки?); пульсъ слабый, неправильный и неровный, временами не прощупывается вовсе, обыкновенно учащенъ, но иногда и замедленъ даже до 40—20 ударовъ въ минуту (*bradycardia*); послѣднее наблюдается въ особенности при склерозѣ вѣнечныхъ артерiй; тогда нерѣдки и обмороки.

Леченiе: Слѣдствiя неумѣренности и перенапряженiя могутъ быть излечены, если эти вредные моменты

своевременно устраняются; излеченіе возможно и при сифилисѣ. Въ остальныхъ случаяхъ въ концѣ концовъ—обыкновенно, правда, лишь по истеченіи многихъ лѣтъ—наступаетъ разстройство компенсаціи или пациентъ умираетъ отъ сердечнаго удара (закупорка вѣчныхъ артерій, разрывъ сердца!), иногда во время припадка грудной жабы.

Спеціальный *диагнозъ* иногда затруднителенъ уже потому, что данное состояніе часто встрѣчается не въ чистомъ видѣ (совпаденіе тучности съ атероматозомъ, перенапряженія съ *potus'omъ* и т. д.). Въ началѣ, когда объективныхъ данныхъ очень мало, легко подумать, что имѣешь дѣло съ нервнымъ разстройствомъ (см. *Stenocardia* стр. 14). Позже возможны смѣшенія съ пороками сердца (съ недостаточностью двустворчатки, если шумъ слышнень; въ противномъ случаѣ со стенозомъ, при которомъ шумъ можетъ и отсутствовать (см. стр. 5).

Весьма важно установить наличность артеріосклероза. Такъ какъ, несмотря на сильный склерозъ вѣчныхъ артерій, ригидности периферическихъ артерій можетъ и не быть, то нужно обратить вниманіе на „звонкость“ II тона аорты. Опытъ показываетъ, что самыя тяжелыя формы грудной жабы, обморочные припадки и болѣе высокія степени брадикардіи почти всегда связаны съ измѣненіями въ сосудахъ. Гипертрофія сердца при нефритѣ, эмфиземѣ и т. д. не представляютъ діагностическихъ затрудненій. Въ остальныхъ случаяхъ приходится руководиться анамнезомъ (ревматизмъ, сифилисъ, алкоголизмъ и т. д.).

Леченіе то-же, что и при порокѣ клапановъ (см. стр. 8). Для тучныхъ часто бываетъ полезно осторожное леченіе по Эртелю (см. ниже) и пользованіе водами Marienbad'a, Karlsbad'a и Kissingen'a. Атероматознымъ больнымъ назначается іодистый калий (1,0—1,5 въ день въ продолженіе долгаго времени), сифилитикамъ—ртутное втираніе. О леченіи стенокардіи см. стр. 14, сердечной слабости стр. 10.

5. Неврозы сердца.

A. Palpitatio cordis, нервное сердцебиение. У нервных и малокровных субъектов самыя маловажныя причины (всхождение на лѣстницу, психическое возбужденіе, крѣпкая сигара, возбуждающіе напитки) вызываютъ тягостныя ощущенія и сердцебиеніе, большею частью связанное съ учащеніемъ пульса и видимымъ усиленіемъ сердечной дѣятельности.—*Леченіе:* Пузырь со льдомъ или холодныя компрессы дѣйствуютъ всегда успокаивающимъ образомъ. Алкоголь, крѣпкій кофе и табакъ слѣдуетъ воспретить. При анеміи и хлорозѣ: желѣзо, молоко; при нервности: холодныя обтиранія, бромистый калий, T. Chinae, T. Valerian или Sol. Fowleri; при полнокровіи: карлсбадская соль или леченіе въ Karlsbad'ѣ, Kissingen'ѣ или Marienbad'ѣ.

B. Tachycardia neurosa. Принадки сильнѣйшаго учащенія пульса (до 140—200 въ минуту) при органическихъ страданіяхъ сердца, послѣ тифа и дифтерита, при нервности и отравленіи никотиномъ. (При постоянной тахикардіи слѣдуетъ имѣть въ виду Базедову болѣзнь).

Леченіе: Пузырь со льдомъ, прижатіе шейнаго блуждающаго нерва (придавить сонную артерію!), морфій. Леченіе основной болѣзни.

C. Angina pectoris, stenocardia, грудная жаба. Встрѣчается въ видѣ чистаго невроза при здоровомъ сердцѣ, чаще однако при органическихъ страданіяхъ сердца, въ особенности при склерозѣ вѣнечныхъ артерій, порокахъ аорты и жирномъ сердцѣ. *Симптомы:* Жестокая боль въ области сердца, распространяющаяся по спинѣ и лѣвой рукѣ, сопровождающаяся чувствомъ сильнѣйшаго страха (Neuralgia cordis, Präcordialangst). Блѣдное лицо, холодныя конечности, учащенный и неправильный пульсъ; иногда, впрочемъ, пульсъ нормаленъ. Смерть во время припадка наблюдалась неоднократно.

Леченіе: Самымъ дѣйствительнымъ средствомъ является морфій (0,01—0,02 подкожно). При менѣе сильно выраженныхъ явленіяхъ надлежащее дѣйствіе оказываетъ и пузырь со льдомъ, горчичникъ, нитроглицеринъ или

Natrium nitrosum, вдыханіе амилнитрита или укеуенаго эфира:

12. Rp. Trochisci Nitroglycerini 13. Rp. Nitroglycerini 0.1.

(0.0005) № X.

Alcoholi 10.0.

S. 1—3 шт. въ день.

S. По 1—8 кап. 2—3 р. въ д.

14. Rp. Natri nitrosi 1.0.

15. Rp. Amylii nitrosi 5.0.

Aq. destillat. ad. 100.0.

S. 2—6 капель на платокъ

S. 1—3 раза въ день по

для вдыханія.

1—2 чайн. ложки.

При наличности признаковъ слабости сердца: покой въ постели и наперстянка. При атероматозѣ—продолжительное употребленіе іодистаго калия (по 1.0—1.5 въ день). При нервности и истеріи—психическое леченіе, бромистый калий, въ нѣкоторыхъ случаяхъ водолеченіе и постоянный токъ. Куренье и употребленіе спиртныхъ напитковъ нужно прекратить.

6. Pericarditis. Воспаленіе околосердечной сумки.

При явленіяхъ лихорадки, боли въ области сердца и чувства давленія въ груди—на основаніи сердца, рѣже нѣсколько ниже, обнаруживается шумъ тренія, зависящій отъ движенія сердца (*Pericarditis sicca* или *fibrinosa*). Если затѣмъ развивается экссудатъ (*Peric. exsudativa*), шумъ этотъ исчезаетъ и наблюдается быстрое увеличеніе сердечной тупости сначала по сторонамъ, а позже чаще всего въ видѣ трехугольника, верхній уголъ котораго расположенъ на грудномъ концѣ II или III лѣваго ребра. Сердечный толчекъ находится въ области притупленія или-же совершенно отсутствуетъ. Сердечные тоны слабы и мало отчетливы, пульсъ учащенъ, часто неправиленъ. Нерѣдко наблюдается одышка и ціанозъ. Вналое, блѣдное лицо. Послѣ того какъ экссудатъ всосался, шумъ тренія иногда снова появляется. По наступленіи выздоровленія оба листка перикардія могутъ сростись (*Obliteratio pericardii*), что выражается иногда систолическимъ втягиваніемъ сердечной области, диастолическимъ спаденіемъ яремныхъ венъ и парадокс. пульсомъ. Нерѣдко слѣдствіемъ такого сращенія является и недостаточность сердца съ типичнымъ

разстройствомъ компенсаціи. О ложномъ циррозѣ печени см. отд. Болѣз. печени.

Леченіе: Въ свѣжихъ случаяхъ 6—10 пиявокъ на область сердца, затѣмъ пузырь со льдомъ, при учащенномъ, неправильномъ пульсѣ—наперстянка. Противъ чувства давленія въ груди—морфій. При-слабости сердца—камфора, кофеинъ и вино. Для ускоренія всасыванія экссудата назначаютъ діуретинъ и т. п. средства (см. стр. 8). Если экссудатъ особенно великъ, то пунктируютъ въ Вили VI межреберномъ пространствѣ кнаружи отъ лѣвой сосковой линіи и даютъ содержимому медленно истекать. При гнойномъ перикардитѣ показанъ разрѣзъ около-сердечной сумки.

7. Аневризма аорты.

Этіологія: Артеріосклерозъ, травма, сифилисъ. Забо-лѣваютъ обыкновенно мужчины въ возрастѣ 40—50 лѣтъ. *Симптомы* въ началѣ часто неопредѣлены (сердцебиеніе, одышка, въ нѣк. случаяхъ стенокардическіе припадки), иногда въ началѣ находятъ одну лишь недостаточность клапановъ аорты. Относительно рано обнаруживается запаздываніе одного радіальнаго пульса (или-же пульсъ становится малъ) и параличъ одной голосовой связки (прижатіе п-vi recurrentis). Смотря по положенію аневризмы, появляется притупленіе надъ средней, или надъ верхней частью грудины, или-же сбоку отъ нея; позже наблюдается пульсирующее выпячиваніе грудной стѣнки (при рѣдко встрѣчающихся аневризмахъ нисходящей аорты опухоль появляется обыкновенно между позвоноч-нымъ столбомъ и лѣвою лопаткою). [При ощупываніи пульсирующей опухоли мы замѣчаемъ систолическій толчокъ; нерѣдко замѣчается двойной толчокъ. Иногда вмѣсто толчка надъ опухолью прощупывается явственное дрожаніе, производимое круговоротными движеніями крови при внезапномъ переходѣ въ расширяющееся русло. Если аневризма не образуетъ пульсирующей опухоли, то она можетъ быть сдѣлана доступной ощупыванію черезъ яремную впадину, если опустить туда палецъ. Надъ аневризмой слышны то тоны, то шумы (особенно часто діастолическій)]. Если мѣшокъ выполненъ свертками, то все аку-

стическія явленія отсутствуютъ. Сердце гипертрофируется лишь при одновременномъ существованіи недостаточности аорты или значительнаго атероматоза, однако смѣщеніе сердца влѣво и книзу можетъ произвести впечатлѣніе гипертрофіи.

[Прижатіе пищевода, верхней полой вены, лѣваго бронха или сосѣднихъ нервныхъ стволовъ можетъ вызвать расстройство глотанія, расширение венъ на головѣ и рукахъ, ослабленіе и даже исчезновеніе дыханія въ лѣвомъ легкомъ и мучительную межреберную невралгію или невралгію рукъ. Прижатіе блуждающаго нерва имѣетъ своимъ послѣдствіемъ рвоту; прижатіе волоконъ симпатическаго нерва производитъ измѣненіе въ ширинѣ зрачковъ]. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ развивается плевритическій или перикардитическій экссудатъ. Смерть обыкновенно наступаетъ въ слѣдствіе разрыва (наружу, въ плевру, въ околосердеч. сумку, въ пищеводъ и т. д.), слабости сердца или общаго истощенія.

Распознаваніе: При всякой недостаточности аорты, медленно развивающейся въ возрастѣ свыше 40 лѣтъ, слѣдуетъ убѣдиться, нѣтъ-ли скрытой аневризмы: изслѣдованіе обоихъ радіальныхъ пульсовъ, гортани, разспросы про расстройство глотанія. То-же должно дѣлать въ случаяхъ упорныхъ невралгій и при жалобахъ на расстройство глотанія (см. стр. 57). Понятно, что медиастинальная саркома, спондилитическій абсцессъ и эхинококкъ можетъ вызвать подобныя-же явленія. Въ частности въ пользу аневризмы восходящей аорты говорятъ: притупленіе звука справа отъ рукоятки во 2 межреберномъ пространствѣ и далѣе къверху, пульсація въ 1 и 2 межреберныхъ промежуткахъ справа, запаздываніе пульса въ периферическихъ артеріяхъ обѣихъ сторонъ по сравненію съ сердечнымъ толчкомъ, явленіе прижатія въ области верхней полой вены.

[Объ аневризмѣ дуги аорты свидѣтельствуютъ: притупленіе звука на рукояткѣ грудины и слѣва отъ нея въ первомъ промежуткѣ, неодинаковая величина пульса и неодновременное появленіе его въ лучевыхъ артеріяхъ, застой крови въ лѣвой половинѣ головы и шеи, нара-

личь лѣвой голосовой связки, лѣвый бронхостенозъ. Аневризма нисходящей части вѣроятна, если существуетъ помимо вышеупомянутой пульсаціи запаздываніе пульса бедренной артеріи по сравненію съ пульсомъ лучевой, явленія прижатія спинного мозга, бронхостенозъ, стенозъ пищевода. Аневризма брюшной аорты вѣроятна, если надъ пупкомъ существуетъ пульсирующая опухоль, надъ которой выслушивается систолическій шумъ, и если пульсъ въ бедренной артеріи запаздываетъ по отношенію къ сердечному толчку].

Леченіе: Поквой, чрезвычайная воздержность въ пищѣ и питьѣ, продолжительное употребленіе іодстаго балія (1.0—3.0 въ день), въ нѣкоторыхъ случаяхъ ртутныя втиранія. Противъ болей—антипирий, антифебриль, морфій. Старые способы, имѣвшіе цѣлью вызвать свертываніе содержимаго аневризмы (гальванопунктура, акупунктура, вырѣскиваніе *Liq. ferri*) теперь не примѣняются болѣе, что вполнѣ основательно. Болѣе благоприятное дѣйствіе оказываютъ недавно вошедшія въ употребленіе вырѣскиванія желатины: 1.0—2.5 бѣлой желатины и 0.6 повар. соли растворяютъ въ 100.0 *Aq. destillat.*, стерилизуютъ кипяченіемъ въ продолженіе $\frac{1}{4}$ часа (тетанусъ!) и вырѣскиваютъ въ тепломъ видѣ подъ кожу живота. Это повторяютъ по мѣрѣ надобности¹⁾. Если имѣется уже выпячиваніе грудной стѣнки, то можно попытаться отсрочить угрожающій разрывъ, наложивъ давящую повязку.

II. Болѣзни органовъ дыханія.

A. Болѣзни носа и гортани.

1. Насморкъ. *Coryza. Rhinitis acuta.*

Когда дѣло идетъ о новорожденныхъ, слѣдуетъ помнить, что *Coryza* часто является первымъ признакомъ наследственнаго сифилиса. У старшихъ дѣтей должно имѣть въ виду корь, дифтеритъ и кокалюшъ. Въ началѣ тифа насморкъ встрѣчается чрезвычайно рѣдко.

Леченіе: При лихорадкѣ и плохомъ самочувствіи: пребываніе въ постели и потѣніе; при головныхъ боляхъ (катарръ лобной пазухи, надглазничная невралгія): антипирий, антифебриль, 0.5—1.0. Опуханіе носа можетъ быть облегчено стягиваніемъ тепловатаго солянаго раствора, смазываніемъ растворомъ кокаина и средствомъ *Nager'a*.

¹⁾ Эти вырѣскиванія желатины служатъ и для остановки профузныхъ кровотеченій изъ желудка, кишекъ, легкихъ, а также при гемофилиі. Противопоказаніемъ является наличность нефрита.

16. Rp. Ac. carbol. liquefac.

Spiritus.

Liq. ammon. caust.

Aq. destillat. āā 5.0.

S. Для нюханія (по Hager'y).

17. Rp. Cocaini mur. 0.1—0.2.

Aq. destillat. 5.0.

D. cum penicillo.

S. Для смазыванія.

Рекомендуется также нюханье Bismuth. subnit. (2.0 : 15.0 Sacch. lactis) или каломеля (такимъ-же образомъ). Нѣкоторые приписываютъ прекрасное дѣйствіе вдыханію камфоры (на кончикѣ носа всыпать въ $\frac{1}{2}$ чашки горячей воды). Противъ сеадинъ — кольд-кремъ.

Закупорка носа ведетъ у грудныхъ дѣтей къ припадкамъ удушья, въ особенности во снѣ или при кормленіи: слѣдуетъ смазывать носъ 1%-нымъ цинковымъ растворомъ, иногда умѣстно кормленіе ложкою. При Coryza luetica 0.003—0.005 каломеля 2 раза въ день или сулемовыя ванны (1.0—2.0 на ванну, осторожно!)

2. Rhinitis chronica. Упорный насморкъ. Ozaena. Зловонный насморкъ.

При гипертрофической формѣ показанъ главнымъ образомъ гальвано-каустическій способъ леченія.

При атрофической формѣ, которую можно узнать по противному приторному запаху (Ozaena), слѣдуетъ удалить существующія грязноватозеленыя корки помощью душей, со зловоніемъ можно бороться промываніемъ изъ Kali permangan. (1 : 1000) или Alumin. aceticotartar. (т. н. Alsol 1 : 100), вдуваніями Hydrargyri sozojodol. (1 : 25 Sacch. lactis) или аристола (въ чистомъ видѣ). Рекомендуется также массажъ слизистой носа помощью зонда, обернутаго ватой. Чтобы помѣшать засыханію выдѣленія, вкладываютъ на ночь ватные тампоны. Очаговыя заболѣванія, нагноенія придаточныхъ полостей требуютъ хирургическаго леченія.

3. Носовое кровотеченіе. Epistaxis.

Во многихъ случаяхъ достаточнымъ оказывается прижатіе носа при наклоненной впередъ головѣ и холодный компрессъ на затылокъ. Сморганія и втягиванія воды слѣдуетъ избѣгать. Если кровотеченіе продолжается, то носовое отверстіе тампонируютъ среди ватой обыкновенною или же имѣющеюся въ продажѣ, пропитанною Liq. ferri. Затѣмъ слѣдуетъ убѣдиться, не течетъ-ли кровь черезъ хоаны. Въ этомъ случаѣ вату приходится удалить и тампонировать при помощи трубки Беллока сзади. Для такой тампонаціи пользуются іодоформною марлею, которую удаляютъ не позже, чѣмъ черезъ 16—24 часа (воспаленіе среднего уха!). Проведенную черезъ переднее отверстіе нитку привѣшиваютъ къ переднему тампону. Въ крайнихъ случаяхъ впрывскиваніе желатинны (см. стр. 18).

Позже необходимо изслѣдовать носъ. Нерѣдко можно найти (чаще всего спереди на хрящевой перегородкѣ) небольшую язву или варикозно расширенную вену, являющуюся источникомъ кро-

вотеченія: прижиганіе ляписомъ или *acido trichloracetico*. Слѣдуетъ также имѣть въ виду возможность существованія гемофиліа, порока сердца, нефрита и лейкемій.

4. Инородныя тѣла въ носу.

Слѣдуетъ закрыть свободное носовое отверстіе и заставить сморкаться. Часто уже однимъ этимъ достигается появленіе инороднаго тѣла. У маленькихъ дѣтей вмѣсто этого примѣняютъ на свободной сторонѣ приемъ Politzer'a (вдуваніе воздуха резиновымъ баллономъ). Если тѣло крѣпко засѣло, слѣдуетъ попытаться обойти его крючкообразно изогнутымъ зондомъ или шпилькою (не пинцетомъ или коридангомъ!) подъ руководствомъ зеркала. Толкать тѣло назадъ — опасно, такъ какъ оно можетъ попасть въ гортань.

5. Pharyngitis chronica. Катарръ зѣва.

Различаютъ а) гипертрофическій катарръ съ утолщеніемъ слизистой оболочки, покраснѣніемъ и припуханіемъ слизистыхъ железъ (*Pharyngitis granulosa*) и б) атрофическій катарръ съ утонченіемъ слизистой, являющеюся сухой и лаковообразною (*Ph. sicca*). Последняя форма можетъ развиться изъ первой, но можетъ возникнуть и самостоятельно. Тогда какъ при а) выдѣляется обильная вязкая слизь при явленіяхъ отхаркиванія и сильнаго кашля, могущаго дойти до рвоты (*vomitus matutinus potator'ovъ*), мы при б) вовсе не находимъ выдѣленія; больные жалуются лишь здѣсь на непріятное чувство щекотанія и сухости въ гораѣ. Голосъ часто хриплый, становится подчасъ беззвучнымъ.

Леченіе: Нужно обратить вниманіе на болезненные состоянія носа и носоглоточнаго пространства (катарръ, полипы, гипертроф. миндалины зѣва) и заботиться о томъ, что-бы ноги оставались теплыми (при потѣнн ногъ ежедневныя ножныя ванны, часто мѣнять чулки, посыпать *pulv. salicyl. c. talco* или *acido tannic.*, смазывать 5%-ою хромовою кислотою). Куренье, нюханье табаку, употребленіе спиртныхъ напитковъ слѣдуетъ запретить, продолжительныхъ разговоровъ, вдыханія пыли и холоднаго воздуха должно избѣгать. Холодныя обтиранія для закаливанія. Утромъ и вечеромъ горячее молоко съ эмскою солью, полосканіе растворомъ соли или квасцовъ. Грануляціи удаляются гальванокаутеромъ или прижиганіемъ *acid. trichloracetico*, припухшая слизистая зѣва смазывается растворомъ ляписа (1:10—30) или йодистымъ глицериномъ.

18. Rp. Natr. chlorat. 10.0
Natri bicarbon. 20.0.

S. На кончикѣ ножа въ горяч. молокѣ.

19. Rp. Tinct. Jodi.
Glycerini āā 7.5.

S. Для смазыванія.

Благопріятное дѣйствіе оказываетъ также леченіе въ Ems'ѣ Reichenhall'ѣ, Dürrenberg'ѣ, Salzungen'ѣ и Weilbach'ѣ, а для лицъ тучнымъ и страдающимъ диспептич. расстройствами — въ Marienbad'ѣ, Karlsbad'ѣ или Kissingen'ѣ.

6. *Laryngitis acuta* и ложный крупъ.

Охриплость, грубый кашель, иногда лихорадка. На слизистой гортани замѣчается краснота, опуханіе, перѣдко наблюдаются мелкія геморрагіи.

Дѣти, страдающія острымъ ларингитомъ часто подвергаются—почти всегда ночью—припадкамъ суженія голосовой щели. Они внезапно просыпаются съ лающимъ крупобразнымъ кашлемъ и затрудненнымъ свистящимъ дыханіемъ. При изслѣдованіи находятъ лишь красноту слизистой; палатовъ нѣтъ. Теченіе всегда благопріятно.

Леченіе: Если ларингитъ является слѣдствіемъ простуды: пребываніе въ постели и потѣніе, затѣмъ согревающіе компрессы, обильное питье теплыхъ напитковъ (чай, молоко съ зельтерскою водою, *Emser Krianchen*). При сильномъ кашлевомъ раздраженіи—вдыханіе водяныхъ паровъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ морфій или кодеинъ. Громкій разговоръ, холодные напитки, куренье, употребленіе алкоголя во всѣхъ видахъ слѣдуетъ запретить.

При **ложномъ крупѣ:** теплое молоко, губка, смоченная горячею водою на область гортани; 1—3 капель *vinii stibiati* каждые 2 часа или *Infus. Ipecacuanh.* 0,3 : 100,0.

7. *Laryngitis chronica*. Хроническій катарръ гортани.

Кашель часто незначительный; голосъ нечистый, хриплый, легко устаетъ и слабѣетъ при продолжительномъ разговорѣ. Ларингоскопич. изслѣдованіе: слизистая умѣренно разбухшая, болѣе или менѣе утолщена, нередко встрѣчаются мелкія эрозіи, парезъ голосовыхъ мышцъ. NB. Нужно всегда изслѣдовать легкія, зѣвъ и носъ и имѣть въ виду возможность сифилиса и туберкулеза!

Леченіе. Общій режимъ тотъ-же, что при *pharyngit. chron.* При сухости слизистой: эмская соль, нашатырь (см. стр. 30), при обильной мокротѣ—вдыханіе перуанскаго бальзама (*Balsami peruv.* 15,0, *Spiritus* 5,0; влить 10—25 капель въ горячую воду и вдыхать пары сквозь бумажную трубочку) или *Ol. pinii pumilionis* (такимъ же образомъ). Мѣстное примѣненіе ляписа, танина, квасцовъ, іода.

- | | |
|---|--|
| <p>20. Rр. Sol. argenti nitrici
1.0—2.0 : 25.0.
S. Для смазыванія.</p> <p>22. Rр. Acidi tannici 2.0—5.0.
Talcі veneti 20.0.
S. Вдуть.</p> <p>24. Rр. Aluminis pulv.
Sacch. lact. аа 10.0.
S. Вдуть.</p> | <p>21. Rр. Jodi puri 0.2.
Kal. jodat. 2.0.
Glycerini 15.0—10.0.
S. Для смазыванія.</p> <p>23. Rр. Argenti nitrici 0.3—1.0.
Talcі veneti 20.0.
S. Вдуть.</p> <p>25. Rр. Tinetur. Jodi 3.0—10.0.
Glycerini 10.0.
S. Смазывать.</p> |
|---|--|

Леченіе въ Ems'ѣ, Salzungen'ѣ, Reichenhall'ѣ, Jschl'ѣ, для „полнокровныхъ“ въ Marienbad'ѣ, Kissingen'ѣ, Ta-gasp'ѣ, Weilbach'ѣ, Nenndorf'ѣ. Мореккой воздухъ также вліяетъ благопріятно.

8. Tuberculosis laryngis. Горловая чахотка.

Въ началѣ наблюдаются лишь большею частью явленія катарра: охриплость, кашель, покраснѣніе слизистой; нерѣдки эрози и парезъ голосовыхъ мышцъ. Затѣмъ показывается—прежде всего обыкновенно въ regio inter-arytaenoidea туберкулезный инфильтратъ, со временемъ распадающійся. Такъ образуется язва, со дна которой часто поднимаются зубчатая разраженія. Съ задней стѣнки гортани изъязвленіе легко переходитъ на голосовыя связки, края которыхъ въ такомъ случаѣ представляются изъѣденными. Подобныя язвы могутъ образоваться на ложныхъ связкахъ и на задней поверхности надгортанника. Если процессъ проникаетъ въ глубину, то пораженными оказываются и perichondrium и хрящъ. Perichondritis arytaenoidea обнаруживается сильною отеочно-стью regionis interaryt., а если поражено и сочлененіе между cartilago arytaen. и cartil. cricoid., то и неподвижностью соотвѣт. голосовой связки. При перихондритѣ надгортанника послѣдній подъ вліяніемъ отечнаго опуханія превращается въ неправильную массу, напоминающую по виду почки; если процессъ заходитъ еще дальше, то весь надгортанникъ можетъ быть совершенно разрушенъ. Субъективныя жалобы весьма значительны: особенно мучительны боли при глотаніи, вызываемыя измѣненіями у входа въ гортань. Относительно рѣдко при-

ходится наблюдать сколько нибудь значительныя явленія стеноза.

Распознаніе можетъ быть затруднительно при отсутствіи яснаго пораженія легкихъ. Если субъектъ, страдавшій прежде сифилисомъ, заболѣваетъ катарромъ верхушки, въ теченіе котораго развиваются язвы гортани, то къ вѣрному заключенію можно придти только *ex juvantibus* (іодистый калий!).

Леченіе: Общее леченіе то-же, что и при туберкулезѣ легкихъ (см. стр. 42). Щадить гортань (говорить шопотомъ, подавлять кашель, избѣгать пыли и холоднаго, сырого воздуха). Пока язвъ нѣтъ, рекомендуется мѣстное примѣненіе тѣхъ-же средствъ, которыя употребляются при хроническомъ ларингитѣ, въ особенности вдыханіе перуанскаго бальзама. Язвы слѣдуетъ посыпать борною кислотою, іодоломъ или смазывать (по предварительномъ анестезированіи 10^o/о-мъ кокаиномъ) креозотомъ (см. рецептъ 27), 20^o/о-мъ ментоловымъ масломъ или 25—75^o/о-мъ растворомъ молочной кислоты. Затрудненія при глотаніи можно облегчить морфіемъ, а еще лучше кокаиномъ или ортоформомъ (въ видѣ порошка или 25^o/о-го ортоформнаго масла).

26. Rp. Morphini mur. 0.1
Kalii bromati 20.0.
Aq. destillat. 150.0.
S. Чайн. лож. въ стклянку
ингаляціон. аппарата.

27. Rp. Kreosoti 0,25
Spiritus 10.0.
Glycerini 15.0.
S. Для смазыванія.

Относительно выбора курорта см. стр. 43 Davos, Arosa и т. п. горные курорты противопоказаны при туберкулезѣ гортани.

9. Laryngitis syphilitica. Сифились гортани.

Хриплый голосъ, иногда афонія. Кашлевое раздраженіе, боли незначительны или совершенно отсутствуютъ. Въ раннихъ стадіяхъ сифилиса находятъ простой катарръ или кондиломатозныя папулы слизистой, которыя могутъ распасться и образовать язвы. Папулы эти сидятъ преимущественно при входѣ въ гортань (на надгортаникѣ или cart. arytaen.). Позже могутъ развиваться гуммы, быстро изъязвляющіяся. При излеченіи образуются рубцы, которые могутъ вести къ стенозу гортани и постоянной охриплости.

Леченіе: Іодистый калий (1.0—2.0 p. die) и ртутныя втиранія (2.0—5.0 сѣрой мази въ день). Мѣстно: смазываніе смѣсью

юда, іодист. казія и глицерина (см. рецентъ 21); при образованіи извъ вдуванія іодоформа или іодола или италацин слабымъ растворомъ сулемы (1 : 4000).

Рубцовыя суженія слѣдуетъ расширять повторнымъ введеніемъ Шретеровскихъ расширителей.

Ю. Параличи гортанныхъ мышцъ.

Всѣ чувствительныя и двигательныя нервы гортани провѣдуть отъ блуждающаго нерва, при чемъ *N. laryng. superior* снабжаетъ чувствительными вѣточками всю верхнюю половину гортани до края голосовыхъ связокъ, а двигательными—мышцы надгортаника и *M. crico-thyreoideum* (напрягающаго голосовыя связки), тогда какъ *N. laryng. inf. (sive N. recurrens)* иннервируетъ всѣ остальные мышцы гортани (открывающія и замыкающія голосовую щель) и слизистую ниже голосовой щели.

Изолированный параличъ *N-vi laryngei sup.* встрѣчается весьма рѣдко (послѣ дифтерита и инфлюэнцы). Голосовая связка, напрягающая мышца которой парализована, стоитъ при фонаціи ниже и образуетъ своимъ свободнымъ краемъ волнообразную линію. Голосъ хриплый и монотонный.

Параличъ въ области *N-vi recurrentis* можетъ охватить весь нервъ или только отдѣльныя мышцы:

1. Полный параличъ *n-vi recurrentis*.

При аневризмѣ аорты, ракъ пищевода, экссудативномъ перикардитѣ, сморщиваніи верхушки легкихъ, опухоли средостѣнія, спинной сухоткѣ, бульбарномъ параличѣ, затѣмъ послѣ тифа, инфлюэнцы и дифтерита. Парализованная голосовая связка стоитъ неподвижно въ трупномъ положеніи (среднее между положеніемъ фонаціи и инспираціи) и имѣетъ вогнутый край (рис. 1).



Рис. 1 (по Gottstein'y).

При интонаціи здоровая голосовая связка переходитъ черезъ среднюю линію и замыкаетъ такимъ образомъ голосовую щель. Голосъ не афониченъ, а лишь малозвученъ. При двустороннемъ параличѣ (весьма рѣдкомъ) наблюдается полная афонія и «фонаторная безполезная трата воздуха».

2. Параличъ *m-i cricoaryt. postici*.

Пораженія блуждающаго нерва или *recurrens'a*, не вполне уничтожающія ихъ функцію, вызываютъ сначала параличъ *M-i cricoaryt post.*, расширяющаго голосовую щель. Позже параличъ этотъ можетъ перейти въ полный параличъ *recurrens'a*. При одностороннемъ пораженіи голосовая связка стоитъ неподвижно въ срединной линіи (дѣйствіе аддукторовъ). Измѣненія въ голосѣ и другихъ ненормальностей не замѣчается. При двустороннемъ параличѣ (чаще всего при *tabes'ѣ*) голосовая щель и при вдыханіи чрезвычайно узка, вслѣдствіе чего наблюдается сильная дыхательная одышка съ протяжною свистающею инспираціею. Голосъ и въ этомъ случаѣ нормаленъ.

3. **Параличь m-i vocalis** или расположеннаго въ самой голосовой связкѣ m-i thyreo-aryt. interni, часто двусторонний, встрѣчается при ларингитѣ и истеріи. При интонаціи голосовыя связки въ своихъ лигаментозныхъ частяхъ не примыкаютъ плотно другъ къ другу, такъ что между ними остается веретенообразная щель (рис. 2). Замѣчается охриплость.

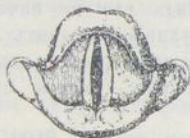


Рис. 2 (по Gottstein'y).



Рис. 3 (по Gottstein'y).

4. **Параличь m-i arytaenoi dei**, нерѣдко комбинирующійся съ параличемъ вышеупомянутой мышцы, также встрѣчается при катаррѣ и истеріи. При фонаціи смыкаются лишь передніе отрѣзки голосовыхъ связокъ, тогда какъ задняя треть (хрящевая щель) образуетъ открытый трехугольникъ (рис. 3). Значительная охриплость.

Леченіе: Центральные параличи и параличи отъ сдавленія лишь рѣдко поддаются леченію (ртутныя втиранія при сифилисѣ, операціи при опухоляхъ железъ, тиреоидинъ или іодистый калий при зобѣ и т. д.). При истерической афоніи дѣйствительнымъ иногда оказывается слѣдующій пріемъ: Больному объявляютъ, что голосъ тотчасъ вернется, какъ только «попридержатъ голосовыя связки». Послѣ этого сдавливаютъ гортань съ обѣихъ сторонъ, энергично требуя, что-бы больной въ то-же время громко интонировалъ. Если параличь является слѣдствіемъ катарра, то слѣдуетъ лечить этотъ катарръ. Кромѣ того можно попытаться примѣнять элекتریзацію, стрихнинъ и разговорныя упражненія.

28. Rp. Strychnini nitr. 0,06. 29. Rp. Tinctur. nuc. vom. 10,0.
Aq. destiliat ad. 10,0. S. 3—10 капель 2 раза
S. $\frac{1}{2}$ —1 шприца ежедн. въ день на водѣ.

При двустороннемъ параличѣ m-i postici явленія угрожающей одышки могутъ вызвать необходимость трахеотоміи.

11. Новообразованія гортани.

Значительно чаще всѣхъ другихъ опухолей встрѣчается п а п и л о м а. Обыкновенно она представляется въ видѣ небольшого пузырька на голосовыхъ связкахъ, иногда однако она образуетъ и большія массы, имѣющія формы тутовой ягоды и могущія почти совершенно закупорить гортань. Опухоль эта вызываетъ охриплость, кашлевое раздраженіе, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и при-

ладки удушья. Рѣже встрѣчается фиброма, почти всегда сидящая на ножкѣ; величиною бываетъ въ чечевицу или больше, иногда достигаетъ величины лѣсного орѣха. Еще рѣже наблюдаются кисты и энхондромы.

Ракъ гортани также большею частью расположенъ на одной изъ голосовыхъ связокъ въ видѣ ограниченного инфильтрата или же въ видѣ круглой, рѣже бородавчатой опухоли. Въ противоположность къ доброкачественнымъ заболѣваніямъ онъ наблюдается большею частью у пожилыхъ людей. Видъ его въ началѣ мало характеренъ. Подозрѣніе возбуждаетъ опуханіе сосѣднихъ лимфатическихъ железъ, склонность къ дальнѣйшему росту, изъязвленіе и боль, распространяющаяся на одноименной сторонѣ до самаго уха.

Леченіе: Доброкачественныя опухоли могутъ быть удалены черезъ ротъ подъ руководствомъ зеркала, при равнѣ-же мы вынуждены экстирпировать всю гортань или, по крайней мѣрѣ, заболѣвшую половину.

В. Болѣзни бронховъ и легкихъ.

Предварительныя замѣчанія.

Осмотръ: Слѣдуетъ осмотрѣть форму грудной клѣтки, длину, ширину и высоту ея, разстоянія между ребрами, величину эпигастральнаго угла (эмфизематозная и паралитическая груд. клѣтка), сравнить обѣ половины груди другъ съ другомъ (уменьшеніе отъ сморщиванія, увеличеніе, вызванное эксудатомъ или pneumothorax'омъ, неправильности вслѣдствіе кифоза или сколіоза) и обратить особенное вниманіе на область верхушекъ легкихъ (западеніе вслѣдствіе туберкул. процесса, вынычиваніе при эмфиземѣ). Затѣмъ слѣдуетъ сосчитать число дыханій (у здороваго взрослого человѣка въ состояніи покоя 16—20) и изслѣдовать, расширяются ли обѣ половины грудной клѣтки одинаково при глубокомъ дыханіи или одна изъ нихъ „запаздываетъ“ (въ какой части? вверху или внизу?)

Перкуссия: Обыкновенно обѣ верхушки легкихъ расположены на одной высотѣ, подымаясь спереди надъ ключицами на 3—5 ст., сзади онѣ достигаютъ уровня VII шейнаго позвонка. Нижній край легкихъ находится по парастернальной (пригрудинной) линіи справа на верхнемъ краю VI ребра, слѣва—на верхнемъ краю IV ребра, по подмышечной линіи съ обѣихъ сторонъ на VIII,

сзади-же, возлѣ позвоночнаго столба—на X ребрѣ. Въ этихъ границахъ мы находимъ ясный нетимпанической легочный звукъ. Дыхательное перемѣщеніе нижняго края легкихъ составляетъ около 5 ст.

Границы между долями легкихъ проходятъ такимъ образомъ, что на правой сторонѣ впереди и вверху помѣщается верхняя доля и съ третьяго ребра начинается средняя доля, тогда какъ на лѣвой сторонѣ впереди находится одна лишь верхняя доля. Сзади какъ на правой, такъ и на лѣвой сторонѣ помѣщаются лишь верхняя и нижняя доли; граница между ними идетъ отъ III грудного позвонка довольно круто внизъ и кнаружи.

При патологическихъ условіяхъ область яснаго звука можетъ оказаться увеличенною или уменьшенною. Расширеніе наблюдается при эмфиземѣ и (на одной сторонѣ) при *pneumothorax*'ѣ. Сѣуженіе можетъ быть вызвано: 1) сморщиваніемъ легкихъ, 2) высокимъ стояніемъ діафрагмы (метеоризмъ, асцитъ, опухоли живота) и 3) появленіемъ ненормальныхъ притупленій.

Притупленія возникаютъ: а) надъ тѣми частями легкихъ, въ которыхъ нѣтъ воздуха, при чемъ это отсутствіе воздуха можетъ быть обусловлено инфильтраціею (туберкулезъ, пневмонія, инфарктъ, абсцессъ, гангрена, опухоли) или сдавленіемъ (экссудаты плевры); б) когда между легкими и грудной стѣнкой появляются жидкія или твердыя массы (*pleuritis exsudativa*, *hydrothorax*, плевритическія отложенія, новообразованія).

Тимпанической звукъ появляется: а) при уменьшенномъ напряженіи легочной ткани (вблизи плевритическихъ и перикардитическихъ экссудатовъ или большихъ инфильтратовъ), б) надъ болѣе или менѣе значительными полостями (каверны, иногда *pneumothorax*), в) если въ промежуткѣ между грудною стѣнкою и большимъ бронхомъ находится легочная ткань, лишенная воздуха (т. н. трахеальный тонъ *Williams*'а, чаще всего впереди въ правомъ II или III межреберномъ пространствѣ).

Объ измѣненіяхъ звука см. стр. 41 и 52.

Аускультация: При нормальныхъ условіяхъ надъ обѣими легкими слышно чистое везикулярное дыханіе безъ

шумовъ; лишь сзади, весьма близко отъ верхнихъ позвонковъ, слышно бронхиальное дыханіе, проведенное отъ трахеи.

Патологическое бронхиальное дыханіе наблюдается: а) надъ безвоздушными (инфильтрированными или сдавленными) частями легкихъ и б) надъ кавернами, такъ какъ шумъ дыханія, возникающій въ гортани или трахей, при этихъ условіяхъ проводится къ уху, не перетерпывая измѣненій. Амфорическое дыханіе (съ металлическимъ отгѣнкомъ) наблюдается надъ большими кавернами и при открытомъ pneumothorax'e.

При наличности катарра съ жидкою мокротою къ шуму дыханія присоединяются влажные хрипы. При вязкой мокротѣ хрипы эти имѣютъ сухой (жужжащій, свистящій) характеръ (Rhonchi sonori или sibilantes). Звонкіе хрипы возникаютъ въ инфильтрированной легочной ткани, металлическіе—въ большихъ полостяхъ. Если хрипы сосредоточены въ верхушкахъ, то слѣдуетъ всегда имѣть въ виду туберкулезъ. При выслушиваніи всегда слѣдуетъ заставлять больного кашлянуть нѣсколько разъ, такъ какъ при мокротѣ, находящейся въ незначительномъ количествѣ, хрипы возникаютъ лишь послѣ откашливанія.

Ощупываніе: Голосовое дрожаніе или дрожаніе груди усилено въ области пнеймоническихъ и туберкулезныхъ инфильтратовъ, надъ плевритическими экссудатами (сдавленная легочная ткань) и надъ кавернами. Ослабленіе или отсутствіе голосового дрожанія наблюдается при плевритическихъ экссудатахъ, при pneumothorax'e и при закупоркѣ бронховъ фибринными свертками или сдавленіи ихъ опухлями.

[При совершенно тѣхъ-же условіяхъ наблюдается усиленіе или ослабленіе голоса, когда аускультируютъ во время рѣчи (заставлять считать!) Усиленіе голосового шума называется бронхофоніею, необычная отчетливость его—пекторилоквіею (Pectoriloquie). Подъ эгофоніею подразумѣваютъ своеобразный козлиный отгѣнокъ голоса (αἴξ=коза), слышимый иногда надъ верхней границей не особенно большихъ плевритическихъ экссудатовъ вслѣдствіе неполнаго сдавленія бронха].

Мокрота является слизистой при фарингитѣ и въ началѣ бронхита, чисто гнойною при абсцессѣ легкихъ и при прободеніи эмпиемы (въ бронхѣ), слизисто-гнойною при болѣе развитомъ бронхитѣ и туберкулезѣ, кровяною при чахоткѣ, инфарктѣ легкихъ и аневризмѣ аорты, кровянистою (цвѣтъ ржавчины) при крупозной пневмоніи, своеобразно кровянисто-стекловидною (на подобіе малиноваго желе) при ракѣ легкихъ, кровянисто-серозною (на подобіе сливочно-компота) при отекаѣ легкихъ. Зловонная мокрота бываетъ при гнилостномъ бронхитѣ и гангрениѣ легкихъ. Зеленая мокрота иногда встрѣчается при желчной пневмоніи (пневмоніи съ желтухой) и при пневмоніи творожистой, охряно-желтая (вслѣдствіе большаго содержанія гематоидина) по прободеніи абсцесса легкихъ или печени. Яично-желтая окраска возникаетъ подъ вліяніемъ развитія бактерий, образующихъ пигментъ.

Изъ ненормальныхъ примѣсей слѣдуетъ упомянуть: эластическія волокна при туберкулезѣ, абсцессѣ и гангрениѣ, кристаллы Charcot-Leyden'a и спирали Curschmann'a при астмѣ, фибринныя отпечатки бронховъ при крупозномъ бронхитѣ и крупозной пневмоніи, иглы жирныхъ кислотъ при зловонномъ бронхитѣ и гангрениѣ легкихъ, затѣмъ туберкулезныя палочки, зерна актиномикоза и пленки эхинококка.

1. Bronchitis acuta. Острый катарръ бронховъ.

Кашель, чувство сеадненія за грудиною, колотье въ груди, нерѣдко лихорадка. Перкуссия не обнаруживаетъ ничего ненормальнаго. Аускультация: при сухомъ катаррѣ свистящіе и жужжащіе хрипы, при влажномъ катаррѣ—влажные хрипы, слышимые надъ всею грудною клеткою или надъ нижними долями. Если хрипы слышны преимущественно или исключительно въ одной верхушкѣ, то нужно имѣть въ виду туберкулезъ. Мокрота въ началѣ вязкая слизистая, становится позже болѣе жидкою, чаще всего слизисто-гнойною и не содержитъ палочекъ бугорчатки. Примѣси крови всегда подозрительны, хотя они встрѣчаются и при нетуберкулезныхъ заболѣваніяхъ.

Особеннаго вниманія заслуживаетъ острый бронхитъ стариковъ, лицъ съ туберкулезною наследственностью и дѣтей, такъ какъ у нихъ катарръ легко переходитъ на мелкіе бронхи (Bronchitis capillaris).

Леченіе: При несомнѣнно предшествовавшей простудѣ—пребываніе въ постели и потѣніе. Затѣмъ влажные

обертыванія туловища, теплое питье (чай, молоко съ сельтерскою водою, эмекая вода), при мучительномъ кашлевомъ раздраженіи—наркотическія средства:

- 30.** Rp. Morphini mur. 0.1
(или Heroini mur. 0.06)
Aq. Amygdal. amar. 10.0.
S. 15—25 в. 3—4 р. въ д.
- 31.** Rp. Codeini phosph 0.25.
(или Dionini 0.25)
Aq. Menth. pip. 50.0
S. По чайн. л. 2—4 р. въ д.

При сухомъ катаррѣ показаны вдыханіе водяныхъ паровъ и отхаркивающія: щелочи, нашатырь, ipecacuanha, aпомorphinum, tartarus stibiatus:

- 32.** Rp. Natri chlorat. 10.0
Natri bicarbon. 20.0
S. Принимать на кончикѣ
ножа въ горячей водѣ.
(Sal Emsense factit.)
- 33.** Rp. Ammon. chlorat.
Succ. Liquir. āā 2.5
Aq. destillat. ad. 200.0
S. По стол. лож. черезъ
2—3 часа.
- 34.** Rp. Infus. rad. Ipecac.
е 0.5 : 120.0.
Tartar. stib. 0.03.
Syr. simpl. 30.0
S. По стол. л. черезъ 2—3 ч.
- 35.** Rp. Апомorphini hydrochlor.
0.03—0.06.
Aq. destillat. ad 130.0
Syr. simpl. 20.0
S. По стол. л. черезъ 2—3 ч.

Черезмѣрное отдѣленіе слизи можно уменьшить вдыханіемъ перуанскаго бальзама, скипидара, ol. pinі риліоніи и креозота. Въ кипящую воду вливаютъ 15—20 капель и образующіеся пары вдыхаютъ помощью длинной бумажной трубки. Для этого пользуются также Curgschmann'овскою маскою или такъ наз. терпентинною трубкою. Внутри назначаютъ креозотъ (0,1 три раза въ день), креозоталь (0,5 раза 3), ol. terebinth (5—10 капель 3 раза въ день на молоко) или terpinhydrat:

- 36.** Rp. Balsam. peruvian 15.0.
Spiritus 5.0
S. 15—25 кап. въ кипящую воду и вдыхать.
- 37.** Rp. Terpini hydrati 3.0.
Sacch. albi
Mucil. gummi ar. āā q. s.
ut f. pilul. № 30.
S. По 1—3 пил. 3 р. въ д.

При задержкѣ мокроты назначаютъ горчичники, теплыя ванны съ холодными обливаніями, затѣмъ также Senega, Liq. ammon. anis или acidum. benzoicum:

- 38.** Rp. Infus rad. senegae
е 5.0—10.0 : 160.0
Syr. simpl. 25.0
S. По ст. л. черезъ 2—3 ч.
- 39.** Rp. Acidi benzoici 0.05—0.2
Sacchari albi 0,3
Mf. pulv. Tal. dos. № XVI.
S. По 1 пор. черезъ 2—3 ч.
- 40.** Rp. Liq. Ammon. anisat. 15.0.
S. 5—10 капель 3—4 раза въ день на водѣ.

При капиллярномъ бронхитѣ дѣтскаго возраста: 2—3 раза въ день тепловатая ванна съ холодными обливаніями, влажныя обертыванія, пульверизація жидкости, внутрь *ipescuanha* и *vin. stibiat.* При сильной одышкѣ и ціанозѣ—горчичныя ванны (въ ванну кладутъ 6—10 столовыхъ ложекъ горчицы въ льняномъ мѣшечкѣ).

41. Rp. Infus. *Ipescuan.* 0.2 : 60.0 42. Rp. *Vini stibiat.* 5.0

Syrupi simpl 20.0

S. По ч. л. черезъ 2—3 ч.

S. По 1—3, капли 3 раза въ день.

2. *Bronchitis chronica.* Хроническій катарръ бронховъ.

Различаютъ два вида: *Bronchitis sicca* со скуднымъ отдѣленіемъ вязкой слизи и *Broncho-bleorrhoea* съ обильною жидкою слизистогнойною мокротою. При первой формѣ слышны сухіе хрипы, при второй—влажные, главнымъ образомъ въ нижнихъ доляхъ. Общее состояніе страдаетъ, лишь при обостреніяхъ наблюдается одышка, плохое самочувствіе, а нерѣдко и лихорадка.

Распознаваніе: Требуется исключить туберкулезъ (наслѣдственность, изслѣдованіе верхушекъ и мокроты) и имѣть въ виду эмфизему, страданіе сердца и нефритъ.

Леченіе: Помѣщеніе, доступное солнечн. лучамъ. Остерегаться пыли и простуды (теплое бѣлье, закаливаніе). Леченіе болезней носа и носоглоточной области (см. стр. 19). Методическія упражненія дыханія; слѣдить за правильнымъ опороженіемъ кишечника. При сухомъ катаррѣ кромѣ отхаркивающихъ (см. стр. 30) значительную пользу приносятъ іодистыя кали (5.0 : 200.0, 2—3 стол. ложки въ день на молоко). Лѣтомъ деревенскій или морской воздухъ или леченіе въ *Ems'ѣ*, *Reichenhall'ѣ*, *Salzungen'ѣ*, *Durrenberg'ѣ*, *Neuenahr'ѣ*, для полнокровныхъ—въ *Marienbad'ѣ*, *Kissingen'ѣ*, *Homburg'ѣ*. Можно примѣнять и леченіе молокомъ, сывороткою, кефиромъ или виноградомъ. Для зимняго пребыванія слѣдуетъ выбирать мѣста съ влажнымъ климатомъ: восточную Ривьеру, Аацію, Палермо, Алжиръ, Мадеру.

При *broncho-bleorrhoea* умѣстны средства, задерживающія отдѣленіе мокроты въ особенности терпентинную трубку (см. стр. 30). Подобные больные чувствуютъ себя лучше въ сухомъ воздухѣ: въ Мератѣ, Арко, Ст. Морницѣ, Египтѣ; тѣмъ не менѣе и выше перечисленные курорты дѣйствуютъ благоприятно.

При наличности признаковъ венознаго застоя (пороки клапановъ, эмфизема, кифосколиозъ) показана наперстянка (стр. 8).

Упорные бронхиты рахитичныхъ дѣтей поддаются дѣйствию фосфора.

3. Bronchitis crouposa s. fibrinosa.

Помимо бронхіального крупа, сопровождающаго дифтеритъ, существуетъ и первичный крупозный бронхитъ. При явленіяхъ лихорадки, кашля и сильной одышки развивается бронхитъ, въ теченіе котораго больные часто выхаркиваютъ развѣтвленные фибринозные сгустки, окруженные въ нѣкоторыхъ случаяхъ свернутою кровью. По удаленіи этихъ сгустковъ дыханіе становится свободнѣе. Подобные припадки могутъ наблюдаться въ теченіе многихъ мѣсяцевъ или лѣтъ (хронич. форма крупоз. бронхита). Прогнозъ сомнителенъ (наблюдается переходъ въ бугорчатку).

Леченіе: іодистый калий (1.0—2.0 pro die) и вдыханіе известковой воды (аа съ Aqua). При припадкахъ удушья рвотныя (pulv. rad. ipecac. 1.0—1.5 въ два приема). Хроническую форму нужно лечить, какъ всякій хроническій бронхитъ. Особенно рекомендуется пребываніе на морскомъ берегу.

4. Bronchitis foetida s. pultrida.

Чаще всего при существующихъ бронхіектазіяхъ, но иногда и при отсутствіи таковыхъ мокрота пріобрѣтаетъ противный, своеобразный кисловато-гнилостный запахъ. Она отходитъ при этомъ въ большомъ количествѣ и раздѣляется при стояніи на три слоя. Верхній слой состоитъ изъ салізисто-гнионыхъ комковъ, средній изъ мутной жидкости, внизу-же мы находимъ зеленовато-грязную кашицу, въ которой при микроскопическомъ изслѣдованіи оказываются гнионыя тѣльца, детритъ, мелкія, весьма зловонныя кучки иголь жирныхъ кислотъ (пробки Dittrich'a). Противный factor ex ore, часто наблюдается лихорадка.

Леченіе. Вдыханіе креозота, свицидара или acidî carbol. liq. (аа съ алкоголемъ) при помощи *Curschmann*'овской маски. Внутрь myrtol 0.15 въ капсулахъ каждые 2 часа или креозотъ и свицидаръ, какъ при бронхитѣ (стр. 30). Отхаркиваніе мокроты можетъ быть облегчено придачею туловищу низкаго положенія, дыхательною гимнастикою и сдавленіемъ грудной кѣтки руками. При особенно тяжелыхъ явленіяхъ показана операція: резекція нѣсколькихъ реберъ, ведущая за собою западеніе грудной стѣнки и уменьшеніе полостей.

5. Бронхіектазіи. Расширенія бронховъ.

Цилиндрическія бронхіектазіи, развивающіяся при эмфиземѣ и долго тянущихся бронхитахъ, не могутъ быть распознаваемы, да онѣ и не имѣютъ большого значенія. Гораздо важнѣе мѣшкообразныя бронхіектазіи, встрѣчающіяся чаще всего при сморщиваніи плевры (послѣ эксудативнаго плеврита) и легкихъ. Онѣ влекутъ за собою накопленіе и разложеніе мокроты,

кровохарканіе (язвенные процессы въ стѣнкахъ бронхіэктазіи), реактивное воспаленіе окружающей ткани легкаго, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ абсцессы мозга и даже пиэмію.

При бронхіэктазіи мы иногда находимъ симптомы полости (бронхіэктатическая каверна); помимо этого на лицо имѣются и признаки сморщиванія легкихъ или плевры. Обильно отходящая мокрота («*maulvolle Expectoration*») дѣлится при стояніи на три слоя и часто зловонна (ср. *Bronchitis foetida*). Часто развивается утолщеніе ногтевыхъ фалангъ (*Trommelschlägelfinger*); леченіе тоже, что при *Bronchitis foetida*.

6. Коклюшъ. *Pertussis. Tussis convulsiva.*

Первыя двѣ недѣли (или нѣсколько меньшіе) у больного наблюдается нехарактерный кашель, часто сопровождающійся насморкомъ и охриплостью (*Stadium catarrhale*). Затѣмъ наступаютъ припадки судорожнаго кашля со свистящею инспираціею (*reprise*). Часто наблюдается рвота, носовое кровотеченіе, конъюнктивальныя гѣморрагіи, изъязвленіе frenuli linguae. Лицо нѣсколько ціанотично. Этотъ конвульсивный стадій продолжается отъ 2 до 6 недѣль, затѣмъ онъ постепенно переходитъ въ *stad. decrementi*. При изслѣдованіи мы большею частью находимъ лишь разлитой бронхитъ, а въ тѣхъ случаяхъ кромѣ того эмфизему легкихъ и расшіреніе праваго сердца. *Осложненія*: капиллярный бронхитъ и бронхопнеймонія, рѣже эклампсія и апоплексія. Послѣдующія заболѣванія: паховая грыжа, эмфизема и туберкулезъ.

Распознаваніе болѣзни въ стадіи полного ея развитія не представляетъ затрудненій. Лишь при бугорчаткѣ бронхіальныхъ железъ наблюдается кашель, сильно напоминающій коклюшъ.

Леченіе: Больного слѣдуетъ изолировать. Лѣтомъ пребываніе на воздухѣ, зимою — въ комнатѣ; вдыханіе растворовъ карболовой кислоты; пребываніе въ постели лишь при повышеніи температуры. Усиленное питаніе, при склонности къ рвотѣ давать преимущественно твердую и кашнеобразную пищу. По вечерамъ 0.5—1.0 бромистаго каалія и тепловатую ванну, при болѣе развитомъ бронхитѣ съ холодными обливаніями. Наиболее надежнымъ средствомъ является хининъ: назначаютъ по 2—3 раза въ день столько сантиграммовъ, сколько ребенку мѣсяцевъ, или столько дециграммовъ, сколько ребенку лѣтъ (но не болѣе 0.3 на пріемъ). Хининъ можно давать въ сливочной кашкѣ, въ шоколадныхъ лепешкахъ (*Zimmer & Cie*) или же въ видѣ эмульзіи. Весьма недоро-

го слѣдующее назначеніе: Chinini tannici 1.0—3.0, Natri bicarbon. 20.0. S. На кончикѣ языка 2—4 р. въ день съ сахаромъ. Въ последнее время стали рекомендовать лишенный вкуса Eucinin. Менѣе дѣйствительными оказываются антипиринъ (та-же доза, что и при хининѣ) и бромформъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ приходится прибѣгать къ морфію и хлоралгидрату и смазывать зѣвъ резорцинномъ (1—2%).

43. Rp. Bromoformii 5.0

D. ad. vitr. nigr.

S. 2—4—6 капель 3 р. въ день на сахарной водѣ.

45. Rp. Morphini muriat. 0.01-0.05

Syr. simpl. 20.0.

Aq. destillat. ad. 50.0.

S. По чайн. лож. 1—2 раза въ день.

44. Rp. Antipyrini 1.0—3.0

Syr. simpl. 25.0.

Aq. destillat. ad. 100.0.

S. 1—2 чайн. лож. 3 р. въ д.

46. Rp. Chlorali hydrati 1.0—3.0

Aq. destillat. ad. 75.0.

Syr. simpl. 25.0.

S. Десерт. лож. 2-3 р. въ д.

7. Asthma bronchiale s. nervosum.

Припадки сильной одышки, преимущественно экспираторной. Во время припадка наблюдается затрудненное, неускоренное дыханіе (часто связанное съ ціанозомъ и orthopное, низкое стояніе діафрагмы (Volumen pulmonum auctum), низкій „коробочный звукъ“ (Schachtelton) и удлиненное выдыханіе съ разлитыми жужжащими и свистящими хрипами. Имѣющаяся въ незначительномъ количествѣ весьма вязкая мокрота часто содержитъ спирали Curschmann'a (Bronciolitis exsudativa) и октаэдрическіе кристаллы астмы (Charcot-Leyden'a).

Припадокъ обыкновенно наступаетъ ночью и продолжается нѣсколько часовъ, дней и даже недѣль. Онъ вызывается вѣроятно тоническую судорогою мелкихъ бронховъ, при чемъ здѣсь играетъ роль рефлекторное раздраженіе, исходящее изъ области носа (опуханіе раковинъ, полпы, гипертр. миндалинъ зѣва), въ другихъ случаяхъ этиологическими моментами являются также простуда, погрѣшности въ діетѣ, опредѣленные запахи и психическія вліянія. Пациентами почти всегда являются нервные субъекты, въ большинствѣ случаевъ мужчины.

Диагнозъ: Другіе виды астмы (при болѣзняхъ сердца, эмфиземѣ, уремій) большею частью легко исключить.

Леченіе: Во время тяжелаго припадка помощь приноситъ лишь морфіи (0.01—0.015 внутрь или подкожно) или хлоралгидратъ (Chlorali hydrati 2.5. Syr. cort. aurant. 20.0. Выпить въ 1 или 2 приѣма). Если имѣ-

ется носовое страданіе, то носъ слѣдуетъ смазать 5⁰/₀-мъ растворомъ кокаина. Рекомендуется также вдыханіе амилнитрита (3—6 капель на платокъ). Кромѣ того горчичники, горячія ножныя ванны, свѣжій воздухъ. Сомнительное дѣйствіе оказываетъ куреніе селитренною бумагою или страмоніемъ (*Fol. Stramonii, Kalii nitrici* аа 15.0, ежечь чайную ложку на тарелкѣ); лучше дѣйствуютъ спеціальныя папирсы, содержація болѣею частью помимо страмонія опій и *cannabis indica*. При болѣе легкихъ и болѣе продолжительныхъ припадкахъ слѣдуетъ назначать іодистый калий (5.0 : 200.0, по стол. лож. 2—3 р. въ д.) *tinct. Lobeliae* (10—30 капель 3—5 р. въ д.) или *extract. fluid. Grindeliae robustae* (1.0—3.0 чер. р. въ д.).

Для предотвращенія рецидивовъ нужно заботиться о психическомъ успокоеніи больного, объ общемъ укрѣпленіи организма (водолеченіе, деревенскій или морской воздухъ) и объ устраненіи вредныхъ моментовъ (попытки въ носу и т. п.). Что касается лекарствъ, то можно пробовать бромистый калий, атрепинъ (0.0005—0.003 р. d.) и хининъ (0.1—0.2 два р. въ д.). При катарральныхъ состояніяхъ лечение въ *Ems'ѣ, Reichenhall'ѣ* и *Berchtesgaden'ѣ*. Если обстоятельства позволяютъ, то слѣдуетъ зиму проводить на югѣ.

8. *Emphysema pulmonum*. Расширеніе легкихъ.

Субъективныя разстройства обнаруживаются при легкихъ степеняхъ эмфиземы лишь въ томъ случаѣ, когда присоединяется значительный бронхитъ. Болѣе сильно выраженная эмфизема всегда сопровождается одышкою и бронхитомъ. Больные часто нѣсколько ціанотичны, грудная клѣтка „бочкообразна“ съ тупымъ эпигастральнымъ угломъ и узкими межреберными промежутками („постоянное инспираторное положеніе“). Дыханіе нѣсколько учащено, затруднено и совершается при участіи вспомогательныхъ дыхательныхъ мышцъ. Перкуссія: ясный легочный звукъ (часто рѣзко глубокій и громкій, т. е. „коробочный звукъ“) въ расширенной области: спереди справа до VII или VIII ребра, слѣва до V и VI, сзади до XII грудного или I поясничнаго позвонка. Дыхатель-

ное перемѣщеніе нижняго края легкихъ уменьшено. Аускультация: дыханіе тихое и нѣсколько неопредѣленное, выдыханіе удлинено, часто хрипы. Гипертрофія праваго сердца не можетъ быть обнаружена перкуссією, т. к. сердце окружено расширеннымъ легкимъ, но ее можно распознать по акцентуаціи втораго тона легочной артеріи.

Если сердце ослабѣваетъ, то наступаютъ всѣ явленія разстройства компенсаціи.

Подъ викарирующей эмфиземою понимаютъ компенсаторное расширение участка легкихъ вслѣдствіе прекращенія функціи другой части. Такъ, при сморщиваніи лѣваго легкаго наблюдается расширение праваго.

Распознаваніе легко, *пронозъ* quo ad vitam при сколько нибудь благопріятныхъ условіяхъ недурной, хотя съ другой стороны пнеймонія, тифъ, инфлюэнца и т. п. угрожаютъ эмфизематику большою опасностью.

Леченіе: Объ. образъ жизни, курортахъ и лекарствахъ см. стр. 31 хронич. бронхитъ. Хорошимъ отхаркивающимъ оказывается іодистый калий. Слѣдуетъ избѣгать простуды и всякихъ напряженій, вредно отзывающихся на эластичности легкихъ (сильный кашель, игра на духовыхъ инструментахъ, подниманіе тяжестей). Пневматическое леченіе (аппаратъ Waldenburg'a) приноситъ мало пользы, лучшее дѣйствіе оказываетъ стулъ Rossbach'a. При разстройствѣ компенсаціи—digitalis (стр. 8).

9. Pneumonia catarrhalis s. lobularis. Бронхопнеймонія.

Заболѣваніе это рѣдко бываетъ первичнымъ, чаще всего оно является осложненіемъ при кори, коклюшѣ, инфлюэнцѣ, тифѣ и тяжелыхъ формахъ бронхита главнымъ образомъ у дѣтей, стариковъ и истощенныхъ субъектовъ. Возбудителемъ болѣзни оказывается большею частью стрептококкъ.

Повышеніе температуры (довольно значительное), сильная одышка, ціанозъ. Надъ ограниченнымъ участкомъ нижней доли или въ нѣсколькихъ мѣстахъ притупленный или тимпанически-притупленный, рѣже совер-

шенно тупой звукъ и обильные мелко- и средне-пузырчатые, подчасъ съ созвучнымъ отѣнкомъ хрипы. Бронхиальное дыханіе слышно лишь при существованіи обширныхъ инфильтрацій. Мокрота слизисто-гнойная (у дѣтей отсутствуетъ). Температура неправильнаго типа, большею частью литическое паденіе, наступающее не раньше третьей недѣли. Изъ осложненій слѣдуетъ отмѣтить экссудативный плевритъ и перикардитъ. У лицъ, наследственно предрасположенныхъ, наблюдается иногда переходъ въ туберкулезъ. Относительно рѣдко замѣчается исходъ въ абсцессъ или гангрену легкихъ.

Предсказаніе сомнительное въ особенности у стариковъ, истощенныхъ субъектовъ и дѣтей, страдающихъ рахитомъ.

Леченіе: Просторное помѣщеніе, чистый, не слишкомъ сухой воздухъ. Питательная жидкая пища и вино въ умѣренномъ количествѣ. Весьма благоприятное дѣйствіе оказываютъ тепловатая ванны съ холодными обливаніями спины и влажныя обертыванія туловища. Остальное леченіе какъ при бронхитѣ (въ особенности креозотомъ!) При сильной одышкѣ и значительномъ ціанозѣ—подкожные вырѣзыванія камфоры, горчичники, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и вдыханіе кислорода.

10. Pneumonia crouposa. Воспаленіе легкихъ.

Большею частью внезапно, безъ всякихъ предвѣстниковъ, наступаетъ потрясающій ознобъ съ значительнымъ повышеніемъ температуры и колющемъ въ боку.

Осмотръ: Пациентъ производитъ впечатлѣніе тяжело больного и говоритъ отрывистымъ голосомъ. Ціанозъ, ускоренное (30—50) и затрудненное дыханіе (Nasenflügelatmen). Запавшее лицо, запаздываніе больной стороны и мучительное кашлевое раздраженіе. *Перкуссия:* сначала тимпанической, потомъ все болѣе и болѣе притупленный звукъ обыкновенно надъ всею нижнею долею (большею частью справа). Чаще всего инфильтрація распространяется надъ всею долею или большею частью ея („лобарная“ пневмонія). *Аускультация:* Въ началѣ мелкіе хрипы или инспиратор-

ная крепитация, при увеличивающейся гепатизации—бронхиальное дыханіе, сопровождающееся иногда звучными хрипами, при наступленіи разсасыванія снова появляются крепитирующие хрипы (*crepitatio redux*). Нерѣдко слышно плевритическое треніе. Если соответственные бронхи не закупорены мокротой, то въ области притупленія наблюдаются явленія бронхофоніи и усиленнаго голосоваго дрожанія. Мокрота имѣется въ небольшомъ количествѣ, она весьма вязкая, кровянистая (цвѣта ржавчины) и содержитъ диплококкы Fränkel-Weichselbaum'a (*diplococcus pneumoniae*), рѣже бациллы Friedländer'a, позже она становится слизисто-гнойною.

Температура, поднимающаяся при ознобѣ до 40° (и выше), держится впоследствии—если не считать незначительныхъ ремиссій (рѣже интермиссій)—на этой высотѣ. Пульсъ: 100—120. Въ несложненныхъ случаяхъ между 5-мъ и 12-мъ днемъ происходитъ быстрое пониженіе температуры до нормы (кризисъ), сопровождаемое потоотдѣленіемъ и прекращеніемъ всѣхъ тягостныхъ симптомовъ. Рѣже наблюдается литическое паденіе температуры (см. рис. 5 и 6). На 2 или 3 день часто выступает *herpes labialis*.

У **дѣтей** начальный ознобъ замѣняется иногда судорогами. Нерѣдко у нихъ наблюдаются и другіе мозговые симптомы (рвота, сонливость, бредъ), которые могутъ навести на мысль, что дѣло идетъ о менингитѣ (*pneumonia cerebri*). Подобныя явленія могутъ встрѣчаться и у взрослыхъ, въ особенности при заболѣваніи верхней доли легкаго.—**Блуждающею пневмоніею** называютъ тѣ случаи, въ которыхъ воспаленіе толчками охватываетъ все новые и новые участки легкихъ.—У **пьяницъ** легко развивается *delirium tremens* (см. отравленія). Такъ какъ у этихъ возбужденныхъ больныхъ кашля, одышки и даже лихорадки можетъ и не быть, то при *delirium tremens* нужно тщательно изслѣдовать легкія.

Осложненія: серозный и гнойный плевритъ, перикардитъ, геморрагическій нефритъ и менингитъ. Иногда наблюдается переходъ въ гангрену, абсцессъ и туберкулезъ.

Температурныя кривыя при крупозной пневмоніи.

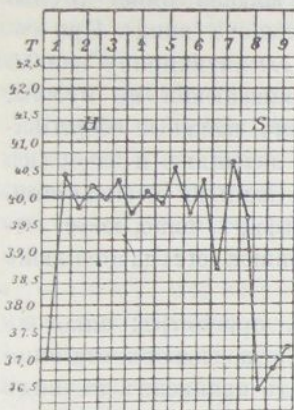


Рис. 4.
Критическое паденіе.

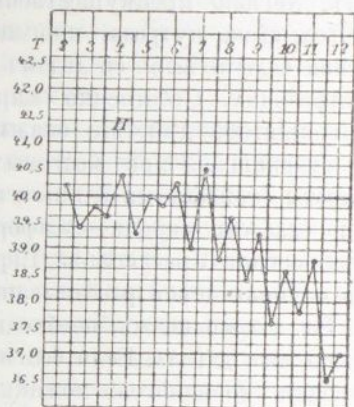


Рис. 5.
Литическое паденіе.

H=herpes, S=потъ.

Прогнозъ у лицъ до того здоровыхъ, въ особенности у дѣтей, вообще говоря, хорошій. Неблагоприятными моментами является пожилой возрастъ, алкоголизмъ, беременность, эмфизема, страданія сердца и наступленіе перечисленныхъ выше осложнений. Высота температуры имѣеть меньшее значеніе, чѣмъ высота и качество пульса: если пульсъ становится малымъ, неправильнымъ, мягкимъ, частымъ (свыше 130), то положеніе опасно. Герпес является повидимому благоприятнымъ признакомъ. Легкая желтуха не имѣеть значенія, тогда какъ желтуха въ сильной степени (желчная пневмонія) считается *signum mali ominis*.

Распознаваніе: При всякой болѣзни, внезапно начинающейся ознобомъ и лихорадкою, слѣдуетъ имѣть въ виду пневмонію. Мѣстные явленія могутъ въ началѣ—а при центральной локализаци и все время—отсутствовать. Весьма характерною является ржавая мокрота, которой, правда, у дѣтей, а иногда и у взрослыхъ не бываетъ. Отличіе отъ плеврита см. стр. 48.

Леченіе: Просторное, хорошо провѣтриваемое помещеніе. Въ области воспаленія горчичникъ, при чувствѣ

сильнаго давленія въ груди—морфій или нѣсколько нъвокъ. Легкая, преимущественно жидкая пища (супы, beeftea, яйца, нутроза, иногда немного вина). При головной боли пузырь со льдомъ и 1.0 антипирину или 0.5 антифебрину. Собственно жаропонижающія не нужны. Благоприятное дѣйствіе оказываютъ влажныя обертыванія туловища, а при мозговыхъ явленіяхъ и задержкѣ мокроты—тепловатая ванны съ холодными обливаніями. При слабости сердца—камфора, эфиръ, вино, кофе. Отхаркивающія (Jresacantha, Liq. ammon. etc) даются лишь при начинающемся расасываніи.

За алкоголиками необходимъ присмотръ; алкоголь нужно имъ давать. Если больные отказываются отъ вина и водки, то алкоголь можетъ быть прописанъ въ видѣ лекарства:

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 46. Rp. Alcohol. absolut. 30.0-50.0. | 47. Rp. Spiriti Vini Cognac |
| Tinctur. aromat. | Aq. destill. āā 60.0 |
| Tinctur. amar. āā 5.0. | Vitellum ovi unius. |
| Syr. simpl 20 0. | Syr. simpl 20.0. |
| Aq. destillat. ad 150.0. | Ol. cinnamon. gtt. 1. |
| S. По стол. лож. чер. 1—2 ч. | S. По стол. ложкѣ черезъ 1—2 часа. |

Если расасываніе замедляется, то можно давать ol. terebinth. (5—15 капель 3 р. въ день на молоко).

11. Phthisis s. Tubercūlosis pulmonum. Чахотка легкихъ.

Если подозрѣвается туберкулезное заболѣваніе, то нужно стараться узнать: 1. Заболѣвалъ-ли кто нибудь въ семьѣ больного (родители, братья, сестры, супругъ, дѣти) чахоткою, плевритомъ, золотухою или менингитомъ? 2. Страдалъ-ли пац. раньше золотухою, продолжительнымъ кашлемъ, охрипlostью, кровохарваніемъ или плевритомъ? 3. Приходилось-ли ему пресодолѣвать лишенія и напрягать свои силы (у женщинъ: сколько родовъ?) 4. Приходится-ли ему вдыхать при работѣ много пыли (стр. 00) и подверженъ-ли какимъ-либо другимъ профессиональнымъ опасностямъ (простуда, алкоголизмъ, свинцовое отравленіе)? 5. Похудѣлъ-ли больной за послѣднее время (въсь тѣла)?

Симптомы: Многіе чахоточные обладаютъ характерною внѣшностью (т. н. habitus phthisicus). Они блѣдны, худы, мускулы плохо развиты; у нихъ тонкія кости и длинная, узкая и плоская грудная клѣтка съ широкими межреберными промежутками (thorax paralyticus). Уча-

щеніе пульса и дыханіе, по временамъ лихорадка перемежающагося типа (*febris hectica*). Наклонность къ ночнымъ потамъ и *pityriasis versicolor*. Большое значеніе должно быть приписано слѣдамъ золотухи (помутнѣніе роговицы, рубцы железъ и костей).

При *изслѣдованіи легкихъ* мы находимъ въ I стадіи: признаки катарра въ одной верхушкѣ. Нѣсколько выше или ниже ключицы или сзади надъ лопаткою (чаще всего слѣва) слышны немногочисленные сухіе хрипы; иногда удается услышать ихъ лишь послѣ того, какъ мы заставимъ паціента кашлянуть. Дыханіе неопредѣленное ослабленное, иногда жесткое, прерывистое съ удлинненнымъ выдохомъ. Перкуторный звукъ нормальный, лишь нѣсколько укороченъ и тимпаниченъ; иногда уже замѣчается легкое дыхательное запаздываніе больной стороны. Сухой кашель или (по утрамъ) незначительное количество мокроты, содержащей въ большинствѣ случаевъ туберкулезныя палочки (способы нахождения см. окраск. туберк. бациллъ).

Во 2 стадіи: Инфильтрація верхушки. Ясно выраженное притупленіе надъ ключицею или до II или III ребра, сзади въ соответственномъ мѣстѣ такое-же притупленіе. Въ области притупленія бронхіальное дыханіе и многочисленные созвучные хрипы. Ясное запаздываніе пораженной стороны; иногда наблюдается и западеніе грудной стѣнки надъ больнымъ участкомъ; въ такомъ случаѣ перкуссія обнаруживаетъ сморщиваніе соответственной верхушки. Мокрота обильная, слизисто-гнойная.

Въ 3 стадіи: Распространенный туберкулезъ, большею частью съ признаками распада. Рядомъ съ уплотнѣніемъ одной верхушки мы находимъ звучащія хрипы (иногда съ притупленіемъ и бронхіальнымъ выдыханіемъ) и въ другихъ мѣстахъ (въ нижней долѣ, въ другой верхушкѣ и т. д.) Нерѣдко встрѣчаются и симптомы каверны: громкое бронхіальное или амфорическое дыханіе или метаморфозированное дыханіе съ тимпаническимъ тономъ и измѣненіями звука. Различаютъ: а) Wintrich'овское измѣненіе звука; тимпанической звукъ становится при раскрываніи рта громче, выше и пріобрѣтаетъ боль-

шую тимпаничность, б) Friedreich'овское измѣненіе звука, состоящее въ томъ, что тимпаническій звукъ становится выше во время вдыханія, с) Gerhardt'овское измѣненіе звука: смотря по формѣ каверны, звукъ становится при сидѣннн выше или ниже, чѣмъ при лежаннн. При существованнн кавернъ мокрота монетовидная, состоитъ изъ большихъ кусковъ и содержитъ почти всегда рядомъ съ туберкулезными палочками эластическія волокна.

Переходъ изъ 1-го стадія во 2-й и 3-й требуетъ многихъ лѣтъ и лишь рѣдко совершается въ нѣсколько мѣсяцевъ или недѣль (скоротечная чахотка, phthisis florida). Особенно медленно протекають случаи съ сильнымъ сморщиваніемъ: западеніе больной стороны, перемѣщеніе сосѣднихъ органовъ, विकарирующая эмфизема другого легкаго, гипертрофія праваго сердца, колбовидное вздутіе ногтей фалангъ.

Осложненія: Часто встрѣчаются лишь плевритъ и бугорчатка гортани. Рѣже — рнеumothorax и амилоидное перерожденіе. Діабетъ всегда, вѣроятно, является причиною, а не слѣдствіемъ.

При *предсказаннн* нужно имѣть въ виду данныя перкусснн и аускультатцнн, возрастъ, состояніе силъ и соціальное положеніе больного. Въ 1-мъ, да, пожалуй, и во 2-мъ стаднн выздоровленіе возможно. Неблагопрнятными моментами слѣдуетъ считать дѣтскнн и юношескнн возрасты, сильное исхуданіе, анхорадку, постоянную и рѣзкую діазо-реакцію, склонность ко рвотамъ и къ кровохарканнн, осложненія (въ особенннсти бугорчатка гортани или кишекъ, діабетъ), недостаточное питаніе и наследственное предрасположеніе (хотя имѣются и такія семьи, въ которыхъ туберкулезъ протекаетъ у многихъ членовъ удивительно легко). Во время беременности болѣзнь иногда какъ-будто затихаетъ, но тѣмъ большнн успѣхи она за то обнаруживаетъ послѣ родовъ. Относительно доброкачественными являются случаи со сморщиваніемъ и туберкулезъ стариковъ.

Профилактика: Силу сопротивленія лицъ истощенныхъ и наследственно предрасположенныхъ слѣдуетъ повысить усиленнымъ питаніемъ, правильнымъ образомъ жизни и закалнваніемъ. Имъ слѣдуетъ выбрать профессію, допускающую пребываніе на вольномъ воздухѣ (садовникъ, лѣсничій). По возможности избѣгать вдыханія пыли (вентляція помѣщеннн, въ нѣкоторыхъ случаяхъ респираторъ). Мокроту, содержащую бациллы, слѣдуетъ выплевывать въ сосудъ съ водою и обезвреживать.

Леченіе: Чахоточному необходимы покой, чистый воздухъ и усиленное питаніе. Но такъ какъ его судьба въ концѣ концовъ зависитъ отъ его желудка, то нужно избѣгать тяжелой и слишкомъ обильной ѣды и лекарствъ, разстраивающихъ пищевареніе. Пища должна быть смѣшанная и разнообразная (мясо, яйца, зелень, мучныя

блюда, рыба, плоды, въ нѣкоторыхъ случаяхъ тропонъ, плазмонъ, санатогенъ и т. п.). Весьма цѣлесообразнымъ является питье молока, до 1½ литра и болѣе; къ молоку можно прибавить кофе, чай, какао, поваренную соль или коньякъ. Нѣкоторые пьютъ охотнѣе кислое молоко, кефиръ или сливки. Немного вина или пива можно разрѣшати, болѣе крѣпкіе-же спиртные напитки можно пить лишь въ разведенномъ видѣ. Взвѣшиванія въ определенные промежутки показываютъ, является-ли данное питаніе достаточнымъ для увеличенія вѣса.

Помѣщеніе больного должно быть доступно солнцу и должно содержаться въ крайней чистотѣ (мокрота!). Больные, обладающіе достаточными силами, могутъ выходить изъ дому и зимою, однако при суровыхъ сѣверныхъ и восточныхъ вѣтрахъ слѣдуетъ быть осторожнымъ. Для обереганія отъ простуды слѣдуетъ носить шерстяное бѣлье и обтираться холодною водою. Истощенные и лихорадящіе больные могутъ лежать, хорошо укутавшись, при открытомъ окнѣ. Жаропонижающія нужны только при высокой температурѣ, обыкновенно-же можно обойтись влажными обертываніями и прохладными обмываніями. Деревенскій воздухъ слѣдуетъ, разумѣется, предпочесть городскому. Лѣтомъ можно посылать больныхъ въ Lippspringe, Soden, Salzungen, Ems, Reichenhall или Reinerz. Продолжительное пребываніе на морскомъ берегу или морское путешествіе также оказывается полезнымъ. Санаторіи въ Reiboldsgrün'ѣ, Göbersdorf'ѣ, Falkenstein'ѣ въ Таунусѣ, Honnef'ѣ на Рейнѣ, Nordrach'ѣ въ Шварцвальдѣ, St.-Blasien'ѣ особенно подходятъ для такихъ больныхъ, которые нуждаются въ болѣе тщательномъ присмотрѣ. Зимою болѣе крѣпкихъ больныхъ обыкновенно посылаютъ въ высоко расположенные горные курорты (Davos, Arosa, Andermatt). Лихорадки и кровохарканія нельзя считать противопоказаніемъ, но для больныхъ слабыхъ, нервныхъ, съ язвами гортани, диабетомъ, страданіями сердца или почекъ высокіе горные курорты не подходятъ. Для чувствительныхъ больныхъ и лицъ, страдающихъ туберкулезомъ гортани, болѣе цѣлесообразнымъ является зимнее пребываніе

на югѣ (Алжиръ, Мадера, Египетъ). Въ качествѣ переходныхъ станцій для весны и осени подходящими являются многія мѣста на Ривьерѣ, затѣмъ Lugano, Montreux, Gardanne, Arco, Меган. Безнадежныхъ больныхъ вообще никуда не слѣдовало бы посылать.

Нѣкоторую пользу приносятъ и слѣдующія лекарства. Рыбій жиръ, который слѣдуетъ назначать (1—3 стол. лож. въ д.) лишь при хорошемъ состоянн желудка, въ холодное время года переносится обыкновенно хорошо. Лѣтомъ его можно замѣнить мальцъ-экстрактъмъ. Креозотъ влнваетъ у многихъ чахоточныхъ благоприятно на аппетитъ, на кашлевое раздраженіе и мокроту. Его принимаютъ по 0.1—0.3 три раза въ день послѣ нищи; большія дозы (2.0—3.0) повидимому не заслуживаютъ особаго преимущества.

48. Rp. Kreosoti 10.0

Tinct. Gentian. 20.0.

S. 5—20 капель 3 р. въ д.

на молоко (10 кап. = 0.1).

49. Rp. Kreosoti 5.0

Pulv. et Succ. Liquir. q. s.

ut f. pil. No. 100.

S. 1—4 илл. 3 р. въ день.

50. Rp. Kreosoti 1.0—3.0

Ol. Jecor. Aselli ad 200.0.

S. 2—3 стол. лож. въ день.

51. Rp. Capsul. gelat. cum

Kreosoti 0.1 No. 100.

S. 1—3 капс. 3 р. въ д.

Если креозотъ вызываетъ разстройства (прижигающее дѣйствіе), то назначаютъ одно изъ слѣдующихъ производныхъ его: Kreosotal (Kreos. carbon.) отъ 5 капель до 1 чайн. лож. 3 раза въ день на молоко или красномъ вишѣ; Eosot. (Kreos. valerian.) 5—15 капель 3 р. въ день на молоко, или-же отъ 2—6 капель по 0.2 ежедневно; Guajacol 3—10 капель 3 р. въ день на молоко или-же:

52. Rp. Guajacoli 1.0—5.0

Spiritus ad 20.0.

Aq. destill. 180.0.

S. 1 чайн до 1 стол. лож.

3 раза въ д. на водѣ.

53. Rp. Guajacoli 13.5

Tinctur. Gent. 30.0.

Spiritus 250.0.

Vini Xerensis ad 1000.0.

S. По стол. лож. 2-3 р. въ д.

Duotal (Guajac. carb.) 3 порошка по 0.2—1.0 въ день (дорого!); Guajacetin по 0.5 два или три раза въ день въ порошкахъ или лепешкахъ; Geosot (Guajac. valerian.), какъ и Eosot (см. выше); Thiocol (Kal. sulfoguajacol.) 2—6 пор. по 0.5 ежедневно или-же въ формѣ Sirolin'a

(Thiosol и померанц. сиропъ; для взрослыхъ 3—4, для дѣтей 1—2 чайн. лож.).

Многіе сообщаютъ про хорошіе результаты, полученные отъ леченія (по способу A. Landerer'a) Nefol'омъ (коричновокислый натрій). Средство это впрывивается въ стерилизованномъ 1—3^o/_o-мъ растворѣ въ *mm. glutaci* или еще лучше въ вены. Повторяется это черезъ день. Начинаютъ съ дозъ въ 0.5—1 mg. которыя каждый разъ повышаются на $\frac{1}{2}$ mg. Чѣмъ слабѣ больной, чѣмъ выше температура, тѣмъ меньше доза! У мужчинъ не слѣдуетъ переходить за 15—20, у женщинъ за 10—15 mg.

Кашель можно удержать въ извѣстныхъ предѣлахъ питьемъ чая или теплаго молока, вдыханіемъ водяныхъ паровъ, влажными обертываніями шеи и запрещеніемъ громко говорить. Къ наркотическимъ средствамъ нужно прибѣгать порѣже, такъ какъ они легко застраиваютъ пищевареніе: въ сожалѣнію, безъ нихъ въ болѣе позднихъ стадіяхъ, особенно по вечерамъ, обойтись невозможно. Можно прописывать *pulv. Doveri* 0.2—0.5 до 3-хъ разъ въ день, или-же рецепты №№ 30 и 31, или-же:

- | | |
|--|---|
| 54. Rp. Morphini mur. 0.15
(или Heroini mur. 0.1)
Pulv. et Succ. Liquid. q. s.
ut f. pilul. № 30.
S. 1—2 пил. 1—3 р. въ д. | 55. Rp. Codeini phosph. 0.6
(или Dionini 0.5)
Pulv. et Succ. Liq. q. s.
ut f. pilul. № 30.
S. 1—2 пил. 1—3 р. въ д. |
|--|---|

При боляхъ въ груди: горчичники, влажные компрессы, натирание *Ol. chloroform.*, смазыванія іодной линктурою, внутрь кодеинъ или морфій.

Противъ ночныхъ потовъ: обмыванія водкою или растворомъ укуса (1 : 3), напудриваніе цинкомъ и крахмаломъ (20.0 : 40.0) или по вечерамъ молоко съ 2-мя чайн. ложк. коньяку. При сильныхъ потахъ—атропинъ (0.0005—0.001). Менѣе надежными средствами являются: *Fol. Salviae*, *Extr. fluid. Hydrastis canadensis* (25 капель на сахарной водѣ), камфорная кислота и атаридинъ. Атаридинъ дѣйствуетъ какъ слабительное и долженъ поэтому назначаться вмѣстѣ съ опіемъ.

- | | |
|--|--|
| 56. Rp. Atropini sulfur. 0.015
Sol. alb. 4.0
Aq. destillat. q. s.
ut f. pilul. № 30.
(1 пилюля= $\frac{1}{2}$ mg.)
S. 1—2 пил. на ночь. | 57. Rp. Atropini sulfur. 0.01
Aq. destillat. ad. 10.0
S. 8—10—15 кап. на ночь
(Осторожно!)
(15 капель=1 mg.) |
|--|--|

- | | |
|--|---|
| 58. Rp. Acid. camphorat. 1.0
D. ad. capsul. amylic.
tal. Dos. No X.
S. 1—2 капсул. на ночь. | 59. Rp. Agaricini 0.15
Pulv. Doveri 3.0
Mucil. gum. arab. q. s.
ut f. pilul. № 30.
S. 1—2 пилюли на ночь. |
|--|---|

При кровохарканіи: абсолютный покой, пузырь со льдомъ на кровоточащее мѣсто, внутрь кусочки льда и морфій (0.01—0.015).

Избѣгать перкуссiи. Польза эрготива (0.1 три р. въ д.) и *Ignis ferri* (2—5 капель чер. 2 часа на водѣ) сомнительна. Въ крайнихъ случаяхъ вырѣзыванiя желатинны (см. стр. 18).

Противъ диспептическихъ разстройствъ чахоточныхъ съ пользою принимаютъ креозотъ, *acid. muriat.* и *tinctur. rhei vinosa*. Слабительныя слѣдуетъ назначать осторожно; болѣе умѣстны клизмы и глицериновыя свѣчи. Противъ поноса дается *bismuth. salicyl.* (0.5 три р. въ д.) или *tannigen* (такимъ-же образомъ). Лечение плеврита см. стр. 50, туберкулеза гортани стр. 22, кишекъ стр. 82.

Если у больныхъ, у которыхъ имѣется сморщиванiе легкихъ, обнаруживается недостаточность сердца (малый пульсъ, одышка, отеки), то поступаютъ, какъ при порокѣ сердца (*digitalis etc.*).

12. Болѣзни отъ вдыханiя пыли.

Послѣ продолжительнаго вдыханiя пыли въ легкихъ появляются измѣненiя (*pneumoconiosis*), состоящiя главнымъ образомъ въ хроническомъ бронхитѣ съ интерстиціальнымъ разращенiемъ соединительной ткани и сморщиванiемъ (*cirrhosis pulmonum*), въ которому болѣею частью присоединяется и туберкулезъ. Различаютъ *chalicosus pulmonum* (легкiя каменетесовъ) у каменщиковъ, шлифовальщиковъ камней и т. д., *anthracosis pulmonum* у углекоповъ, трубочистовъ и т. д. и *siderosis pulmonum* у рабочихъ въ металлическихъ производствахъ. Пѣчто подобное наблюдается у булочниковъ, мельниковъ, столяровъ, ткачей и т. д.

Профилактика. Хорошая вентиляцiя рабочихъ помѣщенiй (посредствомъ т. н. *exhaustor*овъ) ношенiе респиратора при работѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ необходимо перемѣнить профессию. **Леченiе:** см. бронхитъ и чахотка.

13. *Gangraena pulmonum*. Гангрена легкихъ.

При гангренозномъ омертвѣнiи части легкихъ мокрота приобрѣтаетъ гнилостный или противный сладковатый запахъ. Она отдѣляется въ большомъ количествѣ, въ жидкомъ видѣ; цвѣтъ различный, отъ сѣровато-зеленаго до коричневаго, смотря по величинѣ примѣси крови; при стоянiи она раздѣляется на три слоя: верхнiй — пѣнисто-слизистый, среднiй — серозный и нижнiй — грязно-гноинный, содержащiй кромѣ дестрита и глы жирныхъ кислотъ и бактерiи. Частички омертвѣвшей легочной ткани и узлаются по альвеолярному строенiю и присутствию эластичныхъ волоконъ. Иногда однако эти частички отсутствуютъ (пептическiй ферментъ въ мокротѣ?). Слышенъ *foetor ex ore*.

Больные болѣею частью лихорадятъ, отличаются весьма блѣднымъ видомъ и часто страдаютъ разстройствомъ желудка и поносами. Въ легкихъ мы находимъ въ началѣ признаки инфильтрата, позже въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдаются симптомы каверны; часто имѣется ихорозный плевритъ, иногда *pneumothorax*.

Причины: аспирацiя инородныхъ тѣлъ и септическихъ веществъ, эмболы изъ гангренозныхъ очаговъ (пролежни, гангрена

пальцевъ ноги, пуэрцераальныя пораженія; вторично гангрена возникаетъ при пневмоніи, чахоткѣ легкихъ и вокругъ бронхіэктазіи. Появленію гангрены благопріятствуютъ маразмъ, алкоголизмъ и диабетъ. Прогнозъ всегда плохой.

Леченіе: Поддержаніе силъ усиленнымъ питаніемъ и алкоголемъ, который обыкновенно хорошо переносится. Относительно всего остального см. Bronchitis putrida.

14. Абсцессъ легкихъ.

Къ образованію абсцесса ведетъ иногда крупозная и катарральная пневмонія, иногда-же гноеродныя бактеріи заносятся въ легкія эмболами (при піэміи).

Тяжелое болѣзненное состояніе, высокая температура и ознобъ (гнойная лихорадка). Въ легкихъ сначала замѣчаются симптомы уплотненія, по опороженіи гноя могутъ появиться признаки каверны (тимпаническій тонъ съ измѣненіями звука, амфорич. дыханіе, крупнопузырчатые созвучные хрипы). Часто наблюдается гнойный плевритъ. Мокрота чисто гнойная, часто весьма обильная, содержитъ частички легочной ткани съ эластическими волокнами, кристаллы жирныхъ кислотъ, холестериновыя таблечки и нерѣдко красивыя кристаллы гематоидина.

Распознаваніе въ началѣ затруднительно. При отхаркиваніи большаго количества гноя должно имѣть въ виду и осумкованную эмпіэму, а также и субдіафрагмальній абсцессъ.

Леченіе симптоматическое. Если въ полости абсцесса наступаетъ разложеніе, то назначаются средства, перечисленные на стр. 32. Въ подходящихъ случаяхъ—операция.

15. Эмболія легкихъ. Геморрагическій инфарктъ.

Встрѣчается при некомпенсированныхъ порокахъ сердца, при которыхъ въ правомъ желудочкѣ образуются тромбы, и при тромбозѣ вень (Varices ногъ, расширеніе вень въ тазу и т. п.).

При явленіяхъ одышки, чувства давленія въ груди, а иногда и озноба внезапно показывается немного кровянистой или кровянисто-слизистой мокроты. Если инфарктъ не слишкомъ малъ и расположенъ вблизи грудной стѣнки, то въ соответственномъ мѣстѣ нерѣдко можно констатировать мелкіе крепитирующие хрипы, бронхіальное дыханіе, а иногда притупленіе перкуторнаго звука. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ слышенъ и мягкій шумъ тренія (pleuritis sicca). Лихорадки или совсѣмъ нѣтъ или она по вялется лишь временно.

Большинство инфарктовъ не влечетъ за собою серьезныхъ послѣдствій. При закупоркѣ ствола легочной артеріи или крупной вѣтви ея немедленно наступаетъ смерть. Септическая эмболія ведетъ въ абсцессу легкихъ.

Леченіе: При порокѣ сердца—пребываніе въ постели, наперстянка, пузырь со льдомъ, камфора и т. д. При тромбозѣ периферической вены данную конечность приподымаютъ, предохраняютъ ее отъ давленія и предписываютъ продолжительный покой.

С. Болезни плевры.

1. Pleuritis. Воспаление плевры.

Начинается колющемъ въ груди, кашлевымъ раздраженіемъ и одышкою. Иногда однако эти симптомы отсутствуютъ, а имѣются лишь нехарактерныя общія явленія (отсутствіе аппетита, вялость, головныя боли). Различаютъ:

а) **Pleuritis sicca.** Больная сторона груди часто отстасть (стремленіе падить ее!), вслѣдствіе этого и шумъ дыханія часто нѣсколько ослабленъ на этой сторонѣ. Характернымъ является плевритическое треніе, сухое, трескучее и находящееся, повидимому, близко отъ выслушивающаго уха; этимъ оно отличается отъ вязкихъ хриповъ. Надъ верхнею долею почти никогда не слышно тренія. Обыкновенно имѣется и лихорадка.

б) **Pleuritis exsudativa.** Возникающій экссудатъ иногда приходится узнавать по одному лишь отсутствію дыхательнаго перемѣщенія края легкаго. Экссудаты средней величины вызываютъ отставаніе больной стороны при дыханіи и притупленіе сначала сзади, а потомъ и въ остальныхъ отдѣлахъ заболѣвшей половины грудной кѣтки. Въ верхнихъ частяхъ легкаго при перкуссии получается болшею частью тиманической звукъ (разслабленіе ткани легкаго!). Въ притупленномъ участкѣ дыханіе ослаблено, болшею частью неопредѣленное. При большихъ экссудатахъ мы находимъ дыхательное отставаніе и расширение большой стороны, полное притупленіе и смѣщеніе сосѣднихъ органовъ (при лѣвостороннемъ плевритѣ уменьшеніе полулуннаго пространства и смѣщеніе сердца вправо; при правостороннемъ смѣщеніе печени внизъ и сердца влѣво). Надъ притупленнымъ участкомъ тиманически-укороченный звукъ, впереди во II или III межреберномъ пространствѣ иногда наблюдается Wiutrich'овское измѣненіе звука (трахеальный тонъ Williams'a) и bruit de pot fêlé. *Аускультация:* Бронхиальное дыханіе, кажущееся отдаленнымъ, надъ верхней частью экссудата въ нѣкоторыхъ случаяхъ слышна бронхофонія или эгофонія (см. стр. 28), fremitus pectoralis ослабленъ или совсѣмъ отсутствуетъ.

Распознаваніе обыкновенно не представляетъ затрудненій. При сухомъ плевритѣ безъ шума тренія и при только что возникающихъ экссудатахъ еще возможно смѣшеніе съ ревматизмомъ грудныхъ мускуловъ и межреберною невралгіею (*pleurodynia rheumatica*). Страдающіе болѣзнями желудка также нередко жалуются на „колотье въ груди“. Инфильтрація нижней доли обыкновенно не распространяется по всему боку, не вызываетъ расширения грудной клетки и не оттѣняетъ другихъ органовъ; кромѣ того голосовое дрожаніе бываетъ усилено. Въ случаѣ надобности можно прибѣгнуть къ пробному проколу. Объ отличіи отъ *hydrothorax'a* см. стр. 51.

Установить этиологію въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ нелегко. Первичный плевритъ большею частью туберкулезнаго происхожденія. Иногда однако за экссудатомъ скрывается аневризма аорты, спондилитъ, эхинококкъ. У стариковъ слѣдуетъ имѣть въ виду возможность рака плевры.

О характерѣ экссудата можно судить на основаніи пробнаго прокола. Гнойные экссудаты (эмпиэмы), которые иногда можно уже узнать по интермиттирующей лихорадкѣ съ значительными повышеніями температуры, по отеку и по чувствительности грудной стѣнки къ давленію, обыкновенно встрѣчаются при бугорчаткѣ, послѣ пнеймоніи, при спондилитѣ и піэміи. Геморрагическій экссудатъ появляется при ракѣ, геморрагическомъ діатезѣ (цынга и т. п.), при туберкулезѣ и алкоголизмѣ; ихорозный экссудатъ находятъ при гангренѣ легкихъ, зловонномъ бронхитѣ, ракѣ пищевода и т. п.

Леченіе: При сухомъ плевритѣ—пребываніе въ постели, іодная тинктура, согрѣвающие компрессы; при колотье въ боку и кашлемъ раздраженія—морфій. Многіе больные чувствуютъ значительное облегченіе отъ туго обвязаннаго фланелеваго бинта или полотенца, прикрепленаго булавками. Больному можно встать съ постели лишь нѣсколько дней послѣ того, какъ исчезнутъ все явленія раздраженія, при чемъ однако нѣтъ надобности ожидать прекращенія шумовъ тренія.

При серозныхъ экссудатахъ слѣдуетъ назначать 3—4 дня подрядъ по 3.0—4.0 салициловаго натра или аспирина (больнымъ съ хорошимъ общимъ состояніемъ можно давать и больше). Средство это оказывается почти всегда дѣйствительнымъ въ тѣхъ случаяхъ, когда экссудатъ не слишкомъ великъ, т. е. не доходитъ спереди до III ребра. Остальные мочегонныя (стр. 9), равно какъ и поваренная соль (15,0 : 200,0 по столовой ложкѣ черезъ 2 часа) и мочевины (Sol. Ureae 20,0 : 200,0, по стол. лож. черезъ 1—2 часа) приносятъ меньше пользы.

Если экссудатъ слишкомъ великъ или всасываніе происходитъ слишкомъ медленно, то нужно приступить къ пункции: троакаръ втыкають обыкновенно въ VI или VII межреберное пространство. Высасываніе производится при помощи насоса или же—что еще лучше—гуттаперчевою трубкою, наполненною карболовымъ растворомъ (дѣйствіе сифона). Лишь при очень энергичной дѣятельности сердца можно себѣ позволить выпустить за одинъ разъ болѣе двухъ литровъ, вообще же лучше повторить пункцию по прошествіи нѣсколькихъ дней. Кашлевое раздраженіе, часто появляющееся во время операціи, слѣдуетъ унимать морфіемъ.

Если пробнымъ проколомъ обнаруженъ гной, то показана торакотомія. Лишь эмпиемы, встрѣчающіяся послѣ пневмоніи и въ дѣтскомъ возрастѣ, могутъ быть излечены и одною пункциею. При достаточной широтѣ межреберныхъ пространствъ можно обойтись разрѣзомъ мягкихъ частей; въ противномъ случаѣ приходится резецировать кусокъ ребра. Въ полученное такимъ образомъ отверстіе вставляется толстая дренажная трубка, поверхъ накладывается хорошо-всасывающая повязка; повязка эта мѣняется по мѣрѣ надобности. Промыванія полости необходимы лишь при зловоиныхъ отдѣленіяхъ. Для этого пользуются растворомъ поваренной соли или салицилборною водою (3 : 20 : 1000). вмѣсто торакотоміи можно прибѣгнуть къ аспираторному дренажу Bülow.

При ихорозномъ экссудатѣ торакотомія всегда необходима, иногда приходится дѣлать два противоотверстія.

Противъ часто наступающаго сморщиванія плевры можно успѣшно бороться легочною гимнастикой и выдыханіями сгущеннаго воздуха, противъ продолжительныхъ болей — антифебриномъ и втираніями *Ol. chloroformi* или спиртными растворами.

2. Hydrothorax. Грудная водянка.

Невоспалительное скопленіе жидкости въ грудной полости (транссудатъ плевры) обыкновенно представляетъ собою частичное явленіе общей водянки, рѣже оно является слѣдствіемъ прижатія грудныхъ венъ опухолью.

При дифференціальномъ діагнозѣ между плевритомъ и hydrothorax'омъ слѣдующіе моменты говорятъ за hydrothorax: 1. наличность общей водянки (болѣзни сердца и почекъ, эмфизема); 2. отсутствіе мѣстныхъ явленій раздраженія: нѣтъ колотья въ груди, нѣтъ кашлевого раздраженія (одышка имѣется, конечно, и здѣсь); 3. безлихорадочное теченіе; 4. двустороннее появленіе эксудата; 5. подвижность эксудата при перемѣнѣ положенія; 6. низкій удѣльный вѣсъ добытой путемъ пункции жидкости (менѣе 1015, тогда какъ уд. вѣсъ экссудативной жидкости обыкновенно превышаетъ 1018).

Леченіе: При болѣзняхъ сердца и эмфиземѣ — наперстянка и т. п. При сильной одышкѣ — пункция.

3. Pneumothorax.

Чаще всего встрѣчается при туберкулезѣ (прободеніе каверны), рѣже послѣ пораженія грудной стѣнки или прободенія язвы желудка или пищевода въ плевру. Pneumothorax возникаетъ сразу и проявляется болями и край; не тяжелымъ чувствомъ давленія въ груди; нерѣдки и явленія коллапса и сильнаго ціаноза.

Больной бокъ расширенъ и не участвуетъ въ дыханіи. При *перкуссiи* мы получаемъ глубокій, громкій, большею частью нетимпанической звукъ; границы раздвинуты. При правостороннемъ pneumothorax'ѣ сердце отбснено влѣво, печень — внизъ, при лѣвостороннемъ — сердце смѣщено вправо и полулунное пространство уменьшено
Аускультация: На больной сторонѣ или вовсе не слыши-

но дыханія, или-же слышно амфорическое дыханіе съ металлическимъ оттѣнкомъ (проведено отъ трахеи). Голосъ пациента и хрипы (если таковыя имѣются) также носятъ металлическій оттѣнокъ. Если въ области pneumothorax'a постучать рукою молоточка о плессиметръ, то при аускультации слышенъ металлическій звукъ (феноменъ Neubner'a). Голосовое дрожаніе ослаблено.

Если въ полости плевры кромѣ жидкости содержится и воздухъ (sero- или ruorpneumothorax), то при движеніяхъ больного (трясеніи его) слышенъ металлическій плескъ (succussio Hippocratis). Когда больной приподнимается, перкуторный звукъ иногда становится ниже (Biermer'овское измѣненіе звука).

Леченіе: Pneumothorax можетъ самопроизвольно исчезнуть, т. е. воздухъ можетъ всосаться, если не произошло зараженія полости плевры. Поэтому слѣдуетъ сначала держаться выжидательнаго образа дѣйствій, назначая для облегченія иногда весьма значительныхъ страданій морфій. Если явленія смѣщенія рѣзко выражены (сильная одышка) то нужно удалить часть воздуха пункціею. При значительномъ скопленіи жидкости показана, смотря по обстоятельствамъ (ср. стр. 50), пункція или торакотомія.

4. Новообразованія грудной полости.

Помимо вторичныхъ (метастатическихъ) новообразованій въ грудной полости встрѣчаются слѣдующія первичныя опухоли:

а) Ракъ плевры протекаетъ большею частью подъ видомъ плевратическаго экссудата. Въ жидкости, полученной при проколѣ, иногда находятъ типичныя раковыя кѣтки, сильно пропитанныя жиромъ: лишь въ этомъ случаѣ возможенъ діагнозъ. Подозрѣніе должны возбуждать и увеличеніе подмышечныхъ и шейныхъ лимфатическихъ железъ и мучительная межреберная невралгія.

б) Ракъ или лимфосаркома легкаго въ началѣ проявляется лишь неясными симптомами: одышкою, кашлемъ, иногда кровохарканіемъ. Весьма характерною можетъ считаться мокрота въ видѣ малиноваго желе; въ ней иногда находятъ раковыя частички. Позже нерѣдко наблюдаются явленія сдавленія: параличъ голосовыхъ связокъ (прижатіе p-vi recurrentis), стенозъ бронховъ (отставаніе соотвѣтственной стороны и ослабленіе дыханія), опуханіе головы, шеи и рукъ (прижатіе верхней полой вены), невралгія, увеличеніе лимфатическихъ железъ и явленія притупленія спереди или на спинѣ.

с) Саркома средостѣнія часто вызываетъ тѣ-же симптомы.

При *распознаваніи* надо имѣть въ виду аневризму, эхинококкъ грудной полости, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и ракъ пищевода.

Леченіе здѣсь безсильно. Смерть наступаетъ отъ истощенія или нарушенія функцій важныхъ для жизни органовъ (давленіе на трахею).

III. Болѣзни органовъ пищеваренія.

A. Болѣзни рта и зѣва.

1. Stomatitis. Воспаленіе рта.

а) **Stomatitis catarrhalis.** Слизистая рта красновата весьма чувствительна, десны опухшія, разрыхленные, легко кровоточать, языкъ припухшій съ ясными отпечатками зубовъ, сильно обложенъ. Foetor ex ore, слюнотеченіе, опуханіе подчелюстныхъ лимфатическихъ железъ. Причины: нѣкоторыя инфекции, прорѣзываніе зубовъ (зубы мудрости!), цынга, отравленіе ртутью.

б) **Stomatitis ulcerosa.** Stomakase того-же происхожденія, что и катарральное воспаленіе рта, но симптомы здѣсь гораздо рѣзче выражены. Появляются язвы на деснахъ и слизистой щекъ. Весьма тягостныя субъективныя разстройства, температура большею частью повышена.

в) **Stomatitis aphthosa.** Афты. Чаще всего встрѣчается въ первые годы жизни, рѣже у взрослыхъ. На покраснѣвшей слизистой языка и губъ выступаютъ мелкія круглыя сѣровато-бѣлыя или желтоватыя пятна. Это сопровождается болями, слюнотеченіемъ, опуханіемъ подчелюстныхъ железъ и не особенно значительнымъ разстройствомъ самочувствія. Выздоровленіе наступаетъ по истеченіи 1—2 недѣль.

Леченіе: Жидкая нераздражающая пища средней температуры. Частое полосканіе растворами буры, Kal. permanganici, салола и fol. Salviae; дѣтямъ слѣдуетъ вытирать ротъ мягкой тряпочкою. Специфическимъ дѣйствіемъ обладаетъ CaIi chloricum (для взрослого черезъ каждые 2—3 часа столов. ложку раствора 5.0 : 150.0, для дѣтей черезъ 1—2 часа по чайной лож. 2% -аго раствора). Язвы

прижигаютъ яписомъ, *acido trichloracetico* или-же смазываютъ *tinctura Myrrhae*, *Zinc. sulfur.* или *Cupr. sulfur.* (1 : 20).

60. Rp. *Natri biboros.* 20.0.

S. На кончикѣ языка въ чашку воды для полосканія.

61. Rp. *Saloli* 6.0.

Spiriti ad 100.0.

S. По чайн. лож. на чаш. воды для полосканія.

62. Rp. *Saloli* 6.0.

Spiriti, ad 100.0.

S. По чайн. лож. на чаш. воды для полосканія.

2. Соор. Молочница.

Грибокъ молочницы (*Oidium albicans*) встрѣчается въ полости рта, въ зѣвѣ, а иногда и въ пищеводѣ главнымъ образомъ у плохо упитанныхъ маленькихъ дѣтей и у тяжело больныхъ взрослыхъ людей (тифъ, ракъ, чахотка). Появленіе его имѣетъ большею частью дурное прогностическое значеніе. На покраснѣвшей слизистой замѣчаются тогда молочно-бѣлые налеты, оказывающіеся при микроскопическомъ изслѣдованіи состоящими изъ сплетенія нитей съ двойнымъ контуромъ и разбросанныхъ по сплетенію овальныхъ споръ (конидій). Затрудненія глотанія и расстройство пищеваренія. Диагнозъ — въ особенности при микроскопическомъ изслѣдованіи — не представляетъ затрудненій.

Леченіе: Полосканіе рта бурою (1 : 30 Aq.) или смазываніе налетовъ растворомъ буры въ глицеринѣ (3 : 20) или 50% - мь растворомъ *Pyocyanini cerul.* — При соорѣ пищевода — по столовой ложкѣ (у дѣтей по чайной) 3% - го раствора буры черезъ каждые два часа.

3. Номъ. Водяной ракъ.

Некротическій распадъ слизистой оболочки щеки съ сильною инфильтраціею окружающей ткани и опуханіемъ подчелюстныхъ лимфатическихъ железъ. Номъ развивается обыкновенно послѣ инфекціонной болѣзни (въ особенности кори, рѣже тифа, скарлатины и т. п.). Исходъ: большею частью смерть отъ пневмоніи или септикеміи.

Леченіе: Разрушеніе гангренозныхъ очаговъ термокаутеромъ, затѣмъ смазываніе поверхности язвы юдною тинктурою и присыпаніе іодоформомъ. *Внутрь-alcoholica* и хининъ.

4. Parotitis.

Воспаленіе околоушной железы встрѣчается въ видѣ вторичнаго явленія при тяжелыхъ болѣзняхъ (тифъ, пізмін), но возникаетъ и самостоятельно, распространяясь эпидемически (*parotitis epidemica*, свинка). Последнюю формою заболѣваютъ большею частью

дѣти и молодые люди. Инкубационный періодъ продолжается около двухъ недѣль. Область передъ и подъ ухомъ опухаетъ (нерѣдко съ обѣихъ сторонъ), при чемъ чувствуются тянущія боли и повышается температура. Раскрываніе рта, плеваніе и глотаніе затруднено. По прошествіи 5—7 дней опухоль начинаетъ уменьшаться, исходъ въ нагноеніе наблюдается рѣдко. У мужчинъ иногда появляется метастатическій орхитъ, у женщинъ воспаленіе яичниковъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ болѣзнь локализируется въ подчелюстной или подъязычной слюнной железѣ.

Леченіе: Опухоль смазывается ваккамъ либо масломъ и покрывается ватой. Тщательный уходъ за полостью рта. Слѣдить за правильными опорожненіями кишечника. При появленіи зыбленія дѣлаютъ маленькій разрѣзъ, что-бы не повредить *facialis*'а. Опухшее яичко подвѣшиваютъ. При сильныхъ боляхъ ставятъ 5—6 ыбавокъ у наружнаго паховаго отверстія.

Такъ какъ паротитъ въ этомъ видѣ заразителенъ, то больного слѣдуетъ изолировать.

5. Angina. Воспаленіе миндалинъ.

a) **Angina catarrhalis.** Лихорадка, головная боль, отсутствіе аппетита и затрудненіе при глотаніи. Миндалины, мягкое небо и задняя стѣнка зѣва опухаютъ и становятся сплошь или островками красноватыми. Отдѣленіе слизи, часто кашлевое раздраженіе. Нерѣдко наблюдается *herpes labialis*; челюстные железы вовсе не увеличены или увеличены лишь незначительно. Выздоровленіе наступаетъ по прошествіи 2—4 дней.

b) **Angina lacunaris.** Тѣ-же жалобы; довольно значит. повышеніе температуры (39—39,5). На опухшихъ миндалинахъ (рѣже лишь на одной) видны въ больномъ количествѣ желтовато-бѣлыя пятна, соотвѣтствующія лакунамъ, или-же пробки, выходящія изъ устьевъ этихъ лакунъ. Железы сильно опухаютъ, иногда наблюдается *herpes labialis*.

c) **Angina necrotica.** На миндалинахъ образуется сѣровато-бѣлый некрозъ слизистой оболочки, окруженный краснымъ ободкомъ. Нерѣдко и лежащая насупротивъ боковая поверхность язычка окрашена въ бѣлый цвѣтъ. Прочія явленія тѣ-же, что и при лакунарной ангины, изъ которой некротическая ангина можетъ развиваться. По удаленіи некротической ткани получается плоская язва съ сѣрымъ или краснымъ дномъ, заживающая въ нѣсколько дней.

d) **Tonsillitis abscondens.** Ретроtonsиллярный абсцессъ.

Миндалина и окружающая ее ткань становится красною и настолько опухаетъ, что она соприкасается съ uvula и даже отгѣсняетъ ее въ сторону. На самомъ высшемъ пунктѣ миндалины нерѣдко развивается некрозъ слизистой оболочки. Другая миндалина большею частью значительно менѣе поражена, но и она можетъ заболѣть такъ же, какъ миндалина другой стороны. Субъективныя жалобы значительны, сильное слюноотдѣленіе, ангинознал рѣчь. За вскрытіемъ абсцесса обыкновенно немедленно наступаетъ облегченіе. Отекъ гортани встрѣчается лишь весьма рѣдко.

Распознаваніе формъ *a* и *d* легко; при *b* и *c* возможно въ началѣ смѣшеніе съ дифтеріей, которая иногда вызываетъ совершенно тѣ-же симптомы. Въ общемъ быстрее начало съ высокою температурою, точно также какъ явно-желтыя лакунарныя пятна говорятъ скорѣе за ангину, при дифтеріи пятна кажутся болѣе бѣловатыми. Если почему либо оказывается невозможнымъ произвести бактериологическое изслѣдованіе, то рекомендуется слѣдующій приемъ: небольшая порція налета растирается на покровномъ стеклынкѣ, фиксируется на пламени и окрашивается Löffler'овскою метиленовою синькою. Если имѣется дифтерія, то при увеличеніи въ 4—500 помимо гнойныхъ тѣлецъ, детрита и нитей слизи видны и „гнизда“ слегка закругленныхъ и сильно окрашенныхъ по концамъ бациллъ дифтеріи (величиною приблизительно въ палочки бугорчатки); при ангинѣ-же видны лишь кокки разнаго рода и разсѣянно-лежація толстыя короткія палочки.

Такъ какъ больные, въ особенности дѣти, часто не жалуются на затрудненіе при глотаніи и на боли въ горлѣ, то во всѣхъ случаяхъ общаго недомоганія, сопровождаемаго лихорадкою и головными болями, нужно осмотрѣть горло.

Леченіе: Покой въ постели, легкая жидкая пища, согревающая компрессъ вокругъ шеи. На головныя боли и самочувствіе благопріятно дѣйствуютъ Antifebrin, Antipyrin или Chinin (1—2 раза въ день по 0.5; у дѣтей, смотря по возрасту, 0.1—0.3). Полосканіе растворомъ соли

или буры. При абсцессахъ—глотаиіе кусочковъ льда. Если въ какомъ нибудь мѣстѣ обнаруживается зыбленіе, то нужно сдѣлать проколъ ножемъ, обернутымъ липкимъ пластыремъ, не доходящимъ на 1 ст. до острія.

6. Воспаленіе шейныхъ железъ. (Drüsenfieber E. Pfeiffer'a).

У дѣтей, въ особенности въ возрастѣ первыхъ четырехъ лѣтъ, встрѣчается воспаленіе переднихъ или заднихъ шейныхъ лимфатическихъ железъ, остро возникающее при значительномъ повышеніи температуры и обанчивающееся въ нѣсколько дней. Въ нагноеніе оно лишь рѣдко переходитъ. Angina при этомъ не замѣчается [или если и бываетъ, то замѣчается рѣзкое несоотвѣтствіе между ея незначительностью и интенсивностью припуханія железъ]. Неоднобратно замѣчало, что болѣзнь осложнилась острымъ нефритомъ.

Леченіе: Пузырь со льдомъ или влажныя обертыванія шеи. При появляющейся флюктуаціи разрѣзъ.

7. Заглочочный нарывъ.

Заболѣваютъ болѣею частью грудныя дѣти. Начинается затрудненіемъ при глотаніи (дѣти отказываются принимать пищу) и стертормознымъ дыханіемъ, затѣмъ постепенно развивается диспноическое состояніе, связанное съ цианозомъ и дыхательными втягиваніями. Такъ какъ нерѣдко наблюдается и охриплость, то всѣ симптомы говорятъ, повидимому, за крупъ гортани.

При изслѣдованіи дифтеріи однако не оказывается. Взамѣтъ этого можно видѣть или ощупать выпячиваніе задней стѣнки зѣва, въ которомъ замѣчается и ясная флюктуація. Эти «идиопатическіе» абсцессы происходятъ отъ нагноенія заглочочныхъ лимфатическихъ железъ (вълѣдствіе насморка?); въ болѣе позднемъ возрастѣ вторичныя абсцессы встрѣчаются при костоудѣ шейныхъ позвонковъ. *Леченіе:* Немедленное вскрытіе абсцесса, такъ какъ въ противномъ случаѣ можетъ наступить задушеніе отъ сдавленія гортани или затеканія гноя въ гортань. Туберкулезныя абсцессы вскрываются лишь въ случаѣ крайности.

8. Stenosis cesophagi. Суженіе пищевода.

Причина суженія можетъ лежать какъ въ самомъ пищеводѣ, такъ и внѣ его. Въ первомъ случаѣ дѣло идетъ болѣею частью о ракъ, рѣже о рубцахъ; еще рѣже суженіе вызывается наполненными дивертикулами. Между опухолями, суживающими пищеводъ давленіемъ снаружи, на первомъ планѣ стоитъ аневризма аорты (стр. 16), гораздо рѣже давленіе это производится опухолями бронхіальныхъ железъ, саркомами средостѣнія и

спондилитическими абсцессами. Такъ какъ существованіе рубцового суженія легко выяснитъ изъ анамнеза (отравленіе щелочами или кислотами; рубцы пищевода другого происхожденія встрѣчаются крайне рѣдко), то на практикѣ при жалобахъ на затрудненіе при глотаніи главнымъ образомъ важенъ дифференціальный діагнозъ между ракомъ и аневризмою. За ракъ говорятъ слѣдующіе моменты: пожилой возрастъ, сильная кахексія, отсутствіе расстройствъ сердца и сосудовъ. Геморрагіи-же и параличъ n-vi recurrens не имѣютъ значенія для дифференціального діагноза, такъ какъ явленія эти могутъ встрѣчаться при томъ и другомъ пораженіи.

Леченіе: При малѣйшемъ подозрѣніи на возможность аневризмы изслѣдованіе зондомъ противопоказано! Во всѣхъ другихъ случаяхъ зондомъ можно опредѣлить положеніе, длину и ширину суженнаго участка. (Расстояніе отъ верхнихъ рѣзцовъ до входа въ пищеводъ въ среднемъ равняется 15, до нижняго конца трахей 25, до кардии 40—45 ст.). Если зондъ удастся провести чрезъ суженное мѣсто, то нужно расширять его ежедневными зондированіями. Жидкая пища (молоко, супы, вино, яйца). Если питаніе per os слишкомъ недостаточно, нужно прибѣгнуть къ питательнымъ клистирамъ¹⁾. Въ случаѣ крайности—гастротомія.

В. Болезни желудка.

Предварительныя замѣчанія.

Субъективныя диспептическія расстройства: Чаше всего больные жалуются на отсутствіе аппетита (анорексію), хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ (въ особенности при язвѣ желудка и повыше-

¹⁾ Питательные клистиры: 2—3 яйца хорошо сбиваютъ, подливши немного воды; по прошествіи часа смѣшиваютъ съ $\frac{1}{2}$ чайной ложки поваренной соли и $\frac{1}{4}$ литра молока или 15⁰/о-го раствора винограднаго сахара; иногда прибавляютъ и чайную ложку коньяку. Спустя часъ послѣ очистительнаго клистира смѣсь эту въ тепломъ видѣ вводятъ изъ ирригатора подъ небольшимъ давленіемъ. При заключительномъ питаніи черезъ rectum необходимо вводить 3—4 такихъ клистира въ день. Показанія: суженіе пищевода, язва желудка, тяжелое расширеніе желудка, дифтерія, рвота беременныхъ.

нии кислотности) аппетитъ бываетъ не только сохраненъ, но даже ненормально повышенъ (волчий аппетитъ, *Bulimia*). Весьма часто наблюдается отрыжка и чувство полноты и давленія въ области желудка. Сильныя боли (кардиальгія, гастральгія) встрѣчаются обыкновенно при извѣ, ракъ и нервныхъ страданіяхъ желудка, рѣже при катаррахъ. *Pugosis* (изжога)—чувство жженія, восходящее отъ *cardiae* къ глоткѣ. Оно не можетъ служить доказательствомъ увеличенія количества НСІ въ желудочномъ сокъ, такъ какъ часто вызывается кислымъ броженіемъ желудочнаго содержимаго. *Rvota* наблюдается не такъ часто, какъ этого можно было бы ожидать. Чаше всего она наступаетъ при нѣкоторыхъ нервныхъ страданіяхъ, при диспепсін пьяницъ (*vomitus matutinus*) и при значительномъ расширеніи желудка, при которомъ иногда изрыгается поразительное количество рвотныхъ массъ. Кривавая рвота заставляетъ предпол. существованіе язвы или рака.

Этіологія: Наслѣдственное предрасположеніе играетъ извѣстную роль при заболѣваніи ракомъ и нѣкоторыми нервными страданіями желудка; существуютъ также семьи, всѣ члены которыхъ отличаются затрудненнымъ пищевареніемъ и вслѣдствіе этого предрасположены къ желудочнымъ заболѣваніямъ. Извѣстное значеніе должно быть также приписано излишествамъ (погрѣшности діеты, пристрастіе къ спиртнымъ напиткамъ, усиленное куреніе), недостаточному прожевыванію пищи и смѣшенію ея со слюною (послѣдняя ѣда, плохіе зубы) и недостатку движенія. Во многихъ случаяхъ, наконецъ, диспепсія является слѣдствіемъ другихъ заболѣваній: анеміи, невратеніи, бугорчатки, плеврита, спинной сухотки, свинцоваго отравленія и т. п.

Для распознаванія болѣзни весьма важно знаніе **возраста больного**. Тогда какъ катарры встрѣчаются во всѣхъ возрастахъ, язва желудка наблюдается преимущественно у молодыхъ лицъ (15 до 35 лѣтъ), ракъ же у стариковъ (обыкновенно послѣ 45 лѣтъ). [Какъ показываютъ многочисленные случаи, описанные въ литературѣ, ракъ нерѣдко поражаетъ и людей молодыхъ; его приходилось видѣть даже на второмъ десяткѣ жизни]. Нервные страданія свойственны среднему возрасту и встрѣчаются большею частью въ соединеніи съ другими невропатическими явленіями (головныя боли, раздражительная слабость, истерическіе симптомы).

Наружное изслѣдованіе: При о с м о т рѣ мы констатируемъ вздутіе или впалость области желудка. Въ первомъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ развитіемъ газовъ. Впалую-же область желудка нерѣдко оказывается при значительныхъ гастрэктазіяхъ, при которыхъ желудокъ *in toto* смѣщенъ книзу. Контуръ расширеннаго желудка видны тогда значительно ниже впалаго *epigastrium'a*, въ области пупка. Если мускулатура желудка гипертрофирована (при суженіи привратника), то по временамъ наблюдаются перистальтическія движенія. Иногда сквозь иехудавніе брю-

нные покровы уже однимъ осмотромъ удастся констатировать опухоль.

При ощупываніи нужно обращать вниманіе на болезненность и ненормальную резистентность. При существованіи опухолей надо обследовать ихъ отношеніе къ окружающимъ тканямъ и степень ихъ подвижности. При вдыханіи опухоли печени замѣтно опускаются внизъ, опухоли-же желудка такого перемѣщенія не обнаруживаютъ (пока онѣ не срастаются съ печенью). За то опухоли эти иногда мѣняютъ свое положеніе при различномъ наполненіи желудка, чего опухоли печени и поджелудочной железы не дѣлаютъ. [Весьма полезно не ограничиваться пальпацией больного въ лежачемъ положеніи, а ощупывать также и въ стоячемъ. Многія опухоли пилорической части, недоступныя для руки въ первомъ положеніи, становятся осязаемы при второмъ]. При гастректазіяхъ сотрясеніемъ области желудка иногда удается вызвать шумъ плеска (*succussio*) Само собою разумѣется, что при ощупываніи нельзя ограничиваться одною лишь областью желудка, а надо обследовать весь животъ (печень, селезенку, почки, грыжевыя ворота, *linea alba*), иногда также и прямую кишку.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ изслѣдованіе можетъ быть облегчено искусственнымъ раздуваніемъ желудка при помощи воздуха (желудочнымъ зондомъ и баллономъ) или-же—что проще всего—шинучей смѣсью (немедленно за пріемомъ чайной ложечки *acidi tartarici* больной принимаетъ 2 чайн. л. *natri bicarbonici*, растворенныя въ небольшомъ количествѣ воды).

Внутреннее изслѣдованіе: А. Испытаніе отдѣленія. Больному натощакъ дается пробный завтракъ *E w a l d'a* (чашку чаю и булку вѣсомъ въ 35—40 граммъ) или-же онъ съѣдаетъ пробный обѣдъ *L e u b e - R i e g e l'a* (тарелку супа съ крупю, бифштексъ, булку и стаканъ воды). Послѣ этого больному запрещается пить или ѣсть. Спустя часъ послѣ пробнаго завтрака (или 4—5 часовъ послѣ пробнаго обѣда) въ желудокъ вводятъ мягкій зондъ, черезъ который—дѣйствіемъ брюшнаго прессы или высасываніемъ—добываютъ желудочное содержи-

мое въ неразжиженномъ видѣ. Полученную массу фильтруютъ сквозь пропускную бумагу и подвергаютъ прежде всего изслѣдованію на **соляную кислоту**. Присутствіе соляной кислоты обнаруживается тѣмъ, что красная бумага конго при погруженіи въ изслѣдуемую жидкость пріобрѣтаетъ синій цвѣтъ, желтый растворъ тропеолина 00 становится коричневымъ, слабый растворъ метилвиолета синѣетъ. Еще болѣе ясные результаты получаются съ помощью реактива G ü n z b u r g ' a (Phloroglucini 2.0, Vanillin 1.0, Alcoholi absolut 30.0 in vitro colorato). Нѣсколько капель этого реактива осторожно нагреваютъ въ фарфоровой чашечкѣ съ нѣсколькими каплями филтратата надъ пламенемъ. По испареніи жидкости, содержащей HCl, на чашечкѣ остается кармазиново-красный налетъ; этою реакціею можно даже обнаружить присутствіе 0.05% HCl.

При нормальныхъ условіяхъ въ добытомъ такимъ образомъ желудочномъ содержимомъ можно найти лишь соляную кислоту (и солянокислыя соли), при разстроенномъ же пищевареніи появляются кромѣ того вслѣдствіе происходящаго при этомъ броженія молочная, масляная и уксусная кислоты. Присутствіе **молочной кислоты** можно обнаружить реактивомъ U f f e l m a n ' a: нѣсколько куб. ст. 1%-го раствора карбол. кислоты смѣшиваютъ съ одною каплею liquoris ferri и къ полученной темносиней жидкости приливаютъ профильтрованного желудочнаго соку. Въ присутствіи молочной кислоты синій цвѣтъ переходитъ въ чижиково-желтый, тогда какъ при наличности масляной кислоты цвѣтъ получается мутный темно-бурый. Уксусная кислота узнается по запаху.

Если желудочный сокъ содержитъ одну лишь соляную кислоту, то **кислотность** опредѣляется титрованіемъ $\frac{1}{10}$ нормальнымъ растворомъ ѣдкаго натра, 1 куб. ст. котораго насыщаетъ 0.00365 HCl. Индикаторомъ служатъ 1% алкогольный растворъ фенолфталеина. Появленіе краснаго цвѣта указываетъ на наступленіе щелочной реакціи. Вычисленіе производится очень просто. Положимъ, что для нейтрализаціи 10 к. с. желудочнаго сока понадобилось 5.8 этой $\frac{1}{10}$ нормальной щелочи. Тогда у

насть соляной кислоты имѣется $0.00365 \times 5.8 \times 10 = 0.21\%$. Величина эта не выходитъ за норму, т. к. нормальный желудочный сокъ въ моментъ интензивнаго пищеваженія содержитъ около 0.2% HCl.

Въ отношеніи отдѣленія могутъ встрѣчаться слѣдующія отклоненія отъ нормы:

1. Отсутствіе HCl (achlorhydria, anaciditas) при тяжелыхъ катаррахъ желудка, лихорадкѣ, нервности, амилоидѣ и атрофіи слизистой оболочки желудка и въ особенности при ракѣ желудка. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ желудочный сокъ вовсе не отдѣляется (achylia gastrica).

2. Уменьшеніе количества HCl (subaciditas, oligochlorhydria) часто наблюдается при анеміи и кахексіи, при хроническихъ катаррахъ и иногда при ракѣ желудка.

3. Увеличеніе количества HCl до 0.25% и болѣе (superaciditas, hyperchlorhydria) встрѣчается часто при язвахъ желудка, неврастеніи и—временно—при гастрическихъ кризахъ спинной сухотки.

4) Усиленное отдѣленіе желудочнаго сока (hypersecretio); желудочный сокъ отдѣляется не только во время пищеваженія—какъ это бываетъ обыкновенно—но и во все остальное время, такъ что соляная кислота имѣется и въ желудкѣ, не содержащемъ пищи.

Если желудочный сокъ не содержитъ соляной кислоты или содержитъ ее въ недостаточномъ количествѣ, то пища застаивается въ желудкѣ (особенно плохо перевариваются бѣлки) и легко разлагается, слѣдствіемъ чего является образованіе молочной, уксусной кислоты и масляной, а иногда и расширеніе желудка.

При избыткѣ соляной кислоты особенно плохо перевариваются крахмалистыя вещества; легко возникаетъ язва желудка.

В. Двигательную функцію желудка испытываютъ слѣдующимъ образомъ; Спустя 7 часовъ послѣ пробнаго обѣда (или 2 часа послѣ пробнаго завтрака) желудокъ промываютъ. Если желудокъ оказывается пустымъ, то это значить, что его двигательная сила нормальна. Можно воспользоваться также способомъ Эвальда; испытуемое лицо принимаетъ во время ѣды 1.0 с а л о л а; при нор-

мальныхъ условіяхъ моча даетъ уже спустя 40—50 минутъ салциловую реакцію (фіолетовое окрашивание при прибавленіи хлорнаго желѣза). При катаррѣ, расширеніи и ракѣ желудка реакція эта появляется лишь позже, а при значительномъ суженіи привратника она можетъ и вовсе не наступить.

Для испытанія всасывающей функціи служитъ (по *Penzoldt*) іодистый калий. При нормальныхъ условіяхъ іодъ появляется въ слюнѣ черезъ 15 минутъ послѣ приема 0.2 іодистаго калия внутрь (въ облаткѣ). (Бумага, пропитанная крахмальнымъ клейстеромъ, смачивается слюною и крѣпкою азотною кислотою; если слюна содержитъ іодъ, то получается фіолетовое окрашивание). Результаты, получаемые по этому способу, не особенно надежны.

1. Острый катарр желудка.

Послѣ простуды, погрѣшностей въ діетѣ, различныхъ инфекцій теряется аппетитъ, наступаетъ тошнота, а иногда и рвота, головная боль и головокруженіе (*vertigo estomacho laeso*). Область желудка болѣзненна, языкъ обложенъ, часто *foetor ex ore*. Запоры позже смѣняются часто поносами. Иногда наблюдается лихорадка, *herpes* и опухоль селезенки. При переходѣ катарра на двѣнадцатиперстную кишку появляется желтуха.

Прогнозъ сомнителенъ лишь у грудныхъ дѣтей и у стариковъ.

Леченіе: При лихорадкѣ и слабости—пребываніе въ постели и согрѣвающие компрессы. Скудная, жидкая пища (овсяный супъ, чай, сельтерская вода; ни молока, ни кофе), глотать кусочки льда. Въ началѣ цѣлесообразно давать слабительное (*Calomel* 0.25—0.5 или *rheum*), позже соляную кислоту, при кислой отрыжкѣ — *magnesia usta* (на кончикѣ ножа) или *natr. bicarbonicum*.

63. Rp. Acid. mur. dil. 2.0—3.0. 64. Rp. Natri bicarbon. 5.0.

Aq. destillat. ad 170.0.

Aq. Ment. pip. ad 150.0.

Aq. Ment. pip. 30.0.

S. По ст. лож. чер. 2—3 ч.

S. По ст. лож. чер. 2—3 ч.

Тяжелыя воспаленія слизистой желудка получаютъ послѣ приема ѣдкихъ веществъ (ѣдкія щелочи, минеральныя кислоты, щавелевая, карболовая кислота, сулема, мышьякъ, фосфоръ) внутрь—т. н. *gastritis toxica*. Весьма рѣдко встрѣчается *gastritis phlegmonosa*, возникающій первично или метастатически вслѣдствіе вторженія микробовъ въ подслизистую желудка и оканчивающійся всегда детально. *Леченіе:* ледъ внутрь и наружно, морфій.

2. Хроническій катарръ желудка.

При нераціональномъ образѣ жизни (погрѣшности въ діетѣ, поспѣшная ѣда, недостаточность движеній, rotus, усиленное куренье), а также—вторично—при анеміи, пороки сердца, эмфиземѣ, чахоткѣ возникаютъ вышеупомянутыя диспептическія разстройства; нерѣдко со временемъ развивается подавленное ипохондрическое настроеніе.

Симптомы: Желтоватый цвѣтъ лица, сильно обложенный языкъ, нерѣдко foetor ex ore. Область желудка вздута, болезненна при давленіи. Содержимое желудка слизистое, количество HCl уменьшено, вслѣдствіе чего въ желудкѣ наблюдается кислое броженіе. Рѣже встрѣчается superaciditas. Двигательная функція понижена. Запоры, частое выдѣленіе газовъ.

Предсказаніе: При цѣлесообразномъ режимѣ обыкновенно наступаетъ выздоровленіе или улучшеніе; иногда однако наблюдается и летальный исходъ вслѣдствіе атрофіи слизистой желудка. При вторичныхъ формахъ прогнозъ зависитъ отъ характера основного страданія.

Леченіе: Частое полосканіе рта, уходъ за зубами и удаленіе больныхъ зубовъ, тщательное разжевываніе пищи. Запрещеніе горячей и очень холодной пищи, острыхъ и трудно переваримыхъ кушаній и спиртныхъ напитковъ. Мѣры противъ запоровъ (прогулки пѣшкомъ и верхомъ, гимнастика, массажъ, теплыя ванны). При уменьшеніи количества HCl назначеніе соляной кислоты (иногда вмѣстѣ съ пепсиномъ). При отсутствіи аппетита назначаются extract. fluid. condurango (по чайн. лож. 3 р. въ день) t-ra rhei vinosa, t-ra amara или orexinum tan-nicum (0.5—1.0 два раза въ день). Орексинъ улучшаетъ аппетитъ тѣмъ, что возбуждаетъ двигательную функцію желудка и усиливаетъ отдѣленіе HCl. При болѣе или менѣе значительномъ броженіи необходимы ежедневныя промыванія желудка. При повышенной кислотности см. стр. 69.

65. Rp. Acid. mur. dil. 10.0.
Pepsini glycerini Grubler
20.0.
S. 15—30 капель на водѣ послѣ ѣды.

66. Rp. Cort. Condurango concis.
30.0.
S. Чайную лож. на чаш. чаю (выпить за день).

Пользованіе водами въ Karlsbad'ѣ, Kissingen'ѣ, Neuenahr'ѣ, Homburg'ѣ, Ems'ѣ, Wiesbaden'ѣ, Tarasp'ѣ, Wichy.

3. Кардіальгія. Гастральгія. Спазмы желудка.

Припадки жестокихъ болей въ области желудка (въ соединеніи съ рвотою или безъ таковой) часто являются симптомомъ органическихъ страданій желудка (язвы, рака, рѣже катарра), но они кромѣ того встрѣчаются и въ видѣ чистаго невроза при хлорозѣ, нервности, истеріи и спинной сухоткѣ (т. н. гастрическія кризы). Иногда *intermittens laevata* проявляется въ видѣ періодически повторяющихся приступовъ желудочныхъ болей; въ рѣдкихъ случаяхъ приступы эти, повидимому, могутъ даже явиться эквивалентомъ приступовъ подагры.

Распознаваніе: Нужно имѣть въ виду различнаго рода колики (желчные камни, почечные камни, свинцовое отравленіе), *ileus* и острый перитонитъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится изслѣдовать, нѣтъ-ли *tabes'a*. Отличить симптоматическіе спазмы отъ чисто нервныхъ—не всегда легко; особенныя затрудненія возникаютъ при хлорозѣ, когда приходится рѣшить, имѣемъ-ли мы дѣло съ язвою или простою кардіальгіею. Сильная, локализованная болѣзненность *epigastrium'a* при давленіи говоритъ скорѣе за *ulcus*, такъ какъ нервныя желудочныя боли не только не усиливаются, но иногда даже утихаютъ при надавливаніи.

Леченіе: Во всѣхъ случаяхъ помогаютъ теплые компрессы и наркотическія средства (0.005—0.015 морфія, 0.02—0.05 кодеина, 0.005—0.01 кокаина). При умѣренныхъ боляхъ можно обойтись *t-ra valerianae*, *aqua chloroformi* и висмутомъ.

67. Rp. Bismuth. subnit. 10.0.
Natri bicarbon. 20.0.
S. На кончикѣ языка.

68. Rp. Bismuth. subnit. 0.5.
Morphin. muriat.
0.006—0.01.
M. f. pulv. D. tal. dos. No. 8.
S. 2—3 порошка въ день.

69. Rp. Aq. chloroformat
(1.0) 150.0.
Bismut. subnit. 3.0—5.0
S. По 1 стол. лож. черезъ
2—3 часа.

70. Rp. Cocaini mur.
Morphini mur. $\bar{a}\bar{a}$ 0.1.
Aq. laurocerasi ad 15.0.
S. 10—15 капель 1—3
раза въ день.

Всегда, разумѣется, нужно лечить и основное страданіе. При нервной кардіальгіи—бромистый калий, водолечение и гальваническій токъ (анодъ на область желудка), при язвѣ—покой и т. д.

4. *Ulcus ventriculi*. Пептическая язва желудка.

Заболѣваютъ преимущественно женщины въ молодомъ возрастѣ. Предрасполагающими моментами являются хлорозъ и повышенная кислотность.

Субъективныхъ жалобъ можетъ въ началѣ и не быть, такъ что кровавая рвота и прободеніе могутъ наступить совершенно неожиданно. Большею частью имѣются однако диспептическія явленія, особенно часто наблюдаются кардіальгическія боли, появляющіяся черезъ 1—2 часа послѣ еды и распространяющіяся до спины. Языкъ часто не обложенъ. Въ ограниченномъ участкѣ области желудка боль при надавливаніи. Обыкновенно сильно повышенная кислотность (въ свѣжихъ случаяхъ и вскорѣ послѣ кровавой рвоты введеніе зонда противопоказано!) Запоры. Послѣ кровотеченій испражненія чернаго цвѣта. (См. гѣминовую пробу).

Распознаваніе: Дифференціальный діагнозъ нервной кардіальгіи см. стр. 70. Нужно далѣе имѣть въ виду, что вокругъ старой язвы можетъ образоваться инфильтратъ, который можетъ произвести впечатлѣніе опухоли (рака), въ особенности когда питаніе сильно разстроено. Противъ рака говоритъ повышенная кислотность и ранній возрастъ. При кровавой рвотѣ нужно имѣть въ виду, что и проглоченная кровь (изъ носа и т. п.) можетъ иногда симулировать желудочное кровотеченіе.

Предсказаніе: Большею частью язвы заживаютъ, рецидивы однако весьма часты. Всегда приходится считаться съ опасностью кровотеченія; гораздо рѣже наблюдается прободеніе (общій перитонитъ, субдіафрагмальный абсцессъ). Зажившая рана можетъ вызвать рубцовое служеніе привратника, т. н. *Sanduhrmagen* (желудокъ въ формѣ песочныхъ часовъ) и перитонитическія сращенія. Позже изъ рубца можетъ развиваться и ракъ.

Леченіе: При малѣйшей возможности слѣдуетъ назначить леченіе покоемъ: непрерывное пребываніе въ постели въ теченіе 3—4 недѣль, согревающіе компрессы или при-

парки, исключительно жидкую нераздражающую пищу (молоко, овсяный супъ, мясной растворъ Rosenthal'a, со-матозу). Опорожненія кишечника помощью карлсбадской соли (1—2 чайн. лож. на $\frac{1}{4}$ литра воды натоцакъ) или клизмы. При повышенной кислотности и боляхъ: Bismut. subnit. 10.0, Natri bicarbon. 20.0, по чайной лож.; при болѣе сильной кардіальгіи—наркотическія средства см. стр. 65. Когда субъективныя разстройства исчезаютъ, можно осторожно переходить къ кашкамъ, сухарямъ, бул-камъ, легкимъ мяснымъ кушаньямъ и, наконецъ, посте-пенно къ болѣе твердой пищѣ.

При очень сильныхъ явленіяхъ раздраженія и послѣ желудочнаго кровотеченія рег ос дается лишь вода да ледъ (маленькими кусочками), питаніе же больного въ те-ченіе 8—10 дней производится исключительно посред-ствомъ клизмъ (см. стр. 58). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ по-казанъ пузырь со льдомъ и свѣчки изъ опія (0.03—0.05 черезъ каждые 3 часа).

Леченіе прободенія см. острый перитонитъ.

5. Carcinoma ventriculi. Ракъ желудка.

До 40-лѣтняго возраста встрѣчается рѣдко; въ нѣко-рыхъ семьяхъ переходитъ по наслѣдству.

Постепенно развиваются диспептическія разстройства; относительно часто наблюдается кардіальгія и рвота. Уве-личивающееся исхуданіе, кахектическій цвѣтъ кожи. Языкъ обложенъ. Обыкновенно наблюдаются запоры. Если новообразование находится у привратника или на большой кривизнѣ, то оно со временемъ прощупывается въ видѣ твердой, бугристой, чувствительной къ давленію опу-холи. При дыханіи опухоль эта не мѣняетъ своего поло-женія (респираторное перемѣщеніе наблюдается лишь при сращеніяхъ съ печенью), но зато она занимаетъ неодина-ковое положеніе при разныхъ состояніяхъ наполненія же-лудка. Ракъ привратника часто имѣетъ слѣдствіемъ рас-ширеніе желудка. Ракъ cardiac вызваетъ явленія суже-нія пищевода. Метастазы развиваются главнымъ обра-зомъ въ печени и брюшинѣ.

Въ содержимомъ желудка мало или вовсе нѣтъ HCl,

но за то много органическихъ кислотъ, въ особенности молочной кислоты. Двигательная дѣятельность желудка почти всегда понижена.

Распознаваніе: Пожилой возрастъ, осязаемая опухоль, продолжительное отсутствіе HCl, ясно выраженная кахексія—все это говоритъ за ракъ. Весьма характерны рвотныя массы цвѣта шоколада или кофейной гущи.

Предсказаніе: Смерть наступаетъ черезъ $\frac{1}{2}$ —2 года отъ маразма, рѣже вслѣдствіе кровотеченія или прободенія.

Леченіе: Если раковая опухоль ограничена, подвижна и если общее состояніе удовлетворительно,—удаленіе опухоли хирургическимъ путемъ. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ діета: легко переваримая кашцеобразная пища, въ особенности крахмалистыя вещества, мало мяса, предпочтительнѣе белтоны, соматоза, нутроза. Послѣ каждой ѣды соляную кислоту съ пепсиномъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ—Condurango, T-га амага (см. стр. 64). При боляхъ: согрѣвающіе компрессы или припарки, кодеинъ, діонинъ, морфій. Опорожненія кишечника клистирами. При разложеніи содержимаго желудка и при гастрэктазиі ежедневныя промыванія желудка.

6. Dilatatio ventriculi. Gastraektasia. Распиреніе желудка.

Причины: 1. Суженіе привратника ракомъ, извѣнными рубцами или прижатіемъ извнѣ (опухольями сосѣднихъ органовъ, блуждающею почкою, перитонитическими сращеніями при желчныхъ камняхъ и т. п.), 2. атонія мускулатуры желудка (двигат. недостаточность) вслѣдствіе обремененія пищею и напитками или-же вслѣдствіе заставиванія содержимаго желудка при хроническихъ катаррахъ и повышенной кислотности.

Симптомы: Исхуданіе, подавленное состояніе, диспептическія жалобы, сильная жажда, временами выдѣленіе громаднаго количества рвотныхъ массъ. Языкъ большею частью обложенъ. Часто удается видѣть расширенный желудокъ сквозь брюшныя покровы (въ особенности послѣ вздутія углекислотою); при гипертрофіи стѣнокъ желудка

видны перистальтическія движенія. Сотрясеніемъ области желудка можно вызвать шумъ плеска (succussio). Обыкновенно наблюдаются запоры и уменьшеніе количества мочи. Въ тяжелыхъ случаяхъ гастрктазиі встрѣчается симптомокомплексъ тетаніи.

Содержаніе желудка: При ракъ НСІ мало или вовсе нѣтъ; при хроническомъ катаррѣ мало НСІ, много продуктовъ броженія (кислоты) и слизи, имѣется *zarcina ventriculi* и дрожжевыя клѣтки; при повышенной кислотности количество НСІ увеличено. Двигательная и всасывающая функціи понижены.

Леченіе: Частые приемы малыхъ порцій преимущественно кашцеобразной пищи, ограниченіе питья (Trockendiät); въ нѣкоторыхъ случаяхъ необходимое количество жидкости приходится вводить помощью клистировъ (соляными растворами). Если у привратника преніяетствія нѣтъ (атоническое расширеніе)—массажъ, фарадическій токъ, набрюшникъ, слабительныя (*sal. Carinin*) и *tinctura nuc. vom.* (5—20 капель 3 раза въ день) или стрихнинъ (0,003 въ пилюляхъ 2—3 раза въ день). Кромѣ того леченіе недостаточной или повышенной кислотности (въ первомъ случаѣ НСІ! во второмъ см. стр. 70). Если пища застаивается и бродитъ—промыванія желудка и ежедневно 3—4 стол. лож. смѣси: *Resorcini 2.0, ʒq. chloroform. 15.0.*—При ракъ и рубцовомъ суженіи привратника—операция (гастроинтеростомія или резекція pylori). Если же операция невозможна, то примѣняется палліативное леченіе; въ случаѣ надобности питаніе *per rectum* (стр. 58).

7. Неврозы желудка.

Этіологія: Неврастенія, истерія и органическія нервныя болѣзни, въ особенности спинная сухотка. Различаютъ:

1. Чувствительныя неврозы: Сюда относится нервная анорексія, волчій аппетитъ (*bulimia*), нервная кардіалгія (безъ органической подкладки) и т. п. нервного диспепсія, т. е. диспептической жалобы безъ объективныхъ разстройствъ (при нормальномъ теченіи процесса желудочнаго пищеваренія).

2. Двигательныя неврозы: Атонія желудка, нервная рвота, жвачка, (*ruminatio, megacismus*), перистальтическое безпокойство желудка и судорога привратника.

3. Секреторные неврозы: Сюда относится пониженная кислотность (недостаток HCl при пищеварении) и повышенная кислотность (Hyperchlorhydria). При Hyperchlorhydria больные жалуются на боль в области желудка, изжогу, (Pyrosis hydrochlorica), сильную жажду, запоры; иногда наблюдается рвота, причем кислые рвотные массы окрашивают конто-бумагу в резко синюю цветъ. Щелочи (Natr bicarb. и т. д.) и теплое молоко облегчают расстройства. Аппетит обыкновенно сохраненъ. *Объективные данныя:* языкъ чистый, область желудка болезненна при давлении, хотя часто щелочной реакціи, легко даетъ осадокъ, содержащій фосфаты. Кислотность содержимаго желудка повышена (0.25—0.6% HCl), вследствие чего крахмалистыя вещества вяло перевариваются, тогда какъ белки перевариваются быстро. Двигательная функция часто понижена. Болезнь эта можетъ проявляться периодически (вследъ за душевными волненіями, при приступахъ мигрени, при гастрическихъ кризахъ табетиковъ) или протекать хронически. Въ послѣднемъ случаѣ питаніе нарушается, иногда развивается язва или гастритъ. Повышенная кислотность иногда связана съ усиленнымъ соко-отдѣленіемъ (supersecretio): болезнь Reichmann'a или gastrosuccorhoe. Въ подобныхъ случаяхъ желудокъ содержитъ и въ состояніи голоданія обильный сокъ, заключающій въ себѣ соляную кислоту.

Распознаваніе не всегда легко. Особенныя затрудненія представляетъ дифференціальный диагнозъ между язвою и повышенной кислотностью нервного происхожденія. Въ подобныхъ случаяхъ важно констатированіе невропатическаго состоянія: наследственности, переутомленія, душевныхъ волненій и т. д.

Леченіе должно быть направлено прежде всего противъ общей нервности: примѣняются сокой, легкія формы водолеченія, климатотерапія, электричество, гимнастика, а иногда и ваушеніе. Куреніе и употребленіе спиртныхъ напитковъ должно быть ограничено. Противъ состояній раздраженія и болей назначаются бромистыя соли и наркотическія средства (воденъ, морфій, улораль-гидратъ, белладона). Изъ минеральныхъ водъ рекомендуются обыкновенно Fachingen, Ems, Bilitz, Vichy, а иногда и желѣзныя воды, но не Karlsbad или Marienbad. Въ частности при а н о р е с і и назначаются amara и oxonium, при пониженной кислотности и achylia — Rakoczy (Kissingen) и Kochbrunnen (Wiesbaden), мясной экстрактъ, соляная кислота или pankreon (0.5 три раза въ день). При повышенной кислотности грубыя крахмалистыя вещества, красное жаренное мясо, кушанія кислыя или приправленныя пряностями, а также пиво и кофе переносятся плохо; рекомендовать можно: яйца, рыбу, мучныя супы, свѣжую зелень и въ особенности теплое молоко. Облегченіе доставляютъ щелочи, въ особенности въ связи съ морфіемъ, задерживающемъ отдѣленіе HCl (Magnes. ust. 15.0, Morphini 0.1, на кончикъ ножа). Промыванія желудка умѣстны лишь тогда, когда плща застаивается и имѣются явленія расширенія желудка.

С. Болѣзни кишекъ.

Предварительныя замѣчанія.

Помимо изслѣдованія живота (метеоризмъ, воспалительныя затвердѣнiя, (опухоли и т. д.) и *reg gestum* (ракъ, суженiе, инвагинація) при постановкѣ діагноза играютъ роль и изслѣдованiе кишечныхъ изверженiй. Взрослый человекъ при нормальныхъ условiяхъ испражняется 1—2 раза, а грудной ребенокъ 2—4 раза въ сутки; при замедленiи перистальтики и суженiи прѣсвѣта кишекъ число это уменьшается, и наступаетъ запоръ, тогда какъ при ускоренiи перистальтики (вслѣдствiе катарра и нервныхъ раздраженiй) испражненiя становятся жидкими и учащаются.

Черный цвѣтъ и испражненiй можетъ зависѣть отъ пищи (вишни, черника), отъ лекарствъ (желѣзо, висмутъ) и отъ примѣси крови, если кровотеченiе произошло въ верхнихъ участкахъ кишечника и не было слишкомъ обильно (деттеобразныя или шоколадобразныя массы). При кровотеченияхъ изъ нижнихъ участковъ кишечника (гѣморрой, ракъ или полипъ прямой кишки) и при всякой обильной примѣси крови (язва *duodeni* или тифозная язва) фекальныя массы могутъ быть яркочернаго цвѣта.

Испражненiя бѣлаго цвѣта наблюдаются при отсутствiи въ кишечникѣ желчи (*icterus catarrhalis*, желчные камни—глинообразный калъ) и при холерѣ (цвѣтъ рисоваго отвара). Желтыя, жидкiя испражненiя цвѣта гороховаго супа характерны для брюшного тифа. Зеленыя испражненiя встрѣчаются при поносахъ дѣтей и послѣ приѣма каломеля.

Изъ примѣсей слѣдуетъ отмѣтить: слизь при катаррѣ кишекъ, слизь съ кровью при дизентерiи, гной въ небольшомъ количествѣ при язвахъ кишекъ (хронич. дизентерiя, сифилисъ прямой кишки), въ большомъ количествѣ по прободенiи перитифлитическихъ, параметритическихъ и перипроктитическихъ абсцессовъ. Частички ткани встрѣчаются при тяжелыхъ язвенныхъ процессахъ; своеобразныя трубчатыя массы, состоящiя изъ свернувшейся слизи—при *enteritis membranacea* (см. стр. 76).

1. *Enteritis acuta*. Острый катарръ кишекъ.

Этиологiя: Погрѣшности въ діетѣ (испорченныя или неудобоваримыя продукты, холодныя напитки), простуда и инфекцiи.

Симптомы: Боли и урчанiе въ животѣ, поносы, подчасъ лихорадка (а также и *herpes*). Послѣ весьма частыхъ испражненiй—слабость и даже коляпсъ. Если въ заболѣванiи участвуетъ и желудокъ, то наблюдается рвота, анорексiя, давленiе въ *epigastrium*'ѣ; при участiи двѣнадцатиперстной кишки—*icterus*, при преимущест-

венной локализации въ толстыхъ кишкахъ—колика, выделение слизи, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и tenesmus (болѣзненные позывы на низъ).

Предсказаніе благоприятно; летальный исходъ наблюдается лишь у дѣтей, стариковъ и кахектическихъ особъ.

Леченіе: Набрюшникъ, въ тяжелыхъ случаяхъ покой въ постели, теплый чай, овсяный супъ; при простудномъ происхожденіи катарра—потѣніе. Послѣ погрѣшностей въ діетѣ и при запорахъ сначала назначается каломель (0,3) или 1 ст. лож. кастороваго масла, лишь по опорожненіи кишечника можно давать опій и вяжущія средства.

- | | |
|--|--|
| 71. Rp. Tinctur. opii simpl. 6.0.
S. 3—10 капель 3 раза
въ день (10 капель—
0,05 опія). | 72. Rp. Bismuth. subnit. 5.0.
Natri bicarbon. 10.0
S. По $\frac{1}{2}$ чайн. лож. 3 раза
въ день. |
| 73. Rp. T-rae opii simpl. 2.0
T. Valerian. aether. ad. 15.0
S. По 20—30 капель че-
резъ кажд. 2—3 часа. | 74. Rp. Bismuth. salicyl. 0.5.
Tal. pulv. Nr. 8.
S. По 1 порошокъ 3 раза
въ день. |
| 75. Rp. Pulv. Doveri 0.25.
Tal. Dos. Nr. 8.
S. По 1 порошокъ 3 раза
въ день. | 76. Rp. Acidi tannici 0.06.
Sacchar. alb. 0.3.
M.f. pulv. D. Tal. Dos. Nr. 8.
S. По 1 пор. черезъ 3 часа. |

Изъ новыхъ вяжущихъ средствъ пригодными являются: Tannalbin (альбуминатъ дубильной кислоты), Tannigen (Diacetyltannin), Tannoform (соединеніе танина и формальдегида), Tannocol (соединеніе танина съ желатиной) и Tannopinum (соединеніе танина съ уротропиномъ), а также Dermatol (Bismuth. subgallic.), Xeroform (B. tribromphenyl.), Bismutose (бѣлковое соединеніе висмута), Thioform. (B. dithiosalicyl.) и Orphol (B. betanaphthol.).—Все эти средства даютъ взрослымъ 2—4 раза въ день въ количествѣ 0.5—1.0 pro dosi, дѣтямъ моложе года 0.1—0.2, а дѣтямъ старшаго возраста 0.25—0.5. Лекарство обходится дешевле, если его прописываютъ ad scatulam (на кончикъ ножа и больше, до $\frac{1}{2}$ чайн. лож.).

При заболѣваніи нижняго отрѣзка толстыхъ кишекъ клизмы (вода или 1% растворъ танина или квасцовъ).

У маленькихъ дѣтей: прекращеніе питанія молокомъ и замѣна его бѣлковою водою, овсянымъ супомъ, чаемъ (въ нѣкоторыхъ случаяхъ съ прибавленіемъ нѣсколькихъ капель коньяку); согрѣвающие компрессы, каломель (0,01—0,03 три порошка съ часовыми промежутками),

иногда въ соединеніи съ *Bismuth. subnit.* (0.05—0.1). Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ ср. *Cholera nostras*.

2. *Cholera nostras*. Холерина.

Появляется часто эпидемически, въ особенности въ жаркіе лѣтніе мѣсяцы и поражаетъ главнымъ образомъ дѣтей въ первые годы жизни.

Симптомы: Внезапная рвота и сильный поносъ. Испражненія сначала фекальнаго характера, затѣмъ они становятся безцвѣтными и похожими на рисовый отваръ. Быстрая потеря силъ, уменьшеніе количества мочи, въ нѣкоторыхъ случаяхъ судороги и боли въ икрахъ. При дальнѣйшемъ ухудшеніи наблюдается коляпесъ, ціанозъ, охлажденіе кожи (*stadium algidum*) и сонливость („*hydrocephaloid*“ дѣтей), иногда въ связи съ конвульсіями.

Предсказаніе: Взрослые съ хорошимъ состояніемъ питанія большею частью выздоравливаютъ. У дѣтей при явленіяхъ комы и судорогъ нерѣдко наступаетъ смерть. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ острые явленія исчезаютъ и наступаетъ *stadium typhosum* съ лихорадкою ремиттирующаго типа, сопоромъ, метеоризмомъ и зловонными жидкими испареніями; эти случаи также сопровождаются летальнымъ исходомъ.

Леченіе: Взрослымъ дается чай съ коньякомъ или краснымъ виномъ, овсяный супъ. Теплые компрессы каломель (0.3); послѣ обильныхъ испражненій—соляная кислота съ опіемъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ клизмы (1% растворъ танина). При коляпесѣ камфора, шампанское и въ случаѣ надобности подкожное вливаніе раствора соли.

У маленькихъ дѣтей производится промываніе желудка пелатоновекимъ катетромъ. Каломель (0.01—0.03) дается 2—3 раза съ часовыми промежутками, промываніе кишечника 1% растворомъ танина. При коляпесѣ теплая ванна (съ 50.0 горчицы въ лянномъ мѣшечкѣ), камфора подкожно и въ случаѣ надобности повторныя подкожныя впрыскиванія 50.0—100.0 свѣже прокипяченнаго 0.9% раствора *Na Cl*. Груднымъ дѣтямъ грудь дается спустя 12 часовъ; дѣти, вскармливаемые искусствен-

нымъ молокомъ, въ теченіе сутокъ получаютъ лишь чай съ коньякомъ и бульонъ, позже имъ осторожно дается молоко обыкновенное (1:3 въ овсяномъ супѣ), Voltmer'a или Backhaus'a; иногда можно давать сливочныя смѣси; свою обычную пищу подобныя дѣти начинаютъ получать лишь послѣ того, какъ у нихъ появится твердый калъ. Кромѣ того назначается соляная кислота или резорцинъ, при рвотѣ—креозотъ, при продолжающихся поносахъ—Argent. nitric., висмутъ, танальбинъ (см. стр. 72).

77. Rp. Acid. muriat. dil. 0.5—1.0. 78. Rp. Resorcini resublim. 0.5.
(T. thebaic. gtt. II—IV). Aq. destill. 60 0.
Aq. destill. ad. 90.0. S. По чайн. лож. чер. 2
Glycerini 10.0. часа.
S. По чайн. лож. чер. 2 ч.

79. Rp. Argenti nitric. 0.1. 80. Rp. Bismuth. salicyl. 1.0.
Aq. destill. ad 90.0. Mixt. gummos. ad 100.0.
Glycerini 10.0. S. По чайн. лож. черезъ
S. По чайн. лож. чер. 2 ч. 2 ч. (Взбалтывать!).

81. Rp. Bismuth. subnitr. 0.05.
Calomelanos 0.01—0.03.
Sacchari 0.3.
M. f. pulv. Tal. dos. No. 8.
S. По 1 пор. 3 раза въ д.

3. Enteritis chronica Хроническій катарръ кишечника.

Возникаетъ въ острой формѣ или развивается вслѣдствіе нецѣлесообразнаго питанія, иногда - же присоединяется къ страданіямъ желудка, дизентеріи, тифу и маляріи.

Симптомы: При продолжительныхъ катаррахъ больные сильно худѣютъ и даже получаютъ кахектическій видъ. Животъ временами вздутъ, чувствителенъ при давленіи. Стулъ обыкновенно задержанъ, нерѣдко запоры чередуются съ поносами. Характерной является примѣсь слизи къ калу, причѣмъ отхожденіе чистой слизи и слизи, окутывающая каловыя массы, указываютъ на катарръ самыхъ нижнихъ участковъ кишечника, тогда какъ смѣшеніе слизи съ каломъ наблюдается при заболѣваніи верхнихъ частей толстыхъ кишечника или при катаррѣ тонкихъ кишечника. При хроническомъ катаррѣ тонкихъ ки-

шекъ испражнения часто содержатъ обильные остатки непереваренной пищи.

Распознаваніе: Необходимо имѣть въ виду ракъ (ислѣдовать rectum!) бугорчатку (см. стр. 83), амилоидъ и возможность нервнаго страданія кишечника (см. стр. 77).

Леченіе: Теплая одежда, набрюшникъ, иногда сидячія ванны. Обращать вниманія на одновременно существующія страданія желудка (achylia!). Пищи, остающающейся послѣ себя много кала, а также плодовъ, укеуса, пряностей и веществъ, легко приходящихъ въ броженіе (пива, бѣлаго вина, кислой капусты) должно избѣгать. Молоко и кофе часто плохо переносятся, предпочитаютъ старый кефиръ и чай.

При наклонности къ занорамъ большею частью невозможно обойтись безъ легкихъ слабительныхъ (ревень, кора черемухи, карлсбадская соль). При жидкихъ испражненіяхъ назначаются вяжущія: желудовое какао, препараты висмута и дубильной кислоты (см. стр. 72).

82. Rp. Acid. tannic. 1.5.
Succ. et pulv. Liq. q. s.
ut. f. pilul. No 30.
S. 1—3 пилюль 3 р. въ д.

83. Rp. Tinct. Cascarrillae 30.0.
(или T. Ratanhae).
S. 20—30 капель 3 раза
въ день.

84. Rp. Lign. Campech. concis.
60.0.
S. 1—2 чайн. лож. на
чаш. чаю (2 чаш. въ д.).

85. Rp. Decoct. rad. Colombo
15,0 : 180.0.
Sir. simpl. 20.0.
S. По стол. лож. чер.
2—3 часа.

При сильномъ разложеніи содержимаго кишечника (бѣлковое гніеніе) полезными оказываются салоль (0.5 три р. въ д.), креозоть и нафталинъ.

86. Rp. Kreosoti 5.0.
T. Gentican. 25.0.
S. 10—15 капель 3 р. въ
день на красномъ винѣ.

87. Rp. Naphthalini 5.0.
Ol. Bergamott. gtt. V.
Tragacanth. 1.0.
(Ol. pur. 0.25).
M. f. pilul. No 50.
S. 3—9 пилюль въ день.

Если пораженными оказываются главнымъ образомъ толстыя кишки, то слѣдуетъ кромѣ того дѣлать промыванія кишечника 1% растворомъ танина, квасцовъ или растворомъ соли. Если обстоятельства допускаютъ леченіе въ

курортъ, то можно рекомендовать Karlsbad или Kissingen, Neuenahr, Homburg, Tarasp, Marienbad.

При **Enteritis membranacea** отъ времени до времени наблюдается сопровождаемое жестокими коликообразными болями отхождение лентообразныхъ или трубчатыхъ массъ, состоящихъ главнымъ образомъ изъ свернушагося мучина («colica mucosa»). Страданіе это встрѣчается чаще всего у истерическихъ и нервныхъ субъектовъ (неврозъ кишки). Строгая діета и вяжущія средства здѣсь не оказываютъ никакого дѣйствія, скорѣе благоприятное дѣйствіе можетъ быть, наоборотъ, приписываемо грубой пищѣ, богатой крахмалистыми веществами, въ связи съ водолеченіемъ, бромистымъ ваннемъ и клизмами изъ масла. Противъ коликообразныхъ болей—опій и горячіе компрессы.

4. Запоры. *Obstipatio habitualis*.

Леченіе: Ежедневно, въ опредѣленный часъ дѣлать попытки къ испражненію. Разнообразіе въ пищѣ съ преобладаніемъ растительной пищи, въ особенности плодовъ, комота, хлѣба изъ крупно-молотой муки, чернаго вестфальскаго хлѣба (Pumpernickel). Благоприятное дѣйствіе иногда оказываютъ и медъ, пряники, кислое молоко. Важное значеніе слѣдуетъ придавать соответственнымъ тѣлеснымъ движеніямъ: гимнастикѣ, велосипедной и верховой ѣздѣ, греблѣ. Далѣе можно примѣнять сидячія ванны, массажъ и фарадизація живота. Въмѣсто клистировъ съ большимъ количествомъ воды цѣлесообразнѣе прибѣгать къ клизмамъ съ небольшимъ количествомъ глицерина (2.0—5.0) и свѣчкамъ изъ глицерина или мыла. Поразительно хорошо дѣйствуютъ иногда клистиры изъ масла по Fleiner'у: 400—500 граммовъ теплаго оливковаго масла вливаются въ колѣнолоктевомъ положеніи, послѣ чего больной въ теченіи $\frac{1}{4}$ часа долженъ лежать на правомъ боку. Клистиры эти повторяютъ сначала каждые 2—3 дня, позже лишь черезъ 8—14 дней. Лѣтомъ можно рекомендовать пользованіе водами въ Karlsbad'ѣ, Kissingen'ѣ, Marienbad'ѣ, Homburg'ѣ (Elisabethquelle), Neuenahr'ѣ или-же употребленіе горькой воды въ продолженіе нѣсколькихъ недѣль. Пребываніе на морскомъ берегу иногда также доставляетъ облегченіе. Отъ слабительныхъ слѣдуетъ по возможности воздерживаться. Если-же безъ нихъ обойтись нельзя, то нужно, по крайней мѣрѣ: 1) выбрать возможно легкое laxans, 2) никогда не давать его ежедневно, 3) чаще мѣнять средство, чтобы не дать привыкнуть къ одному изъ нихъ.

88. Rp. Rad. rhei pulv. 3.0

Extract. Belladon. 0.1.

Extr. gentian. q. s. ut f. pilul.

№ 30.

S. 2—4 пилюли на ночь.

90. Rp. Cort. Rhamni frangul.

concis. 60.0

S. 1—2 чайн. ложки на чаш. чаю (черемухи, чай).

89. Rp. rad. Rhei pulv. 5.0

Magnes sulfur. 15.0

Puly. rad. zingiber. 2.0

S. $\frac{1}{2}$ —1 чайн. лож.

91. Rp. Extract. rhamni frang fluid.

100.0

S. 1—2 чайн. ложки на ночь.

92. Rp. Extr. Cascar. Sagr. sicci 3.0. S. 1/2—1 чайн. ложка на ночь.
Succ. Liquir. q. s. ut f. pilul. No 30
S. 2—4 пилюли на ночь.
93. Rp. Extr. Cascar. Sagr fluid. 80.0 S. 1/2—1 чайн. ложка на ночь.
94. Rp. Aloës Sapon. Jalapin. āā 1.5 M. f. pilul. No 30 S. 2—3 пилюли на ночь.
- 95 Rp. Aloes Fructus Colocynthidis āā 1.5 Sapon. medic. q. s. ut f. pilul. No 30 S. 1—3 пилюли на ночь.
96. Rp. Pilul. aloëtici ferrat. No 60. S. 1—3 пилюли на ночь. (Pilul. italicae)
97. Rp. Spec. laxant. 50.0 S. 1—2 чайн. л. на ч. чаю. (чай St. Germain).
98. Rp. Podophylini 0.6—1.0 Pulv. rad. Liquir. Suc. liquir. āā q. s. ut f. pilul. No 30 S. 1—2 пилюли на ночь.
99. Rp. Fol. Belladonn. Extr. Belladonn. āā 0.3 Succ. Liquir. q. s. ut f. pilul. No 30 S. 1—3 пилюли въ день (Пилюли Trousseau).

У **дѣтей** въ первые 8 мѣсяцевъ ихъ жизни можно болѣею частью обойтись массажемъ, клистирами и прибавленіемъ къ молоку бодѣе или менѣе значительныхъ дозъ молочнаго сахара. Старшимъ дѣтямъ даютъ сливныя суны, яблочный мусъ и апельсиновый сокъ. Кромѣ того можно назначать слѣдующ. лекарства: *symp. mappae* или *symp. Rhamni catharticae* (по чайн. лож.), *pulv. magnes. c. Rheo* (т. н. дѣтскій порошокъ на кончикѣ ножа), *pulv. Kurellae* (такимъ-же образомъ).

5. Неврозы кишечника.

Чаще всего встрѣчаются нервные поносы, вызываемые усиленною перистальтикою; и хроническіе запоры, зависящіе отъ нервной атоніи кишечника. Настоящій параличь кишечника встрѣчается послѣ травмъ (ударъ въ животъ, тяжелыя операціи живота) и можетъ повести къ опасному метеоризму и даже къ непроходимости кишечника (*Peus paralyticus*). Сходныя явленія наблюдаются при истеріи (истерическая рвота каломъ).

Среди чувствительныхъ разстройствъ первое мѣсто занимаютъ болики, часто связанныя съ аномаліями отдѣленія (ср. кишечныя кризы при слинной сухоткѣ и *Enteritis membranacea* стр. 76).

Распознаваніе основывается на наличности перваго страданія, при чемъ, конечно, слѣдуетъ исключить органическія причины (катарръ кишечника, перитонит. сращенія, энтероптозъ, желчныя камни, грыжи и т. п.)

Леченіе симптоматическое, кромѣ того: бромистый калий, водолеченіе, электризація, въ нѣкоторыхъ случаяхъ гипнозъ.

6. Воспаление слѣпой кишки. Perityphlitis.

Воспаленіе это большею частью пеходитъ не изъ самой слѣпой кишки, а изъ червеобразнаго отростка (appendix). Аппендицитъ возникаетъ или первично, или-же вслѣдствіе раздраженія, вызываемаго инородными тѣлами (каловыми камнями или косточками плодовъ).

Болезнь начинается большею частью внезапно болями въ правой подвздошной области, тошнотой и рвотой. [Иногда больные жалуются на боли въ другихъ областяхъ живота, особенно часто на боли подъ ложечкой или въ лѣвой подвздошной]; эти боли усиливаются подъ вліаніемъ давленія на илео-цекальную область; рвота подчасъ выражена весьма слабо. [Въ тяжелыхъ случаяхъ, сопровождающихся обыкновенно сильно-развитымъ нагноительнымъ процессомъ, больные производятъ впечатлѣніе тифозныхъ. Особенно печально положеніе больныхъ, если гной въ силу особаго положенія отростка, скопляется между діафрагмой и печенью, образуя то поддиафрагмальный парывъ (abscessus subdiaphragmaticus), то pneumothorax subdiaphragmaticus (газовый парывъ). Изрѣдка приходится наблюдать, какъ опасное для жизни осложненіе, абсцессъ печени. Наиболѣе благоприятное теченіе принимаютъ гнойники, вскрывающіеся въ кишку, особенно прямую.

Желтуха наблюдается нерѣдко; обыкновенно въ мочѣ находится въ такихъ случаяхъ уробилинъ. Бѣлокъ и цилиндры при аппендицитѣ не въ рѣдкость. Стулъ обыкновенно задержанъ, но могутъ быть и поносы]. Область червеобразнаго отростка (середина между пупкомъ и правую spina ilei) чувствительна къ давленію, притуплена и нѣсколько резистентна на оцупь. Затѣмъ развивается болезненная диффузная опухоль и общій метеоризмъ. Аппетита нѣтъ, самочувствіе плохое, неправильная лихорадка.

Предсказаніе: Черезъ 3—5 недѣль обыкновенно наступаетъ выздоровленіе (если дѣло не доходитъ до образованія абсцесса), но рецидивы часты. Поворотъ къ худшему могутъ вызвать: 1. общій перитонитъ, 2. Pleus 3. sepsis (къ которому ведетъ phlebitis ileocolicis).

Леченіе: Безусловный покой (лежать все время на спинѣ), компрессы, жидкая пища. Въ совершенно свѣжихъ и легкихъ случаяхъ можно рискнуть назначить слабительное (касторовое масло или 0.25—0.5 каломеля); если воспаленіе продолжается однако уже больше сутокъ или если боли очень сильны, то благоразумнѣе поступать, какъ при остромъ перитонитѣ: не давать слабительныхъ, а назначить опій, пузырь со льдомъ, иногда также кусочки льда внутрь.

- | | |
|--|---|
| <p>100. Rp. Opіi puri 0.02—0.05
Sacchari albi 0.3
D. tal. Dos. No XVI
S. По 1 пор. черезъ 2—4
часа.</p> | <p>101. Rp. Opіi puri 0.03—0.05.
Ol. Cacao 2.0
M. f. suppositor. Tal.
dos. No XII
S. 1 свѣчку черезъ 2—3
часа.</p> |
|--|---|

Послѣ того какъ лихорадка и чувствительность къ давленію исчезаетъ, можно прибѣгнуть съ нѣкоторою осторожностью къ клистиру, позже можно давать и касторовое масло. Встать съ постели можно лишь черезъ 1½—2 недѣли послѣ исчезновенія всѣхъ явленій раздраженія. Въ теченіе ближайшихъ мѣсяцевъ нужно тщательно остерегаться погрѣшностей въ діетѣ, физическихъ напряженій и запоровъ. Если обстоятельства допускаютъ, можно назначить леченіе въ Карлсбадѣ или грязевыя ванны.

Если же развивается перитифлитическій абсцессъ, обнаруживающійся длительнымъ и большею частью значительнымъ повышеніемъ температуры, болью при давленіи въ ограниченной области, а иногда и зыбленіемъ, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ разрѣзу, а лучше всего и къ удаленію червеобразнаго отростка. Эту операцію слѣдуетъ произвести и тогда, когда впоследствии появляются рецидивы воспаленія.

7. Ракъ кишечника. *Carcinoma intestini.*

Встрѣчается большею частью въ пожиломъ возрастѣ, хотя изрѣдка приходится констатировать эту опухоль и у молодыхъ людей. Излюбленными мѣстами являются rectum, соесци, flexura coli d. и sin. и Papilla duodenalis.

Болѣзнь можетъ долго оставаться скрытою; постепенно обнаруживаются разстройства дефекаціи, боли въ

животѣ и кишечныя кровотеченія, иногда внезапно наступаетъ ileus или прободеніе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ первыя проявленія болѣзни вызываються метастазами (см. ракъ печени, peritonitis carcin.)

Ракъ прямой кишки большею частью проявляется „гаморроидальными разстройствами“ (боли въ поясищѣ, отхожденіе крови, иногда tenesmus). Стулъ неправильный. То бывають поносы, то—что чаще наблюдается—запоры; если суженіе расположено низко, то калъ отходить иногда въ формѣ лентъ, если надъ суженіемъ существуетъ катарръ, то по временамъ выдѣляются жидкія, слизистыя испражненія. Диагнозъ легко установить при изслѣдованіи per anum.

Ракъ верхнихъ участковъ кишекъ съ теченіемъ времени удается прощупать сквозь брюшныя покровы. Смѣшенія съ каловыми массами можно избѣгать, назначивши слабительныя. Если опухоль находится въ S roman., Jejunum или Ileum, то она большею частью подвижна. Ракъ слѣпой кишки можно смѣшать съ хроническимъ тифлитомъ. Ракъ двѣнадцатиперстной кишки является неподвижною опухолью и вызываетъ расширение желудка и—при прижатіи duc. choledoch.—сильный icterus, т. е. тѣже явленія, что и ракъ привратника или поджелудочной железы (стр. 97).

Леченіе: Если возможно, прибѣгаютъ къ операциі. Въ остальныхъ случаяхъ—осторожное питаніе, морфій, регулированіе отправления кишечника.

(У дѣтей въ возрастѣ отъ 3—10 лѣтъ нерѣдко встрѣчаются въ нижнихъ отрѣзкахъ прямой кишки *полипы*, величина которыхъ колеблется отъ величины вишневой косточки до величины сливы. Они могутъ выступать изъ заднепрох. отверстія при дефекаціи или-же даютъ о себѣ знать кровотеченіями, вслѣдствіе чего при подобныхъ явленіяхъ изслѣдованіе per rectum обязательно. Леченіе заключается въ перевязкѣ ножки и удаленіи ножницами).

8. Непроходимость кишекъ. Ileus.

Ileus можетъ быть вызванъ: 1. затвердѣвшими каловыми массами, большими желчными камнями, гучами аскаридовъ и проглоченными инородными тѣлами, 2. наружнымъ грыжевымъ ущемленіемъ, 3. внутреннимъ ущемленіемъ кишечныхъ петель въ fossa duodeno—jejunalis, въ foramen Winslowii и въ ненормальныхъ щеляхъ салъ-

ниги и брызжейки, 4. перешнуровками и перегибами кишекъ, обязанными своимъ происхожденіемъ тяжамъ и сращениямъ, 5. вхожденіемъ одной части кишки въ другую (*invaginatio, intussusceptio*), 6. перекручиваніемъ по оси (*volvulus*), 7. заворотомъ кишекъ, 8. рубцами и опухолями (см. язвы и ракъ кишекъ), 9. прижатіемъ кишечника опухолями, лежащими внѣ его.

Непроходимость кишекъ лишь рѣдко развивается постепенно, обыкновенно она наступаетъ внезапно. Сразу являются жестоки боли въ животѣ и повторная рвота. Вслѣдъ за отхожденіемъ кала, наблюдающимся обыкновенно одинъ или нѣсколько разъ, наступаетъ полный запоръ, при которомъ прекращается и отдѣленіе газовъ, тогда какъ рвота продолжается и тошнота чувствуется по прежнему. Частая икота. Затѣмъ скоро наступаютъ явленія колыаса: блѣдность, малый учащенный пульсъ, холодныя конечности. Рвотныя массы въ началѣ состоятъ изъ частичекъ проглоченной пищи, скоро онѣ однако становятся жидкими и, наконецъ, приобрѣтаютъ фекальный характеръ (рвота каломъ, *miserere*). Животъ вздутъ, напряженъ, въ области препятствія часто болѣзненъ и твердъ на ощупь, иногда даже прощупывается ограниченная опухоль (въ особенности при инвагинаціи и образованіи узла). Если препятствіе удастся устранить, то быстро возвращается эйфорія, въ противномъ случаѣ черезъ 2—10 дней наступаетъ смерть при явленіяхъ колыаса и безпрестанной рвоты.

Распознаваніе: Въ началѣ могутъ возникнуть нѣкоторыя затрудненія при дифференціальномъ діагнозѣ между *ileus* и различными коликами (желчныя и почечныя камни, кардиальгія, гастрическія кризы при спинной сухоткѣ) или острымъ перитонитомъ. При коликахъ рвота однако не продолжается такъ долго, а при перитонитѣ наблюдается болѣе значительная болѣзненность живота къ давленію. О локализациі препятствія извѣстныя указанія даетъ содержаніе индикана въ мочѣ (см. изслѣд. мочи): при закупоркѣ тонкихъ кишекъ количество индикана повышено, тогда какъ оно при закупоркѣ толстыхъ кишекъ остается нормальнымъ. Труднѣе всего опредѣлить, съ какого рода закупоркою мы имѣемъ дѣло въ тѣхъ случаяхъ, когда изслѣдованіе грыжевыхъ воротъ и изслѣ-

дованіе per rectum (или per vaginam) даетъ отрицательный результатъ. Иногда на слѣдъ можетъ навести анамнезъ: бывшія желчныя колики, перитифлитъ, параметритъ, продолжительные запоры, тяжелая дизентерія и т. п.—Отхожденіе крови изъ кишечника наблюдается иногда при новообразованіяхъ и при перекручиваніи по оси, но чаще всего при инвагинаціи, встрѣчающейся обыкновенно въ раннемъ возрастѣ, главнымъ образомъ у дѣтей. Въ большинствѣ случаевъ внѣдренная кишка входитъ въ colon ascendens. Втиснутый отрѣзокъ можетъ просунуться сквозь всѣ толстыя кишки и появиться въ прямой кишкѣ въ качествѣ легко прощупываемаго образованія, напоминающаго portionem vaginalem, или даже выступить изъ заднепроходнаго отверстія.—У стариковъ прежде всего слѣдуетъ имѣть въ виду новообразование.

Леченіе: Къ промыванію кишечника и касторовому маслу можно прибѣгать только тогда, когда ileus несомнѣнно вызванъ исключительно копростазомъ. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ всѣ слабительныя противопоказаны; слѣдуетъ, наоборотъ, стараться уменьшить перистальтику назначеніемъ морфія (0.01—0.03 подкожно) или опія (см. стр. 79). Все питаніе должно ограничиться весьма холоднымъ молокомъ, холоднымъ чаемъ и виномъ; противъ жажды даются кусочки льда. При обильной рвотѣ облегченіе приноситъ промываніе желудка, въ нѣкоторыхъ случаяхъ промываніе это можетъ даже прямо повести къ выздоровленію благодаря освобожденію верхнихъ участковъ кишекъ отъ содержимаго. При коляпсѣ—эфиръ и ol. camphorat. Если проходимость кишекъ подъ вліяніемъ подобнаго леченія не возстановливается, то не слѣдуетъ терять время на промываніе и вдуваніе воздуха, а нужно больного подвергнуть операціи. *Marcinowski* и нѣкоторые другіе авторы рекомендуютъ атропинъ (подкожно 0.001—0.005! Осторожно!) Средство это въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣйствуетъ несомнѣнно благопріятно, но примѣненіе его связано съ опасностью отравленія.

9. Язвы кишечника.

1. Язва двѣнадцатиперстной кишки (ulcus duodeni erforgans) какъ по своей этиологіи, такъ и по своему теченію вполне

соотвѣтствуетъ круглой язве желудка; она однако наблюдается рѣже и встрѣчается въ большинствѣ случаевъ у мужчинъ. Язва эта возникаетъ иногда вслѣдъ за обширными ожогами кожи. Она можетъ во все не проявляться какими-бы то ни было симптомами, но можетъ также вызывать какъ кровотеченія (кровавыя испраженія, кровавая рвота), такъ и прободеніе; по заживленіи можетъ возникнуть рубцовое суженіе (гастрэктазія). *Леченіе* то же, что и при *ulcus ventriculi* (стр. 66).

2. Туберкулезныя язвы кишечника встрѣчаются большею частью вмѣстѣ съ чахоткою легкихъ, иногда однако — въ особенности у дѣтей — онѣ могутъ наблюдаться и при отсутствіи чахотки. Животъ обыкновенно вздутъ, иногда можно замѣтить увеличеніе мезентеріальныхъ железъ. Большею частью упорные поносы. Въ испраженіяхъ иногда удается найти туберкулезныя бациллы (хотя онѣ — при одновременномъ существованіи туберкулеза легкихъ — могутъ проникать въ кишечникъ вмѣстѣ съ проглоченной мокротой). Прогнозъ неблагоприятенъ. *Леченіе*: Опій и *Bismuth. salicyl.* или танигенъ (см. стр. 72). Осторожная діета.

3. Сифилитическія язвы встрѣчаются большею частью въ нижнихъ, рѣже въ верхнихъ частяхъ кишечника. Въ началѣ онѣ ведутъ къ кровотеченіямъ, позже къ воронкообразнымъ суженіямъ кишечника. Обыкновенно время для антисифилитическаго леченія пропускается, т. ч. врачу приходится ограничиваться мѣрами къ расширенію существующихъ суженій (бужированіе прямой кишки).

4. О язвахъ при тифѣ, дизентеріи, сибирской язвѣ и ракъ кишечника ср. соотвѣтственные главы.

10. Гѣморрой.

Этіологія: Застой въ гѣморроидальныхъ венахъ вслѣдствіе мѣстныхъ или общихъ причинъ: привычные запоры, ракъ прямой кишки, страданія печени и сердца, эмфизема.

Симптомы: Зудъ и чувство жженія въ заднемъ проходѣ, отхожденіе слизи и крови. При ущемленіи и воспаленіи узловъ жестокія боли. На краю *anus'a* или въ нижней части прямой кишки находятъ синеватыя опухоли, величина которыхъ колеблется между величиною горошины и сливы (всегда слѣдуетъ имѣть въ виду возможность рака!)

Леченіе: Устраненіе основного страданія. Обмыванія задняго прохода послѣ каждаго испраженія или сидачія ванны. Особатаго рода пессаріи (*Hantel-pessar*). Вправленіе ущемленныхъ узловъ помощію смазаннаго жиромъ пальца. При воспаленіи — покой въ постели, ледяныя компрессы, мазь съ кокаиномъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ разсѣченіе узла; при кровотеченіяхъ — ледь, ляписъ или *liq. ferri*. Радикальное леченіе термокаутеромъ или выпрыскиваніемъ нѣсколькихъ капель карболоваго глицерина (1 : 4) въ основаніе узла, чтобы вызвать тѣмъ его облитерацию.

102. Rp. Pulv. Kurellae 50.0

S. По чайной ложкѣ еже-
дневно.

103. Rp. Cocaini pur. 0.25

Lanolini 10.0

M. f. ungt. s. Наружное.

104. Rp. Tartari depurati.

Sulfuris loti

Pulv. rad. Rhei

Elaeosacch. meat. pip. āā 10.0

S По чайной ложкѣ.

II. Fissura ani.

Трещина въ глубинѣ складки *anus'a*; жестокия боли при испражненіяхъ. Леченіе: прижиганіе запясою, мѣры къ разжиженію испражнений (*pulv. Kurellae*), обмыванія задняго прохода послѣ каждой дефекаціи, свѣчки съ *cocain. pur. 0.02* или *extract. Belladonnae 0.03—0.05*.

12. Кишечныя глисты. (*Helminthiasis*).

Ленточныя глисты. 1. *Taenia mediocanellata* (s. *saginata*) длиною въ 3—4 метра; головка безъ вѣнчика изъ крючковь, но съ 4 крѣпкими присосками; членики толстые съ боковыми половыми отверстиями и развѣтвленными матками. Яйца овальны съ радіарно-исчерченными ободочками, содержатъ по одному зародышу, снабженному однимъ крючкомъ. Къ людямъ глисты эти проникаютъ вмѣстѣ съ сырою или недостаточно хорошо приготовленною говядиною.

2. *Taenia solium* встрѣчается рѣже предыдущей, длиною въ 2—3 метра; головка снабжена 4 присосками, хоботкомъ (*rostellum*) съ 22—30 крючками; членики тоньше, чѣмъ у предыдущаго вида, съ такимъ-же боковымъ половымъ отверстіемъ, но съ менѣе развѣтвленою маткою. Яйца большею частью совершенно круглы, вполнѣ похожи на яйца *T. mediocanell.*, лишь нѣсколько меньше. Финны этой глисты (*cysticercus cellulosae*) живутъ въ мясѣ свиней и попадаютъ къ людямъ, употребляющимъ въ пищу недостаточно проваренную или прожаренную свинину.

3. *Botrioccephalus latus* длиною въ 5—8 метровъ; головка узкая безъ крючковь съ двумя боковыми целообразными присосками. Членики въ ширину больше, чѣмъ въ длину, снабжены центральнымъ половымъ отверстіемъ и круглою маткою. Яйца велики, овальны, съ тонкою скорлупкою и крышечкою на одномъ концѣ. Финны развиваются въ лососи и щуцѣ и попадаютъ вмѣстѣ съ недостаточно хорошо приготовленнымъ мясомъ этихъ рыбъ въ кишечникъ человѣка.

Первые два вида причиняютъ лишь незначительныя разстройства (отсутствіе аппетита, боли живота, тошноту, слабость). У дѣтей констатированы кромѣ того нѣкоторыми авторами нервное возбужденіе, хорея и эклампсія. *Botrioccephalus*-же можетъ вызвать злокачественную анемію, излечивающуюся лишь по удаленіи глисть. Если яйца *T. solium* попадаютъ къ человѣку въ желудокъ, то освобождающіеся здѣсь зародыши проникаютъ отсюда во всевозможные органы

и вырастаютъ тамъ въ финны (*cystic. cellulosae*), пузырьки величиною въ горошину или въ бобъ, содержащія по *skolex*'у, снабженному крючечками. *Cysticerci*, находящіяся въ мозгу или въ мозговыхъ оболочкахъ, вызываютъ головную боль, головокруженіе и эпилепсію, иногда также и параличи. *Cystic.* глаза ведетъ къ атрофіи глазного яблока. Финны *T. saginatae* и *Botrioccephali* у человѣка еще не находили.

Терапія: Къ глистогоннымъ средствамъ слѣдуетъ прибѣгнуть тогда, когда діагнозъ установленъ на основаніи констатированія отошедшихъ члениковъ или яицъ въ испражненіяхъ. Въ 1-й день дается слабительное и предписывается ужинъ, состоящій изъ салатнаго салата съ лукомъ. На слѣдующее утро больной принимаетъ глистогонное средство въ чашкѣ чернаго кофе (безъ булки), а двумя часами позже 1—2 чайн. лож. гэморроидальнаго порошка. Испражненія должны быть подвергнуты изслѣдованію. Если головки не удастся найти, то выжидаютъ 3 мѣсяца, не появятся-ли снова членики. Для взрослыхъ сворѣе всего слѣдуетъ рекомендовать *Extr. filicis*, для дѣтей—*flores Kusso* (8.0 до 10.0).

105. Rp. Extract. Filicis maris aether. recenter parat.

8.0—10.0.

S. Принять въ горячемъ кофе.

106. Rp. Flor. Kusso pulv.

15.0—20.0.

S. Принять въ кофе.

107. Rp. Rhizoma Filicis pulv.

15.0—20.0.

S. Принять, смѣшавъ съ сиропомъ.

108. Rp. Kamalae pulv. 10.0—12.0

S. Принять въ кофе (безъ слабительнаго).

109. Rp. Cort. rad. Punic. Granati 120.0.

Mascera c. aq. 1000 per horas XXIV dein coque ad. 150.0.

Extract. Filic. mar. aether. 5.0.

Syrup. Zingiberis 20.0

S. Выпить въ теченіе часа.

110. Rp. Kamalae pulv. 10.0—15.0

Pulp. Tamarindi q. s. ut f. electuar. molle.

S. Принять въ два приѣма.

Ascaris lumbricoides весьма похожъ на дождеваго червя; самецъ длиною въ 25 сант., самка нѣсколько длиннѣе. Яйца овальныя съ двойною скорлупою, причемъ наружная бугриста. Глисты эти обыкновенно находятся въ тонкихъ кишкахъ, но могутъ странствовать, достигая при этомъ желудка и даже рта; закупоривая *duct. choledochus*, онѣ могутъ вызвать желтуху. У дѣтей онѣ вызываютъ боли въ животѣ, зудъ въ носу, *mydriasis*, а иногда и эclamptическія и хорееатическія явленія изъ глистогонныхъ средствъ даютъ *Flores Sinae* или содержащійся въ этомъ сѣмени сапонинъ въ соединеніи со слабительнымъ,

111. Rp. Trochisci santonini 0.05 112. Rp. Flores Cinae 6.0

№ 6.

S. 2—3 денешки въ день
(на 3-й день слабительн.)

Tub. Salapae 0.6

Syrup. simpl. 30.0

S. По чайн. лож. 3 раза
въ день.

113. Rp. Santonini

Calomelanos ꝑꝑ 0.05

Sacchari albi 0.3

M. f. pulv. Tal. dos. № 6

S. 2—3 порошка въ день.

Острица (*Oxyuris vermicularis*). Тонкая бѣловатая глисты, самцы длиною въ 3—4, самки въ 12 милим., яйца продолговато-овальные, нѣсколько приплюснуты по одной изъ продольныхъ сторонъ. Находятся въ толстыхъ кишкахъ, особенно въ слѣпой и прямой, къ вечеру выползаютъ (у дѣвочекъ онѣ заходятъ и во влагалище) и вызываютъ зудъ и нервное возбужденіе.

Леченіе: Сантонинъ приноситъ мало пользы. Болѣе дѣйственными оказываются частые приемы слабительнаго (pulv. Kurellae, Rheum, Calomel) и клистиры съ известковою водою, настоемъ чеснока, мыльною водою и растворомъ креолина (1%). Въ тяжелыхъ случаяхъ можно назначать внутрь 0.1—0.4 (смотря по возрасту) нафталину (3 р. въ день) въ теченіе двухъ дней, а на третій день дать слабительное. Рекомендуются и клистиры съ нафталиномъ (1.0—1.5 въ mucilago salep). Противъ зуда—втираніе по вечерамъ ungt. cinerei въ окрестности задняго прохода.

Anchylostomum duodenale желтоватаго цвѣта, самцы 6—10 мм. длиною, самки вдвое длиннѣе. Яйца овальны, обыкновенно содержатъ 2—3 сегментационныхъ шара. Глисты крѣпко присасываются къ верхней части тонкихъ кишекъ, высасываютъ изъ слизистой оболочки кровь и причиняютъ—если онѣ находятся въ значительномъ количествѣ—зловещественную анемию (тропическій хлорозъ, анемія рабочихъ С.-Готтардскаго туннеля, рабочихъ кирпичныхъ заводовъ). Зараженіе происходитъ при питьѣ нечистой воды. Диагнозъ возможенъ при констатированіи яицъ въ испраженіяхъ.

Леченіе: Extr. filicis какъ противъ ленточныхъ глисть или thymolum (4.0—5.0 въ капсулахъ съ послѣдующимъ приемомъ слабительнаго). По удаленіи паразитовъ выздоровленіе наступаетъ быстро подъ влияніемъ препаратовъ желѣза (см. Хлорозъ).

Д. Болѣзни печени.

Верхняя граница абсолютной тупости печени находится при нормальныхъ условіяхъ—по срединной линіи—у основанія мечевиднаго отростка, по пригрудинной линіи—на верхнемъ краю VI ребра, по подмышечной линіи на VIII, а возлѣ позвоночника на X ребрѣ. Нижняя граница пересѣкаетъ реберную дугу по сосковой линіи, проходитъ черезъ срединную линію на одинаковомъ разстояніи отъ пуп-

ка и мечевидного отростка и сливается на VI лѣвомъ ребрѣ съ нижней границею сердечной тупости.

Ощупать можно лишь небольшую часть передней поверхности и нижній край печени, да и то лишь тогда, когда брюшныя стѣнки не слишкомъ напряжены и не слишкомъ богаты жиромъ. При очень вялыхъ брюшныхъ покровахъ (послѣ многократныхъ родовъ, послѣ выпусканія асцитической жидкости) часто удается прощупать и часть нижней поверхности печени. При дыханіи замѣчается явное смѣщеніе края печени.

Incisura vesicae fellae находится около правой пригрудинной линіи (4—5 сант. кнаружи отъ *lin. alba*). Здѣсь часто удается непосредственно констатировать увеличеніе желчнаго пузыря при помощи паллацив, а иногда и при помощи перкуссии.

Уменьшеніе печеночной тупости можетъ быть вызвано 1. уменьшеніемъ самой печени (циррозъ, острая желтая атрофія), 2. прикрытіемъ части печени легкими (умѣренная эмфизема), 3. смѣщеніемъ печени кверху, (съ т. н. краевымъ стояніемъ) при метеоризмѣ, асцитѣ, опухоляхъ яичника и другихъ крупныхъ опухоляхъ живота.

Увеличеніе печеночной тупости можетъ быть обусловлено 1. увеличеніемъ самой печени (застойная, жировая и амилоидная печень, гипертрофическій циррозъ, ракъ, эхинококкъ) 2. смѣщеніемъ печени книзу (значительная эмфизема, правосторонній экссудатив. плевритъ, *pneumothorax. d.*, энтероэтозъ).

О важнѣйшихъ симптомахъ болезней печени см. таблицу стр. 88

1. *Icterus catarrhalis*. Катарральная желтуха.

Этіологія: Погрѣшности въ діетѣ, простуда, сильныя псих. возбужденія.

Послѣ разстройства пищеваренія (давленіе въ области желудка, рвота, поносъ) обнаруживается желтоватая окраска кожи и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ (отчетливѣе всего замѣчается на склеральной конъюнктивѣ и на твердомъ небѣ). Моча пріобрѣтаетъ темно-бурый цвѣтъ (пива), иногда даже почти черный, при взбалтываніи образуетъ желтую пѣну, часто содержитъ цилиндры и даетъ реакцію на желчные пигменты. Больные страдаютъ запоромъ, фекальныя массы имѣютъ цвѣтъ глины и издаютъ отвратительный запахъ. Печень большею частью нѣсколько увеличена, чувствительна къ давленію; въ нѣкоторыхъ случаяхъ ясно замѣтно растяженіе желчнаго пузыря.

Самочувствіе почти всегда нарушено (слабость, головныя боли, подавленное настроеніе, диспепсія), нерѣдко наблюдается замедленіе пульса и зудъ (дѣйствіе желчныхъ кислотъ). Обыкновенно спустя 2—3 недѣли наступаетъ выздоровленіе и лишь въ исключительныхъ случаяхъ наблюдается переходъ въ острую желтую атрофію печени.

При *распознаваніи* слѣдуетъ имѣть въ виду возможность желчныхъ камней (приступы колики!) и также отравленіе фосфоромъ (анамнез!).

Диагностическая схема болезней печени.

	Величина.	Чувствит.	Поверхность.	Консистенция.	Желтуха.	Асцитъ.	Опухоль селезенки.
Жировая печень	велика	нѣтъ	гладкая	мягкая	нѣтъ	нѣтъ	нѣтъ
Амлоидная печень	велика	нѣтъ	гладкая	твердая	нѣтъ		амлоидная селезенка
Застойная печень	велика	въ большинствѣ случаевъ имѣется	гладкая	жесткая	иногда въ легкой степени	имѣется лишь при обшей водянкѣ	есть
Биларный и гипертрофич. циррозъ	велика	въ началѣ болѣею частью имѣется.	гладкая	твердая	сильная	нѣтъ	болѣею частью
Циррозъ: I стадій	велика	умѣренная, при туберкулезномъ перитонитѣ есть	гладкая	жесткая	нѣтъ, иногда съррый колоритъ	еще нѣтъ	звѣздчатая
II стадій	мала		бугристая	трудно прощупать		въ высокой степени	
Синеватич. печень I стадій	велика	часто имѣется	иногда прощупываются тумы	твердая			различно, смотря по локализациі заболѣванія
II стадій	умѣньшена		долѣчатая	—			
Ракъ печени	велика	болѣею частью имѣется	крупъ бугристая	твердая			
Абсцесъ печени	болѣею частью велика	часто ограниченъ, боль при давленіи	гладкая	иногда чувствуется ограниченная флюктуация			
Эхинококкъ	велика	лишь при нагноеніи	гладкая				
Острая желтая атрофія	мала	въ началѣ имѣется	гладкая	мягкая	слабая	нѣтъ	инфекцион. опухоль селезенки

Лечение: Легкая пища, бѣдная жиромъ (не давать молока!); согревающие компрессы, 1 чайн. ложка искусств. Карсбадской соли въ горячей водѣ по утрамъ и ежедневно клистиръ изъ холодной воды. При изжогѣ *Natr. bicarbon.* 20,0 pulv. rad. *Rhei* 5.0 (на кончикѣ ножа). Противъ зуда теплыя ванны. Фарадизація желчнаго пузыря большею частью оказывается безуспѣшною, сдавленіе-же рукою является опаснымъ пріемомъ.

Названіемъ **Icterus infectiosus (болезнь Weil'я)** обозначаютъ желтуху, появляющуюся иногда эпидемически и сопровождающуюся ознобомъ, лихорадкою, тяжелымъ самочувствіемъ и альбуминуріею. Наблюдается также и опуханіе селезенки. Большею частью оканчивается выздоровленіемъ.

[Болезнь Weil'я наблюдается по преимуществу у лицъ, имѣющихъ дѣло съ нечистотами, разлагающимся мясомъ и т. п. (ассенизаторы, дворники и т. д.); вотъ почему ее приходится почти исключительно наблюдать у мужчинъ. Начинается она остро, причемъ кардинальнымъ симптомомъ является рѣзкая прострація. Желтуха появляется на третій, четвертый день болѣзни, усиливаясь въ дальнѣйшемъ теченіи; впрочемъ, она можетъ и отсутствовать; отсюда ясно, что названіе *Icterus infectiosus* не совсѣмъ соотвѣтствуетъ симптоматологіи болѣзни. Далѣе, характернымъ для болѣзни является нефритъ (гіалиновые, эпителиальные цилиндры, пропитанные желчью, почечный эпителий), сопровождающийся большей или меньшей альбуминуріею. Количество мочи остается довольно значительнымъ. Лихорадка держится всего нѣсколько дней; затѣмъ болѣзнь протекаетъ при нормальной или нѣсколько пониженной противъ нормы температурѣ.

Патолого-анатомически находятъ лейкоцитарную инфильтрацію въ печени, почкахъ и другихъ органахъ. Брюшина представляется вискозною].

Обнаруживающийся на 2—4-й день жизни **Icterus neonotum**, не вызывающий общихъ разстройствъ и исчезающій обыкновенно спустя 8—10 дней, зависитъ, вѣроятно, не отъ катарра двѣнадцатиперст. кишки, а отъ распада красныхъ кровяныхъ шариковъ.

2. Желчные камни. Cholelithiasis.

Большею частью наблюдается у лицъ старше 35 лѣтъ; чаще всего у женщинъ.

Желчные камни могутъ существовать, будучи совершенно незамѣченными или вызывать лишь неопредѣленные диспептическія разстройства. Первымъ рѣзкимъ симптомомъ являются обыкновенно желчныя колики: внезапная и большею частью необыкновенно жестокая боль въ пр. подреберьѣ, распространяющаяся въ животъ и пр.

плечо. Нерѣдко наблюдаются рвота и ознобъ, иногда даже и коляпсъ. Большею частью имѣются запоры; брюшныя стѣнки напряжены. Если камень находится въ желчномъ пузырьѣ или въ duct. cystico, то область желчнаго пузыря болѣзненна при давленіи. Пузырь прощупывается въ видѣ опухоли, желтуха-же наблюдается рѣдко. Если-же камень застрѣваетъ въ duct. choledoch, то почти всегда наблюдается желтуха и замѣчается увеличеніе печени. Если дѣло при этомъ доходитъ до болѣе значительнаго воспаления (cholecystitis, cholangitis), то температура повышается.

Обыкновенно спустя нѣсколько часовъ или дней наступаетъ эйфорія, однако всегда можно ожидать возврата приступовъ. Если камень надолго закупориваетъ duct. cysticum, то развивается hydrops (а иногда и empyema) vesicae felleae; при закупоркѣ-же duct. choledochi можетъ развиваться хроническая желтуха. Камень можетъ затѣмъ также прорваться въ брюшную полость (общій перитонитъ, субдиафрагмальный абсцессъ) или въ кишечникъ и можетъ повести къ непроходимости кишекъ, къ образованію абсцесса печени и къ піэміи (febris hepatica intermittens). Въ другихъ случаяхъ образуются сращенія съ кишечникомъ и привратникомъ (расширеніе желудка); рѣдко наблюдается ракъ желчнаго пузыря.

Диагнозъ: Во время приступа болей приходится исключать кардіальгію, свинцовую колику, почечные камни, гастрическія кризы, аппендицитъ и общій перитонитъ. Особенное значеніе должно быть придано болѣзненности желчнаго пузыря, острому опуханію печени, желтухѣ и, разумѣется, отхожденію камней (изслѣдовать испражненія!) Желчные камни бываютъ восково-желтаго или коричневаго цвѣта и состоятъ изъ холестеарина, билирубина и извести. Холестеаринъ растворяется въ горячемъ алкоголѣ и кристаллизуется изъ этого раствора большими ромбическими таблицами. По кипяченіи остатка съ разведеннымъ ѣдкимъ кали получаемъ растворъ, съ которымъ можно получить реакцію Gmelin'a.

Леченіе: Въ тяжелыхъ случаяхъ помогаетъ впрыскиваніе морфія (0.015—0.02), при умѣренныхъ боляхъ мож-

но обойтись горячими компрессами, нѣсколькими каплями настойки опи́я, антипириномъ, салицил. натріемъ (1.0) или средствомъ Durand'a (ol. terebinth. rectific. 10.0, Aether. sulfur. 15.0—3 р. въ д. по 20 коп). При продолжительныхъ боляхъ иногда оказываютъ благоприятное дѣйствіе горячія ванны и іодистый калий. Для предупрежденія рецидивовъ назначается карлсбадская соль (по 1—3 чайн. лож. ежедневно въ теченіе 4-хъ недѣль) или еще лучше пользованіе водами въ Karlsbad'ѣ, Homburg'ѣ, Kissingen'ѣ и Neuenahr'ѣ. Погрѣшностей въ діетѣ и тѣлесныхъ напряженій слѣдуетъ строго избѣгать.

Если дѣло идетъ о закупоркѣ duct. choledochi, то можно попытаться удалить камень приемами масла (150.0—200.0) внутрь. Fürbringer рекомендуетъ слѣдующій составъ: 200.0 ol. olivarum, 20.0 коньяку, 2 яичныхъ желтка и 0.1 ментолу. При очень сильныхъ и продолжительныхъ боляхъ, равно какъ и при hydrops'ѣ и эмпіемѣ желчнаго пузыря показана операція.

3. Cirrhosis hepatis Зернистая печень.

Чаще всего встрѣчается у пьяницъ, рѣже при сифилисѣ и маляріи.—Заболѣваютъ большею частью лица среднего возраста.

Въ 1-мъ стадіи наблюдаются диспептическія разстройства и замѣчается увеличеніе печени, становящейся твердою и большею частью нѣсколько болѣзненною; край ея гладкій. Кожа пріобрѣтаетъ сѣрый цвѣтъ, желтуха-же обыкновенно не наблюдается. Во 2-мъ стадіи печень постепенно уменьшается и становится шероховатою (мелкобугристою); въ то-же время развивается асцитъ (см. стр. 101), а во многихъ случаяхъ и опуханіе селезенки. Давленіе асцита на полую вену вызываетъ отекъ ногъ и наруж. половыхъ органовъ. Мочи выдѣляется мало, она содержитъ много уробилина, а иногда и сахаръ. Иногда наблюдаются кровавыя испраженія и кровавая рвота. Теченіе неблагоприятное: смерть отъ маразма или сердечной слабости, рѣже отъ холеміи, наступаетъ спустя 1—3 года послѣ начала заболѣванія.—Подъ конецъ болѣзни нерѣдко развивается и туберкулезный перитонитъ (стр.99).

Распознавание въ началѣ затруднительно, позже-же (въ особ. непосредственно послѣ пункціи) обыкновенно довольно легко. Исключить необходимо застойную печень, сифились печени, прижатіе воротной вены опухолями и **гиперпластическій перигенатитъ** (т. н. Zuckergussleber). При этой болѣзни мозолистое воспаление и сморщиваніе капсулы печени ведетъ къ уменьшенію самаго органа и сильному асциту. Желтуха не наблюдается, нѣтъ также и опуханія селезенки. Причиной является большею частью воспаление окружающихъ тканей (желчные камни, плевритъ, главнымъ образомъ однако перикардитъ, отсюда названіе „перикардитическій ложный циррозъ печени“). Теченіе весьма хроническое (6—15 лѣтъ).

Лечение: Легкая діета (въ нѣкоторыхъ случаяхъ молоко), запрещеніе алкоголя и острыхъ приностей. Лечение диспепсіи. Иодистый калий (1.2—2.0 ежедневно), при удовлетворительномъ общемъ состояніи пользованіе водами въ Karlsbad'ѣ, Neuenahr'ѣ, Wiesbaden'ѣ. При появленіи асцита — мочегонныя, слабительныя (карлсбад. соль) и пункція, которая должна быть повторена, смотря по надобности.

4. Гипертрофическій циррозъ печени.

При явленіяхъ разстройства пищеваренія печень увеличивается, становится твердою и гладкою, но большею частью не очень чувствительною въ давленію. При этомъ наблюдается *сильная желтуха безъ асцита*. Селезенка большею частью увеличена, моча содержитъ желчные пигменты, испраженія не всегда обезцвѣчены. Смерть наступаетъ спустя 2—5 лѣтъ отъ начала болѣзни отъ истощенія или при холемическихъ явленіяхъ (бредъ, кома, судороги, лихорадка). Въ *этиологіи* играетъ вѣроятно извѣстную роль алкоголизмъ, а можетъ быть также и сифились и малярія. Заболѣваютъ большею частью мужчины въ возрастѣ отъ 25—35 лѣтъ.

При *распознаваніи* нужно имѣть въ виду ракъ печени (ислѣдованіе желудка и прямой кишки) и т. н. билиарный циррозъ, развивающійся при хроническомъ застоѣ желчи (уничтоженіе проходимо-сти duct. choledochi камнями, новообразованіями и рубцами).

Лечение то-же, что и при катарральной желтухѣ.

5. Сифились печени. Hepatitis syphilitica.

Помимо диффузнаго гепатита, напоминающаго циррозъ (ср. стр. 91), у сифилитиковъ встрѣчаются и на-

стоящія гуммы печени, расположенныя главнымъ образомъ на выпуклости ея, вблизи lig. suspensor. и около porta hepatis. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ онѣ прощупываются въ видѣ возвышающихся полусарій; печень въ началѣ увеличена и болѣзненна при давленіи (perihepatitis); край ея тупой. Когда гуммы переходятъ въ состояніе рубцового сморщиванія, печень уменьшается и дѣлится образующимися тяжами на много долей (дольчатая печень). Большею частью развивается асцитъ и опуханіе селезенки, рѣже наблюдается желтуха.

Распознаваніе: Важно установить, имѣло-ли мѣсто когда либо зараженіе (шанкръ, сыпь, выкидыши) и имѣются-ли остатки люэтического пораженія (рубцы на кожѣ или во рту, periostitis tibiae. etc). Прощупывающіяся гуммы можно смѣшать съ раковыми узлами, хотя узлы эти обыкновенно тверже и менѣе болѣзненны. Весьма характерны рубцовыя втяженія и дольчатость сифилитической печени.

Леченіе: Рано начатое специфическое леченіе (2.0 іодистаго калия и 2.0—4.0 ungt. ciner. ежедневно въ теченіе 4—6 недѣль) можетъ еще повести къ выздоровленію. Если однако дѣло дошло уже до образованія рубцовъ и развитія асцита, то положеніе больного можетъ быть лишь облегчаемо пункціею живота.

6 Hepatitis suppurativa. Абсцессъ печени.

Этіологія: Травмы печени, язвы кишечника (при дизентеріи), гнойное воспаленіе воротной вены, піэмія, чаще-же всего извѣстные процессы, вызванныя желчными камнями.

Симптомы: Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдается перемежающаяся лихорадка съ ознобомъ (febris hepatica intermittens). Обыкновенно печень увеличена и чувствительна къ давленію, иногда даже замѣчается ограниченное возвышеніе, обнаруживающее явленія флюктуанціи. Боли въ области печени, распространяющіяся до праваго плеча (п. phrenicus!), и признаки раздраженія брюшины (рвота, икота) довольно часты. Желтухи, опуханія селезенки и асцита можетъ и не быть.

Распознаваніе: Всегда слѣдуетъ искать мѣсто первичнаго гнойнаго очага и не упускать изъ виду возможности эхинококка. Если абсцессъ сильно развивается кверху, то его можно смѣшать съ плевритическимъ экссудатомъ или поддиафрагмальнымъ абсцессомъ (см.

острый перитонитъ). Малярию можно исключить на томъ основаніи, что хининъ не помогаетъ.

Предсказаніе: Выздоровленіе возможно въ томъ случаѣ, когда абсцессъ вскрывается наружу или въ кишечникъ. Часто однако наступаетъ смерть отъ перитонита или піэміи. *Леченіе*: ледъ, оній, въ подходящихъ случаяхъ—оперативное вмѣшательство.

7. Carcinoma hepatis. Ракъ печени.

Первичный ракъ печени встрѣчается весьма рѣдко, чаще онъ возникаетъ метастатически при ракъ желудка, кишокъ, пищевода, поджелудочной или грудной железы. Чаще всего заболѣваютъ лица старше 45 лѣтъ.

Симптомы: Увеличеніе печени и умѣренная чувствительность къ давленію. При поверхностномъ положеніи раковыхъ узловъ они прощупываются въ видѣ твердыхъ бугровъ. Часто наблюдается желтуха; при прижатіи воротной вены развивается асцитъ и опухоль селезенки. Черезъ полгода или годъ наступаетъ смерть при явленіяхъ увеличивающейся кахекеіи.

Распознаваніе: см. сифилисъ печени. Рѣшающимъ обстоятельствомъ является констатированіе первичнаго рака. *Леченіе* чисто симптоматическое.

8. Echinococcus hepatis.

Этіологія: Если яички Taeniae Echinococcus, (глисты, живущей въ кишечникѣ собакъ), попадаютъ въ желудокъ человѣка, то освободившійся зародышъ чаще всего проникаетъ въ печень и образуетъ здѣсь пузырь, на внутренней сторонѣ котораго развиваются зародышевые пузыри, содержащіе снабженные крючечками scolices.

Симптомы: Боли и чувство напряженія въ области печени, одышка отъ отѣсненія діафрагмы вверху. Печень увеличена, иногда удастся найти флюктуирующую опухоль, обнаруживающую при постукиваніи дрожаніе гидатидъ. Часто наблюдается желтуха. При прижатіи воротной вены—асцитъ и опухоль селезенки. Пункциею, слѣдствіемъ которой нерѣдко является urticaria, можно добыть чистую жидкость, свободную отъ бѣлка, но содержащую часто сахаръ, янтарную кислоту и характерные крючечки. Теченіе весьма хроническое. Эхинококкъ можетъ погибнуть и обызвеститься, но можетъ также прорваться въ плевру, легкія, кишечникъ, брюшину или полую вену (эмболия легкихъ!), можетъ произойти также и нагноеніе эхинококка.

Распознаваніе: Требуется исключить абсцессъ печени, Hydrops желчнаго пузыря. Если эхинококкъ находится на выпуклой сторонѣ

печени, то его можно весьма легко смѣшать съ плевритич. экссудатомъ правой стороны.

Лечение: Рекомендуются ртутныя втиранія и іодистый калий. Если эти средства оказываются неэффективными, нужно прибѣгнуть къ вызыванію срощенія мѣшка съ брюшной стѣнкой помощью хлоро-цинковой пасты; затѣмъ вскрыть. Пункция является небезопаснымъ приемомъ.

9. Застойная печень. Мускатная печень.

Этіологія: Общее разстройство кровообращенія вслѣдствіе болѣзней сердца и легкихъ (эмфизема).

Симптомы: Печень увеличена, гладка, нѣсколько чувствительна; край ея тупой. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ легкая желтуха, нерѣдко наблюдается альбуминурия и застойное опуханіе селезенки. Асцитъ представляетъ частичное явленіе общей водянки. При улучшеніи кровообращенія замѣчается ослабленіе всѣхъ явленій. *Распознаваніе*—при извѣстной этиологіи не представляетъ затрудненій.

Лечение: Digitalis и т. п. (см. стр. 9).

10. Hepar adiposum. Жировая печень.

Этіологія: Тучность, алкоголизмъ, отравленіе фосфоромъ, а также туберкулезъ, раковая кахексія и тяжелая анемія.

Симптомы: Печень увеличена, мягка, край тупой. Опухоль селезенки, асцитъ и желтухи нѣтъ. — *Лечение* зависитъ отъ основной болѣзни.

11. Амилоидная печень. Сальная печень.

Этіологія: Хроническія нагноенія (фистулы костей) эмпіема, чахотка легкихъ, третичный сифилисъ, актиномикозъ).

Симптомы: Печень велика, тверда, не чувствительна къ давленію; поверхность гладкая, край тупой. Одновременно существуетъ амилоидъ селезенки (твердая опухоль селезенки) и почекъ (альбуминурия). Желтухи нѣтъ. Если имѣется асцитъ, то онъ является лишь частью общей водянки.

Распознаваніе большею частью нетрудно, если принимать во вниманіе этиологію, опухоль селезенки и альбуминурию. *Лечение* см. «Амилоидная почка».

12. Гипертрофія печени.

Простое увеличеніе печени наблюдается иногда при сахарн. мочеизвуреніи, алкоголизмѣ, хронич. маляріи и лейкозіи.

13. Острая желтая атрофія печени.

Этіологія: Встрѣчается какъ первично, преимущественно у молодыхъ женщинъ (сравнительно часто во время беременности), такъ и вторично при тяжелыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ (тифъ, пней-

монія, сифились), при циррозѣ печени и при остромъ отравленіи фосфоромъ.

Болезнь начинается разстройствомъ желудка и желтухою; по прошествіи нѣсколькихъ дней и даже недѣль наступаютъ головныя боли, помраченіе сознания, бредъ, возбужденіе, а иногда и судороги. Желтуха и опуханіе селезенки увеличивается; въ мочѣ можно найти бѣлокъ, желчные пигменты, нѣрѣдко и кристаллы лейцина и тирозина. Печень, бывшая въ началѣ слегка опухшею или нормальною по размѣрамъ, начинаетъ быстро уменьшаться. Пульсъ учащенный, малый; температура нормальна. Гѣморрагін въ кожѣ, кровавая рвота, кровь въ мочѣ и испраженіяхъ. Исходъ, повидному, всегда летальный.

Распознаваніе въ началѣ болѣзни невозможно. Во 2-мъ стадіи болѣзни можно смѣшать съ острымъ отравленіемъ фосфоромъ. **Леченіе:** Тепловатыя ванны съ холодными обливаніями, ледъ на голову, при колчанѣ — камфора и т. п.

Е. Увеличеніе селезенки.

Селезенка расположена въ лѣвомъ подреберьѣ между IX и XI ребромъ. Ея передній край отстоитъ отъ реберной дуги на 5 сант., задній же почти достигаеъ позвоночнаго столба. Перкуссія доступна лишь передняя часть этого органа, такъ какъ задняя треть ея покрыта легкими. При увеличеніи селезенки нижній конецъ ея перемѣщается вперед и внизу, такъ что его можно прощупать подъ краемъ грудной стѣнки; при дальнѣйшемъ увеличеніи онъ — въ особенности при глубокомъ вдыханіи — выходитъ за этотъ край. Къ результатамъ, полученнымъ на основаніи одной лишь перкуссіи селезенки, слѣдуетъ относиться съ большою осторожностью.

Нужно также принять во вниманіе и то обстоятельство, что селезенка становится доступною для ощупыванія и при своемъ смѣщеніи книзу: при эмфиземѣ, экссудативномъ плевритѣ, лѣвостор. пневмоthorax'ѣ и lien mobilis. Отличіе отъ опухоли почекъ см. бол. почекъ.

Увеличеніе селезенки встрѣчается: 1. Почти при всѣхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, въ особенности при тифѣ, малярии и вторичномъ сифилисѣ. 2. При застоѣ въ воротной венѣ; главнымъ образомъ при циррозѣ и сифилисѣ печени; при эхинококкѣ-же, рагѣ и абсцессѣ лишь тогда, когда они сдавливаютъ воротную вену. 3. При амилоидѣ, встрѣчающемся почти всегда одновременно съ амилоидомъ печени и почекъ (опуханіе печени и альбуминурия). 4. При извѣстныхъ конституціональныхъ заболѣваніяхъ, какъ напр. при хлорозѣ и рахитѣ, въ особенности же при лейкоміи и псевдо-лейкоміи. При послѣднихъ двухъ болѣзняхъ наблюдаются самыя большія опухоли, какія вообще встрѣчаются; онѣ доходятъ до цунка, а иногда заходятъ и еще дальше. При лейкоміи — въ противоположность къ псевдолейкоміи — одновременно наблюдается сильное увеличеніе числа лейкоцитовъ въ крови. 5. При инфарктѣ селезенки (эндокардитъ, аневризма, артеріосклерозъ). 6. При абсцессѣ селезенки (піэмія).

Г. Болезни поджелудочной железы.

Ракъ развивается обыкновенно въ головкѣ поджелудочной железы въ видѣ твердой, бугристой, неподвижной опухоли. Прижимая duct. choledochum и воротную вену, онъ можетъ вызвать желтуху, опуханіе селезенки и асцитъ, отъ сдавленія-же duodeni могутъ развиваться гастрэктазія и даже ileus. Отличить ракъ pancreatis отъ рака печени и двѣнадцатиперстной кишки часто является невозможнымъ, смѣшенія-же съ ракомъ привратника можно избѣгать при помощи изслѣдованія содержимаго желудка (нормальное количество HCl).

Киста поджелудочной железы образуетъ гладкую флюктуирующую опухоль въ верхней части живота. При распознаваніи нужно имѣть въ виду главнымъ образомъ гидронефрозъ и эхинококкъ. Пункциєю можно добыть жидкость, содержащую бѣлокъ, превращающую крахмалъ въ сахаръ и обмыливающую жиры.

Леченіе: экстирпация.

Острый панкреатитъ возникаетъ вслѣдствіе инфекцій железы со стороны кишечника, распространенія воспаления съ сосѣднихъ органовъ (язва желудка, желчные камни), а также метастатически при піэміи. Воспаленіе это можетъ повести къ нагноенію или гангренѣ поджелудочной железы. Клиническіе симптомы или неопредѣленны, или-же вполнѣ сходны съ симптомами острого перитонита (боли, рвота, метеоризмъ, коллансъ).

Хроническій панкреатитъ съ исходомъ въ атрофію встрѣчается при тучности, атероматозѣ и сифилисѣ. Онъ часто вызываетъ диабетъ, рѣже — жировые поносы (steatorrhoea). Если воспаление это связано съ образованіемъ конкрементовъ въ duct. Wirsungiano, то наблюдаются приступы колики, а также и отхожденіе камней, состоящихъ изъ углекислой и фосфорно-кислой извести. *Леченіе:* Средства противъ диабета см. ниже. При жировыхъ поносахъ назначается бѣдная жиромъ пища и дается свѣжая поджелудочная железа свиньи (ежедневно половина сырой железы, намазанная на хлѣбѣ) или-же панкреонъ (0.5 три раза въ день). Средства эти оказываются весьма дѣйствительными. При коликахъ — морфій.

При остромъ и хроническомъ панкреатитѣ, а также при травмахъ живота, нерѣдко наблюдаются весьма опасныя кровоизліянія въ железу или въ bursam omental: **аноплексія поджелудочной железы**. Смерть можетъ наступить въ нѣсколько минутъ при явленіяхъ рвоты, жестокихъ болей въ животѣ и обмороковъ, или-же лишь спустя нѣсколько дней отъ перитонита или непроходимости кишечника. Распознаваніе весьма трудно, такъ какъ сходныя явленія даютъ и желчныя колики, кардиалгія, прободеніе кишечника и ileus. Избѣгать ошибокъ въ постановкѣ діагноза относительно легче лишь у тучныхъ, атероматозныхъ лицъ или диабетиковъ, въ особенности когда въ epigastrium'ѣ вслѣдъ за появленіемъ болей быстро становится замѣтною повышенная резистентность. *Леченіе:* analeptica, опій, ледъ, иногда ляпаротомія.

Т. и. жировой некрозъ поджелуд. железы (и окружающихъ тканей, является не самостоятельную болѣзнью, а лишь слѣдствіемъ

дѣйствія панкреатическаго сока, изливающегося при тяжелыхъ пораженіяхъ железы (воспаленіе, разрывъ вслѣдствіе травмы и кровоизліанія) въ ея существо или въ окружающую клетчатку.

Г. Болѣзни брюшины.

1. Острое воспаленіе брюшины. *Peritonitis acuta.*

Этіологія: Травмы живота, прободеніе язвы желудка или кишекъ (*peritonitis perforativa*) или-же инфекция брюшины со стороны червеобразнаго отростка, женскихъ половыхъ органовъ, плевры, желчныхъ путей, селезенки или костей (абсцессъ *m. Psoas*). Рѣже перитонитъ присоединяется къ нефриту и острому суставному ревматизму.

Симптомы: а) *Peritonitis diffusa.* Внезапно возникающая жестокая боль въ животѣ, бурная рвота (подъ конецъ зелеными массами), отрыжка, икота. Веко рѣ затѣмъ у больного лицо становится впалымъ, конечности холодными, пульсъ малымъ и учащеннымъ, дыханіе поверхностнымъ и ускореннымъ. Животъ обыкновенно весьма чувствителенъ къ давленію и вздутъ, брюшные покровы напряжены. Диафрагма оттѣснена кверху, печеночная тупость уменьшена. Сильная жажда, запоръ, уменьшеніе количества мочи. Обыкновенно по прошествіи 2—8 дней наступаетъ смерть при явленіяхъ коллапса или непроходимости кишекъ. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ наступаетъ выздоровленіе, при чемъ образуется осумкованный экссудатъ, вскрывающійся наружу или во внутренніе органы (кишечникъ, пузырь, uterus). Еще рѣже наблюдается переходъ въ хронич. перитонитъ. Лишь *peritonitis rheumatica* довольно часто протекаетъ благопріятно.

б) *Peritonitis circumscripta*, исходящій чаще всего изъ червеобразнаго отростка (стр. 78) и женскихъ половыхъ органовъ (периметритъ), начинается тѣмъ-же явленіями, что и предыдущая форма, но лишь значительно слабѣе выраженными. Чувствительность къ давленію замѣчается лишь въ определенной части живота.

Воспаленіе можетъ оставаться ограниченнымъ, мѣстнымъ и окончиться выздоровленіемъ (иногда съ образованіемъ абсцесса), но можетъ также и перейти въ общій перитонитъ.

Распознаваніе въ началѣ не всегда легко. Труднѣе всего подается исключенію чрезвычайно остро возникающей ileus, однако при ileus'ѣ чувствительность къ давленію не такъ значительна. Затѣмъ приходится также имѣть въ виду различнаго рода колики (почечныя, желчныя, кишечныя, а также гастрическія кризы табѣтиковъ). У больныхъ съ помраченнымъ сознаніемъ (тифозныхъ, уремиическихъ) врачъ легко можетъ просмотрѣть перитонитъ. **Поддіафрагмальный абсцессъ**, скопленіе гноя между печенью и діафрагмою, исходящее большею частью изъ язвы желудка, кишечника или изъ абсцесса печени, можно смѣшать съ эмпіемой или-же—если въ немъ содержится воздухъ—съ pyopneumothorax.

Леченіе: Строжайшій покой въ постели въ одномъ и томъ-же положеніи (на спинѣ), пузырь со льдомъ (если плохо переносится, замѣнить согрѣвающимъ компрессомъ); 0.03—0.05 опиума черезъ 1—2—3 часа до уменьшенія боли (лучше всего въ видѣ свѣчекъ см. стр. 78) или 0.01—0.02 морфия (подкожно). Внутрь кусочки льда; давать вино и очень холодное молоко въ небольшихъ количествахъ. При коллапсѣ эфиръ и ol. Camphorat. При метеоризмѣ угрожающаго характера введеніе кишечной трубки; къ пункціи клинки можно прибѣгнуть лишь въ случаѣ крайней опасности. Если образуется ограниченный абсцессъ, то нужно его вскрыть.

2. Peritonitis chronica simplex, peritonitis tuberculosa и peritonitis carcinomatosa.

Простой хронич. перитонитъ встрѣчается чрезвычайно рѣдко и наблюдается почти исключительно лишь при очень продолжительномъ асцитѣ (при болѣзняхъ печени, порокахъ сердца). Туберкулезный перитонитъ возникаетъ вълѣдствіе распространенія туберкулезнаго процесса съ плевры, съ туберкулезныхъ язвъ кишечника или мезентеріальныхъ железъ (у жен-

цингъ и съ половыхъ органовъ). Карцинозъ брюшины является большею частью слѣдствіемъ рака желудка или кишекъ.

Клиническіе симптомы могутъ при всѣхъ трехъ формахъ быть въ началѣ весьма неопредѣленными и состоятъ исключительно въ диспептическихъ расстройствахъ (отсутствіе аппетита, отрыжка, запоры) и боляхъ въ животѣ. Чувствительность живота—въ большинствѣ случаевъ вздутаго—къ давленію можетъ быть крайне ничтожною или совершенно отсутствовать. По истеченіи нѣкотораго времени можно констатировать скопленіе жидкости, отличающееся отъ асцита незначительною степенью подвижности или полною своею неподвижностью (сращенія!) и своими неправильными очертаніями. Затѣмъ образуются тяжи и резистентныя массы (воспалительные экссудаты, раковые узлы). Прогрессирующее исхуданіе, часто наблюдается лихорадка гектического или послабляющаго типа.

Распознаваніе простого хронич. перитонита часто невозможно; за туберкулезную форму говорить наличность туберкулеза другихъ органовъ, въ особенности плевры; иногда — хотя и крайне рѣдко — въ жидкости, добытою пункціею, удается найти туберкулезныя бациллы. Слѣдуетъ также имѣть въ виду, что туберкулезъ брюшины не совѣтъ рѣдко развивается при циррозѣ печени. Такъ какъ первичный карцинозъ брюшины чрезвычайно рѣдокъ, то діагнозъ рака брюшины можно поставить, лишь убѣдившись въ наличности рака желудка или кишекъ (ислѣдовать прямую кишку). При ракѣ и туберкулезѣ иногда имѣется гѣморрагическій экссудатъ.

Предсказаніе: Простой и туберкулезный перитонитъ можетъ окончиться выздоровленіемъ; въ большинствѣ случаевъ онъ ведетъ однако къ смерти, наступающей вслѣдствіе маразма, а иногда также вслѣдствіе островозникающей непроходимости кишекъ. Исходъ карциноматознаго перитонита всегда летальный.

Леченіе: Легкая пища, не вызывающая сильнаго развитія газовъ, согрѣвающие компрессы, соляныя ванны (леченіе въ соотвѣт. курортахъ, напр. Tölz'ѣ), втиранія хлороформ. масла и т. п., леченіе диспепсїи и запоровъ;

противъ болей—кодеинъ и опій. При туберкулезныхъ формахъ креозотъ (см. стр. 44) и втираніе зеленого мыла; въ упорныхъ случаяхъ рекомендуется—при отсутствіи значительно выраженнаго туберкулеза легкихъ—лышаротомія, которою часто удавалось достигнуть улучшенія, а изрѣдка даже полнаго выздоровленія.

3. Ascites. Брюшная водянка.

Асцитъ можетъ явиться частью общей водянки (при болѣзняхъ сердца и почекъ, эмфиземѣ легкихъ) или же слѣдствіемъ застоя въ области воротной вены (при сдавленіи или тромбозѣ v. portae).

Симптомы: Небольшія скопленія жидкости вызываютъ чувство давленія и напряженія въ животѣ, одышку и расстройство пищеваренія. Животъ вздутъ (въ особенности въ нижней своей части), пупокъ выпяченъ, діафрагма оттѣнена кверху; на животѣ нерѣдко наблюдаются striae. При перкуссии въ спинномъ положеніи тупой звукъ получается въ нижнихъ и боковыхъ частяхъ живота, тогда какъ въ области пупка и желудка звукъ получается тимпаническій. Граница между областью тупого и тимпанического звука имѣетъ форму открытаго кверху полукруга. Когда больной лежитъ на правомъ боку, тимпаническій поясъ отодвигается влѣво, при положеніи же на лѣвомъ боку онъ отодвигается вправо. При сотрясеніи притупленной части замѣчается ясная флюктуация.

Предсказаніе и леченіе различно, смотря по характеру основной болѣзни. При порокахъ сердца и эмфиземѣ назначаютъ наперстянку, при болѣзняхъ почекъ—молочную діету и потѣніе, при сифилисѣ печени—іодистый калий и т. д. Если асцитъ достигаетъ значительныхъ размѣровъ, то прибѣгаютъ къ пункціи (между пупкомъ и spina ilei) и выпускаютъ 5—10—15 литровъ. Затѣмъ обвязываютъ животъ эластическимъ бинтомъ. Получаемая при пункціи жидкость содержитъ бѣлокъ; удѣльный вѣсъ ея отъ 1010—1012 (вѣсъ въ 1015 и болѣе говоритъ за воспалительный характеръ процесса).

IV. Болѣзни почекъ и мочевого пузыря.

Предварительныя замѣчанія.

Нормальная моча темножелтаго цвѣта и прозрачна (если не считать слабыхъ „*puscila*“, состоящихъ изъ слизи). Реакція ея большею частью кислая; нейтральной или даже слабо щелочной она иногда бываетъ лишь послѣ обильной ѣды. Удѣльный вѣсъ равняется 1015—1020; суточное количество—около 1500 куб. сант. При увеличеніи количества мочи удѣльный вѣсъ ея обыкновенно падаетъ (и наоборотъ), лишь при сахарномъ мочеизнуреніи увеличеніе количества мочи наблюдается большею частью одновременно съ повышеніемъ удѣльнаго вѣса.

Цвѣтъ мочи—бурый (сходный съ цвѣтомъ пива, желтая пѣна) при содержаніи билирубина (желтушная моча), мясокрасный при гѣматуріи и гѣмоглобинуриі, желтокрасный отъ уробилина, золотисто-желтый послѣ употребленія ревеня, александрійскаго листа, и сантонина (при прибавленіи КОН моча, выдѣляемая послѣ употребленія ревеня и александрійскаго листа, становится красною; моча-же, получающаяся послѣ приѣмовъ сантонина, окрашивается въ розовый цвѣтъ), вишнево-красный отъ гѣматопорфирина (т. е. гѣматина, не содержащаго желѣза, встрѣчается при отравленіи сульфоналомъ), темнозеленый въ присутствіи карболовой кислоты, нафталина и дегтя, черный въ присутствіи меланина (при меланотическихъ опухоляхъ).

При большинствѣ почечныхъ заболѣваній моча содержитъ бѣлокъ (опредѣленіе бѣлку см. изсл. мочи), количество его обыкновенно не превышаетъ нѣсколькихъ ‰ и лишь рѣдко доходить до 1—3‰. Вмѣстѣ съ тѣмъ въ мочѣ почти всегда удается найти и цилиндры; однако при альбуминуриі, происходящей отъ болѣзней лоханки, пузыря и мочеиспускательнаго канала (т. е. случайной альбум.), цилиндровъ никогда не бываетъ. Кромѣ того въ осадкѣ мочи могутъ находиться бѣлые и красные кровяные шарики, почечный эпителий, жировыя капельки и кристаллы разнаго рода.

Для быстрого ознакомленія можетъ служить краткій обзоръ свойствъ и содержанія мочи при нѣкоторыхъ важнѣйшихъ заболѣваніяхъ:

а) Паренхиматозный нефритъ (острый или хроническій): количество мочи уменьшено, удѣльный вѣсъ повышенъ, бѣлку много, множество цилиндровъ и кровяныхъ тѣлецъ (смотря по количеству красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, различаютъ гѣморрагическую и негѣморрагическую формы).

б) Интерстиціальныи нефритъ (сморщенная почка): количество мочи значительно увеличено, уд.

вѣсъ пониженъ, мало бѣлку, мало цилиндровъ и кровяныхъ тѣлецъ.

с) Амилоидная почка: количество мочи часто увеличено; величина уд. вѣса неодинакова, чаще однако она ниже нормальной, много бѣлку, мало цилиндровъ и кровяныхъ тѣлецъ. Большею частью можно констатировать амилоидъ печени и селезенки.

д) Застойная почка: мочи мало, уд. вѣсъ повышенъ, бѣлокъ, цилиндры и кровяныя тѣльца въ умѣренномъ количествѣ.

е) Катартъ пузыря: количество мочи нормально, уд. вѣсъ немного повышенъ, бѣлокъ въ умѣренномъ количествѣ, цилиндровъ нѣтъ, много гнойныхъ тѣлецъ и эпителия пузыря.

1. *Nephritis acuta*. Острое воспаленіе почекъ.

Большую частью является вторичнымъ заболѣваніемъ; послѣ всевозможныхъ инфекціонныхъ заболѣваній, въ особенности послѣ скарлатины; первично нефритъ развивается послѣ простуды и отравленій (минеральныя кислоты, щавелевая кислота, мышьякъ, фосфоръ, свинецъ, хлорнокислый калий, испанскія мушки, нафтолъ, нирогаллолъ, карболовая кислота и т. д.).

Начало можетъ быть совершенно нехарактернымъ; въ другихъ случаяхъ болѣзнь начинается чувствомъ тяжелаго недомоганія, лихорадкою и почечными болями. Отеки обнаруживаются прежде всего въ лицѣ (на вѣкахъ), а затѣмъ уже на другихъ частяхъ тѣла, иногда дѣло доходитъ до *Hydrothorax*, *Hydropericardium* и асцита. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ отѣковъ однако можетъ и не быть. Моча въ началѣ выдѣляется въ очень небольшомъ количествѣ, содержитъ много бѣлку (0.3—1.5%) и даетъ значительный осадокъ, цвѣтъ ея при гѣморрагической формѣ краснобурый, удѣльный вѣсъ высокій (1020—1030). Микроскопическое изслѣдованіе: многочисленныя гіалиновые, зернистыя (большую частью покрытыя клетками) и эпителиальные цилиндры, иногда цилиндры изъ кровяныхъ тѣлецъ и въ большинствѣ случаевъ многочисленныя красныя и безцвѣтныя

кровянистая тѣльца. При негеморрагической формѣ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ мало; цвѣтъ мочи мутно-желтый. При благоприятномъ теченіи болѣзни количество мочи по прошествіи недѣли увеличивается, удѣльный вѣсъ понижается, количество бѣлку и число форменныхъ элементовъ уменьшается, отеки исчезаютъ и наступаетъ выздоровленіе. Переходъ въ хроническій нефритъ наблюдается лишь рѣдко. При неблагоприятномъ теченіи мочи выдѣляется все меньше и меньше, такъ что дѣло можетъ дойти до полной анурии, начинаютъ обнаруживаться уремическія явленія (головная боль, головокруженіе, рвота, поносы, астма, сонливость, спутанность, въ нѣкоторыхъ случаяхъ расстройство слуха и амаврозъ, общія судороги) и въ глубокой комѣ наступаетъ смерть. Нерѣдко подъ конецъ развивается еще пневмонія или плевритъ.

Леченіе: Строжайшій покой въ постели, теплая одежда, легкая нераздражающая пища, лучше всего ограничиваться молокомъ, рисомъ, манною крупой, молочными супами и сдобными булками. Со второй или третьей недѣли можно давать немного эмской или вильдунгенской воды. При водянкѣ—отвлекающія на кишечникъ (*Infus. Sennae 10.0 : 15.0*) и ежедневно потѣніе по возможности послѣ предварительной горячей ванны въ 38—40°C. Лишь въ крайнемъ случаѣ дается *Pilocarpini muriat. 0.01* внутрь или подкожно. При значительномъ *Hydrothorax* или асцитѣ—пункція. При уреміи—кровопусканіе (150—300 куб. сант.), холодныя обливанія въ теплой ваннѣ, при судорогахъ—вдыханіе хлороформа. При уремической одышкѣ нѣкоторые авторы наблюдали улучшенія отъ оксикамфоры.

2. *Nephritis chronica parenchymatosa.*

Этіологія часто неясна; иногда въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзнь можно привести въ связь съ повторною простудою, сифилисомъ или маляріею. Различаютъ:

а) Хронич. геморрагич. нефритъ. Моча мутная, желто-красная выдѣляется въ нѣсколько уменьшенномъ количествѣ (800—1000 см.); осадокъ красно-

бурый, удельный вѣсъ большею частью повышенъ (1015—1025), бѣлку много (0.5—2%). Данные микроскопическаго изслѣдованія тѣ-же, что и при остромъ гѣморраг. нефритѣ съ тою лишь разницею, что здѣсь замѣчается жировое перерожденіе цилиндровъ и эпителія („Fettkörpchenzellen“). Обыкновенно имѣются отеки и водянка.

2) Большая бѣлая почка. Свойства мочи тѣ-же, что и при предыдущей формѣ, здѣсь нѣтъ лишь гѣморрагическихъ составныхъ частей, да кромѣ того жировое перерожденіе болѣе выражено. По этой причинѣ моча не красно-бурая, а желтоватая, причемъ поверхность ея иногда отливаетъ жиромъ. Отеки всегда имѣются въ значительной степени.

При обѣихъ формахъ развивается гипертрофія лѣваго желудочка, часто наблюдается *retinitis albuminurica* и наступаютъ уремическія явленія. Болезнь протекаетъ большею частью неблагоприятно въ 1½—2 года, однако наблюдаются и случаи выздоровленія; изрѣдка встрѣчается и переходъ въ сморщенную почку (вторичная сморщенная почка).

Леченіе: Покой, теплая одежда, питательная, но нераздражающая ѣда (безъ пряностей, мало алкоголя, мясо и яйца въ умеренномъ количествѣ, много молока, молочныхъ суповъ и т. п.). Частыя теплыя ванны, пользованіе водами въ одномъ изъ курортовъ: Wildungen, Nauheim, Karlsbad, Wiesbaden, зимнее пребываніе въ южной Италіи или Каиро. Противъ малокровія назначается желѣзо, въ особенности *Syrup. ferri iodati*. При слабости сердца—*Digitalis*, при водянкѣ—покой въ постели, потогонныя, мочегонныя, въ случаѣ крайности—дренажъ кожи при помощи троакара или-же надрѣзки (см. стр. 10). Относительно леченія уреміи ср. острый нефритъ.

3. *Nephritis chronica interstitialis*. Сморщенная почка. Зернистая почка.

Форма эта можетъ развиваться изъ хронич. паренхиматознаго нефрита (вторичная сморщенная почка) или-же возникнуть первично при подагрѣ, хронич. отра-

влейи свинцомъ, алкоголизмъ, артеріосклерозъ; можетъ быть, повидимому, и послѣ маляріи, сифилиса и суставнаго ревматизма (первичная сморщенная почка).

Сколько нибудь значительныхъ разстройствъ можетъ долго (цѣлые годы) не быть. Первые явленія большею частью заключаются въ носовыхъ кровотеченияхъ, головныхъ боляхъ, сердцебиеніи и разстройствѣ зрѣнія (*retinitis albuminurica!*). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ однако совершенно внезапно наступаетъ апоплексія или уремія. Моча блѣдно-желтаго цвѣта, въ увеличенномъ количествѣ (отъ 2—4 литровъ, рѣже въ большемъ количествѣ), низкаго уд. вѣса (1012—1005), содержитъ мало бѣлку (около 0.1%) и незначительный бѣловатый осадокъ, въ которомъ находятся немногіе гіалиновые цилиндры и нѣсколько бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ (красныхъ большею частью нѣтъ). Сердце всегда сильно гипертрофировано, пульсъ твердый, часто имѣется *retinitis albuminurica*. Отеки появляются лишь тогда, когда развивается недостаточность сердечныхъ клапановъ; въ этомъ случаѣ и моча начинаетъ выдѣляться въ очень незначительномъ количествѣ, становится темною и содержитъ больше бѣлку (застойная почка!). Болезнь всегда протекаетъ крайне медленно.

Распознаваніе: Такъ какъ альбуминурии по временамъ—въ особенности по утрамъ—можетъ вовсе и не быть, то во всѣхъ подозрительныхъ случаяхъ мочу нужно изслѣдовать въ различные часы дня, причемъ особое вниманіе должно быть обращено на количество и удѣльный вѣсъ ея, а также на имѣющіеся въ осадкѣ цилиндры. Если больной является къ врачу въ періодъ разстройства компенсаціи, то въ началѣ большею частью бываетъ невозможно распознать сморщенную почку. Діагнозъ становится вѣроятнымъ лишь тогда, когда моча, не смотря на урегулированную сердечную дѣятельность, не приобретаетъ нормальныхъ свойствъ. Относительно перемежающейся альбуминурии см. ниже.—*Леченіе* см. предыдущую главу.

4. Амилоидная почка. (Сальная почка).

Возникает при продолжительных нагноениях (чахотка легких, сифилис, фистулы костей, эмпиема, актиномикозъ) большею частью одновременно съ амилоидомъ печени, селезенки и кишекъ.

Моча: количество нормально или увеличено, цвѣтъ блѣдно-желтый, уд. вѣсъ различный, больш. частью однако низкій. Много бѣлку (1—2⁰/₀), въ осадкѣ немного глянцевыхъ цилиндровъ и мало лейкоцитовъ. Отеки часты, уремія наблюдается рѣдко, гипертрофія сердца и заболѣванія сѣтчатки вовсе не встрѣчаются.

Р а с п о з н а в а н і е легко, если обратить вниманіе на этиологию и на существующее въ то-же время опуханіе печени и селезенки.

Леченіе: Если перерожденіе не зашло слишкомъ далеко, то съ прекращеніемъ нагноенія (операциею, антисифилитическимъ леченіемъ, іодистымъ калиемъ при актиномикозѣ) можетъ наступить выздоровленіе. Если же нагноенія устранить невозможно, то приходится ограничиваться леченіемъ отековъ и анеміи (молоко, ванны, желѣзо, въ особ. *суг. ferri jodati* по $\frac{1}{2}$ —1 чайн. лож. 3 раза въ д.).

5. Застойная почка.

Встрѣчается при заболѣваніяхъ сердца съ разстройствомъ компенсаціи и при эмфиземѣ съ общими явленіями застоя. **Моча** мутная, концентрированная, выдѣляется въ небольшомъ количествѣ (800—400 куб. сант.), содержитъ умѣренное количество бѣлку, дасть обильный осадокъ, въ которомъ находится много уратовъ, а также глянцевые цилиндры, бѣлыя и красныя кровяныя тѣльца въ небольшомъ числѣ. Въ то-же время наблюдаются и другія явленія венознаго застоя: ціанозъ, одышка, отеки, малый и большею частью неправильный пульсъ. При устраненіи разстройство кровообращенія моча начинаетъ выдѣляться въ большемъ количествѣ и становится свѣтлою и свободною отъ бѣлка. Если-же моча не пріобрѣтаетъ этихъ нормальныхъ свойствъ, то приходится предположить существованіе органическаго страданія почекъ.

Леченіе: *Digitalis*, камфора (ср. стр. 9).

6. Перемежающаяся альбуминарія.

Названіемъ *albuminuria intermittens* обозначаютъ такое выдѣленіе бѣлка, которое происходитъ у лицъ, повидимому совершенно здоровыхъ, въ связи съ извѣстными моментами (переутомленіемъ, погрѣшностями въ діетѣ, душевными волненіями) или-же въ опредѣленные часы дня (*album. cyclica*); при этомъ дѣло большею частью обстоитъ такъ, что моча передъ завтракомъ содержитъ немного бѣлка, который можетъ иногда продолжать выдѣляться до вечера, тогда какъ ночью — и вообще при продолжительномъ пребываніи въ постели — моча остается совершенно нормальною. Причина этого явленія неизвѣстна; какъ-бы то ни было, оно можетъ существовать годами, не причиняя никакого вреда; можетъ также и исчезнуть безъ видимаго повода. Отличить этого рода альбуминурію отъ постепенно развиваю-

чагося нефрита весьма трудно. Ставить диагноз *albuminuria intermittens* можно лишь у детей и молодых особъ, если количество мочи незначительно и если при долгомъ наблюдении не удастся констатировать ничего болѣзненнаго (нормальное количество мочи, нормальный уд. вѣсъ, отсутствіе цилиндровъ, отсутствіе измѣненій въ области сердца и сѣтчатки).—Лечение: Избѣгать переутомленія и простуды; въ нѣкоторыхъ случаяхъ ванны и желѣзо.

7. Блуждающая почка. *Ren mobilis*.

Вялость брюшныхъ покрововъ, быстрое исчезаніе жировой тѣни и нерациональная одежда (стягиваніе корсетомъ) могутъ повести къ опущенію органовъ живота—эти роптозу, болѣзни Glébard'a. Частичнымъ явленіемъ энтероптоза является блуждающая почка, наблюдающаяся болѣею частью на правой сторонѣ, рѣже на лѣвой или на обѣихъ сторонахъ. Почка прощупывается подъ реберною дугою въ видѣ гладкаго, твердаго тѣла, которое удастся какъ вправить въ почечную область, такъ и оттѣснить оттуда впередъ (бимануальная пальпация). Часто при этомъ существуютъ боли въ спинѣ, диспептическія явленія (гастрэкстазія см. стр. 68) и признаки общей нервности. Сравнительно рѣдко наблюдаются явленія ущемленія вслѣдствіе перегиба мочеточниковъ или перекручиванія печныхъ сосудовъ (боли, рвота коллапсъ, быстрое опуханіе почки и уменьшеніе количества мочи).

Лечение: Хорошо приспособленный бандажъ! Мѣры противъ разстройства желудка и нервности. При ущемленіи—покой, пузырь со льдомъ, морфій, вправление руками, въ нѣкоторыхъ случаяхъ лапаротомія.

8. *Nephrolithiasis*. Почечные камни.

Самымъ рѣзкимъ признакомъ существованія почечныхъ камней является колика; внезапно появляется болѣею частью крайне жестокая боль въ области данной почки, распространяющаяся вдоль мочеточника до наружныхъ половыхъ органовъ и бедра. Приступъ сопровождается рѣзкимъ возбужденіемъ, рвотою и даже обмороками; пульсъ учащенный, малый. Продолжительность приступа отъ одного часу до нѣсколькихъ дней.

Колика вызывается ущемленіемъ болѣе или менѣе объемистаго камня въ мочеточникѣ, рѣже отхожденіемъ песка. Камни состоятъ болѣею частью изъ мочекислыхъ, рѣже (лишь при щелочной реакціи мочи) изъ щавелево-кислыхъ и фосфорно-кислыхъ солей, еще рѣже встрѣчаются кеантиновые и цистиновые камни. Когда камень проходитъ въ пузырь или попадаетъ обратно въ почечную лоханку, боли прекращаются и довольно скоро на-

ступаетъ эйфорія. Послѣ приступа отходить много свѣтлой мочи, содержащей иногда примѣси крови; при одновременномъ существованіи піэлита моча содержитъ гной. Камень можетъ однако застрять въ мочеточникѣ и вызвать полную анурію (со смертельною уремією), гидронефрозъ, вызвать изъязвленіе мочеточника (перитонитъ!), или-же положить начало образованію камня пузыря.

Распознаваніе: Нужно имѣть въ виду колики другого рода (см. желчные камни стр. 89). Боли въ почкахъ, связанныя съ гѣматурією, встрѣчаются и при отсутствіи почечныхъ камней у нервныхъ людей (*nephralgie hématurique*) и у табетиковъ (почечныя кризы). Отхожденіе эхинококковыхъ капсулъ и сгустковъ крови (при ракѣ или саркомѣ почки) можетъ также сопровождаться колчками.

Леченіе: Легкія боли могутъ быть уменьшены покоемъ, горячими компрессами, горячимъ чаемъ, теплою ванною и антипириномъ (1.0). При жестокихъ боляхъ назначается морфій (0.01—0.03 подкожно). Леченіе сильной гѣматуріи см. стр. 111.—По прошествіи коликъ нужно стараться избѣгать сотрясеній тѣла (танцевъ, верховой ѣзды), подниманія тяжестей и т. п. При мочекислыхъ камняхъ показано то-же леченіе, что и при подагрѣ. При щелочной реакціи мочи назначается салицил. кислота (2.0—3.0 въ день), уротропинъ (3 раза въ д. по 0.5) и *Acid. trichloroaceticum* (1.0—2.0 : 150.0 по столов. ложкѣ).

Если почки здоровы, то можно попытаться удалить камни назначеніями глицерина (50.0—100.0 внутрь).—Тяжелый гнойный піелитъ и гидронефрозъ требуютъ операціи.

9. Pyelitis. Воспаленіе почечной лоханки.

Встрѣчается чаще всего при заболѣваніяхъ мочеиспуск. канала и пузыря (*cystopyelitis*) и при почечныхъ камняхъ (*pyelitis calculosa*). Моча мутная, содержитъ слизь, гной и даетъ большей частью кислую реакцію. Бѣлку въ немъ довольно много (0.2% и больше). Въ осадкѣ мы находимъ много гнойныхъ тѣлецъ, хвостатый эпителий почечной лоханки, красныя

кровенныя тѣльца. Если имѣются и цилиндры, то это указываетъ на участіе почки въ процессѣ (pyelonephritis). Нерѣдко наблюдается лихорадка.

Діагнозъ, въ особенности дифференціальный по отношенію къ циститу, часто затруднителенъ. За пѣзлитъ говоритъ обильное количество бѣлку и болѣзненность области почекъ. У женщинъ мочеточникъ больной стороны иногда прощупывается per vaginam въ формѣ утолщеннаго тяжа. Въ особенно затруднительныхъ случаяхъ въ простѣ рѣшается цистоскопіею.

Леченіе: Діета и лекарства тѣ-же, что и при циститѣ (въ особ. салицил. кислота, Kali chlor. и уротропинъ). Въ тяжелыхъ случаяхъ—нефротомія.

NB. Хроническій туберкулезъ почекъ (Nephrophthisis) часто протекаетъ подъ видомъ тяжелата пѣзлонефрита. Часто можно констатировать туберк. наследственность и туберкулезъ другихъ органовъ (печень, предстат. железы, яичниковъ). Моча часто содержитъ бѣлокъ и гнойныя тѣльца, а иногда и кровь, частички соединительной ткани, эластич. волокна и туберкул. бациллы (способы изслѣдованія см. окраш. туберк. бациллъ). При этомъ нужно однако имѣть въ виду, что въ мочѣ встрѣчаются бациллы, которыя красятся совершенно такъ-же, какъ Коховскія палочки. Отличіе ихъ состоитъ лишь въ меньшей сопротивляемости по отношенію къ кислотамъ при обезцвѣченіи. — *Леченіе*: Въ случаѣ возможности — нефрэктомія.

10. Cystitis. Катарръ мочевого пузыря.

Встрѣчается при тришперѣ, камняхъ и параличѣ пузыря, при нѣкоторыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ (тифѣ, оспѣ, дифтеріи), нѣкоторыхъ отравленіяхъ и при неопратной катетеризаціи.

Въ свѣжихъ случаяхъ часто наблюдается боль въ области пузыря, лихорадка, позывы къ моченеспусканію (тенезмъ пузыря) и болѣзненность при моченеспусканіи. Моча мутная, слизистая содержитъ умеренное количество бѣлку и даетъ обильный бѣлый осадокъ. Реакція обыкновенно кислая, при параличѣ-же пузыря и инфекціи отъ катетеризаціи щелочная. Осадокъ содержитъ много гнойныхъ тѣлецъ, эпителий пузыря, бактеріи и въ небольшомъ количествѣ красныя кровяныя тѣльца; при щелочной реакціи моча содержитъ кристаллы тришпельфосфатовъ (въ

видѣ крышки гроба) и мочеислаго аммонія (формы тутовой ягоды).

Леченіе: Нераздражающая пища (молочная діета), обильное питье воды, запрещеніе спиртныхъ напитковъ и пряностей. Въ свѣжихъ случаяхъ покой въ постели, согрѣвающие компрессы, мѣры къ легкому опорожненію кишечника. При сильныхъ позывахъ теплая сидячія ванны, морфіи (0.015) или Extract. Belladonnae (0.03 до 0.05!) въ суппозиторіяхъ. Внутрь назначаются Natr. salicyl. (2.5—5.0 pro die) или салоль (3—4 раза въ день по 1.0), салацетоль (3.0—5.0 p. die), уротропинъ (3 раза въ день по 0.5), Kali chloric. (3.0—5.0 p. die). Для послѣдующаго леченія, а въ легкихъ случаяхъ и въ началѣ назначаютъ чай изъ Fol. Uvae ursi или Herb. Chenopodii (1—2 чайн. лож. на чашку).—Если опорожненіе пузыря неполное (гипертрофія предстат. железы, стриктуры, Tabes), то выздоровленіе можетъ быть достигнуто лишь правильною катетеризаціею, съ которою соединяють промываніе пузыря теплымъ растворомъ борной кислоты (2—4%), Argenti nitrici (1:1000), Plumb. acetici или антинозина (1:1000). Лѣтомъ показано леченіе въ Wildungen, Wiesbaden, Ems и Vichy.

11. Hämaturia.

Когда приходится наблюдать мочу, содержащую кровь (констатированіе ея см. изслѣд. мочи), то прежде всего требуется рѣшить, имѣемъ ли мы дѣло съ дѣйствительною гѣматуріею или гѣмоглобинуріею. При гѣматуріи цвѣтъ мочи колеблется отъ мясного до кроваво-краснаго, при микроскопич. изслѣдованіи мы находимъ множество и еп о в р е ж д е н н ы хъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ; при гѣмиглобинуріи-же моча красно-бурая и даже черная, въ осадкѣ ея мы наряду съ немногочисленными обезцвѣченными кровяными тѣльцами находимъ свободный гѣмоглобинъ въ видѣ зернышекъ и глыбокъ (см. гѣмоглобинурію).

При изслѣдованіи должно стараться выяснитъ какъ п р и ч и н у, такъ и мѣ с т о кровотеченія. Распознаваніе гѣматуріи, вызванной травмой и отравленіями (фосфоромъ, кислотами, мышьякомъ, шанскими мушками, ски-

пидаромъ) или наблюдаемой при гѣморрагич. діатезѣ (цингѣ, morb. maculos., гѣмофилиі, гѣморрагич. осипѣ) обыкновенно не представляетъ затрудненій. Въ другихъ случаяхъ кой-какія указанія даетъ родъ и локалізація болѣй, сопровождающихъ кровотеченіе. Боли эти могутъ носить характеръ почечной коліки (см. стр. 108) или ограничиться областью лоннаго сочлененія при камняхъ пузыря, при туберкулезныхъ и дифтерическихъ извахахъ слизистой пузыря. Въ противоположность этому кровотеченія при опухоляхъ почекъ (ракъ и саркома), при новообразованіяхъ пузыря и гѣморрагіи изъ varices слизистой пузыря обыкновенно протекаютъ безъ всякой боли.

Для дифференціального діагноза между этими разнообразными процессами необходимо точное изслѣдованіе области почки и пузыря (зондированіе для камней, ощупываніе со стороны прямой кишки, цистоскопія) и тщательное изслѣдованіе осадка мочи; такъ, констатированіе осложняющаго нефрита или цистита, равно какъ находженіе частичекъ опухоли, туберкулези, бациллъ, эластическихъ волоконъ имѣетъ громадное значеніе для діагноза.

Опухоли почки мало перемѣщаются при дыханіи и лежатъ за ободочною кишкою, которая иногда прощупывается на опухоли въ формѣ подвижнаго шнура. При вдуваніи воздуха въ прямую кишку на этомъ мѣстѣ получается при перкуссіи тимпанической звукъ. Опухоли-же селезенки въ противоположность къ этому лежатъ впереди отъ толстой кишки и ясно опускаются при дыханіи книзу; на переднемъ краю этихъ опухолей часто можно отчетливо распознать 1—2 характерныхъ выемки. Заслуживаетъ вниманія то обстоятельство, что саркомы почки встрѣчаются уже у дѣтей.

Предсказаніе и леченіе различно, смотря по характеру основной болѣзни. При доступности источника кровотеченія показано промываніе пузыря растворами Liq. ferri (0.5—1%) или Argent. nitrici (такимъ-же образомъ). Въ противномъ случаѣ приходится ограничиваться строжайшимъ покоемъ, назначеніемъ льда (наружно) и танина (0.05 черезъ каждыя 1—2 часа) или таннигена (0.5 четыре раза въ д. внутрь). Рекомендуются также подкожн. впрыскиванія желатины (стр. 18) и клистиры изъ весьма холодной воды. Secale и арбутины (1.0 три раза въ день) весьма ненадежны. Въ послѣднее время стали хорошо отзываться объ extract. fluid. Hamamelis virginicae (по

30—40 капель три раза въ день). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ необходимо хирургическое вмѣшательство.

12. Enuresis nocturna.

Нужно изслѣдовать мочу на бѣлокъ и сахаръ, убѣдиться, имѣтъ ли баланита (фимозъ!), вульвита, острицъ, копростаза или—что также иногда бываетъ—камней пузыря. У болѣе взрослыхъ лицъ слѣдуетъ имѣть въ виду возможность *epilepsiae nocturnae*.

Леченіе: Въ нѣкоторыхъ случаяхъ помогаетъ фарадизація кисточкою, подкожное впрыскиваніе дистиллиров. воды, введеніе эластич. катетера à demeure или, по крайней мѣрѣ, на продолжительное время: Въ упорныхъ случаяхъ дѣтямъ по вечерамъ не дается никакихъ напитковъ, передъ сномъ они получаютъ *Extr. Belladon.* (0.005—0.01 съ 0.3 сахару), ночью ихъ будятъ. Иногда оказывается полезнымъ приподнять ножной конецъ постели, на которой спитъ больной. Въ теченіе дня можно давать *Kali chloric.* (по чайн. лож. 2^о/о-го раствора черезъ каждые 2 часа).

Само собою разумѣется, что существующій фимозъ долженъ быть устраненъ, глисты изгнаны и т. д.

V. Инфекціонныя заболѣванія.

1. Корь. *Morbilii.*

Продолжительность инкубаціи до наступленія катаральныхъ явленій 10 дней, до появленія сыпи—14 дней.

Болѣзнь начинается лихорадкою, насморкомъ, свѣтобоязнью, конъюнктивитомъ, кашлемъ и охрипlostью. Лицо опухшее. На слизистой щекъ во многихъ случаяхъ наблюдаются въ большомъ числѣ синегато-бѣлыя пятна, окруженныя краснымъ ободкомъ (пятна *Koplik'a*). По прошествіи 2—3 дней при усиливающемся повышеніи температуры (40—40.5°) на небѣ показываются красныя пятна. Вслѣдъ за тѣмъ на кожѣ обнаруживается сыпь, состоящая изъ пятенъ и папулъ. Сыпь эта, начинаясь съ лица, въ теченіе двухъ дней распространяется по всему тѣлу. Общій бронхитъ съ значительнымъ кашлевымъ раздраженіемъ, часто имѣется и опуханіе селезенки. Послѣ высыпанія пятенъ и папулъ по всему тѣлу температура большею частью быстро по-

нижается и достигаетъ нормы, сыпь блѣднѣетъ и начинается отрубевидное шелушеніе.

Осложненія: Otitis med. purul., Bronchitis capillaris, Pneumonia catarrhalis (рѣже streptocosa), сильные, въ нѣкоторыхъ случаяхъ дизентерическіе поносы. Рѣже наблюдаются: тяжелый гнойный конъюнктивитъ и кератитъ, крупъ со стенозомъ гортани, попа.

Важнѣйшія *последующія заболѣванія*: у слабыхъ и наслѣдственно предрасположенныхъ дѣтей туберкулезъ; затѣмъ, выздоравливающіе отъ кори особенно легко заболѣваютъ коклюшемъ.

Леченіе: Покой въ постели при не слишкомъ низкой комнатной температурѣ. Завѣшивать окна нѣтъ надобности. Хорошо провѣтривать комнату и избѣгать скучиванья нѣсколькихъ больныхъ корью въ одномъ тѣсномъ помещеніи. Дѣти, у которыхъ наблюдаются осложненія шеймоніею и водянымъ ракомъ, должны быть изолированы отъ другихъ больныхъ корью. Питаніе, соответствующее высотѣ температуры (молоко, супы, бѣлый хлѣбъ). Правильныя промыванія глазъ, носа и рта. Влажныя обертыванія туловища; при тяжеломъ бронхитѣ и при шеймоніи—теплыя ванны съ холодными обливаніями. При сильномъ кашлевомъ раздраженіи—Jresacantha или Aq. laurocerosi. При осложненіи шеймоніею дается іодистый калий (0.3—1.0 p. die, смотря по возрасту) или креозоталь.

Воспаленіе средняго уха можетъ быть ослаблено влажными компрессами или пузыряремъ со льдомъ и вливаніями въ слуховой проходъ подогрѣтаго 10% карболоваго глицерина (15 капель 4 раза въ день, оставить въ проходѣ около 20 минутъ), въ нѣкоторыхъ случаяхъ

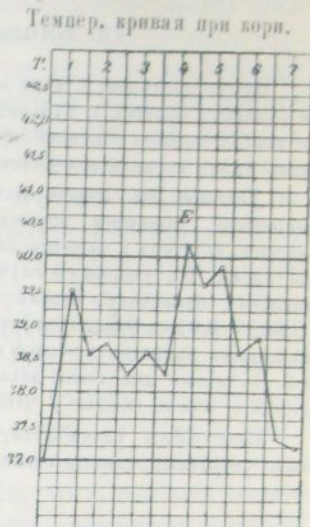


Рис. 7.

E—высыпаніе.

облегченіе доставляютъ нѣсколько пьавокъ, приставлен-ныхъ къ сосцевидному отростку. При болѣе значительномъ выпяченіи барабанной перепонки приходится при-бѣгнуть къ проколу ея. Послѣдующее леченіе состоитъ въ спринцованіи 4% растворомъ борной кислоты или $\frac{1}{2}$ % растворомъ лизола. При гнойномъ воспаленіи глаза показаны промыванія (или компрессы) растворомъ су-лемы (0.03 : 150.0). Шелушеніе можно попытаться ускорить теплыми ваннами.

Дѣти, у которыхъ замѣчается предрасположеніе къ туберкулезу, должны въ періодъ выздоровленія усиленно питаться и по возможности пользоваться деревенскимъ воздухомъ.

2. Краснуха. Rubeolae.

Инкубационный періодъ 2 — 3 недѣли. При незначительномъ повышеніи температуры показывается сыпь, напоминающая сыпь при кори, но отличающаяся отъ нея меньшими размѣрами и меньшею проминентностью пятенъ. Катарральныя явленія или весьма незначи-тельны, или-же ихъ вовсе нѣтъ. Шелушенія нѣтъ. Теченіе всегда бла-гопріятное.

Леченіе: Пребываніе въ постели въ теченіе нѣсколькихъ дней, устраненіе вредныхъ вліяній.

3. Скарлатина.

Инкубационный періодъ 4—7 дней. Начало внезапное; сильный жаръ и ознобъ, головная боль, рвота, боль въ горлѣ, иногда и судороги. Температура быстро по-вышается до 39.5 — 40°, пульсъ сильно учащенъ, паци-ентъ имѣетъ видъ тяжело-больного. Органы зѣва опу-хаютъ и пріобрѣтаютъ синевато-красный цвѣтъ; подче-люстные и затылочные железы нѣсколько увеличены. По прошествіи 12—24 часовъ температура еще бо-лѣе повышается (до 40—41°), на шеѣ и на верх-ней части груди показываются красныя пятна; эти пятна сливаются и образуютъ сплошную кармазиновую красноту, быстро распространяющуюся по всему тѣлу, такъ что свободными большею частью остаются лишь гу-бы и подбородокъ (stad. floritionis). Дня черезъ три или четыре сыпь блѣднѣетъ; языкъ, въ началѣ сильно обло-женный, на 4-й или 5-й день становится краснымъ (ма-

линовый языкъ). Температура падаетъ террасообразно и въ неосложненныхъ случаяхъ достигаетъ на 7-й или 9-й день нормальной высоты. Съ середины второй недѣли начинается шелушеніе пластами.

Общее состояніе обыкновенно сильно разстроено (отсутствіе аппетита, возбужденіе, бредъ), встрѣчаются однако и очень легкіе случаи, протекающіе даже безъ повышения температуры. Сыпь можетъ проявиться то лишь отдѣльными разбросанными пятнами, то можетъ стать петехіальной и можетъ, наконецъ, совершенно отсутствовать (Scarlat. sine exanthemate).

Осложненія: На 2-й или 3-й день болѣзни на миндалинахъ нерѣдко замѣчаются сѣрые некротическіе участки, которые могутъ быстро отпасть; при присоединеніи стрептококковой инфекции процессъ можетъ однако на 4-й, 5-й или 6-й день перейти въ тяжелую некротическую или гангренозную ангину: сѣрые налеты,

Темпер. кривая при скарлатинѣ.

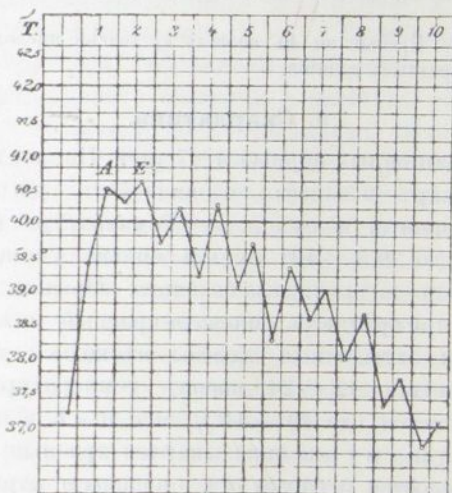


Рис. 8.

E=сыпь

foetor ex ore, гнойный насморкъ, сильное опуханіе шейныхъ железъ съ нагноеніемъ, высокая температура, сеп-

тич. общее состояніе (т. н. скарлатинозная дифтерія). Переходъ на гортань лишь рѣдко наблюдается.—Довольно частымъ осложненіемъ является *otitis media* съ прободеніемъ барабанной перепонки и упорнымъ гноетеченіемъ изъ уха; рѣже наблюдается скарлатинозный ревматизмъ съ эндокардитомъ или безъ него. Изъ *последующихъ заболѣваній* самымъ важнымъ является острый гѣморрагич. нефритъ, обнаруживающійся обыкновенно между двѣнадцатымъ и двадцатымъ днемъ отъ начала заболѣванія, а иногда и позже.

Леченіе: Больного слѣдуетъ изолировать и держать въ постели до конца четвертой недѣли. Во время лихорадки въ комнатѣ должно быть прохладно, позже тепло. Легкая жидкая пища. При значительномъ повышеніи температуры влажныя обертыванія, въ нѣкоторыхъ случаяхъ теплыя ванны съ холодными обливаніями. Держать въ чистотѣ носъ и зѣвъ (втягиваніе и полосканіе растворомъ буры или салициловаго натра); каждые 2 часа чайную лож. 2° о раствора бертолетовой соли. При некротич. ангинѣ пузырь со льдомъ, присыпка миндалинъ сахарнымъ порошкомъ или соціодоловымъ натріемъ (2.0—6.0: Flor. sulfuris 6.0) или наренхиматозныя вырѣскиванія 3° о раствора карбол. кислоты (Heubner); при сильномъ затрудненіи глотанія — ежедневно 2 питательныхъ клизмы (см. стр. 18). Леченіе воспаленія уха см. корь. При скарлатинозномъ ревматизмѣ — *Natr. salicyl* и иммобилизація больныхъ суставовъ. Профилактически противъ нефрита съ середины второй недѣли теплыя ванны и молочная діета (съ молочными супами и бѣлымъ хлѣбомъ). Регулярное изслѣдованіе мочи! Леченіе нефрита см. стр. 104.

4. Вѣтренная оспа. *Varicellae*.

Инкубаціонный періодъ 14—17 дней. При умѣренномъ повышеніи температуры на всемъ тѣлѣ показывается сыпь изъ красныхъ пятенъ, по серединѣ которыхъ вскорѣ образуются прозрачныя пузырьки. Содержимое пузырька мутнѣетъ и высыхаетъ, образующаяся небольшая корка отпадаетъ по прошествіи недѣли и часто оставляетъ послѣ себя рубецъ. Изрѣдка наблюдаются вто-

ричныя высыпанія. Изъ послѣдующихъ заболѣваній заслуживаетъ вниманія острый гэморраг. нефритъ.

Леченіе: Изоляція, покой въ постели. Присыпка картофельнымъ или рисовымъ крахмаломъ.

5. Оспа. Variola, Variolois.

Инкубационный періодъ—14 дней. Болѣзнь начинается внезапно ознобомъ, лихорадкою, головою болью и сильными болями въ крестцѣ. Общее состояніе весьма плохое, отсутствіе аппетита, часто наблюдается сонливость и бредъ. На второй день нерѣдко показывается инициальная сыпь, главнымъ образомъ на животѣ и внутренней сторонѣ бедра (треугольникъ Simon'a) Температура, державшаяся приблизит. на высотѣ 40°, падаетъ на 3-й или 4-й день до нормы; въ то-же время появляется прежде всего на лицѣ и покрытой волосами части головы—оспенная сыпь (stad. eruptionis). Она въ началѣ состоитъ изъ розеолъ, превращающихся спустя 2 дня въ папулы, а двумя днями позже въ пузырьки. Содержимое пузырьковъ мутнѣетъ, и такимъ образомъ на 6-й день стадія высыпанія образуются пустулы съ маленькимъ углубленіемъ (оспеннымъ пупкомъ) въ центрѣ. На слизистыхъ оболочкахъ мы находимъ вмѣсто пустулъ язвочки.

Въ зависимости отъ густоты и распространенія сыпи различаютъ variolois и variola vera. При первой формѣ пустулы малы и немногочисленны. Температ. кривая при оспѣ.

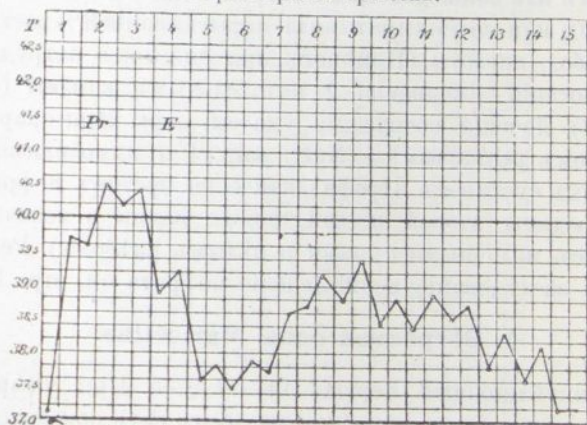


Рис. 9.

Pr — продромальная сыпь. E — оспенная сыпь.

гочисленны и засыхаютъ безъ общихъ лихорадочныхъ явленій, между тѣмъ, какъ тѣло при variola vera болѣе или менѣе густо покрыто этою сыпью, вслѣдствіе чего получается 2-й лихорадочный періодъ,

stad. suppurationis, переходящій въ концу второй недѣли въ stadium exsiccationis, при чемъ переходъ этотъ сопровождается паденіемъ температуры (см. рис. 9). Засохшія корки отпадаютъ при сильномъ зудѣ, оставляя всегдѣ извѣстные осененные рубцы.

Осложненія: кератитъ, нагноеніе уха, пневмонія, эндокардитъ, гѣморрагич. нефритъ, менингитъ.—У истощенныхъ лицъ, въ особенности у пѣлицъ, сыпь легко становится петехіальной (*variola haemorrhagica*, черная оспа). Теченіе часто неблагоприятное. Летальнымъ исходомъ почти всегда сопровождается т. п. *purpura variolosa*, при которой наблюдаются крайне тяжелыя гѣморрагическія явленія: обширныя кровоподтеки въ кожѣ, конъюнктивѣ, зѣвѣ, epistaxis, hœmaturia, кишечныя кровотеченія и т. п.

При распознаваніи слѣдуетъ имѣть въ виду внезапное начало съ ознобомъ, боли въ крестцѣ и начальную сыпь.

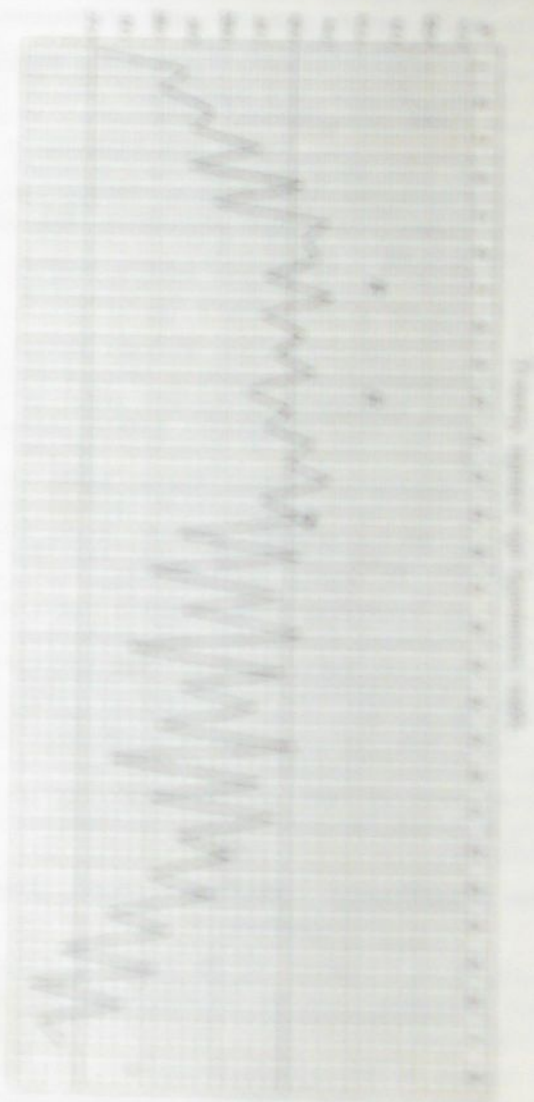
Леченіе и профилактика: Больного слѣдуетъ строго изолировать; всегдѣ лицамъ, ухаживающимъ за нимъ или вообще приходившимъ съ нимъ въ прикосновеніе, должна быть тотчасъ-же привита оспа. Бѣлье, всякіе предметы употребленія, комнаты должны быть дезинфицированы.

Помѣщеніе, въ которомъ находится больной, должно быть прохладно и должно хорошо провѣтриваться. Пища—соотвѣтственно повышенной температуры и затрудненію глотанію—должна быть жидкою и удобоваримою (молоко, овсяный супъ, яйца, вино). При сонливости и бредѣ—пузырь со льдомъ и тепловатыя ванны съ холодными обливаніями. Глаза, полость рта и зѣва слѣдуетъ держать въ строжайшей чистотѣ. Тягостныя кожныя ощущенія могутъ быть облегчаемы борною мазью, глицериномъ (1 : 2 aq.) или ледяными компрессами. Sch w i t t e r рекомендуетъ слѣдующую пасту: Acid. carbol. liq. 4.0—10.0, Ol. oliv. 40.0, Cretae trit. 60.0. Противъ зуда рекомендуется сазоль (0.6—1.0 четыре раза въ д.; дѣтямъ не давать!). Краснымъ свѣтомъ (красными занавѣсями, красными ламповыми стеклами) можно по Finsen'у совершенно предотвратить развитіе пустуль. Лихорадку, бессонницу, осложненія слѣдуетъ лечить по общимъ правиламъ.

6. Typtus abdominalis. Брюшной тифъ. Нервная горячка.

Инкубаціонный періодъ 10—20 дней. Предвѣстники: отсутствіе аппетита, слабость, безпокойный сонъ, головная боль. Теченіе:

1-ая недѣля (инфилтрація Пейеровыхъ бляшекъ въ нижнемъ отдѣлѣ тонкихъ кишекъ): Температура повышается уступами и достигаетъ въ 3—4 дня 40° и болѣе. Часто наблюдается познабливаніе, настоящій ознобъ встрѣчается весьма рѣдко. Ни he res'a, ни насморка нѣтъ,



часто кровотеченіе изъ носа. Усиливающаяся слабость, сильная головная боль, вздутіе живота; прощупывается опухоль селезенки; обыкновенно запоры. Въ тяжелыхъ случаяхъ уже теперь наблюдаются сонливость и бредъ (*status typhosus*).

2-ая недѣля (образованіе струпа): *Febris continua remittens*. Пульсъ—если имѣть въ виду высоту температуры—лишь немного учащенъ, часто дикротиченъ. *Bronchitis diffusa*, метеоризмъ, *gargouillement* въ *regio hepato-coecalis*; между 6-мъ и 10-мъ днемъ на груди и животѣ показываются розеолы. Ежедневно 2—4 водянистыхъ испражненія цвѣта „гороховаго супа“, содержащіе Eberth'овскій *bacillum typhi*. Нерѣдко наблюдается лихорадочная альбуминурия.

3-ая недѣля (отторженіе струпа и образованіе язвы): Лихорадка съ значительными пониженіями по утрамъ (амфиболическій стадій). Теперь наступаетъ опасность кишечныхъ кровотеченій и прободного перитонита. Наклонность къ лобулярной пневмоніи и пролежнямъ. Помраченіе сознанія все тоже, при неблагоприятномъ оборотѣ—*sopor* и сердечная слабость.

4-ая недѣля (заживаніе язвъ безъ склонности къ рубцовому сморщиванію): литическое паденіе температуры. Постепенное исчезаніе всѣхъ симптомовъ. Возвращеніе аппетита.

Не рѣдко наблюдаются послѣдующая лихорадка, т. е. обостренія и настоящіе рецидивы.

Само собою разумѣется, что тифъ можетъ продолжаться и болѣе четырехъ недѣль, но онъ можетъ пройти и въ нѣсколько дней (*Typhus levissimus*). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ общее состояніе столь мало нарушено, что больные остаются на ногахъ (*T. ambulatorius*). У такого больного можетъ произойти кишечное кровотеченіе, когда онъ находится при работѣ. Если тифъ, начавшійся серьезными явленіями, быстро излечивается во второй или третьей недѣлѣ, то его называютъ *Typhus abortivus*.

Самыми важными *осложненіями* слѣдуетъ считать кишечное кровотеченіе (*enterorrhagia*) и бронхопневмонію. Рѣже наблюдаются: прободеніе кишечника, тромбозъ венъ, миокардитъ, плевритъ, гангрена легкихъ, циститъ, нефритъ, паротитъ, *otitis media*. У беременныхъ почти всегда наступаетъ абортъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ бациллы Eberth'a преимущественно локализируются въ другихъ органахъ: pneumotyrphus, nephrotyrphus, meningotyrphus.

Распознаваніе въ первую недѣлю заболѣванія часто оказывается дѣломъ нелегкимъ, но и позже не всегда удается исключить милиарный туберкулезъ, цереброспинальный менингитъ, извѣстный бѣдокардитъ и тяжелую инфлюэнцу. Важно точное измѣреніе температуры (см. кривую!), а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и изслѣдованіе глазного дна (бугорки, гѣморрагіи). Далѣе считается правиломъ, что болѣзнь, начинающаяся herpes'омъ и насморкамъ, не тифъ. Vidal'евская реакція in praxi неудобопримѣнима. Діазо-реакція Ehrlich'a, довольно постоянная при тифѣ, начиная съ середины первой недѣли, не наблюдается, правда, при менингитѣ и остромъ гастрицизмѣ, но за то она иногда положительна при милиарномъ туберкулезѣ.

Предсказаніе всегда сомнительно. Замѣчательно благоприятно тифъ протекаетъ у дѣтей. Неблагоприятными моментами являются: пожилая возрастъ (свыше 45 лѣтъ), тучность, беременность, органическія болѣзни (пороки сердца, эмфизема и т. д.) и алкоголизмъ, хотя Delirium tremens у тифозныхъ наблюдается весьма рѣдко. Глубокое помраченіе сознания (тяжелая инфекция), прогрессирующее учащеніе пульса и осложненія (кишечныя кровотеченія, пневмония, пролежни, выкидыши) сильно ухудшаютъ прогнозъ. Прободеніе кишечника, (весьма рѣдкое, впрочемъ, у женщинъ и дѣтей), почти всегда кончается смертью. Рецидивы не должны внушать слишкомъ большого опасенія.

Леченіе: Больного по возможности изолируютъ и помѣщаютъ въ хорошо провѣтриваемую комнату, температура которой въ часы лихорадки должна быть невысока. Ежедневныя холодныя обмыванія тѣла; при головной боли, помраченіи сознания—пузырь со льдомъ. Особенно тщательно слѣдуетъ заботиться о чистотѣ рта и зѣва и о предупрежденіи пролежни. Пищу слѣдуетъ употреблять жидкую (слизистые супы съ яйцомъ, молоко, beeftea, мясной сокъ, какао, кофе съ сахаромъ и сливками, немного вина, въ нѣкоторыхъ случаяхъ также соматозу, нутрозу, тропонъ и т. д.), при чемъ больного нужно кормить и заставлять пить. Цѣлесообразны приемы соляной кислоты (Acid. mur. dil. 2.0—3.0, Aq. destill.

ad. 170.0, Syr. rubi idaei 30.0 по столов. ложкѣ). Если больной поступаетъ къ врачу до начала второй недѣли, то назначается 0.25 каломелю (1—2 раза); позже слѣдуетъ избѣгать слабительныхъ и бороться съ запорами (если таковыя наступаютъ) съ помощью клистировъ. При весьма частыхъ поносахъ — желудочное какао, висмутъ, танальбинъ, въ крайнихъ случаяхъ немного опиума. Испражнения слѣдуетъ дезинфицировать известковымъ молокомъ, бѣлье — вывариваніемъ.

При высокой температурѣ, сонливости, нервномъ возбужденіи, при сильномъ бронхитѣ или пневмоніи назначаются прохладныя ванны (24—14° R. 2—3 раза въ день) съ холоднымъ обливаніемъ. Больного опускаютъ въ ванну на рукахъ или простынѣ и поддерживаютъ его въ продолженіе всего пребыванія его въ водѣ, въ началѣ и въ концѣ ему дается немного вина или крѣпикаго кофе. При невозможности устраивать ванны назначаются холодныя компрессы и антипиринъ или лактофенинъ (0.5—2.0 три раза въ день). Если пульсъ становится мягкимъ и частымъ, то можно прибѣгать къ T-ra strophanthi или кофеину (стр. 9) и класть пузырь со льдомъ на область сердца. При колълянсѣ крѣпкій кофе, глинтвейнъ, коньякъ или шампанское, подкожно—Ol. sassafras (1:4), эфиръ или мускусъ.—При кишечныхъ кровотеченіяхъ строжайшій покой въ одномъ положеніи (на спинѣ, ванны противопоказаны!) ледъ на животъ, черезъ каждые 3 часа Opium и Plumb. acet. aa 0.03—0.05.—Лечение прободенія см. Peritonitis.—При циститѣ—уротропинъ (3 р. въ д. по 0.5).

Лишь черезъ 5—6 дней послѣ того, какъ температура станетъ нормальной, можно переходить къ скобленному мясу, бѣлому хлѣбу и болѣе твердой пицѣ. Встать съ постели можно лишь 5—8 днями позже. При наступленіи рецидива нужно тотчасъ-же перейти къ прежней строгой діетѣ.

7. Typhus exanthematicus. Сыпной тифъ.

Инкубационный періодъ—около 10 дней. Начинается внезапно ознобомъ, болями въ головѣ и во всемъ тѣлѣ, иногда также головокру-

женіемъ и рвотою. Температура быстро повышается до 40° и болѣе и съ незначительными колебаніями остается на этой высотѣ до 13—17 дня, когда въ благопріятно протекающихъ случаяхъ наступаетъ кризисъ. Въ теченіе этого времени обыкновенно наблюдается помраченіе сознанія, бредъ, бронхитъ, опуханіе селезенки, кишечныя же явленія отсутствуютъ. Между 3-мъ и 6-мъ днемъ на туловищѣ и конечностяхъ показывается обильная розеолезная сыпь, становящаяся обыкновенно по прошествіи нѣсколькихъ дней гэморрагическою (*Typhus petechialis*). Въ тяжелыхъ случаяхъ къ концу 2-й или 3-й недѣли при усиливающимся тифозныхъ явленіяхъ или вслѣдствіе осложнений наступаетъ смерть.

Осложненія: пневмонія, гэморраг. нефритъ, отитъ и т. п.

Леченіе въ существенныхъ чертахъ то-же, что и при брюшномъ тифѣ. Вслѣдствіе заразительности болѣзни изоляція больного и дезинфекція необходимы.

8. *Typhus recurrens*. Возвратный тифъ.

Инкубационный періодъ 5—8 дней. Начинается внезапно ознобомъ, чувствомъ тяжелого недомоганія, болями въ крестцѣ и конечностяхъ, а иногда и рвотою. Температура быстро повышается до 41—42° и при незначительныхъ колебаніяхъ остается на этой высотѣ. Почти всегда замѣчается сильная болѣзненность мышцъ (особ. икръ) при давленіи, и наблюдается опуханіе селезенки; нерѣдко имѣется и herpes. На 4—7 день температура при сильномъ потоотдѣленіи падаетъ ниже нормы, послѣ чего быстро наступаетъ эйфорія.

По прошествіи 6—10 безлихорадочныхъ дней почти всегда наблюдается второй приступъ (1-й возвратъ), протекающій совершенно такъ-же, какъ и первый, но продолжающійся нѣсколько болѣе короткое время. Нерѣдко за второю апирексією слѣдуетъ третій приступъ, продолжающійся обыкновенно лишь 2—3 дня. Большее число приступовъ наблюдается весьма рѣдко.

Въ крови почти всегда удается найти во время приступовъ спириллы (*Spirochaeta Obermeier*'a), тонкія, подвижныя образованія, по формѣ напоминающія спирали; длиною своею онѣ превосходятъ діаметръ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ раза въ 3—4 и даже болѣе. Незадолго до кризиса спириллы исчезаютъ съ тѣмъ, чтобы снова явиться при слѣдующемъ возвратѣ.

Предсказаніе въ общемъ благопріятное. Осложненіями могутъ явиться: пневмонія, гэморрагич. нефритъ, тяжелыя воспаленія глаза.

Леченіе чисто симптоматическое. Въ началѣ показаны нѣсколько пріемовъ значительныхъ дозъ каломеля. Болѣзнь заразительна и поэтому слѣдуетъ принимать мѣры къ изоляціи больного.

9 Инфлюэнца. Гриппъ.

Въ большинствѣ случаевъ болѣзнь начинается довольно внезапно лихорадкою (нерѣдко ознобомъ), болями въ головѣ, конечностяхъ и рѣзкой слабостью. Аппетитъ

весьма слабый, запоры, безпокойный и неосвѣжающій сонъ. Иногда все ограничивается этими „первыми“ симптомами, чаще однако къ нимъ по прошествіи нѣсколькихъ дней присоединяются симптомы со стороны органовъ дыханія (насморкъ, охриплость, бронхитъ съ мучительнымъ кашлемъ), довольно рѣдко наблюдаются значительныя разстройства пищеварительнаго аппарата (рвота, поносъ, кардіалгія). Сообразно этому различаютъ нервную, катарральную и диспептическую или желудочно-кишечную формы инфлюэнцы, въ большинствѣ случаевъ приходится однако имѣть дѣло съ комбинаціею этихъ формъ. Селезенка опухаетъ, тѣмъ не менѣе ее лишь рѣдко удается прощупать. Характерно сильное нарушеніе общаго самочувствія. Продолжительность болѣзни—отъ одной до нѣсколькихъ недѣль; выздоровленіе идетъ весьма медленно. *Осложненія*: Воспаленія (въ особ. otitis media и бронхопнеймонія) и невралгіи. *Послѣдующія заболѣванія*: нервность, продолжительныя разстройства сердца и—у предрасположенныхъ—туберкулезъ.

Распознаваніе при обращеніи вниманія на характерную слабость и другіе нервные симптомы обыкновенно легко, тѣмъ не менѣе исключеніе тифа и милярнаго туберкулеза можетъ представлять въ тяжелыхъ случаяхъ большія затрудненія. Присутствіе открытыхъ R. Pfeiffer'омъ бациллъ инфлюэнцы можно обнаружить съ достовѣрностью лишь при помощи культуръ.

Леченіе: Покой, пребываніе въ постели. Въ свѣжихъ случаяхъ сильное потѣніе большею частью доставляетъ значительное облегченіе. Вслѣдъ затѣмъ влажныя обертыванія. При запорахъ—каломель или кастор. масло. На боли головы и конечностей вліяніе оказываетъ хининъ (2 раза въ день по 0.5), антипиринъ, салициринъ или фенацетинъ (1,0 по 3 р. въ д.) и антифебринъ (2—3 р. въ д. по 0.5). Кромѣ этого нужно бороться съ имѣющимися разстройствами (бронхитъ, диспепсія, нейралгія, бессонница), въ особенности слѣдуетъ рекомендовать промыванія носовой полости. Въ періодъ выздоравливанія

слѣдуетъ соблюдать значительную осторожность. Изоляція больныхъ инфлюэнцою желательна.

10. Дифтерія.

Инкубаціонный періодъ отъ 2 до 5 дней. При явленіяхъ лихорадки и недомоганія (болѣе взрослые дѣти жалуются также на боли въ головѣ и горлѣ) на покраснѣвшей слизистой оболочкѣ миндалевидныхъ железъ и неба образуются бѣлые или сѣровато-бѣлые налеты, которые могутъ въ послѣдующіе дни распространиться по зѣву, носу, гортани и бронхамъ. Подчелюстныя лимфатическія железы опухаютъ. Самочувствіе обыкновенно очень плохое, анкетить отсутствуетъ, моча нерѣдко содержитъ бѣлокъ.

Если присоединяется вторичная септическая инфекция, то налеты становятся сѣрыми, грязными и крайне зловонными. Дифтерію носа можно распознать по жидко-гнойному или кроваво-гнойному выдѣленію, изъязвляющему носъ и верхнюю губу; заболѣваніе гортани обнаруживается охрипlostью, характернымъ кашлемъ и стенозомъ (продолжительное шумное вдыханіе, сопровождающееся втягиваніемъ *juguli* и области желудка).

Важнѣйшими *осложненіями* являются б р о н х о п н е й м о н і я, особенно легко возникающая при трахеотоміи и острый міокардитъ, который можетъ вызвать сердечную слабость и смерть. Наблюдаются также воспаленіе средняго уха и острый паренхиматозный нефритъ.

Среди *послѣдующихъ заболѣваній* главное мѣсто должно быть отведено дифтеритическому п о л и н е в р и т у, выражающемуся параличемъ небной занавѣски (носовое произношеніе, попаданіе напитковъ въ носовую полость), параличемъ аккомодации (невозможность читать) атаксіею ногъ и отсутствіемъ пателлярныхъ рефлексовъ; полиневритъ этотъ можетъ, впрочемъ, распространиться по всему тѣлу. Предсказаніе благопріятно, смерть отъ паралича дыхательныхъ мышцъ наблюдается лишь рѣдко.

Относительно *распознаванія* дифтеріи см. стр. 56.

Профилактика и леченіе: Больного ребенка слѣдуетъ строго изолировать, бѣлье и окружающіе его предме-

ты должны быть дезинфицированы. Здоровыхъ братьевъ и сестеръ по возможности слѣдуетъ удалить изъ дому, кромѣ того ихъ нужно ежедневно осматривать, заставляя часто полоскать ротъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ цѣлесообразною мѣрою являются профилактическія прививки (см. ниже!)

Какъ только діагнозъ установленъ или можетъ считаться вѣроятнымъ, слѣдуетъ немедленно примѣнить антидифтеритную сыворотку. Средство это вырыскивается съ соблюденіемъ антисептическихъ предосторожностей подъ кожу живота или бедра. Въ свѣжихъ случаяхъ достаточна доза № I (=600 иммунизирующимъ единицамъ). Если заболѣваніе принадлежитъ къ числу болѣе тяжелыхъ или продолжается уже довольно долго, то прибѣгаютъ къ дозѣ № II или III (1000 resp. 1500 единицъ). Въ особенно тяжелыхъ случаяхъ примѣняются сильныя дозы IV Д и VI Д (2000 и 3000 единицъ). Повтореніе вырыскиванія требуется лишь въ исключительныхъ случаяхъ. Если вырыскиваніе производится въ первые 2—3 дня, то оно вліяетъ несомнѣнно благопріятно на теченіе болѣзни; сыворотка предохраняетъ также здоровыхъ лицъ, подвергающихся опасности зараженія, отъ заболѣванія. Для подобныхъ профилактическихъ цѣлей употребляется доза № 0 или половина дозы 0 Д (200 resp. 250 единицъ). Иммунитетъ продолжается около трехъ недѣль. Нежелательными побочными слѣдствіями вырыскиваній являются сыпь, напоминающія *erythema exsudativum*, болѣзненное опуханіе суставовъ и альбуминурія; явленія эти наступаютъ тотчасъ-же послѣ вырыскиваній или-же нѣсколькими недѣлями позже; они всегда исчезаютъ, не оставляя вредныхъ слѣдовъ.

Что касается другихъ средствъ, то въ этомъ отношеніи слѣдуетъ избѣгать особенно энергическихъ воздѣйствій и ограничиваться мѣрами по содержанію тѣла въ чистотѣ и сохраненію силъ больного покоемъ и рациональнымъ питаніемъ (молоко, мясной сокъ, яйца, супы, кашцеобразныя кушанья). Вино въ небольшихъ количествахъ можно разрѣшать, въ септическихъ случаяхъ спиртные напитки показаны въ болѣе значительныхъ до-

захъ. Если питаніе совершается неудовлетворительно вѣдствіе затрудненій глотанія, то нужно назначать по 2 питательныхъ клистира въ день (см. стр. 58). Вокругъ шеи обматывается мѣшокъ со льдомъ; для содержанія полости зѣва въ чистотѣ примѣняются полосканія растворами известковой воды, буры, салицил. натра; при зловонномъ дыханіи показанъ растворъ *Kali permang.* Если ребенокъ не умѣетъ полоскать, то ему назначаютъ ингаляцію или примѣняютъ спринцовку. При дифтеріи носа — осторожныя (изъ за воспаленія средняго уха) промыванія. Внутри въ нѣкоторыхъ случаяхъ дается черезъ каждыя 1—2 часа по чайн. лож. 2% раствора *Kali chlorici.* Для мѣстнаго дѣйствія употребляютъ — если уже считаютъ необходимымъ примѣнять что-либо подобное — исключительно нетоксическія средства: вдуванія сахарной пыли или *Flores sulfuris* (аа съ *Natr. sozojodol.*). Прижиганіе и соскабливаніе налетовъ бесполезно и опасно.

При стенозѣ гортани: интубація или трахеотомія.

При сердечной слабости: камфора, эфиръ, вино, кофе.

При параличахъ: желѣзо и *lix vomica.*

11. Dysenteria. Крoвавый поносъ.

Вѣдъ за мало характерными разстройствами пищеваренія наступаютъ быстро усиливающіеся поносы, лихорадка, иногда и рвота. Испражненія въ началѣ жидки, затѣмъ становятся слизистыми или кровянисто-слизистыми, они весьма часты и сопровождаются весьма тягостными тенезмами. Боли въ животѣ, отсутствіе аппетита, весьма плохое самочувствіе. При правильномъ режимѣ испражненія становятся рѣже и снова приобрѣтаютъ фекальный характеръ, тѣмъ не менѣе слабость и склонность къ диспепсїи продолжается иногда еще долгое время. Какъ смертельный исходъ, такъ и переходъ въ хроническую дизентерію у насъ наблюдается лишь крайне рѣдко.

Осложненія: Заболѣванія суставовъ, весьма рѣдко абсцессъ печени и *Peritonitis perforativa.* Если дѣло дошло до образованія язвъ, то позже можетъ развиваться рубцовое суженіе кишекъ.

Леченіе: Такъ какъ дизентерія при помощи испражнений весьма легко переносится на другихъ людей, то нужно дезинфицировать бѣлье, испраженія и судно; больного-же слѣдуетъ изолировать. Пища должна быть исключительно жидкая: слизистые супы, бульонъ, beef-tea, чай, красное вино, коньякъ. Насколько переносится молоко — приходится пробовать въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Раціональный методъ леченія стремится къ опорожненію кишечника. Ежедневно больной получаетъ 1—2 столов. ложки кастор. масла до тѣхъ поръ, пока испраженія не станутъ фекулентными. При большомъ отвращеніи къ этому средству оно прописывается въ капсюляхъ или вмѣстѣ съ настоемъ ревеня. Каломель (0.5 gr. die) можно—вслѣдствіе опасности стоматита—принимать не болѣе 2—3 дней подрядъ. Послѣ каждого испраженія область задняго прохода должна быть промыта, смазана борнымъ вазелиномъ и посыпана картофельнымъ крахмаломъ. Опій должно давать осторожно, при мучительномъ тенезмѣ помогаютъ суппозиторіи съ кокаиномъ (0.01—0.03 два или три раза въ день) или Extr. Belladonnae (0.02—0.05). По минованіи самыхъ острыхъ явленій можно назначать вяжущія (Tannigen) и промыванія кишечника 1% растворомъ танина или растворомъ борной кислоты и салициловаго натра. Rossbach рекомендуетъ нафталиновыя клизмы (1.0—5.0 въ алтейномъ чаѣ) Сулема (1 : 2000) не безопасна.

Дальнѣйшими средствами являются Ipecacuanha и Cort. simarubae (девоктъ 10.0—20.0 : 200.0 по столов. ложкѣ чер. 2 часа). Въ послѣднее время рекомендуется особенно для тяжелыхъ случаевъ: Cort. rad. Granator., Cort. Simarubae āā 10.0, colat. c. vini gallic albi 750.0 per horas XXIV S. 6—8 стол. лож. въ день, для дѣтей такое же число чайныхъ лож.).

12. Cholera asiatica.

Вслѣдъ за продолжающимися нѣсколько дней «премониторными» поносами—иногда, впрочемъ, и совершенно неожиданно—наступаетъ рвота, и появляются проливныя безболѣзненные, въ началѣ фекулентныя, затѣмъ водянистыя испраженія, напоминающія своимъ видомъ отваръ риса. Испраженія эти не издають запаха и содержатъ запятовидныя бациллы Коха (1883). Весьма быстро развивается крайне тяжелое болѣзненное состояніе, характеризующееся слабостью,

чувствомъ тоски, малымъ учащеннымъ пульсомъ, цианозомъ и похолоданіемъ конечностей (*stad. algidum s. asphycticum*). Все, поступающее въ желудокъ, тотчасъ-же изрыгается обратно. Животъ становится влажнымъ, голосъ хриплымъ, мочеотдѣленіе прекращается, наступаютъ болѣзненные судороги въ икрахъ; кожа теряетъ свою эластичность, такъ что, приводятая въ складку, она не распрямляется.

При этихъ явленіяхъ смерть можетъ наступить уже спустя нѣсколько часовъ. Въ благопріятныхъ случаяхъ рвота и поносъ постепенно прекращаются, пульсъ становится болѣе полнымъ, кожа становится болѣе теплою и влажною, анурія исчезаетъ (*stad. reactionis*), при чемъ моча, выдѣляющаяся въ началѣ, болшею частью содержитъ бѣлокъ и цилиндры. Такимъ образомъ можетъ наступить выздоровленіе. Въ другихъ случаяхъ однако наступаетъ рецидивъ и развивается тифозное состояніе (лихорадка, помраченіе сознанія, бредъ, нефритъ и уремическіе симптомы), часто оканчивающееся летально.

Болѣе легкіе холерные припадки протекають въ видѣ простого поноса или болѣе или менѣе сильной холерины.

Распознаваніе: Въ болѣе легкихъ или спорадическихъ случаяхъ отлчіе отъ *Cholera nostras* можетъ быть установлено лишь бактериологическимъ изслѣдованіемъ. Острое отравленіе мышьякомъ иногда поразительно похоже на картину холеры.

Профилактика и терапія: Во время холерной эпидеміи необходимо соблюдать строжайшую чистоту и быть умѣреннымъ въ пищѣ и питьѣ. Подозрительную воду (для питья и другихъ надобностей) должно кипятить. Сырой пищи слѣдуетъ избѣгать. Всякое расстройство пищеваренія нужно тщательно лечить (салоль, висмутъ). Многими рекомендуется систематическое употребленіе напитковъ, содержащихъ соляную или лимонную кислоту.

Больного слѣдуетъ изолировать, а его испраженія и бѣлье тщательно дезинфицировать. При появленіи сильныхъ поносовъ цѣлесообразными оказываются горячія кишечныя вливанія по Cantani (1—2 литра 1% раствора танина съ 30 каплями *tinctur. thebaica*, 14°—40°) и нѣсколько малыхъ дозъ (или одна большая доза) каломели. Напиткомъ служить чай съ портвейномъ или коньякомъ, бульонъ, кофе; при сильной рвотѣ — сельтерская вода и кусочки льда. Давать другія лекарства болшею частью бесполезно, такъ какъ они тотчасъ-же изрыгаются. При сильномъ возбужденіи, весьма частыхъ испраженіяхъ и непрерывной рвотѣ благопріятное дѣйствіе оказываетъ подкожное впрыскиваніе морфія. При колчансѣ примѣняются теплыя обертыванія, горячія бутылки, растираніе тѣла, короткія холодныя или продолжительныя теплыя ванны или горчичныя, шампанское, впрыскиваніе камфоры, эфира или мускуса. Еще болѣе дѣйствительнымъ оказывается подкожное или интравенозное вливаніе физиолог. раствора поварен. соли (0.9%). Для вливанія перваго рода пользуются обыкновенно подъяичною областью или бедромъ, изъ вень-же преимущественно выбирается *v. saphena* надъ голено-стопнымъ сочлененіемъ. Вливанія эти оказываютъ рѣзко замѣтное, но лишь непродолжительное дѣйствіе. Въ періодъ выздоравливанія приходится долго соблюдать строгую діету.

13. Erysipelas. Рожа.

Возбудителемъ болѣзни является *Streptococcus erysipelatos* Fehleisen'a. Инкубація—отъ нѣсколькихъ часовъ до трехъ дней. При явленіяхъ озноба и рвоты, исходя изъ часто совершенно незначительной раны (обыкновенно въ носу при насморкѣ), развивается острое воспаленіе кожи съ краснотою, опуханіемъ и напряженіемъ, распространяющееся въ теченіе слѣдующихъ дней по различнымъ направленіямъ. (*Erysip. migrans*). При этомъ наблюдается лихорадка послабляющаго, рѣже перемежающагося типа, головная боль, отсутствіе аппетита, слабость, нерѣдко и помраченіе сознанія и бредъ. На воспаленныхъ мѣстахъ нерѣдко возникаютъ пузыри (*Erys. bullosum*) или абсцессы (*E. abscondens*), рѣже некрозъ кожи (*E. gangraenosum*). Рецидивы часты.

Осложненія: бронхитъ, пневмон. lobularis, воспаленія суставовъ. Meningitis puruleata наблюдается рѣдко.

Леченіе: Пребываніе въ постели, невысокая температура помещенія, мѣры къ опорожненію кишечника, соляная кислота. Воспаленная кожа смазывается масломъ или ихтіоловою мазью (20—30%). Примочки со спиртомъ или скипидаромъ также дѣйствуютъ благопріятно. Головные боли и чувство недомоганія облегчаются пузыряемъ со льдомъ, хининомъ или антифебриномъ. При сонливости: ванны съ обливаніемъ. При колющѣ: кофе, вино, камфора. Абсцессы слѣдуетъ вскрывать. Относительно антистрептококковой сыворотки и способа Credé см. стр. 135.

Для предупрежденія рецидивовъ нужно принять мѣры къ тому, чтобы мѣсто проникновенія микробовъ зажило (ляписъ при царапинахъ на носу, леченіе язвъ ногъ и т. п.).

14. Febris intermittens. Malaria. Перемежающаяся лихорадка.

Инкубационный періодъ—отъ 1 до 3 недѣль. Начинается болѣзнь внезапно сильнымъ ознобомъ. При этомъ большею частью наблюдается чувство тяжелаго недомоганія, боль въ головѣ и затылкѣ, сердцебиеніе, ціанозъ, иног-

да рвота (въ нѣкоторыхъ случаяхъ и острое расширеніе сердца). Во время озноба температура повышается до 40—41°, затѣмъ наступаетъ стадій „сухого“ жара (2—4 часа), при которомъ температурм остается на прежней высотѣ или увеличивается. Затѣмъ температура при явленіяхъ сильнаго потоотдѣленія и значительнаго субъективнаго улучшенія падаетъ до нормальной высоты. Приступы эти, изъ которыхъ каждый продолжается 7—10 часовъ, могутъ повторяться ежедневно или же на 3-й, 4-й, 5-й день (*Febris intermittens quotidiana, tertiana, quartana, quintana*). Нерѣдко приступы въ послѣдующіе дни начинаются нѣсколько раньше или позже, чѣмъ въ предыдущіе, они „*anteposita*“ или „*postposita*“. Уже при второмъ приступѣ появляется опуханіе селезенки, увеличивающееся съ каждымъ дальнѣйшимъ приступомъ. Иногда наблюдается и опуханіе печени. *Herpes labialis* встрѣчается часто.

Вмѣсто приступовъ лихорадки могутъ наблюдаться: перемежающіяся невралгіи (главн. образомъ въ тройничномъ, но также и въ сѣдалищномъ, локтевомъ или какомъ нибудь межреберномъ нервѣ), кардіалгіи и колики, рѣже встрѣчаются поносы, кровотечения, судороги. Всѣ эти явленія обозначаютъ названіемъ *Intermittens larvata*.

Распознаваніе большею частью легко. Имѣть въ виду нужно пѣмию, язвенный эндокардитъ и туберкулезъ. Характерными являются открытыя Laveran'омъ въ 1882 году плазмодіи маляріи, которыхъ можно разсматривать въ сухихъ препаратахъ крови, окрашенныхъ эозиномъ и метиленовою синькою. Protozoa эти являются нѣжными пузыреобразными, часто ядро содержащими тѣльцами, живущими внутри красныхъ кровяныхъ шариковъ; здѣсь они впитываютъ въ себя гемоглобинъ, растутъ и образуютъ споры. Оболочка клѣтки лопается, споры освобождаются, въ свою очередь проникаютъ въ красныя кровяныя тѣльца, гдѣ изъ нихъ вырастаютъ новыя поколѣнія. Каждое разсѣваніе споръ имѣетъ слѣдствіемъ приступъ лихорадки, Плазмодіи *Febris tertianaе* требуютъ для своего развитія 48 часовъ, плазмодіи *F. quartanaе*—72 часа. Особый паразитъ *febris quotidianaе* до сихъ поръ не найденъ. По мнѣнію Golgi типъ этотъ возникаетъ такимъ образомъ, что 2 поколѣнія *tertianaе* или 3 поколѣнія *quartanaе* созрѣваютъ въ различные дни. На людей паразиты эти переносятся москитами (*Anopheles*).

Леченіе: По опредѣленіи типа лихорадки больному за пять часовъ до ожидаемаго приступа дается 1.0 — 2.0 chinin. sulphat. (въ облаткѣ съ нѣсколькими каплями соляной кислоты). Дозу эту повторяютъ на второй или третій день, а затѣмъ въ продолженіе нѣсколькихъ дней дается еще по 0.5 въ день. Для подкожнаго впрыскиванія годится: Chinini bismuriat. 3.0, aq. dest. 6.0 S. При наступленіи лихорадки 1 — 2 шприца. Метиленовая синька (0,5 pro die) мало надежна и не предохраняетъ отъ рецидивовъ. Въ долго тянущихся случаяхъ, въ которыхъ хининъ или уже не помогаетъ или не переносится, благопріятное дѣйствіе часто оказываетъ мышьякъ въ формѣ sol. Fowleri (5—10 капель 2 раза въ день) или Pil. asiaticae (см. стр. 145).

При скрытыхъ формахъ маляріи назначается то-же леченіе. Противъ остающейся часто опухоли селезенки успешно примѣняются холодныя души на область селезенки.

Въ качествѣ **профилактическихъ средствъ** въ малярійныхъ мѣстностяхъ рекомендуется оздоровленіе почвы, мѣры противъ москитовъ (сѣтки) и періодическое употребленіе хинина или эйхинина (по 0.5 каждый пятый день). Лучшимъ средствомъ для предупрежденія рецидивовъ является переселеніе въ мѣсто, свободное отъ маляріи (горныя мѣстности).

15. Septicopyemia.

Мѣстомъ вхожденія возбудителя болѣзни (*Staphylococcus pyogenes aureus* или *Streptococcus pyog.* или оба эти организма вмѣстѣ) большею частью оказывается эк-

Температурная кривая при
intermittens tertiana

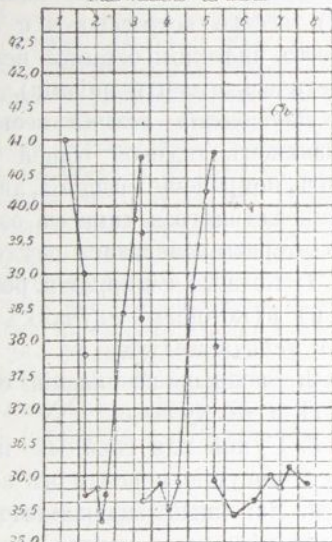


Рис. 11.

Ch=1,5 хинину.

коріація кожи или внутреннія раневыя поверхности (пуперальная матка, язвы кишечника или желчныхъ путей); все-же встрѣчаются и такіе случаи, въ которыхъ способъ инфекціи остается невыясненнымъ (т. н. криптогенетическая септикопіэмія).

Клиническія явленія весьма разнообразны. Помимо признаковъ тяжелой общей инфекціи (слабость, сухой языкъ, помраченіе сознанія, лихорадка послабляющаго или перемежающагося типа съ ознобами, опухоль селезенки) характерными являются слѣдующіе мѣстные симптомы:

1. Кожныя гѣморрагіи, розеолы, пустулы или абсцессы, въ нѣкоторыхъ случаяхъ скарлатинообразная эритема и легкая желтуха.
2. Гнойныя воспаленія суставовъ, абсцессы въ періостѣ и мускулахъ.
3. Сухой или гнойный плевритъ и пнеймоническіе очаги, могущіе перейти въ абсцессы легкихъ.
4. Язвенный эндокардитъ (шумы надъ верхушкою сердца, рѣже надъ аортою), иногда гнойный перикардитъ.
5. Гѣморрагическій нефритъ.
6. Тяжелыя мозговыя явленія, служащія выраженіемъ септического отравленія или-же обусловленныя гнойнымъ менингитомъ, кровоизліяніемъ въ мозгу или абсцессомъ мозга. Могутъ появляться и форменныя параличи.
7. Кровоизліянія и бѣлыя пятна въ сѣтчаткѣ.

Распознаваніе въ началѣ часто затруднительно, въ особенности когда не имѣется явной раны. Болѣзнь можно тогда смѣшать съ тифомъ, милиарнымъ туберкулезомъ, тяжелой инфлюэнцою, маляріею, сапомъ, а иногда даже съ суставнымъ ревматизмомъ и уреміею. Особенное вниманіе слѣдуетъ обращать на сыпи, выступающія на кожѣ, и на изслѣдованіе глазного дна.

Леченіе: Слѣдуетъ стремиться къ сохраненію силъ больного назначеніемъ надлежащаго питанія и алкоголя, который обыкновенно хорошо переносится. Въ началѣ можно попробовать примѣненіе потогонныхъ средствъ; при усиленіи нервныхъ явленій показаны тепловатыя ванны съ холодными обливаніями. Изъ внутреннихъ средствъ вниманія заслуживаютъ хининъ и салициловая кислота.

Въ послѣднее время стали рекомендовать способъ фиксаціи Fochier'a: въ икроножныя мускулы или у мѣста прикрѣпленія дельтовидной мышцы вприскиваются 2 грамма терпентин. масла. При довольно сильныхъ боляхъ (морфій!) образуется абсцессъ, который вскрываютъ, какъ можно позже. По сообщеніямъ авторовъ общее состояніе во время образованія абсцесса улучшается, ознобовъ нѣтъ; въ случаѣ надобности вприскиваніе повторяется. — Относительно антистрептококковой сыворотки Marmorek'a также сдѣланы благопріятныя сообщенія. Serum-Gesellschaft въ Landsberg a. W. продаетъ эту сыворотку въ стеклянкахъ, содержащихъ по 10 кубич. сантим., (цѣна 4 марки). Въ первый день вприскиваютъ подъ кожу 20—30, въ слѣдующіе по 10 куб. сантим. до тѣхъ поръ, пока не установится нормальная температура. (Сывороткѣ этой приписываютъ благопріятное дѣйствіе и при другихъ стрептомикозахъ: при роуѣ, флегмонѣ, осложненіяхъ скарлатины и т. д.). По Crédé на обмытой мыломъ кожѣ спины 1—2 раза въ день въ теченіе 20—30 минутъ втирается 2.0—3.0 (у дѣтей 1.0) Unguenti collargoli (Argent. colloidalе) до наступленія явнаго улучшенія. Еще болѣе благопріятное дѣйствіе приписывается интравенознымъ вприскиваніямъ (ежедневно 5—10 куб. сантим. 1% раствора колларгола).

16. Сибирская язва. (Anthrax).

Открытыя Pollender'омъ въ 1849 году, бациллы сибирской язвы попадаютъ въ тѣло большею частью чрезъ мелкія раны кожи. По истеченіи инкубаціоннаго періода, продолжающагося 1—7 дней, на кожѣ образуется синева-черный пузырекъ, окруженный въ видѣ вала покрасѣвшей и инфильтрированной сосѣдней тканью (*Pustula maligna*), причемъ наблюдается повышеніе температуры и опуханіе близлежащихъ лимфатическихъ железъ. Въ благопріятныхъ случаяхъ процессъ сохраняетъ мѣстный характеръ и оканчивается заживленіемъ, нерѣдко однако лихорадка усиливается, обнаруживаются тяжелыя общія явленія (помраченіе сознанія, бредъ, адинамія), при которыхъ спустя нѣсколько дней и наступаетъ смерть.

Инфекція можетъ локализоваться и въ кишечникѣ (*Mucosis intestinalis*). Въ этихъ случаяхъ развивается тифоподобное состояніе съ жаромъ (и ознобомъ), значительною слабостью, рвотою и (иногда кровавыми) поносами, большею частью быстро кончающееся смертию. — Довольно рѣдко наблюдается сибирская язва легкихъ (пнеймонія отъ вдыханія споръ сиб. язвы при сортированіи шерсти, тряпокъ), быстро ведущая къ смерти.

При *распознаваніи* нужно принимать во вниманіе занятіе больного (кожевники, скорняки, тряпичники, канатчики, шалочники). Въ содержимомъ пустулы (при сибирск. язвѣ легкихъ въ мокротѣ) можно констатировать специф. бациллу помощью окрашиванія генциана-виолетомъ.

Леченіе: Свѣжія пустулы слѣдуетъ разрушать каленымъ желѣзомъ, болѣе старыя нужно перевязывать и держать данную часть

тѣла въ полномъ покоѣ. Во всемъ остальномъ леченіе симптоматическое.

17. Сапъ. Malleus.

Сапная бацилла Löffler-Schütz'a переносится на человека отдѣленіемъ лошадей, больныхъ сапомъ. Инкубация продолжается 3—5 дней. На мѣстѣ зараженія возникаетъ флегмона съ инфильтраціею сосѣднихъ лимфатическихъ железъ, затѣмъ въ разныхъ мѣстахъ появляются абсцессы, отдѣльные суставы опухаютъ, на слизистой носа образуются язвы съ гнойнымъ отдѣленіемъ. Въ то-же время развивается септико-піэмическое состояніе съ помраченіемъ сознания, бредомъ, сильнымъ повышеніемъ температуры, опуханіемъ селезенки и поносами. Въ подобныхъ острыхъ случаяхъ летальный исходъ неизбеженъ; при хроническомъ теченіи въ половинѣ всѣхъ случаевъ наступаетъ выздоровленіе.

Распознаваніе: Острый сапъ легко смѣшать съ другими піэмическими процессами. Слѣдуетъ принимать во вниманіе участіе слизистой носа и возможность инфекции (кучерь, кавалеристъ, ветеринаръ).

Леченіе: При остромъ теченіи хирургическое вмѣшательство. Во многихъ хроническихъ случаяхъ выздоровленіе наступало вслѣдъ за ртутными втираніями и употребленіемъ іодистаго каіа.

18. Собачье бѣшенство. Lyssa. Rabies. Hydrophobia.

Зараженіе происходитъ вслѣдствіе укусовъ больныхъ животныхъ (собаки, кошки, волка). Инкубация—отъ 1 до 6 мѣсяцевъ. Болѣзнь начинается покраснѣніемъ рубца, возбужденіемъ, безсонницею, головою болью и плохимъ самочувствіемъ. На 2-й или 3-й день появляются судороги въ глоточныхъ, гортанныхъ и дыхательныхъ мышцахъ, сопровождаемая чувствомъ удушья и сильнымъ сердечнымъ страхомъ. Невозможность глотать при сильной жаждѣ. Значительное слюнотеченіе. Температура большею частью лишь мало повышена. Спустя 2—3 дня послѣ появленія судорогъ смерть наступаетъ отъ паралича сердца.

Леченіе: Раны отъ укусовъ подозрительныхъ животныхъ тщательно дезинфицируются и прижигаются Raquelin'омъ или фдкимъ каіа. Затѣмъ предохранительная прививка по Pasteur'у. По наступленіи судорогъ большія дозы морфія, хлорала или вдыханіе хлороформа.

19. Tetanus. Столбнякъ.

Открытые Nicolaier'омъ «гвоздеобразныя» бациллы столбняка проникаютъ въ тѣло или сквозь рану, загрязненную пылью, соромъ, садовою землею (Tetanus traumaticus) или-же неизвѣстнымъ путемъ (T. idiopathicus) Иногда болѣзнь развивается вслѣдъ за простудою (T. rheumaticus). Инкубация продолжается отъ 3 до 20 дней. Болѣзнь начинается напряженіемъ въ жевательныхъ мышцахъ (trismus), затѣмъ напряженіе это переходитъ на затылочные и лицевыя мышцы

вслѣдствіе чего лицо получаетъ характерное выраженіе страха. Вскорѣ затѣмъ появляется контрактура брюшныхъ и въ особенности спинныхъ мышцъ съ сильнымъ опистотонусомъ, а позже появляется напряженіе въ конечностяхъ. Эти тоническія судороги усиливаются приступами въ отвѣтъ на внѣшнія раздраженія. Больные испытываютъ при этомъ жестокую боль въ сокращающихся мышцахъ и сильную одышку. Затрудненіе дыханія и отхаркиванія легко вызываетъ бронхитъ и пневмонію. Температура большею частью лишь незначительно повышена, не совсѣмъ рѣдко наблюдается преагональное повышение температуры (до 43° и болѣе). Сознаніе до конца остается непомяченнымъ.

Предсказаніе тѣмъ серьезнѣе, чѣмъ меньше періодъ инкубаци и чѣмъ скорѣе идетъ развитіе болѣзни.

Леченіе: Всякая констатируемая рана должна быть тщательно дезинфицирована; въ нѣкотор. случаяхъ ее приходится и вырѣзывать. Всякое раздраженіе должно быть устранено. Въ нѣкот. случаяхъ облегченіе доставляютъ теплыя ванны. При затрудненномъ введеніи пищи (*trismus*)—питательные клистиры. Симптоматически дѣйствуютъ морфій (0,02—0,03 подкожно, нѣсколько разъ въ день), хлоралгидратъ (2,0—3,0 три раза въ день) и уретанъ (такимъ-же образомъ). Бромистый калий большею частью бесполезенъ, кураре опасно. Кромѣ того слѣдуетъ примѣнить, какъ можно раньше антитоксинъ столбняка (*Behring's*). *Farbikwerke in Höchst aa. M.* продаютъ теперь сыворотку въ стеклянкахъ по 100 антитоксическихъ единицъ. 2—3 дня водъ рядъ больному впрыскиваютъ (лучше всего въ мѣстѣ, лежащемъ периферически отъ зараженной раны) водъ кожу по количеству, равняющемуся содержимому одной такой стеклянки. При *Tetanus puerperalis* водъ кожу впрыскиваютъ лишь $\frac{4}{5}$ этого количества остальное-же вмѣстѣ съ десятикратнымъ количествомъ 0,4% раствора карболовой кислоты *intra vaginam*. Для профилактическихъ прививокъ (при загрязненныхъ ранахъ) достаточно 20 анитокс. единицъ.—Благопріятныя сообщенія имѣются также относительно способа *Vaccelli*: подкожное впрыскиваніе 3% раствора карболовой к-ты или 10% карболоваго масла до 0,5 карболовой кислоты *p. die*. Въ послѣднее время стали рекомендовать подкожное примѣненіе свѣжеприготовленной эмульсии изъ мозга (кролика).

При *Trismus* и *Tetanus neonatorum*, возникающихъ обыкновенно вслѣдствіе загрязненія раны пунка, помимо анитоксина слѣдуетъ примѣнять клистиры изъ хлорала (0,1—0,25 въ *mucilago saler.* черезъ каждыя 3 часа) и питаніе зондомъ.

20. Meningitis cerebrospinalis epidemica.

Болѣзнь начинается большею частью совершенно внезапно жестокими болями въ головѣ и затылкѣ, головокруженіемъ, рвотою, помраченіемъ сознанія и бредомъ. При изслѣдованіи можно констатировать одеревенѣлость затылка и контрактуру спинныхъ мышцъ съ опистотонусомъ. Позвоночникъ, кожа и мускулы конечностей ве-

еьма чувствительны къ давленію, животъ ладьеобразно втянутъ, рефлексы большею частью нѣсколько повышены. Почти всегда наблюдается лихорадка ремиттирующаго или перемежающагося типа, часто также herpes labialis, опухоль селезенки и бѣлокъ. Въ діагностическомъ отношеніи важны разстройства черепныхъ нервовъ: неравномѣрность зрачковъ съ мидріазомъ или міозомъ, страбизмъ, нистагмъ, neuritis optica, тупость слуха, парезъ или судорога лицевого нерва; встрѣчаются также моноплегии и гемиплегии.

Распознаваніе: Ср. Meningitis tuberc. и purulenta бол. невр. сист. Необходимо принять во вниманіе эпидемичность болѣзни и herpes. Въ жидкости, добытой пункциею позвоночнаго канала, находится meningococcus intracellularis Weichselbaum'a или pneumococcus Fränkel'я. Послѣдній микробъ часто удается обнаружить и въ носовой слизи больного.

Предсказаніе весьма серьезно. Смерть можетъ наступить уже въ первые дни (meningitis siderans), чаще однако исходъ этотъ наблюдается на 2-й или 3-й недѣлѣ. Если болѣзнь оканчивается выздоровленіемъ, то она все же часто оставляетъ слѣды въ видѣ привыч. головной боли, слабоумія, глухоты (воспаленіе лабиринта!) эпилепсії или паралича.

Леченіе: Пьявки на оба сосцевидн. отростка, ледъ на голову и позвоночникъ, втиранія ртутной мази; при сильномъ возбужденіи клистиры съ хлораломъ или морфій. Благопріятное дѣйствіе оказываютъ горячія ванны (до 40° С.). Въ періодъ выздоравливанія—тепловатыя ванны и іодистый калий (1.0—2.0 ежедневно).

21. Острый милиарный туберкулезъ.

Болѣзнь эта можетъ протекать въ различныхъ формахъ. Чаще всего наблюдаются слѣдующія:

а) Туберкулезный менингитъ (см. бол. невр. сист.). При этой формѣ симптомы со стороны другихъ органовъ настолько отступаютъ на задній планъ, что ихъ незначѣмъ описывать особо.

б) Миліарный туберкулезъ съ преимущественною локализаціею въ легкихъ протекаетъ подъ видомъ тяжелаго бронхита, лобулярной или крупозной пневмоніи. При этомъ однако бросается въ глаза адинамія, блѣдность, ціанозъ и одышка больного. Не смотря на цілесообразный режимъ, больной не поправляется и черезъ нѣсколько (3—5) недѣль при явленіяхъ недостаточности дыханія наступаетъ смерть.

с) Тифозная форма. Подобно тому какъ это наблюдается при брюшномъ тифѣ, и здѣсь при явленіяхъ головной боли, слабости и лихорадки постепенно развивается тяжелое болѣзненное состояніе съ сопоромъ и бредомъ. Обнаруживается бронхитъ и опуханіе селезенки, иногда даже выступаетъ розеолоподобная сыпь. И здѣсь также подозрительнымъ является ціанозъ и глубокое затрудненное дыханіе. Пульсъ учащенъ, часто малъ и неправиленъ. Обыкновенно существуютъ запоры, рѣже поносы. Смерть наступаетъ большею частью на 3-ей недѣлѣ въ coma.

Для *распознаванія* прежде всего крайне важенъ анамнезъ: наслѣдственность, прежнія золотушные или туберкулезныя заболѣванія. При отсутствіи анамнестическихъ данныхъ (у дѣтей, коматозныхъ больныхъ) нужно искать рубцы, указывающіе на бывшее нагноеніе железъ и костей, помутнѣнній роговицы, слѣдовъ плеврита. Извѣстное значеніе можетъ быть приписано діазо-реакціи Ehrlich'a (см. изсл. мочи), почти всегда положительной при тифѣ и большею частью отрицательной при менингитѣ (реакція эта получается, правда, весьма часто и при легочной чахоткѣ, но распознаваніе миліарнаго туберкулеза, присоединяющагося къ этой болѣзни, не представляетъ затрудненій). Рѣшающее значеніе имѣетъ констатированіе бугорковъ въ сосудистой оболочкѣ, но бугорки эти не всегда имѣются.

Леченіе можетъ быть только симптоматическимъ.

22. Actinomycosis.

Лучистый грибокъ (*Actinomyces*, отвр. Bollinger'омъ въ 1877 г.) локализуется у человѣка главнымъ образомъ въ трехъ различныхъ областяхъ:

1. **Актиномикозъ полости рта и горла.** Зараженіе происходитъ вѣроятно черезъ посредство каріозныхъ зубовъ. На днѣ полости рта, въ челюсти или въ горлѣ образуются твердые инфильтраты, легко переходящіе въ нагноеніе и обнаруживающіе большую склонность въ распространенію на окружающія ткани. При локализациі въ горлѣ часто образуются превертебральные абсцессы, проникающіе до грудной полости.

2. **Актиномикозъ грудной полости.** Зараженіе происходитъ вѣроятно путемъ вдыханія (колосья!). Грибокъ вѣдряется въ легкія, оттуда проникаетъ въ плевру и сквозь нее до стѣнки грудной кѣтки (инфильтраты легкіхъ, гнильчатый бронхитъ, эмпиемы, периплевритическія флегмоны. Въ нѣкотор. случаяхъ наблюдается переходъ въ брюшную полость.

3. **Актиномикозъ брюшной полости.** Зараженіе происходитъ вѣроятно со стороны кишечника. Наблюдаются осумкованные экссудаты вокругъ кишечника и женскихъ половыхъ органовъ, представляющіе явленія перитифлита, паранефрита, поддиафрагмального абсцесса, параметрита и т. п.

Характерною является наклонность къ дальнѣйшему распространенію, размягченію и образованію фистуль. Гной или мокрота содержитъ желтыя или бѣловатыя зернышки величиною въ маковое зерно, состоящія изъ центрального сплетенія нитей и радіально отходящихъ отъ него булавовидныхъ утолщеній.

Леченіе: Продолжительное употребленіе іодистаго калия (1.0—2.0 въ день) во многихъ случаяхъ вело къ выздоровленію, тѣмъ не менѣе не всегда можно обойтись безъ хирургическаго вмѣшательства. Въ случаяхъ, въ которыхъ процессъ зашелъ далеко, смерть наступать при пізмическихъ явленіяхъ (метастазы) или же отъ истощенія, иногда связаннаго съ амилоидомъ печени, почекъ и селезенки.

23. Трихинозъ.

Когда свиное мясо, содержащее трихины, попадаетъ къ человѣку въ желудокъ, заключенные до тѣхъ поръ въ капсулы паразиты освобождаются, достигаютъ здѣсь половой зрѣлости, совокупаются и производятъ—начиная съ 7-го дня—безчисленное множество зародышей; зародыши эти проникаютъ въ мышцы, гдѣ они по достиженіи зрѣлости окружаются капсулами.

Клиническія явленія въ началѣ заключаются въ диспептическихъ разстройствахъ со стороны желудка и кишечника (боли живота, рвота, поносы). На второй недѣлѣ мышечныя боли съ опуханіемъ мускулатуры и чувствительностью ея къ давленію. Всѣ движенія крайне затруднены (часто между прочимъ и жеваніе, глотаніе, дыханіе), нерѣдко наблюдается охриплость. Весьма характерны отеки, въ особенности на вѣкахъ и тыльной поверхности рукъ и ногъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ больные совершенно безпомощны, лихорадятъ (до 40° и выше) и сильно потѣютъ; влѣдствіе

недостаточности дыханія у нихъ легко возникаетъ бронхитъ пневмонія, и на 5-й или 6-й недѣлѣ можетъ наступить смерть. Въ благопріятныхъ случаяхъ выздоровленіе весьма медленно.

Діагнозъ обезпечивается нахожденіемъ трихинъ въ испражненіяхъ больного. Болѣзнь можно смѣшать съ мышечнымъ и суставнымъ ревматизмомъ и полиневритомъ.

Леченіе: Если зараженіе рано замѣчено, то нужно стремиться удалить по возможности трихины изъ кишечника. Съ этою цѣлью назначаются повторные приемы слабительнаго (кадомеля или кастороваго масла). Для умерщвленія оставшихся паразитовъ рекомендуются глицеринъ (по столов. лож. черезъ 1—2 часа) и бензолъ (Benzol 6:0, Mucilago gummi arab. 20.0, Aq. menth. pip. 120.0. S. По столовой ложкѣ черезъ 1—2 часа. Взбалтывать). При появленіи мышечныхъ болей леченіе симптоматическое: активиринъ, антифебринъ, теплыя ванны, втиранія, морфій и т. д.

VI. Болѣзни крови и общія разстройства питанія.

Изслѣдованіе крови.

Для практики важнѣйшимъ методомъ является микроскопическое изслѣдованіе свѣжей крови. Очищенную ногтевую фалангу пальца слегка сдавливаютъ съ боковъ и вкалываютъ иглу въ середину мякоти. Слишкомъ сильнаго давленія слѣдуетъ остерегаться, такъ какъ при этомъ вмѣстѣ съ кровью легко можно выжать и лимфу. Выступившую каплю крови осторожно захватываютъ подогрѣтымъ предметнымъ стеклышкомъ, послѣ чего его покрываютъ подогрѣтымъ покровнымъ стеклышкомъ. У здоровыхъ лицъ громадное большинство красныхъ кровяныхъ тѣлецъ становится на ребро и образуетъ т. н. „монетные столбики“. Плашмя лежатъ лишь немногіе красные кровяные шарики, являющіеся красно-вато-желтыми, безъ ядерными, круглыми, двояко-вогнутыми тѣльцами приблизительно одинаковой величины. Лишь спустя нѣкоторое время появляются формы тутовой ягоды. Бѣлыя кровяныя тѣльца (лимфоциты и лейкоциты) попадаютъ лишь по одному или нѣсколько въ полѣ зрѣнія. Онѣ неодинаковой величины, ихъ зернистое шарообразное тѣло снабжено однимъ или нѣсколькими ядрами. Маленькія, повидимому безструктурныя, кровяныя пластинки пока не представляютъ клиническаго интереса.

Въ патологическихъ случаяхъ встрѣчаются слѣдующія отступленія:

1. Уменьшеніе образованія монетныхъ столбиковъ при всѣхъ анемическихъ состояніяхъ, полное от-

сутствие ихъ при тяжелыхъ анэмiяхъ, въ особенности же при анэмiи злокачественной.

2. Измѣненія формы красныхъ кровяныхъ тѣлецъ (пойкилоцитозъ), являющихся овальными, грушевидными, полулунными и не рѣдко снабженными ядрами. При этомъ величина ихъ весьма различна: рядомъ съ ненормально маленькими (микрциты) встрѣчаются весьма большіе (мегациты) красные кровяные шарики. Наиболѣе выраженъ пойкилоцитозъ при злокачественной анэмiи; при тяжелыхъ хлорозѣ встрѣчаются лишь намеки.

3. Увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Тогда какъ при нормальныхъ условіяхъ на одно бѣлое тѣлце приходится до 500—800 бѣлыхъ, отношеніе это при лейкоэмiи можетъ дойти до 1:50—20 и даже до 1:2. Небольшое увеличеніе (лейкоцитозъ) весьма часто встрѣчается при беременности, при анэмическихъ и кахектическихъ состояніяхъ и разныхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, въ особенности при благопріятно протекающихъ пнеймоніяхъ и при гнойномъ менингитѣ (оно не наблюдается при брюшномъ тифѣ и туберкулезномъ менингитѣ).

Болѣе точные методы изслѣдованія крови изложены въ соотвѣт. учебникахъ. Здѣсь мы только напомнимъ, что число красныхъ кров. тѣлецъ въ 1 куб. мил. равняется у мужчинъ 5, у женщинъ $4\frac{1}{2}$ милліонамъ, тогда какъ соотвѣтственное число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ колеблется между 7000 и 9000. Содержаніе гемоглобина приблизительно равняется у мужчинъ 14%, у женщинъ 13%. Реакція крови щелочная.

1. Хлорозъ. Блѣдная немочь.

Больные жалуются на слабость, головныя боли, боли въ спинѣ, одышку, сердцебіеніе и диспептическія разстройства. Часто наблюдаются обмороки, носовое кровотеченіе, легко возникаетъ язва желудка.

Блѣдно-желтоватая (восково-блѣдная, иногда съ легкимъ зеленоватымъ отливомъ) кожа, блѣдныя слизистыя оболочки, большею частью хорошо развитой жировой слой. Надъ яремными венами слышенъ шумъ волчка (*bruit de diable*), надъ сердцемъ анэмическіе шумы; иногда наблюдаются легкіе отеки надъ лодыжками. Желудокъ часто чувствителенъ къ давленію (уменьшеніе соляной кислоты). Запоры. Изрѣдка опухоль селезенки. Мензесъ то скудный, то обильный, часто болѣзненный; часто бываютъ бѣли. Въ особенно тяжелыхъ случаяхъ въ венахъ образуются тромбы (смертельныя эмболіи!).

Данныя изслѣдованія крови: кровь блѣдная, содержаніе гѣмоглобина уменьшено наполовину и болѣе, по своему числу и виду красныя и бѣлыя кров. тѣльца не представляютъ аномалій; лишь въ тяжелыхъ случаяхъ замѣчается легкій пойкилоцитозъ.

Распознаваніе: Требуется исключить злокач. анемію, лейкѣмію (изслѣдованіе крови!) и главнымъ образомъ инциальный туберкулезъ легкихъ.

Леченіе: Въ тяжелыхъ случаяхъ больныхъ укладываютъ въ постель. Въ большинствѣ случаевъ можно ограничиться покоемъ (гулять не слишкомъ много, лучше сидѣть на свѣжемъ воздухѣ). При возможности пребываніе въ деревнѣ или горной мѣстности. Частыя теплыя ванны. Питательная, но легкая ѣда, въ нѣкоторыхъ случаяхъ Milchkur. При разстройствѣ желудка—Acid. mu-riaticum, при кардіальгіи—висмутъ. Мѣры къ ежедневному опорожненію кишечника.

При хорошемъ состояніи желудка въ теченіе 2—3 мѣсяцевъ ежедневно послѣ ѣды дается желѣзо (въ водѣ). Тяжелая пища, способствующая образованію большого количества газовъ, противопоказана. На время менструаціи приѣмы желѣза прерываютъ. При болѣзненныхъ и обильныхъ мѣсячныхъ больныя должны лежать въ постели и принимать 3 раза въ день по 20 капель Extract. fluid. secalis cornut. Легкими препаратами желѣза являются:

Liq. ferri albuminati ($\frac{1}{2}$ —1 чайн. лож. 3 раза въ день).

Ferrum oxydat. saccharat. } 3 раза въ день на кончикѣ ножа и
Ferrum carbonic. sacchar. } болѣе до полной чайной лож.

114. Rp. Ferri carbon. 3.0.
Pulv. rad. Liquir.
Succ. Liquirit. āā q. S.
ut f. pilul. Nr. 60.
S. 3 раза въ д. по 2—4
пилюли (Pilul. Valetti).

116. Rp. Ferri reducti 5.0.
Pulv. rad. alth. 4.0.
Gelatinae et aq. dest. q. s.
ut f. pilul. Nr. 90.
S. По 2—9 пилюль въ д.

115. Rp. Ferri carbon. sacchar.
12.0.
Extract. Gentian. 3.0.
M. f. pilul. Nr. 6.0.
S. По 2 пил. 3 р. въ д.

117. Rp. Ferri lactici 3.0.
Succ. liquir. q. s.
ut f. pilul. Nr. 60.
S. По 2—4 пил. 2—3 р.
въ день.

Нѣсколько труднѣе усваиваются слѣдующіе препараты:

Tinctura ferri pomata	} По 10—20—30 кап. 3 р. въ д.
Tinet. ferri acetic. aetherea	
Tinet. ferri chlorata aether.	

Pilul. Blandi (Ferri sulfur, Kaliu carbon. $\bar{a}\bar{a}$ 15.0, Tragacanth. q. s. ut f. pil. Nr. 90. По 2—4 пил. 3 раза въ д.) или—при запорахъ и amenorrhoe—pil. aloetic. ferratae (pilul. italicae) по 1—2 пил. 2 раза въ день.

Въ послѣднее время появились новыя органическіе препараты: Ferratin (3 р. въ д. по 0.5), Hämol и Hämogalloy (такимъ-же образомъ), Hämalbumin (3 р. въ д. по 1.0—2.0), Hämatoген и Dynamogen (по 3 стол. лож. въ день), Pilul. sanguinali (по 2—3 пил. 3 р. въ д.), желѣз. соматоза (2 чайн. лож. въ д.).

Лѣтомъ леченіе въ Elster'ѣ, Franzensbad'ѣ, Steben'ѣ, Pyrmont'ѣ, Schwalbach'ѣ, Cudowa, Spa, St. Moritz'ѣ, или-же употребленіе фосфорнокислыхъ желѣзныхъ водъ (2 р. въ д. по полбутылкѣ).

Если желѣзо обазывается неэффективнымъ, то можно прибѣгнуть къ sol. Fowleri (3 р. въ д. по 5 капель) и къ водамъ источниковъ Leviso и Ronsegno (по чайной—до десертной—лож. 3 раза въ день на водѣ), содержащимъ желѣзо и мышьякъ.

При анеміи дѣтей наиболѣе подходящими средствами обазываются Ferr. oxydat. или carbon. saccharat. (на конч. ножа въ молоко 3 р. въ д.), Syrup. ferri oxydat. (по 1 чайн. лож. 3 р. въ д.) и желѣз. мальць-экстрактъ (такимъ-же образомъ). Кроме того.

118. Rp. Ferri pyrophosph. с. ammon. citrico 1.0.

Aq. destillat. 10.0.

Syr. simpl. 20.0.

S. По чайн. лож. 3 раза въ день.

2. Злокачественная анемія.

Этіологія: часто неясна. Извѣстное значеніе можетъ быть приписано потерямъ крови (роды, міомы матки), инфекціоннымъ болѣзнямъ (сифилисъ, дизентерія, малярія) и кишечнымъ паразитамъ, въ особ. Botriosephal. и Anchilostomo.

Субъективныя явленія въ началѣ тѣ-же, что и при хлорозѣ, позже обращаютъ на себя вниманія поразительная слабость и обмороки. Восковая блѣдность, апатія, одышка, учащенный, большею частью полный пульсъ, анэмическіе сердечные шумы, часто отѣки. Диспептическія разстройства и поносы, въ нѣкот. случаяхъ небольшое увеличеніе селезенки. Кровоизліянія въ сѣтчатку. Нерѣдко наблюдается лихорадка. Въ неблагопріятныхъ

лучаяхъ спустя нѣсколько мѣсяцевъ (3—6) наступаетъ смерть.

Кровь: Рѣзкое уменьшеніе числа какъ красныхъ (до $\frac{1}{2}$ милліона въ 1 куб. мил.), такъ и бѣлыхъ тѣлецъ. Типичные пойкилоциты, микроциты, макроциты и ядросодержащія красныя кров. тѣльца (см. стр. 141). Содержаніе гемоглобина сильно понижено.

Распознаваніе при тщательномъ изслѣдованіи крови легко. Испражненія нужно всегда изслѣдовать на яйца кишеч. паразитовъ.

Леченіе: Анэмію, вызванную глистами, легко можно вылечить радикальнымъ удаленіемъ этихъ паразитовъ (см. стр. 85); въ тѣхъ случаяхъ, когда глистовъ нѣтъ, дезинфекція пищеварительнаго канала (промыванія желудка, слабительныя, салолъ, нафталинъ) иногда оказываетъ благопріятное дѣйствіе. Легкая, преимущественно растительная пища. Продолжительное употребленіе мышьяка:

<p>119. Rp. Acid. arsenicosi 0.2. Piper. nigr. Gummi arab. āā 5.0. Aq. dest. q. s. ut f. pil. № 100. S. По 1—2 пил. 3 раза въ д. (pil. asiaticae).</p>	<p>120. Rp. Sol. arsenic. Fowleri. Aq. menth. pip. āā 7.5. S. Осторожно! 5—10—15 капель 3 раза въ д. на водѣ.</p>
---	--

121. Rp. Sol. Fowleri 5.0 Aq. dest. 10.0.
S. $\frac{1}{2}$ —1 шприца подкожно 2 р. въ д.

Кромѣ того рекомендуются также желѣзо, фосфоръ въ рыбьемъ жирѣ (0.05 : 100.0 по 1—2 чайн. лож. въ д.), соленыя ванны и вдыханіе кислорода. При прогрессирующемъ ухудшеніи можно прибѣгнуть къ переливанію или подкожному впрыскиванію дефибринированной крови по Ziemssen'у. Антисифилитическое леченіе бесполезно.

3. Лейкэмія.

Этіологія большею частью неизвѣстна, но болѣзнь часто приводится въ связь съ маляріею, сифилисомъ, травмами селезенки и костей.

При усиливающихся явленіяхъ анэміи развивается значительная твердая опухоль селезенки (Leukaemia he-

palis) или безболѣзненное опуханіе наружныхъ и внутреннихъ лимфатич. железъ (*L. lymphatica*), или-же заболѣваніе костнаго мозга, клиническимъ проявленіемъ котораго служить чувствительность нѣкоторыхъ костей, въ особенности грудины, къ давленію.

Больные поразительно блѣдны и слабы, страдаютъ одышкою диспнеіею и часто лихорадятъ. Печень часто увеличена; склонность къ кровотечениямъ подкожнымъ, изъ носа, кишекъ и т. д. Разстройства зрѣнія вследствие *retinitis leukaemica* (кровоизліянія и бѣлыя полосы въ сѣтчаткѣ). Подъ конецъ отѣки и водянка серозныхъ полостей. Болѣзнь протекаетъ большею частью летально (въ 1—2 года).

Кровь: Рѣзкое увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ (см. стр. 142), красныя тѣльца, число которыхъ часто уменьшено, блѣдны гѣмоглобиномъ. Много кровяныхъ пластинокъ.

Распознаваніе въ случаяхъ, достигшихъ полнаго развитія, легко, въ началѣ отличіе отъ псевдолейкэміи иногда представляетъ затрудненія, такъ что оказывается необходимымъ сосчитывать по нѣсколько разъ красныя и бѣлыя тѣльца.

Леченіе: Наиболѣе надежнымъ средствомъ является мышьякъ (см. злокач. анэмія) въ связи съ усиленнымъ питаніемъ; иногда пользу приносятъ также желѣзо и хининъ (по 0.25—0.5 p. die). Mosler рекомендуетъ слѣдующія пилюли: Piperini 5.0, Ol. eucalypti e foliis 10.0, Chinini mur. 2.0, Cerae albae 6.0. M. f. pilul. Nr. 100. S. по 3 пил. 2—3 р. въ д. И здѣсь можно прибѣгать къ вдыханію кислорода, переливанію и подкожному впрыскиванію крови по Ziemssen'у.

4. Pseudoleukaemia.

Явленія лейкеміи могутъ развиваться и при отсутствіи характерныхъ измѣненій крови. Обыкновенно можно лишь констатировать небольшое уменьшеніе красныхъ тѣлецъ. Чаше всего встрѣчается *pseudoleukaemia lymphatica* (болѣзнь Hodgkin'a), ведущая къ увеличенію лимфатическихъ железъ (въ особенности шейныхъ), а иногда и къ опуханію селезенки. Рѣже наблюдается чисто селезеночная форма. Анэмія, склонность къ кровотечениямъ и отѣ-

камъ та-же, что и при лейкоэміи, теченіе однако болѣе медленно и прогнозъ нѣсколько лучшій. Наблюдаются и повышенія температуры, въ особенности въ формѣ «хронич. возвратной лихорадки». *Лечение* то-же, что и при лейкоэміи.

5. Цынга.

При прогрессирующей кахексіи и ревматическихъ боляхъ—на ногахъ появляются поверхностные и глубокіе кровоподтѣки разной величины. Въ то-же время происходитъ разрушеніе получившихъ синеватую окраску, легко кровоточащихъ дѣсенъ, и чувствуется foetor ex ore. Иногда наблюдается stomatitis ulcerosa и angina hæmorrhagica. Наклонность къ кровотечениямъ (epistaxis, hæmaturia) и геморрагическія воспаления (pleuritis, pneumonia, пораженія суставовъ). Нерѣдко можно констатировать альбуминурию, опуханіе селезенки и повышеніе температуры.

Распознаваніе: Измѣненія дѣсенъ даютъ возможность безъ труда отличить данную болѣзнь отъ Morb. maculosus, Purpura rheumat. и септическихъ кровотеченій.

Предсказаніе: Скорбутъ вѣроятно является инфекціоннымъ заболѣваніемъ, развитію котораго способствуютъ пребываніе въ нездоровыхъ жилищахъ и одностороннее питаніе (недостатокъ свѣжаго мяса и свѣжихъ овощей). При измѣненіи этихъ факторовъ къ лучшему болѣею частью наступаетъ выздоровленіе.

Лечение: Свѣжій воздухъ, чистота, теплыя ванны. При болѣе значительныхъ кровотеченияхъ больной долженъ оставаться въ постели. Питательная, разнообразная ѣда, состоящая преимущественно изъ плодовъ и свѣжихъ овощей (шпинатъ, капуста, морковь, салатъ, хрѣнь, настурцій). Показаны также молоко и пиво. Лечение имѣющихся разстройствъ пищеваренія. Внутрь: Decoct. chinae. Противъ пораженія полости рта полосканіе бурою, Kal. chloric. (2^o/o), шалфеемъ или Kal. permangan., смазываніе Tinct. myrrhae; язвы прижигаются ланисомъ.

Болѣзнь Barlow'a есть цынгopodobное заболѣваніе, встречающееся у дѣтей, преимущественно рахитиковъ, между 6 и 18 мѣсяцемъ жизни: рыхлыя, легко кровоточащія дѣсны и крайне болѣзненные опуханія нѣкоторыхъ трубчатыхъ костей (чаще всего поражены tibia и femur) вслѣдствіе субперіостальныхъ кровотеченій; иногда происходитъ отдѣленіе эпифизовъ. Сочлененія остаются непораженными.

Лечение: Свѣжее молоко, мясной сокъ, тертая морковь, яблочный мусъ, андѣсиновый сокъ. Тепловатыя ванны. Послѣ этого болѣею частью быстро наступаетъ выздоровленіе.

6. Purpura.

a) Purpura simplex.

b) Purpura rheumatica.

с) *Purpura haemorrhagica* (*Morb. maculosus Werlhafii*).

Названныя три формы, могущія самымъ различнымъ образомъ переходить другъ въ друга, отличаются отъ цынги отсутствіемъ заболѣванія дѣсенъ. Кромѣ того въ ихъ этиологіи неправильное питаніе роли не играетъ. При *P. simplex* на ногахъ, рѣже въ другихъ мѣстахъ, показываются большіе или меньшіе кровоподтѣки. Общія разстройства незначительны, теченіе благоприятное, продолжительность болѣзни отъ 2 до 3 недѣль. При *P. rheumatica* къ описаннымъ симптомамъ присоединяются явленія острого мышечнаго или суставнаго ревматизма (съ эндокардитомъ или безъ него). И здѣсь большею частью по прошествіи 2—3 недѣль наступаетъ выздоровленіе.—Гораздо болѣе тяжелое состояніе наблюдается при *P. haemorrhagica*. Здѣсь помимо обширныхъ кровоподтѣковъ наблюдаются кровоизліянія въ суставы, плевру и даже въ мозгъ (аноплектич. явленія), кромѣ того *epistaxis*, желудочныя и кишечныя кровотеченія и *nephritis haemorrhagica*. Часто констатируется неправильнаго типа лихорадка и опуханіе селезенки. Болѣзнь тянется обыкновенно—съ различными обостреніями—мѣсяцами и оканчивается большею частью выздоровленіемъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ однако отъ истощенія—а иногда и совершенно остро въ нѣсколько дней (*Purp. fulminans*)—наступаетъ смерть.

Леченіе: При а. одно лишь пребываніе въ постели и осторожный режимъ; при б. несомнѣнную пользу приносятъ *antirheumatica* (салицил. кислота, антипиринъ. При с. слѣдуетъ прибѣгнуть къ укрѣпляющей діетѣ), эрготину (3 р. въ д. по 0.1) и желѣзу.

7. Наемophilia.

Врожденная наклонность къ профузнымъ кровотеченіямъ, встрѣчающаяся почти исключительно у мужчинъ. Незначительныя поврженія и оперативныя раны могутъ повести къ опаснымъ для жизни потерямъ крови. Встрѣчаются также кровоизліянія въ полости тѣла и въ суставы (съ исходомъ въ анкилозированіе).

Леченіе: Нужно тщательно остерегаться всякихъ пораненій; такъ какъ предрасположеніе съ возрастомъ уменьшается, та всякаго рода операци слѣдуетъ откладывать на возможно болѣе продолжительное

время. Кроме того нужно принимать мѣры къ укрѣпленію общаго состоянія. При кровотеченияхъ — прижатіе раны, при боляхъ — камфора и вливаніе раствора соли, въ нѣкоторыхъ случаяхъ вырѣскив. желатины (стр. 18).

8. Haemoglobinuria.

Если въ кровеносной системѣ почему-либо происходитъ обильный распадъ красныхъ кров. тѣлецъ, то растворенный гѣмоглобинъ частью отлагается въ печени и селезенкѣ, частью переходитъ въ мочу, окрашивающуюся въ-этомъ случаѣ въ темный красно-бурый и даже совершенно черный цвѣтъ. Моча даетъ характерныя пробы крови (см. изслѣдованіе мочи), при микроскопическомъ изслѣдованіи мы однако находимъ въ ней не нормальныя красныя кров. тѣльца, а лишь обезцвѣченныя („тѣни“ Ronfick'a) и множество красныхъ зернышекъ гѣмоглобина, частью свободныхъ, частью лежащихъ на мочевыхъ цилиндрахъ. Въ то же время наблюдается желтуха, лихорадка, опуханіе печени и селезенки.

Такого рода гѣмоглобинурія встрѣчается при отравленіи Бертолетовой солью, нафтоломъ, пирогаллусовою, карболовою, сѣрною и соляною кислотами, мышьяковистымъ водородомъ, свѣжими сморчками, затѣмъ также послѣ ожоговъ, при нѣкоторыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ (тифъ, скарлатина). Кроме того, гѣмоглобинурія можетъ явиться и самостоятельной болѣзнію (пароксизмальная гѣмиглобинурія, вызываемая большею частью охлажденіемъ тѣла).

Въ этомъ случаѣ гѣмоглобинурія наступаетъ, сопровождаемая ознобомъ, лихорадкою и чувствомъ недомоганія. Печень и селезенка опухаютъ и становятся чувствительными къ давленію, появляется желтуха. Затѣмъ температура падаетъ, моча становится свѣтлѣе, хотя и содержитъ еще бѣлокъ, желтуха исчезаетъ и наступаетъ выздоровленіе. Приступы эти продолжаются 1—2 дня и могутъ повторяться въ теченіе многихъ лѣтъ, не угрожая жизни опасностью. Въ противоположность этому гѣмоглобинурія, возникающая при отравленіяхъ и послѣ ожоговъ, можетъ окончиться летально.

Леченіе: Многіе случаи пароксиз. гемоглобинуриі вызываются сифилисомъ (также врожденнымъ) и могутъ быть излечены ртутными втираніями и іодистымъ калиемъ. Другіе случаи излечиваются хининомъ (малярія?) При отсутствіи такихъ моментовъ больному назначаютъ желѣзо, хининъ или Sol. Fowleri и совѣтуютъ ему остерегаться простуды. Леченіе отравленій см. ниже.

9 Diabetes mellitus. Сахарная болѣзнь.

Симптомами, которые должны вызывать подозрѣніе на существованіи діабета, являются: усиленный голодъ и жажда, увеличивающаяся слабость и исхуданіе, фурункулезъ, склонность къ лишъ медленно заживающимъ панариціямъ, рѣзкій caries зубовъ, судороги икроножн. мышцъ, зудъ, упорныя, иногда обоюдостороннія невралгіи (въ особ. ischias), преждевременное половое безсиліе, balanitis или vulvitis mycotica съ мучительнымъ зудомъ, раннія катаракты. Всѣхъ этихъ явленій можетъ однако и не быть.

Моча выдѣляется въ значительно увеличенномъ количествѣ (3—4, изрѣдка даже до 10 литровъ въ сутки), она кислой реакціи, блѣдно-желтаго цвѣта, издаетъ иногда ароматическій запахъ и отличается высокимъ удѣльнымъ вѣсомъ (1020—1060). Въ мочѣ находятъ до 12% винограднаго сахара (см. изсл. мочи), иногда и ацетонъ и ацетоуксусную кислоту (см. изсл. мочи), а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и бѣлокъ.

Осложненіями являются ожирѣніе и артеріосклерозъ, послѣдовательнымъ заболѣваніемъ--туберкулезъ легкихъ.

Распознаваніе: Случайныя, скоро прекращающіяся выдѣленія сахара наблюдаются при погрѣшностяхъ въ діетѣ, послѣ апоплектическихъ и эпилептическихъ припадковъ, при отравленіяхъ морфіемъ и окисью углерода, при циррозѣ печени, подагрѣ и острыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ. Эта „преходящая“ или „случайная“ гликозуриѣ всегда подозрительна, но по практическимъ соображеніямъ ее нельзя смѣшивать съ діабетомъ. Нужно далѣе принять во вниманіе то обстоятельство, что при діабетѣ сахара временами можетъ и не быть въ

мочѣ (*Diab. intermittens*). Вотъ почему мочу въ подозрительныхъ случаяхъ и при сомнительной реакціи на сахаръ нужно изслѣдовать послѣ съѣданія больнымъ значительнаго количества хлѣба.

Предсказаніе: Діабетъ можетъ окончиться выздоровленіемъ, можетъ въ нѣсколько недѣль повести къ смерти, но можетъ и продолжаться до 20 лѣтъ. Особенно неблагоприятными моментами считаются юношескій, въ особ. дѣтскій возрастъ и худощавость, тогда, какъ болѣзнь у тучныхъ людей и въ пожиломъ возрастѣ (*Diab. senilis* и *climactericus*) обыкновенно протекаетъ весьма медленно и безъ тяжелыхъ явленій. Случаи, возникающіе послѣ травмъ, часто также оказываются злокачественными. По Seegen'у различаютъ 2 формы: „тяжелымъ“ случай долженъ считаться тогда, когда выдѣленіе сахара продолжается, не смотря на изытіе углеводовъ изъ пищи больного, тогда какъ въ „легкихъ“ случаяхъ сахаръ при этихъ условіяхъ быстро исчезаетъ. Пателлярные рефлексы отсутствуютъ въ обѣихъ формахъ.

Леченіе: Нужно стараться устранить выдѣленіе сахара, если это достижимо безъ ухудшенія общаго состоянія больного. Что-бы узнать отношеніе организма къ углеводамъ, больному на нѣсколько дней разрѣшаютъ питаться исключительно лишь бѣлками и жиромъ (т. е. мясомъ, рыбою, яйцами, жиромъ, саломъ, раками, устрицами и т. д.). Для питья больной пользуется водою, минеральными водами, кофе, чаемъ (разумеется, безъ сахара), бульономъ, мозельвейномъ или бордосскимъ виномъ. Если моча при этой діетѣ въ нѣсколько дней освобождается отъ сахара и если дѣло идетъ такимъ образомъ о „легкомъ“ случаѣ, то больному при постоянномъ контролированіи мочи постепенно разрѣшается употреблять въ пищу хлѣбъ, молоко, свѣжую зелень, салатъ, рисъ, крупу, плоды и т. д. Если сахаръ послѣ этого снова появляется, то сдѣланныя уступки слѣдуетъ взять обратно или ограничить. Въ концѣ концовъ при нѣкоторомъ терпѣніи удается составить такого рода діету, при которой больной съ одной стороны не терпитъ ненужныхъ лишеній и съ другой стороны получа-

еть не больше углеводовъ, чѣмъ онъ въ состоянїи усвоить. Недостатокъ муки и сахара стараются покрыть бѣлкомъ и въ особенности жирами. Если больной соблюдаетъ эти предписанія, моча его остается нормальной и по истеченїи нѣкотораго времени обыкновенно можно замѣтить, что онъ уже въ состоянїи усваивать нѣсколько большія количества крахмалистыхъ веществъ. Способность усвоенія углеводовъ можетъ быть, впрочемъ, еще повышена мышечными упражненїями (прогулками, гимнастикой, пиленїемъ дровъ), теплыми ваннами и пользованїемъ нѣкоторыми водами (см. ниже!)—Если случай оказывается „тяжелымъ“, то приходится, разумѣется, ограничиваться стремленїемъ уменьшить по возможности количество выдѣляемаго сахара. Но и въ этомъ стремленїи нужно остерегаться заходить слишкомъ далеко: общее состоянїе больного никоимъ образомъ не должно ухудшаться отъ принимаемыхъ мѣръ. Въ особенности при угрожающемъ наступленїи соматическаго нужно немедленно разрѣшить значительные приемы углеводовъ. Тѣлесныя упражненія въ соотвѣтственной степени и частыя ванны оказываются полезными и въ тяжелыхъ случаяхъ; ванны въ виду существующей склонности къ образованію фурункулъ и флегмонъ даже необходимы. Важно также тщательное сохраненїе полости рта въ чистотѣ (кислая реакція слюны!) при помощи щелочныхъ и вяжущихъ средствъ (бура, сода, Tinet. myrrhae, шалфей).

Предписанія относительно пищи: А. Разрѣшается: мясо, въ какомъ-бы то ни было видѣ, ветчина, языкъ, мозги, почка, птицы, рыба, раки, устрицы, икра, колбаса, сало, жиръ, масло, сыръ, яйца, соматоза, нутроза, капуста, шпинатъ, зеленые бобы, настурцій, огурцы, рѣдисики, рѣдька, миндаль, орѣхи, грибы. Напитки: вода, кофе, чай (безъ сахара), лимонный сокъ, коньякъ, красное и бѣлое вино.

В. Въ ограниченномъ количествѣ разрѣшается: хлѣбъ, картофель, стручковые плоды, рисъ, крупа, саго, лапша, цвѣтная капуста, спаржа, сальный корень, кислая капуста, рѣпа, морковь, селдерей, яблоки, брусника (безъ сахара!), молоко, кислое молоко, кефиръ, пиво, какао. Умѣренное куренье можно также разрѣшить.

С. Запрещается: сахаръ, пирожныя, медъ, сладкія вина, сладкіе ликеры и сиропы.

Суррогатами сахара служатъ с а х а р и н ь (продается въ аптекахъ), дульцинъ и кристаллоза.

Если разрѣшается хлѣбъ, то преимущественно выбираются сорта, богатые клейковиной: черный, Graham'овскій, вестфальскій хлѣбъ (Pumpernickel), такъ какъ они скорѣе насыщаютъ. Заслуживаетъ вниманія также хлѣбъ изъ алевропата (Rudolf Gericke въ Potsdam), конглютиновое печеніе Fromm и С-іе въ Kötzschenbroda, хлѣбъ для диабетиковъ кондитера Pokorny въ Teplitz и препараты для диабетиковъ фабрики питательныхъ веществъ Rademann'a въ Frankfurt a. Main.

Искусственное молоко для диабетиковъ приготовляютъ Rheinische Nährmittelwerke въ Кельвѣ, годится для употребленія и жирное молоко для диабетиковъ Gaertner'a, содержащее лишь 1% сахару.

Помимо діетическаго леченія важное терапевтическое значеніе должно быть приписано пользованію водами въ Karlsbad, Kissingen, Neuenahr, Homburg, Tarasp или Vichy. Небогатые больные могутъ пить карлсбадскую воду у себя дома. Отъ лекарствъ большой пользы ожидать нельзя. На худощавыхъ людей хорошо дѣйствуетъ рыбій жиръ. На жажду, полиурию и выдѣленіе сахара кратковременное благоприятное дѣйствіе оказываютъ опій (по 0.03—0.1 три р. въ д.), кодеинъ (тѣ-же дозы), Natr. salicyl. (3 р. въ д. по 1.0). При нейральнойхъ—строгая діета и антипиринъ или антифебринъ; противъ зуда—ванны, 1%-ный тимоловый спиртъ, ментоловое или тиоглицериновое мыло; противъ баланита или вульвита—сидячія ванны, обмыванія растворами салициловаго патра и борн. кислоты и смазываніе 5% карболовымъ вазелиномъ.

При coma diabeticum (головныя боли, головокруженіе, затѣмъ соноръ съ субнормальной температурою, глубокимъ дыханіемъ, при чемъ выдыхаемый воздухъ издастъ запахъ ацетона, и сильной диаетуриєю) сначала назначается касторовое масло, затѣмъ даются углеводы, щелочи (много молока, Natr. bicarbon. по 2)5—40.0 въ день) и возбуждающія вещества (камфора, вино); въ нѣкот. случаяхъ производится подкожное вливаніе раствора соли.—При слабости сердца—строго горизонтальное положеніе и обильныя возбуждающія.

10. Diabetes insipidus.

Длительное выдѣленіе весьма обильной (5—10—15 литровъ въ сутки и даже болѣе), почти безвѣтной мочи, отличающейся низкимъ удѣльнымъ вѣсомъ (1005—1001) и не содержащей ни сахара, ни бѣлку. Соотвѣтственно этому наблюдается крайне сильное чувство жажды; аппетитъ обыкновенно нормаленъ, рѣже повышенъ. Страданіе это, которымъ особенно часто заболѣваютъ дѣти и юноши, весьма упорно, хотя и не угрожаетъ жизни опасностью (туберкулезъ присоединяется лишь рѣдко). Аутопсія не обнаруживаетъ ничего характернаго, въ нѣкоторыхъ случаяхъ находили опухоль продолг. мозга.

Распознаваніе: Исключение сахарной болѣзни, въ которую данное страданіе можетъ, впрочемъ, переходить, сморщенной почки и временной полиуріи (напр. при всасываніи плевритическихъ экссудатовъ) не представляетъ затрудненій. Не совсемъ легко въ нѣкоторыхъ случаяхъ отличіе отъ истерической полиуріи.

Леченіе: Въ случаяхъ, гдѣ подозрѣвается сифилисъ, — ртутныя втиранія и іодистый калий. Въ другихъ случаяхъ обыкновенно прибѣгаютъ къ Infus. rad. valerian. (5.0—10.0 : ad 200.0), бромистому калию, атропину, опию или эрготину.

11. Тучность. Lipomatosis.

Развитію этого страданія, являющагося въ нѣкоторыхъ семьяхъ наследственнымъ, способствуетъ слишкомъ обильное питаніе, употребленіе спирт. напитковъ и неподвижный образъ жизни. Осложненіями являются диабетъ, подагра, сморщенная почка и артеріосклерозъ (апоплексія). Часто развивается также недостаточность сердца (см. стр. 11).

Леченіе: При умѣренныхъ степеняхъ тучности вполне достаточно постоянной воздержности въ пищу, питьѣ и повышенной мышечной дѣятельности. Если страданіе уже вполне выражено, то уменьшеніе количества жира можетъ быть достигнуто лишь строгой діетой. Такое леченіе требуетъ однако большой осторожности, такъ какъ въ противномъ случаѣ могутъ обнаружиться нервныя явленія и слабость сердца. Діетическое леченіе полезно комбинировать съ мышечными движеніями (длинные прогулки, гимнастика), холодными обтираніями; при отсутствіи заболѣванія сосудовъ показаны также паровыя и потогонныя ванны.

Весьма дѣйствительнымъ, хотя не вполне безопаснымъ, оказывается леченіе по способу Banting'a. При этомъ способѣ леченія разрѣшается употреблять въ пищу много бѣлковъ, мало углеводовъ и очень мало жира. Больной получаетъ утромъ: 120—150 граммовъ нежирнаго мяса, чашку чаю безъ молока и сахара, 30 гр. сухарей или поджареннаго хлѣба; къ обѣду: 150—180 гр. нежирнаго мяса или рыбы, немного зелени (картофель запрещенъ), 30 гр. компота, 30 гр. хлѣба, 2—3 рюмки краснаго вина или мадеры (пиво, портейнъ, шампанское недопускаются); послѣ обѣда: 60—90 гр. фрук-

товъ, 15—30 гр. сухарей, чашку чаю; вечеромъ: 90—120 гр. мяса или рыбы, 1—2 рюмки краснаго вина, на ночь для сна 1—2 рюмки хересу или стаканъ грогу безъ сахара.

Менѣе энергичнымъ является способъ Ebstein'a: умѣренные количества бѣлку, очень мало углеводовъ, много жира. Больной получаетъ утромъ: 250 гр. чаю безъ молока и сахару, 50 гр. хлѣба, очень много масла; къ обѣду: супъ (почаще съ костнымъ мозгомъ); 120—180 гр. жирнаго мяса, немного овощей (ни картофеля, ни рѣпы), немного плодовъ, салата или печеные плоды безъ сахара, ко всему этому 2—5 рюмки легкаго вина, тотчасъ послѣ обѣда большую чашку чернаго кофе безъ сахара и безъ молока; вечеромъ: чашку чаю, 1 яйцо или жирную ветчину или жаркое, колбасу (Cervelatwurst), копченую или свѣжую рыбу, около 30 гр. бѣлаго хлѣба съ большимъ количествомъ масла, отъ времени до времени немного сыру и свѣжихъ плодовъ.

По способу Oertel'я больному назначается много бѣлку, мало жира и углеводовъ и очень мало жидкости. Способъ этотъ особенно примѣнимъ для полнокровныхъ лицъ, потолстѣвшихъ отъ употребленія пива въ большомъ количествѣ. Больной получаетъ утромъ: 130 гр. кофе съ 20 гр. молока, 10 гр. сахару и 35 гр. хлѣба; къ обѣду: 200 гр. нежирнаго мяса, 50 гр. зелена, 25 гр. хлѣба, въ нѣкот. случ. 100 гр. мучнаго сладкаго блюда. Послѣ обѣда: 100 гр. кофе съ небольшимъ количествомъ молока и сахара, 50—100 гр. воды. Вечеромъ: 2 яйца, 100 гр. мяса, 25 гр. салату, 25 гр. хлѣба, 250 гр. вина. Въ началѣ леченія къ обѣду можно кромѣ того давать 100 гр. супа и немного пива.

Предписанія эти, конечно, можно и должно измѣнять сообразно индивидуальности больного. Периодическимъ взвѣшиваніемъ слѣдять за тѣмъ, уменьшается-ли вѣсъ тѣла такъ, какъ это желательно. При разстройствахъ общаго состоянія (слабости, диспепсіи, безсонницѣ, сердцебиеніи) слѣдуетъ діету смягчить или-же совѣтъ прервать леченіе на время.

Къ очень хорошимъ результатамъ ведетъ также пользованіе водами въ Marienbad'ѣ, Karlsbad'ѣ, Kissingen'ѣ, Homburg'ѣ и Tarasp'ѣ или употребленіе горькихъ водъ.

Леченіе тучности thyreoidin'омъ (см. Мухоedema) допустимо лишь при вполне здоровомъ сердцѣ.

12. Подагра. Arthritis urica.

Заболѣваютъ большею частью мужчины старше 40 лѣтъ. Предрасполагающими моментами являются наследственность, роскошный образъ жизни (potatorium) и хронич. отравленіе свинцомъ. Въ началѣ наблюдаются отдѣльные приступы подагры: одинъ или нѣсколько суставовъ (во всякомъ случаѣ лишь немногіе, чаще всего

основной суставъ большого пальца ноги или колѣно) внезапно опухаютъ, при чемъ опуханіе это сопровождается жестокими болями и умѣреннымъ повышеніемъ температуры; кожа надъ суставомъ краснѣетъ и становится блестящей; всякое движеніе причиняетъ сильную боль. Аппетитъ отсутствуетъ, общее состояніе плохое. По прошествіи 8—14 дней наступаетъ полное выздоровленіе. Обыкновенно приступы эти однако черезъ нѣсколько мѣсяцевъ или лѣтъ повторяются, влѣдствие чего въ суставахъ, оказывавшихся чаще всего пораженными, появляются утолщеніе и развиваются анкилозы (хронич. подагра). Если болѣзнь продолжается очень долго, то на olecranon'ѣ, колѣнѣ, пальцахъ или ушной раковинѣ образуются подагрическіе узлы (tophi), которые содержатъ мочекислыя соли и могутъ иногда изъязвляться.

Осложненія: Сморщенная почка (см. стр. 105), артеросклерозъ, бронхитъ, катарры желудка и кишечника, невралгія, экзема, иритъ, тучность, діабетъ.

Леченіе: Во время приступа больного нужно уложить въ постель и подвергнуть скудной діетѣ: спиртные напитки, жирныя, сладкія и кислыя кушанья должны быть запрещены. На суставъ кладутся компрессы съ 2% карболовою водою; внутрь дается антипиринъ, салицилинъ (по 1.0 три раза въ день) или Tinct. colchici (3 р. въ день по 20 капель), кромѣ того принимаются мѣры къ опороженію кишечника. По минованіи острыхъ явленій предписываютъ усиленные движенія и назначаютъ смѣшанную пищу, но состоящую преимущественно изъ плодовъ и зеленыхъ овощей. Крѣпкаго пива, винъ и кушаній, богатыхъ нуклеиномъ (печень, почки, мозгъ, thymus, икра) слѣдуетъ избѣгать. Цѣлесообразнымъ является ежедневное употребленіе щелочной воды (Krogenquelle, Biliner, Fachinger, Vichy) или 2 раза въ день по $\frac{1}{2}$ чайной лож. смѣси: Natri bicarbon. 45.0, Lithii carbon. 5.0 (на водѣ). Можно также рекомендовать Uricedin (смѣсь лимонно-кислыхъ и сѣрно-кисл. щелочей 3 р. въ день по 1.0—2.0) и шинучій углекисл. литій по Sandow'у.

Еще большую пользу приноситъ леченіе въ Karlsbad'ѣ, Neuenahr'ѣ, Weisbaden'ѣ, Salzschrift'ѣ.

По новѣйшимъ изслѣдованіямъ хинная кислота способна уменьшить образованіе мочевой кислоты (образуя гиппуровую кислоту). Поэтому во время приступа рекомендуютъ сидональ (хинновислый пиперацинъ) по 5.0—8.0 р. die или новый сидональ (ангидричь хинной кислоты) отъ 2 до 5 лепешекъ (по 1,0) въ день или урозинъ (хинновислый литій) 10 лепешекъ (по 0.5) въ день, или урораль (хинновисл. мочевины) по 2.0—6.0 р. die. Въ свободное отъ приступовъ время профилактически меньшія дозы. Всѣ эти препараты очень дороги, въ особенности сидональ.

13. Рахитъ. Англійская болѣзнь.

Предрасполагающими моментами является наследственность и нецѣлесообразное (искусственное) питаніе. Большею частью въ первые годы жизни развивается утолщеніе эпифизовъ предплечья и голени, и появляются вздутія на границѣ между хрящевой и костною частью реберъ (рахитич. четки). Въ тяжелыхъ случаяхъ наблюдается и размягченіе затылочныхъ костей (craniotabes). Дѣти становятся капризными и блѣдными, у нихъ замѣчается склонность къ бронхитамъ и расстройствамъ пищеваренія; животъ вздутъ, часто можно констатировать увеличеніе селезенки. Они сильно потѣютъ, въ особенности въ области затылка, и часто страдаютъ судорогами голосовой щели и экламптическими припадками. Зубы прорѣзываются лишь поздно и неправильно; роднички, закрывающіеся обыкновенно къ 16—18 мѣсяцу, остаются открытыми гораздо дольше. Велѣдствіе натяженія со стороны діафрагмы бока грудной клѣтки вдаются, тогда какъ грудина выступаетъ впередъ подобно килю корабля (куриная грудь, *pectus carinatum*). Дѣти лишь съ большимъ трудомъ научаются ходить и стоять. Если они пользуются своими конечностями для движеній, то скоро появляются искривленія предплечій и ногъ, кифозъ или сколиозъ. Тазъ становится плоскимъ. О болѣзни Barlow'a см. стр. 147.

Предсказаніе въ общемъ благоприятно, тѣмъ не менѣе рахитическимъ дѣтямъ постоянно угрожаетъ опасность отъ могущихъ присоединиться бронхита и бронхопнеймоніи,

отъ коклюша и кори. Нѣкоторыя изъ нихъ погибають отъ ларингоспазма и эклампсїи.

Леченіе: Свѣжій воздухъ, солнечный свѣтъ и цѣлесообразное питаніе (молоко, яйца, бульонъ, иногда приходится нанимать кормилицу). Ежедневно теплыя ванны, при чемъ 3 раза въ недѣлю съ 1 или 2 фунтами морской соли. Специфич. средствомъ является фосфоръ; его назначаютъ лучше всего въ рыбьемъ жирѣ; если же послѣдній плохо переносится, то въ липанинѣ или эмульсїи. 4—5 бутылокъ обыкновенно бываетъ достаточно.

122. Rr. Phosphori 0,01

Ol. Iecoris Aselli 100.0

(или Lipanini 100.0)

S. По 1 (до 2-хъ) чайн.

лож. въ день.

123. Rr. Phosphori 0.01

Ol. amygdal. dul.

Muc. Gum. arab. āā 10.0

Aq. destil. ad 100.0.

S. По 1 (до 2-хъ) чайн.

лож. въ день.

Пока кости не приобрѣли еще надлежащей крѣпости, нужно смотрѣть за тѣмъ, чтобы дѣти не сидѣли и не ходили, а лежали на твердомъ матрацѣ. Образовавшіяся искривленія нужно лечить массажемъ и ортопедическими средствами. Относительно леченія бронхита и эклампсїи см. соотвѣт. главы.

14. Острый суставный ревматизмъ. Rheumatismus articulorum acutus. Polyarthritiſ rheumatica.

Инфекціонное заболѣваніе, появляющееся чаще всего между 15-мъ и 30-мъ годами жизни. Очень часто предшествуетъ простуда (angina!). При повышеніи температуры и общемъ недомоганіи обнаруживается воспаленіе одного или нѣсколькихъ суставовъ съ опуханіемъ, жаромъ и сильною болѣзненностью при движеніяхъ. Обыкновенно воспаленіе въ слѣдующіе дни переходитъ на другіе суставы, лишь въ рѣдкихъ случаяхъ оно ограничивается однимъ суставомъ. Рецидивы и обостренія весьма часты. Важнѣйшимъ осложненіемъ является острый эндокардитъ, часто оставляющій за собою пороки клапановъ (особ. двустворчатого), рѣже наблюдается перикардитъ, миокардитъ, плевритъ, перитонитъ, хорезъ,

гѣморраг. нефритъ, Erythema exsudativ. и Purpura (pelios. rheumat. см. стр. 148). Лишь рѣдко, къ счастью, встрѣчается hyperpyrexia rheumatica: повышеніе температуры до 42° и 43°, возбужденіе, бредъ, иногда судороги, большею частью смерть въ коматозномъ состояніи (т. н. rheumatismus cereбрalis).

Распознаваніе: Въ началѣ не всегда легко отличить данную болѣзнь отъ подагры, гонорройнаго ревматизма, вторично-сифилитическихъ и септическихъ воспаленій суставовъ. У наборщиковъ, маляровъ и т. п. нужно имѣть въ виду свинцовую артралгію („свинцовая кайма“, колики?). Такъ наз. „ревматизмъ ногъ“, особенно когда онъ встрѣчается у молодыхъ людей, часто является лишь болѣзненнымъ pes planus и излечивается покоемъ и вложеніемъ подстилки въ сапоги.

Леченіе: Ежечасно дается по 0,5 Natr. salicyl. (въ микстурѣ, порошкахъ или облаткахъ), при чемъ суточная доза можетъ доходить до 4,0—8,0. Можно также давать 2 раза въ день по 2,0—4,0 Natr. salicyl. въ aq. menth. p̄p. (при особ. чувствительности желудка въ видѣ клизмы). Больной долженъ непремѣнно оставаться въ постели и остерегаться сквозняка и охлажденія. Легкая и жидкая пища, въ нѣк. случаяхъ молочная діета. При появленіи эндокардита пузырь со льдомъ на область сердца. По прекращеніи болей въ суставахъ больной еще нѣсколько дней продолжаетъ принимать небольшія дозы салицил. натрія (по 3.0 p. die). Встать съ постели больной можетъ лишь спустя 6—8 дней по прекращеніи болей. Въ теченіе нѣсколькихъ недѣль нужно тщательно остерегаться простуды (теплое бѣлье, ваннъ не брать, вмѣсто этого прохладныя обтиранія передъ сномъ). Противъ остающагося анкилоза или утолщенія отдѣльных суставовъ—массажъ и пассивныя движенія или іодная настойка, противъ мышечныхъ атрофій—электризація. Послѣдующее леченіе въ Wiesbaden'ѣ, Baden-Baden'ѣ, Nauheim'ѣ, Pfäfers'ѣ, Teplitz'ѣ можно рокомендовать тогда, когда этому благоприятствуетъ погода.

Вмѣсто салицил. натрія можно назначать другія средства, почти столь же дѣйствительныя, но не сопро-

вождающіяся нежелательными побочными явленіями (диспепсія, шумъ въ ушахъ): антипиринъ, салипиринъ, са-лофеиъ, салацетолъ или аспиринъ (по 1.0—2.0 три раза въ день). Въ легкихъ случаяхъ можно назначать и фенацетинъ (3 раза въ день по 1.0) или антифебринъ (3 раза въ день по 0.5).

При hyperpyrexia rheumat. помимо салицил. натрія показаны холодныя ванны, пузырь со льдомъ и возбуждающія средства.

Примѣчаніе: Того-же происхожденія, какъ и суставной, вѣроятно и **острый мышечный ревматизмъ**, поражающій чаще всего мускулатуру шеи (Torticollis rheumaticus), плеча (Omalgia rheumatica), грудные (Pleurodynia rheumatica) и нижніе спинные мускулы (Lumbago) и также обнаруживающій наклонность къ рецидивамъ. Осложненіе эндокардитомъ рѣдко. Распознаваніе большею частью легко. При весьма распространенныхъ боляхъ слѣдуетъ принимать во вниманіе возможность трихиноза. Лечение: салицилов. натрій, антипиринъ, паровыя ванны, массажъ, фарадическій токъ.

15. Rheumatismus artic. chronicus. Arthritis deformans.

Хронич. суставной ревматизмъ можетъ развиваться изъ острого или возникнуть постепенно вплодѣ самостоятельно. Большею частью въ одномъ какомъ нибудь суставѣ при умѣренныхъ боляхъ появляется незначительный экссудатъ, капсула утолщается; въ мѣстахъ, подверженныхъ давленію, хрящъ и кость раздѣляется, тогда какъ въ другихъ мѣстахъ происходитъ новообразование кости. Подвижность сустава обыкновенно уменьшается, иногда замѣчается образованіе анкилозовъ, хотя съ другой стороны подъ вліяніемъ того-же процесса можетъ развиться расширеніе суставной полости и даже можетъ произойти самопроизвольный вывихъ. Пораженіе охватываетъ одинъ суставъ (напр. плечевой или тазо-бедренный — *malum senile coxae*) или нѣсколько (суставы пальцевъ, кисти, позвоночника). Болѣзнь приводится въ причинную связь съ простудою, травмами и унаслѣдованными задатками. Не смотря на весьма тягостные симптомы, на полную свою безпомощность, больные могутъ достигнуть старости. Пораженія сердца встрѣчаются рѣдко.

Распознаваніе: Требуется исключить артритизмъ, свойственный третичному сифилису, *tabes*'у, сирингомиелизу и фунгозныя пораженія суставовъ.

Лечение: Въ началѣ помогаютъ салицил. натрій и антипиринъ. Позже можно прибѣгать къ іодистому калию, мышьяку, массажу, электричеству и водолеченію (компрессы, души, паровыя, соленыя ванны и ванны съ экстрактомъ изъ сосновыхъ иголъ), втиранію хлороформ. масла, іодвазогена и спиртныхъ растворовъ, смазыванію іодною

настойкою и ихтіоловымъ коллодіемъ (10⁰/о), обкладываніе минеральною грязью (fango). Лѣтомъ леченіе въ Teplitz'ѣ, Nauheim'ѣ, Wiesbaden'ѣ, Wildbad'ѣ, Aachen'ѣ, или грязевыя ванны въ Schmiedeberg'ѣ, Franzensbad'ѣ, Alexandersbad'ѣ, Cudowa, или песочныя ванны въ Köstritz'ѣ.

16. Osteomalacia.

Встрѣчается въ значительномъ большинствѣ случаевъ у женщинъ, преимущественно во время беременности. Болѣзнь начинается сильными болями. Постепенно кости становятся гибкими, что ведетъ къ рѣзкимъ измѣненіямъ ихъ формы: искривленію ногъ (затрудненная, часто шаткая походка), суженію таза (остеомалят. тазъ) кифо-скаліозу или лордозу позвоночника и боковому сдавленію грудной кѣтки. Кости черепа обыкновенно оказываются пораженными. Больная можетъ выздороветь, но каждая новая беременность влечетъ за собою новый возвратъ болѣзни. Больныя становятся все ниже; онѣ безпомощны, страдаютъ одышкою, бронхитомъ, разстройствомъ пищеваренія (гастрэктазія!) и сердцебіеніемъ. Вслѣдствіе суженія таза иногда необходимо кесарево сѣченіе. Смерть наступаетъ по прошествіи 3—10 лѣтъ.

Леченіе: Пребываніе въ постели, усиленное питаніе (преимущественно растительная пища!), ванны, свѣжій воздухъ и фосфоръ въ рыбьемъ жирѣ (0.05 : 100.0, по одной, позже по 2 чайн. лож. въ день, принимать въ теченіе цѣлаго года и дольше) вызываютъ улучшение и могутъ даже повести къ выздоровленію. Въ тяжелыхъ случаяхъ гастректасія. Препараты яичниковъ (см. деврастенію) повидимому не оказываютъ никакого дѣйствія.

17. Золотуха.

Своеобразное конституціональное заболѣваніе дѣтей съ предрасположеніемъ къ туберкулезнымъ заболѣваніямъ. Дѣти большею частью нѣжнаго строенія съ блѣдною кожей обнаруживаютъ наклонность къ хронич. катаррамъ (rhinitis, conjunctivitis phlyctaenosa, нагноенія средняго уха) сыпямъ (экзема, lupus, lichen scrophulosorum, prurigo), опуханіямъ железъ съ исходомъ въ творожистое перерожденіе и фунгознымъ заболѣваніямъ костей и суставовъ (spina ventosa, кокситъ, спондилитъ и т. д.).

Распознаніе: Нѣчто, подобное золотухѣ, наблюдается при старой Pediculosis: экзема головы, опуханіе затылочныхъ железъ, блефаритъ, насморкъ. Возможно также смѣшеніе золотухи съ наследственнымъ сифилисомъ (обращать вниманіе на Hutchinson'овскіе зубы, keratitis

profunda и т. п., разспросить про выкидыши, осмотрѣть братьевъ и сестеръ).

Предсказаніе: Опасность амилоида и туберкулез. менингита.

Леченіе: Укрѣпленіе организма соотвѣтствующимъ питаніемъ (въ особ. молоко и кефиръ), чистый воздухъ, солнечный свѣтъ (пребываніе въ деревнѣ, на берегу моря, въ приморскихъ сацаторіяхъ), обтиранія и ванны, въ особенности съ маточнымъ разсоломъ (Durenberg, Salzungen, Kösen, Kreuznach, Reichenhall, Berchtesgaden, Kolberg). Изъ внутреннихъ средствъ зимою показанъ рыбій жиръ (съ креозотомъ или іодист. желѣзомъ), лѣтомъ—мальць-экстрактъ или желѣзо (въ особ. Syrup. ferri jodati), а иногда и мышьякъ (sol. Fowleri по 2—6 капель 2 р. въ д. на водѣ).

Важное значеніе имѣетъ леченіе верхнихъ воздухоносныхъ путей, изъ которыхъ часто исходитъ туберкулезная инфекция (леченіе трещинъ у входа въ носовую полость, удаленіе аденоидныхъ разраженій, гипертрофир. миндалинъ). Въ пораженныя железы втирается іодоформ. мазь (1:20) или зеленое мыло. Kapesser рекомендуетъ даже общее леченіе этимъ мыломъ: вечеромъ въ спину больного втирается въ теченіе четверти часа 1—2 чайн. лож. Saponis kalini venalis съ тепловатою водою; черезъ полчаса мыло смывается; процедура эта повторяется 2—3 раза въ недѣлю. Заболѣванія костей и суставовъ нужно лечить по правиламъ хирургіи.

18. Мухоedema.

Вслѣдствіе гипертрофіи соединительной ткани и отложенія муцина кожа лица—а иногда и кожа конечностей и прочихъ частей тѣла—подвергается усиливающемуся утолщенію и затвердѣнію. Пораженныя части получаютъ поэтому привухшій неподвижный видъ, особенно бросаается въ глаза утолщеніе носа и суженіе глазной щели. Кожа становится сухою, потоотдѣленіе большею частью прекращается, волосы выпадаютъ. Температура часто ниже нормальной. Въ тоже время развивается мышечная слабость, апатія и ослабленіе умств. способностей, доходящее до ступиднаго.—Женщины заболѣваютъ чаще, чѣмъ мужчины.

Леченіе: Мухоedema возникаетъ на почвѣ атрофіи щитовид. железы и можетъ быть значительно ослаблена или даже совершен-

но излечена приемами щитовидной железы (барача или теленка) въ теченіе продолжительнаго времени. Назначаются обыкновенно лепешки Thyreoidin'a (ежедневно по одной, позже по 3—6) или Thyraden'a (ежедневно по 2—3, позже по 5—10 и болѣе), или же дѣйствующую составную часть обѣихъ этихъ препаратовъ, Thyroiodin (Iodothyrin въ лепешкахъ по 0,3 (въ началѣ 1—3, позже 6—9 лепешекъ въ день). Для дѣтей соотвѣтственно меньшія дозы. Во время леченія необходимо тщательно слѣдить за общимъ состояніемъ, пульсомъ и вѣсомъ тѣла больного, такъ какъ упомянутые препараты влекутъ за собою исхуданіе, тахикардію, и тягостныя нервныя явленія. Повидимому этотъ «Thyreoidismus» можетъ быть предотвращенъ небольшими дозами мышьяку.

(Препараты зобной железы оказываютъ благопріятное дѣйствіе и при спорадическомъ кретинизмѣ, при struma parenchymatosa и при ожиреніи).

19. Morbus Basedowii (Morb. Gravesii).

Въ основѣ Базедовой болѣзни лежитъ заболѣваніе щитовидной железы. Въ началѣ имѣются лишь „нервныя“ явленія: возбужденіе, сердцебіеніе, раздражительность, бессонница, вялость. По прошествіи нѣкотораго времени въ типичныхъ случаяхъ замѣчается длительное учащеніе пульса (100—140 и болѣе), увеличеніе щитовидной железы, являющейся мягкой, безболѣзненной и часто пульсирующей, exophthalmus (большею частью двусторонній) и дрожаніе рукъ.

Кожа больного тепла, влажна, ея сопротивленіе по отношенію къ гальваническому току уменьшено. Многие больные жалуются на постоянное чувство жара; временами наблюдается и легкое повышеніе температуры. Помимо нервныхъ начальныхъ симптомовъ наблюдаются и нервныя поносы, истерич. явленія, иногда даже психическія разстройства. Обыкновенно бросаются въ глаза расширеніе глазной щели и рѣдкое миганіе (симптомъ Stellwag'a), рѣже наблюдается симптомъ Moebius'a (уменьшеніе конвергенціи вслѣдствіе недостаточности m. recti interni), еще рѣже встрѣчается симптомъ Graefe (отставаніе верхняго вѣка при смотрѣніи внизъ). Въ дальнѣйшемъ теченіи развивается расширеніе сердца и являються сердечныя шумы. Exophthalmus можетъ повести къ форменному „вывиху“ глазного яблока, воспаленію и нагноенію роговицы. Вѣсъ тѣла падаетъ.

Предсказаніе: Болѣзнь можетъ окончиться выздоровленіемъ или, по крайней мѣрѣ, оставаться въ одномъ положеніи. Въ неблагопріятныхъ случаяхъ смерть наступаетъ отъ слабости сердца (отѣки, альбуминурія).

Распознаваніе: При всякой тахикардіи, продолжающейся долгое время, нужно имѣть въ виду возможность существованія Базедовой болѣзни. Такъ какъ exophthalmus и зобъ не всегда бываютъ, то нужно обращать вниманіе на дрожаніе, симптомы со стороны глазъ, чувство жара, поносы и т. д.

Леченіе: Покой, нераздражающая пища, не слишкомъ энергичное водолеченіе. Нервные явленія въ особ. сердцебіеніе, ослабляются приемами бромистаго калия (по 3.0—6.0 въ день). *Natr. phosphor.* (3 р. въ д. по 2.0) и *T-gastrophanti* (5—10 капель 3 р. въ д.) повидимому также доставляютъ облегченіе въ нѣкот. случаяхъ, тогда какъ наперстянка почти всегда вызываетъ ухудшеніе. Можно также прибѣгать къ пользованію водами въ *Nauheim*'ѣ, *Oeynhausens*'ѣ, *Kissingen*'ѣ, *Gastein*'ѣ, къ пребыванію въ горныхъ мѣстностяхъ (выше 1000 метровъ) и къ постоянному току. Если состояніе больныхъ, не смотря на всѣ эти мѣры, продолжаетъ ухудшаться, то слѣдуетъ рекомендовать оперативное вмѣшательство (резекція части щитовид. железы или перевязка нѣкоторыхъ артерій ея). Операция эта при удовлетворительномъ состояніи сердца безопасна и почти всегда влечетъ за собою улучшеніе, а иногда даже выздоровленіе. Назначеніе внутрь *thymus*'а животныхъ повидимому бесполезно.

20. *Morbus Addisonii*. Бронзовая болѣзнь.

Заболѣваютъ большею частью мужчины среднихъ лѣтъ. При явленіяхъ прогрессирующей слабости, анэміи и разстройствѣ пищеваренія (кардіальгіи и поносы) постепенно развивается бурое окрашиваніе кожи, наиболѣе выраженное на соскахъ, половыхъ органахъ и подъ мышками и обыкновенно отсутствующее подъ ногтями, на ладоняхъ и подошвахъ. Пигментныя пятна часто появляются и на слизистой рта и конъюнктивѣ. Часто наблюдается лихорадка. Смерть отъ кахек-

си, легочной ча^сотки или при нервныхъ явленіяхъ (бредъ, coma, судороги) наступаетъ послѣ страданій, длящихся много мѣсяцевъ или даже лѣтъ. Причиною болѣзни оказывается перерожденіе plexus solaris симпатич. нерва, обыкновенно соединенное съ заболѣваніемъ надпочечниковъ (большою частью туберкулезъ, рѣже ракъ, гуммы, воспаленіе).

Распознаваніе въ началѣ невозможно. Когда необычная пигментація начинаетъ обращать на себя вниманіе, нужно искать пятенъ на слизистой оболочкѣ. Слѣдуетъ также имѣть въ виду, что и продолжительное употребленіе мышьяка можетъ вызвать бурое окрашиваніе кожи (мышьяков. меланозъ).

Леченіе укрѣпляющее и симптоматическое, направленное противъ разстройствъ пищеваренія. При туберкулезныхъ формахъ—креозоть въ рыбьемъ жирѣ или мышьякъ, при сифилисѣ—іодъ и Hg. Леченіе препаратами (лепешки) надпочечниковъ не приводило къ сколько-нибудь опредѣленнымъ результатамъ.

VII. Болѣзни нервной системы.

Предварительныя замѣчанія.

Психомоторные центры лежатъ въ корѣ обѣихъ центральныхъ извилинъ (двигательные участки коры), приче^мъ центръ лицевого и подъязычнаго нерва находится въ самой нижней части передней центр. извилины, центръ руки въ ея средней части, тогда какъ центръ ноги занимаетъ верхнюю часть обѣихъ центральныхъ извилинъ и расположенный на внутр. поверхности головного мозга гуг. paracentralis.

Отсюда **двигательныя волокна** (т. н. пирамидальные пути) проникаютъ въ бѣлое вещество, сходясь (волокна *conopae radiatae*) къ задней ножкѣ внутренней капсулы, приче^мъ здѣсь волокна лицевого нерва лежатъ впереди другихъ. Далѣе пути эти идутъ къ мозговымъ ножкамъ и отсюда въ переднюю часть Варолиева моста и продолговат. мозга. Здѣсь происходитъ частичное перекрещиваніе волоконъ (двигательный пирамидный перекрестъ), т. е. большая часть волоконъ переходитъ въ боковой пучекъ противоположной стороны спинного мозга (боковой пирамидальный пучекъ), тогда какъ меньшая часть остается неперекрещенной и проходитъ въ передній пучекъ одноименной стороны спинного мозга (передній пирамид. пучекъ). Отсюда двигательныя волокна на раз-

личной высотѣ спин. мозга входятъ въ передніе сѣрые столбы, вступаютъ здѣсь въ соединеніе съ многоотрочатыми гангліозными клѣтками, изъ этихъ клѣтокъ волокна проходятъ черезъ передніе корешки въ периферическіе нервы.

Чувствительныя волокна входятъ изъ периферическихъ нервовъ въ спинной мозгъ черезъ задніе корешки. Здѣсь волокна, проводящія болевья и температурныя ощущенія, переходятъ въ передне-боковой пучекъ противоположной стороны и направляются въ продолговатому мозгу, волокна-же, проводящія осязательныя и мышечныя ощущенія, остаются пока на той-же сторонѣ, проникаютъ въ задніе Голл'евскій и Burdach'овскій пучки, восходятъ по нимъ въ продолговатому мозгу и лишь тамъ перекрещиваются. Отсюда соединенныя чувствительныя волокна идутъ черезъ Варолиевъ мостъ, *tegmenium* мозговой ножки и заднюю часть внутренней капсулы (позади пирамидныхъ путей) къ мозговой корѣ. Коровые центры этихъ волоконъ вѣроятно лежатъ въ центральныхъ и теменныхъ извилинахъ.

Вниманія заслуживаетъ то обстоятельство, что двигательныя гангліозныя клѣтки какъ мозговой коры, такъ и сѣрыхъ переднихъ столбовъ спинного мозга оказываютъ **трофическое вліяніе** на ниже лежащіе участки двигательныхъ путей. При разрушеніи клѣтокъ коры мы замѣчаемъ перерожденіе всего пирамиднаго пути въ головномъ и спинномъ мозгу до того мѣста, гдѣ путь этотъ прерывается двигательными клѣтками спин. мозга (нисходящее перерожденіе); при разрушеніи же этихъ послѣднихъ клѣтокъ перерожденію подвергаются периферическіе нервы и мышцы. Если повреждены сами проводящіе пути на извѣстномъ протяженіи (въ спинномъ мозгу или периферич. нервахъ), то перерожденіе наступаетъ лишь въ тѣхъ частяхъ двигательнаго пути, которыя лежатъ ниже пораженнаго мѣста.

Трофическіе центры чувствительныхъ волоконъ находятся въ межпозвоночныхъ гангліяхъ. Если эти центры разрушены или отрѣзаны, то въ спинномъ мозгу перерожденію подвергаются Голл'евскій и боковой мозжечковый пучекъ (восходящее перерожденіе).

При пораженіи какой нибудь части двигательнаго пути, обуславливающимъ уничтоженіе проводимости, участокъ, лежащій ниже пораженнаго мѣста **парализуется**. Такъ какъ въ мозговой корѣ отдѣльные центры расположены довольно далеко другъ отъ друга, то всякое поврежденіе коры обыкновенно влечетъ за собою лишь параличъ одной области (*monoplegia facialis, brachialis, scutalis*). Въ противоположность этому разрушеніе внутренней капсулы вызываетъ параличъ всей противоположной половины тѣла (*hemiplegia*). Заболѣваніе

мозговой ножки влечетъ за собою гемиплегію противоположной и параличъ глазодвигательнаго нерва одноименной стороны (*hemiplegia alternaus s. cruciata super.*), тогда какъ очаги Варолиева моста обуславливаютъ собою гемиплегію противоположной и параличъ лицевого нерва одноименной стороны (*h. cruciata inferior*).

Заболѣваніе спинного мозга часто ведетъ къ параличу обѣихъ ногъ или также обѣихъ рукъ (*paraplegia*). При одностороннемъ пораженіи парализованною оказывается, конечно, та сторона, на которой находится очагъ заболѣванія.

Пораженіе периферическаго нерва, наконецъ, вызываетъ параличъ группы мышцъ или одной мышцы. Только заболѣванія сплетенія могутъ повлечь за собою болѣе или менѣе обширные параличи, напоминающіе моноплегію.

Для сужденія о характерѣ паралича весьма важно знать **трофическія свойства парализованныхъ мышцъ**. Изъ сказаннаго выше легко понять, что дегенеративной атрофіи пораженныхъ мышцъ мы можемъ ожидать лишь въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ пораженными оказываются передніе сѣрые столбы или периферическіе нервы, тогда какъ заболѣваніе выше лежащихъ участковъ двигательнаго аппарата (центральныя извилины и пирамидные пути) не должно вызывать расстройства питанія мышцъ. Сообразно этому органическіе параличи распадаются на атрофическіе и неатрофическіе. Въ первомъ случаѣ парализованныя мышцы сильно уменьшены въ объемѣ и дряблы („вялые“ параличи), во второмъ случаѣ уменьшеніе это—если оно вообще наблюдается—весьма незначительно и обусловлено, можетъ быть, недостаткомъ дѣятельности („*Inactivitätsatrophie*“), напряженіе-же мышцъ здѣсь значительно повышено („спастическій“ параличъ). Въ зависимости отъ локализациі пораженія спастическіе параличи называютъ также центральными, атрофическіе—периферическими.

Относительно центральныхъ параличей см. стр. 173. Атрофическіе параличи встрѣчаются:

1. При *Poliomyelitis anterior*, спинальной прогрессирующей мышечной атрофии, амиотрофическомъ боковомъ склерозѣ, сирингомиелиі и при сдавленіи переднихъ роговъ опухолями; далѣе также при прогрессив. бульбарномъ параличѣ, такъ какъ ядра на днѣ IV желудочка въ физиологическомъ отношеніи вполне соотвѣтствуютъ клѣткамъ переднихъ столбовъ.

2. При всѣхъ ревматическихъ, травматическихъ, токсическихъ и инфекціонныхъ заболѣваніяхъ периферическихъ нервовъ.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ парализованныя мышцы помимо вялости и атрофіи обнаруживаютъ особаго рода реакцію на электрической токъ, т. н. **реакцію перерожденія**. Полная реакція перерожденія заключается въ слѣдующемъ: Электрическая возбудимость нерва какъ по отношенію къ гальваническому, такъ и по отношенію къ фарадическому току падаетъ и въ теченіи 8—14 дней совершенно исчезаетъ. Въ мышцѣ-же исчезаетъ лишь возбудимость по отношенію фарадическому току, тогда какъ гальваническая возбудимость оказывается, наоборотъ, повышенной, такъ что ясное сокращеніе мышцы можетъ быть уже вызвано и очень слабымъ токомъ. Сокращеніе получается при этомъ медленное „червеобразное“, оно при замыканіи анода такой-же или еще большей силы, чѣмъ при замыканіи катода.

Въ легкихъ случаяхъ нерѣдко наблюдается только т. н. частичная реакція перерожденія, при которой возбудимость нерва по отношенію къ обоимъ родамъ тока и возбудимость мышцы по отношенію къ фарадическому току лишь понижена (но не исчезла!) тогда какъ реакція мышцы на гальванической токъ та-же, что и при полной реакціи перерожденія.

Чувствительность. Различаютъ различныя категоріи чувствительности: 1) **Тактильная чувствительность**, которую изслѣдуютъ, прикасаясь чѣмъ-нибудь къ кожѣ больного, при чемъ больной, глаза котораго въ это время закрыты, говоритъ, чувствуетъ-ли онъ или нѣтъ; 2) **болевая ч.** которую изслѣдуютъ такимъ-же образомъ уколами булавки; 3) **температурная ч.**, при

изслѣдованіи ея пользуются двумя пробирками, изъ которыхъ одна наполнена теплою, другая холодною водою (для быстрого ориентированія достаточно однако уже дуновения и выдыханія); 4) чувство мѣста или способность локализациі (больной указываетъ пальцемъ на ту часть своего тѣла, до которой врачъ дотронулся). Если все эти роды чувствительности исчезли, то мы имѣемъ дѣло съ полною анестезіею если-же исчезли лишь нѣкоторыя категоріи, то анестезію называютъ частичною. Потеря болевой чувствительности называется—анальгезіею, потеря температурной — термоанестезіею.

На чувствительности глубокихъ частей (мышцъ, сухожилій, суставовъ) основано чувство силы и мышечное чувство. Первое изъ нихъ изслѣдуется такимъ образомъ, что больного заставляютъ опредѣлять вѣсъ гирь, для изслѣдованія-же мышечнаго чувства больного заставляютъ сдѣлать извѣстное движеніе съ открытыми глазами, затѣмъ повторить это движеніе при закрытыхъ глазахъ. Если чувствительность кожи и глубокихъ частей на нижнихъ конечностяхъ понижена, то больной при стояннн и ходьбѣ можетъ удержать свое тѣло въ равновѣснн лишь подъ контролемъ зрѣннн; какъ только онъ закрываетъ глаза, онъ начинаетъ шататься и даже падаетъ (симптомъ Romberg'a). Подобнаго рода больные держатся, конечно, и въ темнотѣ лишь очень не твердо на ногахъ (см. *Tabes dorsalis*).

Рефлексы. Различаютъ сухожильные рефлексы, кожные рефлексы и рефлексы со слизистыхъ оболочекъ.

Важнѣйшимъ сухожильнымъ рефлексомъ является пателлярный: при постукиваннн по неособенно сильно-напряженному *lig. patellare* (голень сгибается подъ угломъ приб. въ 70°), наблюдается быстрое сокращеннн *extens. ris cruris quadricip.* Довольно постояненъ и рефлексъ съ Ахиллова сухожилья (сокращеннн икроножн. мышцъ при постукиваннн по умѣренно напряженному Ахиллову сухожилью). Рефлексы верхнихъ ко-

нечностей (съ *triceps'a*, *biceps'a* и надкостницы лучевой кости) часто отсутствуют и у здоровыхъ лицъ.

„Рефлекторная дуга“, отъ цѣлости которой зависитъ возможность вызыванія рефлексовъ, состоитъ изъ чувствительнаго нерва, соотвѣтственной части спинного мозга (задніе пучки — сѣр е вещество), и двигательнаго нерва. Разъ дуга эта въ какомъ нибудь мѣстѣ прервана, рефлексъ исчезаетъ. Явленіе это наблюдается между прочимъ при спинной сухоткѣ, поясничномъ міэлитѣ, поліоміэлитѣ, прогрессив. мышечной атрофій, невритѣ и другихъ заболѣваніяхъ периферическихъ нервовъ. П о в ы ш е н і е р е ф л е к с о в ъ, наоборотъ, наступаетъ тогда, когда части рефлекторной дуги находятся въ состояніи повышенной возбудимости (отравленіе стрихниномъ, столбнякъ, иногда также истерія и невритъ) или же когда вслѣдствіе перерыва проводимости пирамидальныхъ путей рефлекторная дуга освобождается отъ тормозящаго вліянія головного мозга (спастич. спинальный параличъ, аміотрофич. боковой склерозъ, *Myelitis dorsalis*, гемиплегія, множественный склерозъ и т. п.)

При сильномъ повышеніи рефлекторной возбудимости помимо описанныхъ рефлексовъ могутъ еще наблюдаться и другіе сухожильные рефлексы и рефлексы надкостницы и фасцій. Если рефлексъ съ Ахиллова сухожилья весьма значительно повышенъ, то можно язвзати т. п. с т о п н ы й к л о н у с ъ: при разогнутой въ колѣнѣ ногѣ стопу больного быстро и сильно сгибають кверху, тогда наступаютъ клоническія судороги икроножныхъ мышцъ.

К о ж н ы е р е ф л е к с ы (стопный, брюшной, сосковый и рефлексъ съ *cremaster'a*) менѣе постоянны. Важное значеніе имѣеть то обстоятельство, что при органической гемиплегіи брюшной рефлексъ на пораженной сторонѣ исчезаетъ, тогда какъ онъ при гемиплегіи истерической можетъ быть вызванъ.

Величина и подвижность **зрачковъ** зависитъ отъ глазодвигательнаго (*m. sphincter pupillae*) и отъ симпатическаго (*m. dilatator pupillae*) нерва. При нормальныхъ условіяхъ зрачекъ суживается 1) подъ вліяніемъ свѣта, 2) при конвергенціи глазъ и расширяется 1) при

стройствѣ чувствительныхъ путей больной не чувствуетъ наполненія пузыря, развивается *retentio*, обыкновенно однако скоро переходящая въ недержание. Центръ сфинктера *ani* находится въ крестцовой части спинного мозга.

Многіе нервные больные отличаются своею **характерною походкою**. Различаютъ слѣдующія главныя формы:

1. **Атактическая походка** при разстройствѣ координаціи въ ногахъ: Слишкомъ широкій размахъ ногъ вверхъ и кнаружи, на полъ нога опускается (сначала пяткою) съ излишнимъ топаніемъ, при этомъ разгибаніе въ колѣнѣ болѣе нормы. Всѣ движенія своихъ ногъ больной контролируетъ зрѣніемъ. Походка эта встрѣчается при спинной сухоткѣ, атаксіи *Friedreich'a* и при полиневритѣ.

2. **Паретическая или паралитическая походка**. Ходьба затруднена и медленная. При подниманіи стопы носокъ опускается; что-бы не зацѣпиться, больной долженъ поэтому высоко поднимать колѣно. Подошва опускается вяло и какъ-бы оцупью (*Neuritis multiplex*, *Myelitis lumbalis*).

3. **Спастическая походка**. Больной ходитъ маленькими, скачущими шажками, колѣно какъ-бы оцѣпенѣло, носокъ опущенъ внизъ и волочится по землѣ. Форма эта встрѣчается при спастическомъ спинальномъ параличѣ, аміотрофич. боковомъ склерозѣ, водянкѣ головы, въ начальныхъ стадіяхъ міэлита отъ сдавленія.

Діагнозъ параличей.

Если полный діагнозъ паралича не можетъ быть поставленъ съ перваго раза, то лучше всего поступаютъ такимъ образомъ, что сначала стараются опредѣлить лишь мѣсто пораженія (локализацию) а потомъ стремятся выяснить характеръ заболѣванія. Порядка этого, правда, не всегда можно строго держаться.

А. Мѣсто пораженія.

При локализациі паралича можно взять точкою отправленія форму (область распространенія) или характеръ его.

Нѣкоторыя формы параличей, какъ напр. гемиплегія, параплегія, моноплегія, весьма рѣзко бросаются въ глаза и тотчасъ-же направляютъ вниманіе изслѣдователя на опредѣленный пунктъ нервной системы. Тѣмъ не менѣе формы эти характерны лишь до извѣстной степени и лишены патогномическаго значенія. Гемиплегія большею частью вызывается, правда, поражениемъ внутренней капсулы, но она можетъ явиться и слѣдствіемъ разрушенія центральныхъ извилинъ и Варолева моста; даже заболѣванія спинного мозга могутъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ образовать картину односторонняго паралича (поліоміэлитъ, поврежденіе одной стороны). Параплегія можетъ быть вызвана какъ міэлитомъ, такъ и полиневритомъ, а моноплегія встрѣчаются не только при заболѣваніи коры, но и при спинальных дѣтскихъ параличахъ и поврежденіяхъ нервныхъ сплетеній. Къ этому присоединяется еще и то обстоятельство, что совершенно сходныя явленія могутъ быть вызваны истеріею. Другія формы параличей встрѣчаются, правда, не при столь многихъ поврежденіяхъ, тѣмъ не менѣе было-бы ошибочно опредѣлять мѣсто поврежденія по одной только формѣ параличей; для этого необходимо принимать во вниманіе и другіе результаты изслѣдованія (трофич. состояніе парализованныхъ мышцъ, чувствительность, рефлексы).

Вотъ почему при постановкѣ діагноза цѣлесообразнѣе — по крайней мѣрѣ для начинающаго — руководиться характеромъ параличей. Какъ уже упомянуто выше (стр. 167), различаютъ параличи спастическіе, неатрофическіе и вялые атрофическіе. При параличахъ перваго рода мышцы напряжены и оказываютъ при пассивныхъ движеніяхъ усиленное сопротивленіе, онѣ сохраняютъ свой нормальный объемъ (если не считать незначительной атрофіи отъ бездѣятвія) и обнаруживаютъ нормальную электрическую возбудимость, сухожильные рефлексы сохранены и большею частью даже повышены.

Эти **спастическіе параличи** вызываются заболѣваніемъ двигательныхъ корковыхъ центровъ или пирамидныхъ путей на всемъ протяженіи отъ коры головного мозга до ихъ вступленія въ сѣрые передніе рога спинного мозга. Такъ какъ названная область является центральной частью двигательнаго нервнаго аппарата, то такіе параличи называютъ также «центральными». Для болѣе точнаго опредѣленія положенія заболѣваемаго мѣста пользуются обыкновенно степенью распространенія паралича и нѣкоторыми сопутствующими явленіями. Какъ извѣстно, пирамидный путь чаще всего подвергается заболѣванію во внутренней капсулѣ: въ этомъ случаѣ развивается гемиплегія противоположной стороны, часто связанная съ афазіею. Поврежденіе центральной извилины даетъ явленія кортикальныхъ параличей (стр. 165), при гемиплегіи съ перекрестнымъ параличемъ *oculomotorius*'а мы имѣемъ дѣло съ заболѣваніемъ мозговой ножки, тогда какъ гемиплегія съ перекрестнымъ параличемъ *facialis*'а указываетъ на поврежденіе

Варолиева моста. Если поврежденнымъ является спинной позгъ, то страдаютъ большею частью одновременно оба пирамидальныхъ пучка и развивается спастическая параличія (Myelitis dorsalis), если-же повреждение строго ограничивается одной стороною спинного мозга, то получается картина Brown-Sequard'овскаго паралича (см. стр. 208).

Если-же мы имѣемъ дѣло съ атрофическимъ параличемъ, т. е. если парализованные мускулы вялы и обнаруживаютъ атрофію и реакцію перерождения, а сухожильные рефлексы потеряны, то это указываетъ на заболѣваніе сѣрыхъ переднихъ роговъ спинного мозга или периферическихъ нервовъ. Болѣе точную локализацию не всегда легко установить. Такъ какъ въ нервѣ чувствительныя и двигательныя волокна лежатъ рядомъ, между тѣмъ какъ передніе рога заключаютъ въ себѣ одни только двигательные элементы, то можно было-бы думать, что изслѣдованіе чувствительности должно выявить болѣе точную локализацию. Къ сожалѣнію, дѣло обстоитъ не такъ просто. Съ одной стороны нѣкоторыя пораженія периферическихъ нервовъ (свинцовые параличи) вовсе не вызываютъ анестезію или вызываютъ ее въ крайне слабой степени, съ другой стороны въ спинномъ мозгу очагъ можетъ охватить не одни только передніе рога, а также и другія части, такъ что и здѣсь къ двигательнымъ расстройствамъ могутъ присоединиться и чувствительныя. Помимо чувствительности приходится при этомъ принимать во вниманіе и другіе признаки, въ особенности все теченіе болѣзни.

Такъ напр. если мы встрѣчаемъ атрофическій параличъ верхней конечности, то мы могли-бы диагностировать: заболѣваніе одного или нѣсколькихъ нервовъ плеча, или полиоміэлитъ, спинальную прогрессив. мышечную атрофію, синдроміэзію (глѣоматозъ) сдавленіе шейной части спинного мозга вслѣдствіе новообразованій, пахименингита или спондилита. Если рядомъ съ параличемъ можно констатировать и расстройство чувствительности, то полиоміэлитъ и прогрессив. мышечную атрофію (т. е. чистыя заболѣванія переднихъ роговъ) можно, конечно, исключить, такъ что вопросъ можетъ идти только о невритѣ, синдроміэміи и прижатіи спинного мозга. Синдроміэзія характеризуется опредѣленною формою частичнаго расстройства чувствительности (см. стр. 208). Міэлитъ отъ сдавленія начинается большею частью жестокими невралгическими болями и рано или поздно ведетъ къ слабости мочевого пузыря и спастическому параличу ногъ. На невритъ мы остановимся тогда, когда пораженными окажутся всѣ мускулы, иннервируемые однимъ какимъ-нибудь нервомъ или вѣтвью его, и когда на соответствующемъ участкѣ кожи констатируется анестезія. Вполнѣ выраженная чувствительность нерва при давленіи также говоритъ за невритъ.

Если-же чувствительность, наоборотъ, оказывается нормальною, то прежде всего приходится думать, что мы здѣсь можемъ имѣть дѣло съ полиоміэлитомъ и спинальною мышечною атрофіею, хотя и при нѣкоторыхъ другихъ перечисленныхъ выше болѣзняхъ расстройство чувствительности можетъ въ началѣ и не быть. Острый

поліомієлітъ легко узнать по его характерному началу, но приходится наталкиваться на много случаевъ, въ которыхъ діагнозъ долго колеблется между прогрессив. мышечною атрофіею, гліоматозомъ и сдавленіемъ спинного мозга и выясняется лишь дальнѣйшимъ теченіемъ болѣзни.

Атрофическій параличъ ногъ можетъ быть вызванъ невритомъ поліомієлітомъ и поясничнымъ мієлітомъ. Распознаваніе мієлита затрудненій не представитъ, за то сходство между полиневритомъ и диффузнымъ пораженіемъ поясничнаго мозга можетъ быть весьма значительнымъ. Быстрое развитіе заболѣванія, чувствительность мышцъ и нервовъ къ давленію и исправность мочевого пузыря говорятъ въ подобныхъ случаяхъ за полиневритъ. Возможно, правда, и одновременное заболѣваніе спинного мозга и периферич. нервовъ (ср. параличъ Landry).

При атрофическихъ параличахъ въ области головныхъ нервовъ пораженными могутъ оказаться или самые нервы, или-же ихъ ядра, лежація въ продолговатомъ или среднемъ мозгу. Въ послѣднемъ случаѣ процессъ заключается большею частью въ медленной атрофіи (прогрессив. бульбарный параличъ), рѣже въ размягченіи, апоплексіи или воспаленіи продолгов. мозга; если-же пораженными оказываются нервы, то дѣло идетъ или о сдавленіи нервныхъ стволовъ новообразованіями (на основаніи черепа), или-же о послѣдствіяхъ инфекции (ревматическій параличъ лицевого нерва, параличи глазныхъ мышцъ послѣ инфлюэнцы, сифилиса, дифтеріи и т. д.).

Какимъ образомъ **разстройствами чувствительности** можно пользоваться для діагностическихъ цѣлей—объ этомъ отчасти уже сказано выше. Въ общемъ анестезіи при заболѣваніяхъ головного мозга наблюдаются лишь рѣдко. Обыкновенная гемиплегія большею частью не сопровождается разстройствами чувствительности и только въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ пораженіе охватываетъ и самую заднюю часть внутренней капсулы, на парализованной половинѣ тѣла замѣчаются и разстройства чувствительности. *Hemianaesthesia* можетъ быть вызвана также и заболѣваніемъ мозговой ножки. Сравнительно часто анестезіями сопровождаются корковые параличи; въ этихъ случаяхъ пораженіе захватываетъ, вѣроятно, и соприкасающіяся съ центральными извилинами части теменной доли. При заболѣваніяхъ спинного мозга чувствительность оказывается разстроенною главнымъ образомъ тогда, когда бываетъ поражена задняя часть (*Tabes, Myelitis transversa, Syringomyelia, параличъ Brown-Sequard'a*), тогда какъ пораженія переднихъ роговъ и пирамидныхъ путей (поліомієлітъ, прогрессив. мышечная атрофія, спастич. спин. параличъ, амиотрофич. боковой склерозъ) могутъ протекать безъ разстройствъ чувствительности. При заболѣваніяхъ периферическихъ нервовъ анестезія ограничена соотвѣтствующими участками кожи (см. рис. 12—18) Въ противоположность этому анестезія истерическаго происхожденія никогда не соотвѣтствуютъ области распространенія одного какого нибудь нерва, а

охватываютъ цѣлую конечность часть ея или же цѣлую половину тѣла.

Сухожильные рефлексy при атрофическихъ параличахъ почти всегда потеряны, при центральныхъ, спастическихъ они сохранены и даже часто повышены. При знакомствѣ съ явлениями, съ которыми связано возникновеніе рефлексовъ, фактъ этотъ самою тобою понятенъ. Какъ уже было упомянуто, рефлекторная дуга, по которой рефлексъ пробѣгаетъ, состоитъ изъ восходящей (чувствительной) и нисходящей (двигательной) вѣтви, лежащихъ въ периферическихъ нервахъ, и спинального связующаго участка (задніе пучки и сѣрые передніе рога). Рефлексъ такимъ образомъ пользуется тѣми путями, которые при атрофическихъ параличахъ всегда поражены. Но такъ какъ всякое болѣе или менѣе серьезное поврежденіе рефлекторной дуги уничтожаетъ рефлексъ, то въ области атрофическихъ параличей рефлексy должны быть потеряны. (Рѣдкое исключеніе представляютъ лишь тѣ случаи неврита, при которыхъ дѣло не доходитъ до глубокаго разрушенія нервныхъ элементовъ, см. ниже!),

Въ противоположность этому пораженіе коры и пирамидныхъ путей, какое мы встрѣчаемъ при спастическихъ параличахъ, лежитъ внѣ рефлекторной дуги и не уничтожаетъ рефлексy въ парализованныхъ частяхъ. Часто рефлексy эти даже повышены, такъ какъ тормозящая вліянія, идущія у здоровыхъ людей отъ коры къ рефлекторной дугѣ по пирамиднымъ путямъ, устранены даннымъ пораженіемъ. Повышеніе рефлексовъ наблюдается при кортикальныхъ параличахъ, при церебральной гемиплегіи, при водянкѣ головы, множеств. склерозѣ, спастич. спинальномъ параличѣ и при всѣхъ тѣхъ очаговыхъ заболѣваніяхъ спинного мозга, которыя прерываютъ пирамидные пути, не задѣвая рефлексовъ, т. е. при пораженіяхъ грудной и верхней шейной части спинного мозга*).

Такъ какъ рефлекторныя дуги для пателлярнаго рефлексy и рефлексy съ Ахиллова сухожилья проходятъ черезъ поясничный мозгъ, а дуги для рефлексовъ верхнихъ конечностей черезъ нижнюю часть шейнаго мозга, то поперечныя пораженія спинного мозга даютъ различныя картины болѣзни, смотря по высотѣ этихъ поражений. Такъ напр. Myelitis lumbalis выражается атрофическимъ параличемъ ногъ съ отсутствіемъ рефлексовъ, тогда какъ при мѣзлитѣ грудной части спинного мозга наблюдается спастическая параллелія съ повышенными рефлексами. Пораженіе нижняго отрѣзка шейной части спинного мозга вызываетъ спастическій параличъ нижнихъ и атрофическій параличъ верхнихъ конечностей, при заболѣваніи-же верхняго отрѣзка этого участка наблюдается спастическій параличъ всѣхъ четырехъ конечностей.

*) При полной перерѣзкѣ спинного мозга рефлексy исчезаютъ, правда, и въ этихъ случаяхъ (Bastian и Bruns).

Повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, наблюдаемое при истерическихъ а иногда и при невритическихъ параличахъ, зависитъ, конечно, не отъ перерожденія пирамидныхъ путей, а отъ повышенной возбудимости самого рефлекторнаго аппарата.

Разстройства мочевого пузыря (см. стр. 171) всегда имѣютъ большое значеніе для діагноза. Они нерѣдко наблюдаются при спинальных параличахъ и могутъ даже явиться весьма ранними симптомами при сдавленіи спинного мозга и спинной сухоткѣ. При чистыхъ заболѣваніяхъ переднихъ роговъ и при полиневритѣ разстройства эти не замѣчаются. При истеріи иногда наступаетъ *retentio urinae*, никогда однако не встрѣчается недержание мочи; фактъ этотъ можетъ облегчить дифференціальный діагнозъ между истерическою и органическою параплегіею.

Непроизвольная дефекація встрѣчается при миэлитѣ и въ поздн. стадіяхъ спинной сухотки.

При нѣкоторыхъ параличахъ **походка** обнаруживаетъ характерныя особенности. Объ атактической, спастической и паралитической походкѣ см. стр. 172. Походка при органической и истерической гемиплегіи описана на стр. 213.

В. Родъ пораженія.

Прежде всего изслѣдователь долженъ спросить себя, имѣетъ ли онъ дѣло съ органическимъ или истерическимъ параличемъ. Всякій истерическій параличъ является параличемъ воли и можетъ быть по этому копированъ по желанію (*Moebius*). Вотъ почему параличъ *oculomotorius'a*, *recurrens'a*, *serratus'a* или такой мышечной группы, которая не можетъ быть произвольно иннервируема въ отдѣльности, никогда нельзя считать истерическимъ. Дегенеративная атрофія, реакція перерожденія и отсутствіе сухожильныхъ рефлексовъ говорить противъ истеріи. При истеріи парализованной обыкновенно оказывается нога, рука или же наблюдается гемиплегія или параплегія. Рефлексы сохранены, нерѣдко повышены. Въ общемъ истерическій параличъ напоминаетъ такимъ образомъ центральный, но все-же извѣстнымъ образомъ и отличается отъ него. Такъ при истерической гемиплегіи нѣтъ ни афазіи, ни пареза лицевого нерва, при параплегіи нѣтъ разстройство мочеиспусканія. Важны также результаты изслѣдованія чувствительности (см. выше!) и наличность контрактуръ, судорогъ, афонии и другихъ признаковъ истеріи.

То обстоятельство, что параличъ развился вслѣдъ за травмою не можетъ служить доказательствомъ его органическаго характера, такъ какъ многія истерич. состоянія нерѣдко вызываются различными несчастными случаями (травматическій неврозъ).

Если-же мы имѣемъ дѣло съ несомнѣннымъ органическимъ заболѣваніемъ, то точный діагнозъ часто выясняется уже однимъ теченіемъ болѣзни. Медленное развитіе ея и развитіе скачками

указываетъ обыкновенно на дегенеративный процессъ или новообразование, тогда какъ параличи, вызванные кровоизлияніями или размятченіями, (эмболія, тромбозъ), обнаруживаются болѣе или менѣе внезапно. Воспалительные процессы часто сопровождаются повышеніемъ температуры; они могутъ протекать остро (спинальный или церебральный дѣтскій параличъ, *Myelitis acuta*) или же вполне хронически (многіе абсцессы мозга, спондилитич. нагноенія, хронич. мѣлзнь). Последствія отравленія (алкоголемъ, свинцомъ, мышьякомъ, окисью углерода) могутъ также обнаруживаться, въ зависимости отъ характера и степени воздѣйствія яда, то постепенно, то быстро. Во всѣхъ случаяхъ крайне важенъ вопросъ, не могла-ли болѣзнь быть вызвана сифилисомъ.

Но помимо сифилиса въ развитіи параличей могутъ играть большую роль и другія болѣзни, какъ то: артеріосклерозъ, туберкулезъ, нагноенія среднего уха, болѣзни сердца (эмболія), дифтерія, инфлюэнца, тифъ и т. д. Изслѣдованія поэтому никоимъ образомъ нельзя ограничить одною нервною системою; кромѣ того необходимо тщательный анамнезъ, обнимающій не только прежнія болѣзни и начало разбираемаго страданія, но и состояніе здоровья родныхъ больного (нейропатич. задатки).

Занятіе больного также должно быть принято во вниманіе при постановкѣ діагноза. Трактирщики, пивовары, коммивояжеры часто злоупотребляютъ спиртными напитками (полиневритъ!), наборщики, маляры, печники и рабочіе извѣстныхъ категорій легко подвергаются отравленію свинцомъ; рабочіе, имѣющіе дѣло съ мышьякомъ, заболѣваютъ мышьяковымъ невритомъ. Нѣкоторыя работы связаны съ пребываніемъ въ сырости и простудой; среди извѣстной категорій людей бываетъ особенно распространень сифилисъ и т. д.

А. Болѣзни периферическихъ нервовъ.

1. Параличъ лицевого нерва.

Этіологія: Простуда (ревматич. параличъ), травмы (давленіе со стороны щипцовъ *intra partum*, переломы черепа), нагноенія уха и заболѣванія на основаніи черепа (сифилит. и другія новообразования, аневризмы *arter. basilaris*).

Большею частью довольно внезапно, иногда при сильныхъ боляхъ, обнаруживается параличъ всей половины лица. Одна сторона лба не можетъ быть сморщена, глазъ не можетъ быть закрытъ, уголь рта и носа не можетъ

быть поднять. Больной не въ состояннн ни дуть, ни свистать. Вслѣдствіе невозможности смыкать вѣки (lagophthalmus) нерѣдко развивается конъюнктивитъ. Чувствительность нормальна. Все это наблюдается тогда, если нервъ заболѣваетъ въ области *foram. stylomastoidei* (что обыкновенно случается при ревматич. параличахъ). Если же пораженіе лежитъ выше, то помимо мимическаго паралича наблюдается и потеря вкуса на переднихъ двухъ третяхъ соотвѣтственной половины языка и уменьшеніе отдѣленія слюны (параличъ *chordae tympani*). При параличѣ *m. stapedii* развивается усиленіе остроты слуха (*hyperakusis*). Если заболѣваніе локализовано около *ganglion geniculi*, то—по сообщеніямъ нѣкоторыхъ авторовъ—иногда наблюдается парезъ соотвѣтств. половины неба (параличъ волоконъ лицевого нерва, идущихъ черезъ *n. petrosus superfic. major* къ *gangl. sphenopalatin.* и отсюда въ качествѣ *nn. palatini descendentes* къ небной занавѣскѣ).

Распознаваніе: При центральномъ параличѣ пораженною оказывается, какъ извѣстно, лишь нижняя вѣтвь *facialis*'а, тогда какъ иннервація дѣла и глаза остается свободною.

Предсказаніе зависитъ отъ результатовъ изслѣдованія электрич. реакціи. Если электр. возбудимость парализованныхъ частей нормальна, то выздоровленіе наступаетъ спустя 1—3 недѣли (легкая форма). При наличности частичной реакціи перерожденія (см. стр. 163) выздоровленіе наступаетъ не раньше, чѣмъ черезъ мѣсяць, а иногда лишь черезъ 2—3 мѣсяца (средняя форма). Если же наблюдается полная реакція перерожденія, на излеченіе можно рассчитывать лишь по прошествіи 4—8 мѣсяцевъ (тяжелая форма). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ улучшеніе вовсе не наступаетъ.

Леченіе: Послѣ простуды — салицилов. натрій (3—5 грам.). При сифилисѣ іодистый калий. Леченіе ушнаго страданія, если таковое имѣется. Продолжительное примѣненіе постоянного тока.

2. Параличи глазныхъ мышцъ.

Причины: Простуда, Tabes, прогрессив. параличъ, прижатіе новообразованіями (въ томъ числѣ и гуммами!), острия инфекціонныя болѣзни (въ особенности дифтерія и инфлюэнца).

Субъективныя разстройства заключаются въ диплошіи, иногда также головокруженіи и разстройствѣ аккомодаци.

а) **Параличъ глазодвигательнаго нерва.** Нервъ этотъ иннервируетъ *m. levator palpebrae super., m. rectus int., super. и infer., m. obliquus infer., m. ciliaris* (мышца аккомодаци) и *sphincter pupillae*. При параличѣ нерва верхнее вѣко опущено (*ptosis*); если его приподнять, то глазное яблоко оказывается обращеннымъ внизъ и кнаружи и не въ состояніи двигаться по направленію кверху, книзу и кнутри. Зрачекъ расширенъ (*mydriasis paralytica*) и аккомодация парализована. У больного двойится въ глазахъ и такъ какъ оптическія оси ненормально расходятся, то изображенія перекрестны. При правостороннемъ параличѣ *oculomotorius*'а двоеніе особенно рѣзко при смотрѣніи влѣво (и наоборотъ). Головокруженіе не наблюдается (вслѣдствіе *ptosis*'а).

б) **Параличъ отводящаго нерва.** При параличѣ *m. recti externi* глазъ не можетъ быть отведенъ кнаружи. При смотрѣніи въ сторону, одноименную съ парализованною, появляются двойныя неперекрестныя изображенія; головокруженіе большею частью не особенно значительное.

в) **Параличъ блоковаго нерва** (параличъ *m. obliqui super.*). При смотрѣніи внизъ глазное яблоко отклоняется кнутри и появляются неперекрестныя двойныя изображенія; головокруженіе поэтому особенно сильно при схожденіи съ лѣстницъ.

Офтальмоплегія, т. е. параличъ всѣхъ глазныхъ мышцъ является выраженіемъ заболѣванія ядеръ, протекающаго хронически (при спин. сухоткѣ, прогр. параличѣ и множ. склерозѣ) или остро (съ повышеніемъ температуры и помраченіемъ сознанія, часто съ смертельнымъ исходомъ при алкоголизмѣ, инфлюэнцѣ и отравленіи окисью углерода). Въ первомъ случаѣ находятъ обыкновенно пере-

рожденіе ядеръ глазныхъ нервовъ на днѣ III желудочка, во второмъ—геморрагическое воспаленіе этой области, т. н. Polien-
 serphalitis sup. acuta. Воспаленіе иногда переходитъ на IV желудочекъ и даетъ бульбарныя явленія (Polien-
 serphalit. infer. см. стр. 210).

Леченіе: При ревматич. параличѣ показаны потогонныя (въ нѣк. случаяхъ *Natr. salicyl.*) и пиявки къ вискамъ. При сифилисѣ іодист. калий и ртутныя втиранія. Кромѣ этого гальванизация и подкожныя впрыскиванія *strychnini nitrici* (0.001—0.004). Параличи, появляющіеся при *tabes*'ѣ, прогр. параличѣ и послѣ дифтеріи сами собою исчезаютъ.

3. Пораженіе зрительнаго нерва.

Въ хіазмѣ происходитъ лишь частичный перекрестъ зрительныхъ волоконъ: волокна, идущія отъ внутренней части сѣтчатки переходятъ въ зритель. трактъ противоположной стороны, между тѣмъ какъ волокна височной части остаются на той-же сторонѣ (*semidecussatio*). Волокна зрительнаго тракта ветуають вѣротно въ соединеніе съ зрительнымъ бугромъ и переднимъ двухолміемъ и отсюда идутъ по самой задней части внутренней капсулы къ зрительному центру, находящемуся въ корѣ затылочной доли (*fissura calcarina* и сосѣдніе участки).

Полное разрушеніе зрительнаго нерва ведетъ къ амаурузу и рефлекторной неподвижности зрачка. При пораженіи отдѣльных пучковъ волоконъ развиваются скотомы или суженіе поля зрѣнія.

При поврежденіи хіазмы (новообразованіемъ) прежде всего обыкновенно поражаются срединныя волокна, идущія къ носовымъ половинамъ сѣтчатки. Вслѣдствіе этого развивается слѣпота наружныхъ половинокъ обѣихъ полей зрѣнія (*hemianopsia bitemporalis*).

Заболѣванія-же одного зрительнаго тракта, заднихъ участковъ зрительныхъ проводящихъ путей или одного зрительнаго центра имѣютъ слѣдствіемъ одноименную геміанопсію и при томъ такимъ образомъ, что правостороннее пораженіе ведетъ къ потерѣ зрѣнія лѣвыхъ половинокъ обѣихъ полей зрѣнія (и наоборотъ). Двустороннее пораженіе означенныхъ частей должно, конечно, вызвать полную слѣпоту. Если заболѣваніе локализовано за четверохолміемъ, т. е. въ бѣломъ или сѣромъ веществѣ затылочной доли, то реакція зрачка на свѣтъ оказывается сохраненною, не смотря на полный амаурозъ.

При пораженіяхъ бѣлаго вещества затылочной доли, не вызывающихъ слѣпоты, можетъ развиваться т. н. душевная слѣпота: больные при этомъ хотя и видятъ, но лишены представленія о значеніи видимаго («потеря зрительныхъ образовъ воспоминаній»).

4. Пораженія тройничнаго нерва.

I вѣтвь снабжаетъ кожу носа, верхняго вѣка и лба до середины темени, конъюнктиву, роговую и радужную оболочку, часть слизистой оболочки носа и *dura mater* (ср. рис. 12).

II вѣтвь снабжаетъ нижнее вѣко, щеку, верхнюю губу, часть слизистой носа и *durae matrix*, слизистую Гайморовой полости, кожу верхней челюсти, неба и уха и содержитъ кромѣ того вкусовыя волокна (для двухъ переднихъ третей языка).

III вѣтвь снабжаетъ чувствительными волокнами всю область бороды (за исключ. верхней губы), високъ, наружный слуховой проходъ, слизистую нижней челюсти, щеки и языка; двигательными волокна-

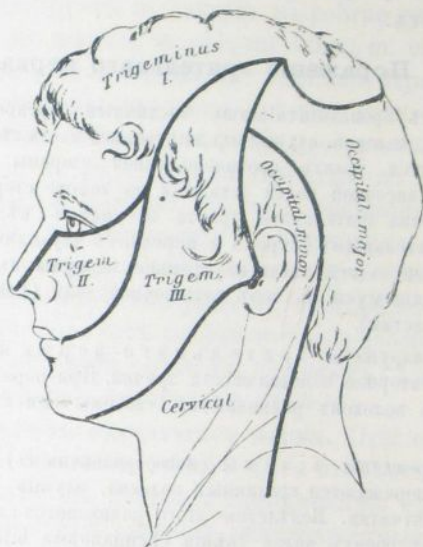


Рис. 12. (по Freund'у) — Распределение чувствительныхъ кожныхъ нервовъ на головѣ.

ми она снабжаетъ *m. tensor tympani*, жевательныя мышцы (*temporalis, masseter, pterygoidei*), *m. mylohyoideus* и переднее брюшко *biventer'a*.

Пораженіе нерва можетъ вызвать анестезію названныхъ областей, разстройство вкуса (не всегда), трофич. разстройства, въ особ. *herpes* и *Keratitidis neuroparalytica* (изъязвленіе роговицы съ прободеніемъ и *phthisis bulbi*) и невозможность жевать. При двустороннемъ пораженіи нижняя челюсть вало опущена внизъ.

Леченіе: Здѣсь почти всегда дѣло идетъ о сдавленіи нерва (большею частью на основаніи черепа) сифилитическими и другими новообразованіями. Можно поэтому прибѣгать къ антисифилитическому леченію. Кромѣ того электризація.

5. Пораженіе слухового нерва.

Заболѣваніе *n. cochlearis* вызываетъ субъективные шумы въ ушахъ, а иногда и глухоту; при заболѣваніи же *n. vestibularis* наблюдается головокруженіе и расстройство равновѣсія (болѣзнь Мепіега'а см. невроты). При леченіи слѣдуетъ имѣть въ виду возможность сифилиса.

(Слуховой центръ находится въ височной долѣ).

6. Пораженіе язычно-глоточнаго нерва.

Наблюдается анестезія верхней части *pharynx*'а (?) и потеря вкуса (*ageusia*) въ задней части языка. Встрѣчается также и затрудненіе глотанія (парезъ *pharynx*'а). Большею частью дѣло идетъ о заболѣваніи на основаніи черепа. При леченіи слѣдуетъ имѣть въ виду, что заболѣваніе это можетъ быть и сифилитическаго характера.

7. Параличъ подъязычнаго нерва.

Параличъ и атрофія соотвѣств. половины языка. Высунутый языкъ отклоняется въ сторону пораженія. Затрудненія при разговорѣ, бѣдѣ и глотаніи большею частью незначительны.—Леченіе см. выше.

8. Параличъ *vago accessorii*.

Наблюдается параличъ соотвѣств. половины неба и зѣва (опущеніе небной занавѣски, неподвижной при интонаціи, носовое произношеніе и *dysphagia*), затѣмъ параличъ голосовой связки, иногда расстройство сердечной дѣятельности (большею частью *tachycardia*), и замедленное неправильное дыханіе. Расстройство чувствительности часто выражено очень незначительно; теоретически слѣдуетъ ожидать анестезіи зѣва, гортани и трахеи, а можетъ быть и пищевода. При пораженіи *rami externi n. accessorii* развивается параличъ *m. sternocleidomastoidei* и *cucullaris*.

Заболѣваніе можетъ быть локализовано въ продолг. мозгу, на основаніи черепа, въ верхнихъ позвонкахъ, снаружи на шеѣ, или въ грудной полости. Ср. также полиневритъ, стр. 190.

Леченіе: При сифилисѣ іодистый калий и Hg; кромѣ того электризація и вприскиваніе стрихнина. Ср. также параличи голосов. связокъ, стр. 25.

9. Параличи въ области верхнихъ конечностей.

Параличъ *n. radialis*. *N. radialis* иннервируетъ *m. triceps* и все мускулы разгибательной стороны предплечія (т. е. *supinator longus* и *brevis* и все разгибатели кисти и пальцевъ), далѣе узкую полосу кожи на разгибательной сторонѣ плеча и предплечья (*nn. cutan post*

sup. и inf.), наружную половину тыльной стороны кисти и тыльную поверхность основных фаланг большого, указательного и половины среднего пальцев (остальные фаланги иннервируются п. mediano). См. рис. 13 и 15.

Причины: Простуда („ревматич. паралич“), травмы (прижатие во снах, костылем, кандалами) и отравление свинцомъ.

Симптомы: Больной не въ состояніи супинировать и разгибать руки, не можетъ абдуцировать большого пальца;

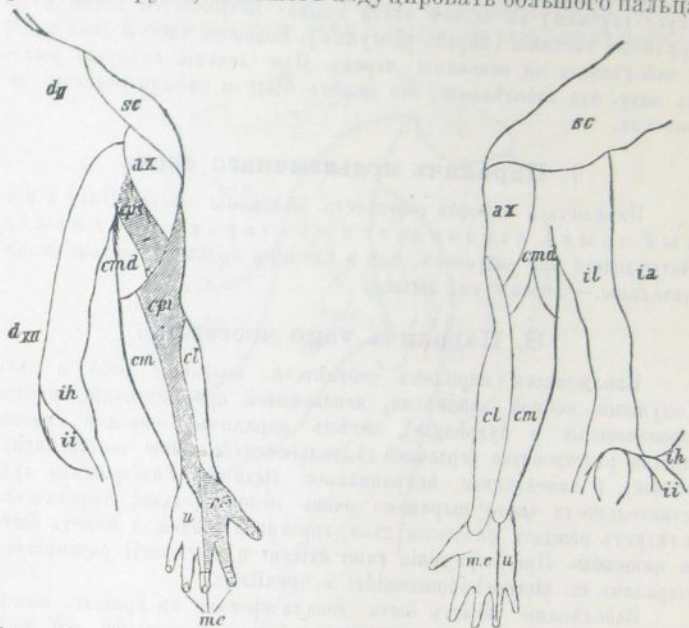


Рис. 13 и 14 (по Henle).—Распределение чувствит. кожныхъ нервовъ на верхней конечности: рис. 13 задняя поверхность, рис. 14—передняя поверхность.

Заштрихованная часть—область п. radialis.

sc.—Nn. supraclaviculares (изъ шейнаго сплетенія),
 ax.—кожная вѣтвь N. axillaris,
 cps, cpi—N. cutaneus post. sup. и inf. (изъ N. radialis),
 ra—N. radialis,
 cmd, cm—N. cutan. medialis и medius (изъ плечевого сплетенія),
 cl—N. cutan. lat. изъ N. musculocutaneus,
 mc—N. medianus,
 u—N. ulnaris.

остальные пальцы не могутъ разгибаться въ основныхъ суставахъ (разгибаніе среднихъ и ногтевыхъ фалангъ

при помощи *mm. interossei*, наоборотъ, сохранено). При вытянутой рукѣ кисть вяло опущена внизъ, пальцы слегка согнуты. Если больной въ полупронаціи сгибаетъ предплечье, то сокращенія *m. supinator long.* при этомъ не происходитъ (хотя мускулъ этотъ при нормальныхъ условіяхъ сильно напрягается передъ *condyl. ext. hum.*). Если и *triceps* парализованъ, то предплечье не можетъ быть активно разогнуто. Въ тяжелыхъ случаяхъ парализованныя мышцы обнаруживаютъ дегеративную атрофію и реакцію перерожденія; сухожильные рефлексy отсутствуютъ. Чувствительность большею частью лишь незначительно разстроена. При старыхъ параличахъ на тыльной сторонѣ руки нерѣдко развивается опуханіе влагалищъ сухожилій разгибателей.

При отравленіи свинцомъ (наборщики, маляры, печники и т. п.) супинаторы и *triceps* почти никогда не бываютъ затронуты. Чувствительность всегда нормальна. Пораженіе двустороннее.

Леченіе: Гальванизация; при сохраненной фарадической реакціи можно примѣнять и прерывистый токъ. Теп-

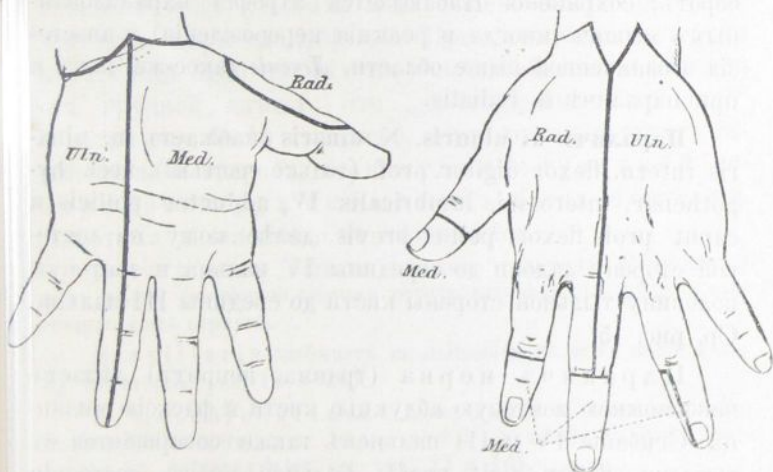


Рис. 15 (по Freund'у)—Распределеніе чувствит. кожныхъ нервовъ на рукѣ.

лая ванны (для рукъ), осторожный массажъ и растираніе. Если нервъ перерѣзанъ или окруженъ рубцовой тканью,

то показано шиваніе или освобожденіе нерва. При отравленіи свинцомъ устраняють дальнѣйшее вліяніе яда и назначаютъ іодистый калий.

Параличъ n. mediani. N. medianus снабжаетъ всѣ мышцы на сгибательной сторонѣ предплечья (исключая ulnaris intern.) мышцы thenar'a (за исключеніемъ adductor pollic. и caput profund. flexoris pollic. brevis) и lumbricales I—III, далѣе кожу ладони отъ наружнаго края большого пальца до середины четвертаго пальца и тыльную поверхность ногтевой и средней фаланги большого, указательнаго, средняго и половины безымяннаго пальца (ср. рис. 15).

При параличѣ нерва (причины: большею частью травмы) рука не можетъ быть пронирована, абдуцирована кнаружи и согнута, больной палецъ не можетъ быть согнуть и оппонированъ. На остальныхъ четырехъ пальцахъ сгибаніе средней фаланги (на указательномъ и среднемъ также и ногтевой фаланги) невозможно. Сгибаніе-же основныхъ фалангъ (помощью interossei), наоборотъ, сохранено. Наблюдается атрофія парализованныхъ мышцъ (иногда и реакція перерожденія) и анестезія обозначенной выше области. *Леченіе* такое-же, какъ и при параличѣ n. radialis.

Параличъ n. ulnaris. N. ulnaris снабжаетъ m. ulnaris intern., flexor digitor. prof. (только частью!), весь hypothenar, interossei, lumbricalis IV, adductor pollicis и caput prof. flexor. pollic. brevis, далѣе кожу на локтевой сторонѣ ладони до середины IV пальца и локтевую половину тыльной стороны кисти до середины III пальца. Ср. рис. 15.

Параличъ нерва (травма, невритъ) дѣлаетъ невозможною локтевую абдукцію кисти и флексію мизинца. Сгибаніе IV и III пальцевъ также совершается съ трудомъ (flexor digit. prof.!) Больной не въ состояніи также ни абдуцировать ни раздвигать своихъ пальцевъ. Такъ какъ interossei парализованы, то сгибаніе основныхъ фалангъ и разгибаніе остальныхъ на II—V пальцахъ невозможно, такимъ образомъ при застарѣлыхъ па-

раличахъ *n. ulnaris* со временемъ развивается т. н. *main. en griffe*. Мышечная атрофія и анестезія соотвѣтствуютъ сказанному выше.

Параличъ сплетенія. При тяжелыхъ поврежденіяхъ плечевого сплетенія (какъ напр. послѣ вывиха плеча) могутъ быть парализованы всѣ нервы, большею частью пораженными оказываются лишь нѣкоторые, напр. *radialis* и *axillaris*. Довольно часто встрѣчаются параличи при родовомъ актѣ; парализованными при этомъ оказываются *mm. deltoideus, biceps, brachial. intern.* и *supinator long.* (рѣже и *m. infraspinatus*). Рука не можетъ быть поднята въ плечевомъ и согнута въ локтевомъ суставѣ, между тѣмъ какъ кисть и пальцы выполняютъ всѣ движенія нормально. Параличъ этотъ развивается *intra partum* вслѣдствіе давленія на опредѣленную точку сплетенія („*Supraclavicularpunkt*“ Erb'a) при извлеченіи послѣдующей головки посредствомъ пражекаго приѣма, но встрѣчается также и у взрослыхъ при трамвахъ сплетенія.

Параличъ *m. serrati*. *Этіологія:* Поврежденія *n. thoracici longi* ушибами и давленіемъ на плечи, рѣже простуда, тифъ или дифтерія. При опущеніи внизъ руки внутренней край соотвѣтств. лопатки нѣсколько отстаютъ отъ грудной клѣтки. Это „крылообразное положеніе“ лопатки еще болѣе выражено, когда рука протянута горизонтально впередъ; выше горизонтальной поверхности рука не можетъ быть поднята. Анестезія обыкновенно не наблюдается.

Другіе параличи области плечевого сплетенія наблюдаются лишь рѣдко. Достаточно поэтому перечислить вѣратцѣ функціи входящихъ сюда нервовъ.

N. axillaris снабжаетъ *m. deltooides, m. teres minor* и кожу плеча (см. рис. 13 и 14).

N. musculocutaneus иннервируетъ *m. coracobrachialis, m. brachialis intern.* и *m. biceps* и кожу лучевой стороны предплечья (*n. cutaneus later.* см. рис. 13 и 14).

N. thoracici anter. снабжаетъ *m. subclavius, m. pectoralis minor* и *m. major* и кожу надъ этими мышцами.

Nn. thoracici poster. (*n. dorsalis scapulae*) снабжаютъ *m. levator scapulae, mm. rhomboidei* и *serratus posticus superior* (*n. thoracic long.* идетъ къ *m. serratus anter. maj.* см. выше!)

N. suprascapularis иннервируетъ *m. supraspinatus* и *infraspinatus* (пронаторъ плеча).

N. subscapularis снабжаетъ *m. subscapularis*, *m. latissimus dorsi* и *m. teres major*.

[Упомянемъ еще здѣсь кстати, что *mm. cucullaris* и *sternocleidomastoideus* иннервируются *n. accessorio*, заднія прямыя и косыя мышцы—*n. infraoccipitale* (изъ перваго шейнаго нерва), *mm. scaleni*, *longus colli*, *rectus capitis anticus major* и *minor*—шейнымъ сплетениемъ].

10. Параличи въ области нижнихъ конечностей.

Параличъ *n. cruralis*. *N. cruralis* снабжаетъ *mm. ileopsoas*, *quadriceps femor.*, *sartorius* и *pectineus* и кромѣ того кожу на передней поверхности бедра и колѣна и внутренней поверхности голени и стопы (*n. saphenus*). При параличѣ нерва сгибаніе бедра и разгибаніе голени затруднено, анестезіи названныхъ участковъ не наблюдается, колѣнный рефлексъ потерянъ. Лечение: электризація, ванны.

Параличъ *n. obturatorii*. *N. obtur.* иннервируетъ *m. obturator extern*, аддукторы (иногда *m. pectineus*), *m. gracilis* и кожу на внутренней сторонѣ бедра (рис. 16 и 17). При параличѣ нерва больные не въ состояніи класть ногу на ногу, ѣздить верхомъ и т. д.

Параличъ *n. glutei*. *N. gluteus super.* снабжаетъ *mm. gluteus med.* и *minim.*, *tensor. fasciae latae* и *pyriformis*. При параличѣ нерва приведеніе бедра и вращеніе его внутрь становятся невозможными.—*N. gluteus infer.* снабжаетъ *m. gluteum maximum*. При параличѣ его нога не можетъ быть разогнута въ тазобедр. суставѣ; выпрямленіе туловища, восхожденіе на лѣстницы значительно затруднено.

Параличъ *n. ischiadici*. Сѣдалищный нервъ снабжаетъ *mm. gemelli*, *obturator int.*, *quadratus femoris*, *semimembranosus*, *semitendinosus*, *biceps femoris* и всю голень, при чемъ *n. peroneus* иннервируетъ мышцы передней стороны голени, кожу ея наружной и задней поверхности и тыльной стороны стопы, между тѣмъ какъ

n. tibialis снабжаетъ икроножныя мышцы, lumbricales и кожу наружнаго края стопы и подошвы (см. рис. 16—18).

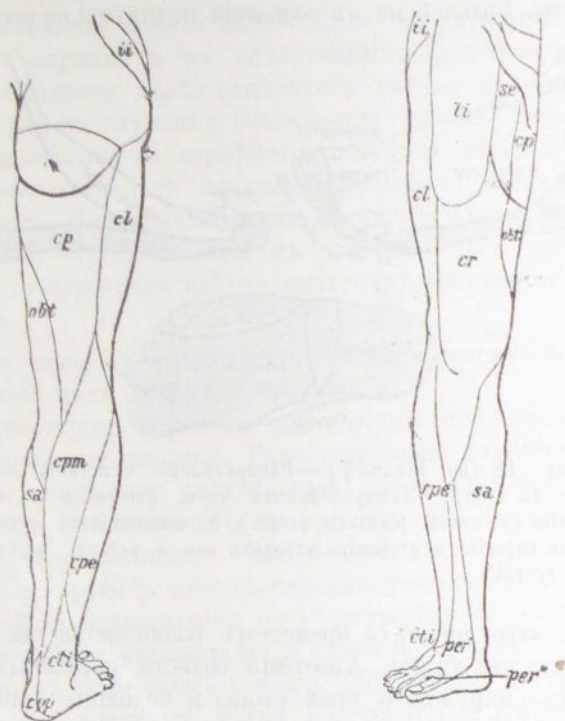


Рис. 16 и 17 (по Henle).—Распределение чувствительныхъ кожныхъ нервовъ на нижней конечности.

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <i>ii</i> —n. ileoinguinalis. | <i>cpe</i> —n. communicans peronei. |
| <i>li</i> —n. lumbo-inguinalis. | <i>cti</i> —n. communicans tibial. |
| <i>se</i> —n. spermaticus externus | <i>per'</i> —n. peroneus superfic. |
| <i>cp</i> —n. cutan. poster. (plexus sacr.). | <i>per''</i> —n. peroneus profundus. |
| <i>cl</i> —n. cutan. lateral. (plex. lumb.). | <i>cpm</i> —n. cutan. post. med. |
| <i>cr</i> —n. cruralis. | (изъ n. peron.). |
| <i>obt</i> —n. obturatorius. | <i>csp</i> —n. cutan. plantar. propr. |
| <i>sa</i> —n. saphenus. | (изъ n. tibial.). |

Параличъ n. peronei: Стопа отвисаетъ книзу и не можетъ быть согнута (кверху). Больной вынужденъ поэтому поднимать при ходьбѣ колѣно; со временемъ развивается pes varoequinus. Анэстезія на задней и наружной части икръ и на тыльной сторонѣ стопы.

Параличъ *n. tibialis*: Конецъ стопы не можетъ быть активно опущенъ, пальцы ногъ не могутъ быть согнуты. Больной не въ состояніи подняться на носкахъ,

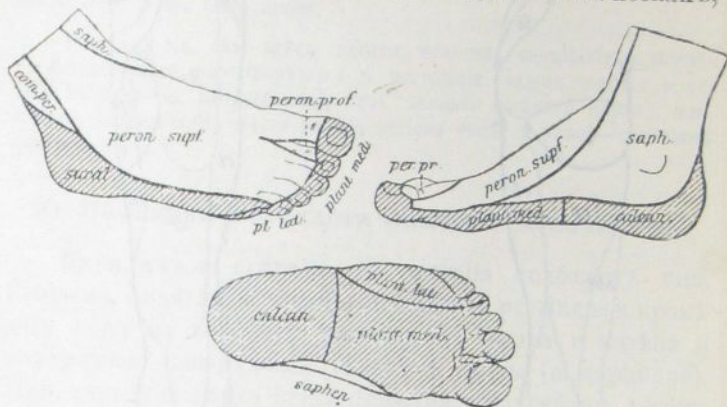


Рис. 18 (по Freund'у).—Распределение чувствит. кожныхъ нервовъ на стопѣ.—Заштрихованная часть относится къ области *n. tibialis* (*n. cutan. plantaris propr.*). *N. communicans peronei*, *n. peroneus superfic.* и *profundus* отходятъ отъ *n. peronei*, *n. saphenus* отъ *n. cruralis*.

ходьба затруднена, со временемъ развивается *pes calcaneus* или *pes valgus*. Анэстезія области наружныхъ лодыжекъ, наружнаго края стопы и подошвы (рис. 18).

При параличѣ ствола сѣдалищн. нерва къ этимъ явленіямъ присоединяется еще невозможность сгибать ногу въ колѣнѣ. Ходьба крайне затруднена, но все-же еще возможна.

Причины: Травмы, тяжелые роды, опухоли таза, невритъ (алкоголь, мышьякъ, диабетъ).

II. Невритъ и полиневритъ.

Заболѣванія периферическихъ нервовъ могутъ быть вызваны травмами (ушибъ, вывихъ, медленное прижатіе опухолями, давленіемъ костылей), органическими и неорганическими ядами (алкоголь, окись углерода, мышьякъ, свинецъ), аутоинтоксикаціею (диабетъ, подагра), инфекціею (дифтерія, инфлюэнца, оспа, тифъ,

сифилисъ, туберкулезъ и неизвѣстною еще „ревматическою“ инфекціею).

Клиническія явленія заключаются въ парастезіяхъ и боляхъ, нерѣдко и въ объективныхъ расстройствахъ чувствительности далѣе замѣчаются парезы или атаксія, въ тяжелыхъ случаяхъ наблюдается полный параличъ съ дегенеративною атрофіею и реакціею перерожденія. Рефлексы въ началѣ нѣсколько повышены, позже они исчезаютъ. Пораженные нервы—а иногда и кожа, мышцы и суставы—чувствительны къ давленію. Изъ трофическихъ расстройствъ наблюдаются отѣкъ, блестящая кожа, herpes.

Въ чисто чувствительныхъ нервахъ невритъ можетъ протекать подъ видомъ невралгіи.

Нѣкоторыя формы неврита отличаются своею характерною локализациею. Такъ отравленіе свинцомъ ведетъ къ параличу разгибателей предплечья безъ расстройствъ чувствительности (см. стр. 185); отравленіе мышьякомъ вызываетъ боли и анестезіи на рукахъ и ногахъ и параличъ мышцъ, иннервируемыхъ nn. *peroneo* и *radiali* (см. отравленія); послѣ дифтеріи наблюдается параличъ неба и аккомодациі и слабость ногъ съ потерей колѣнныхъ рефлексовъ (см. стр. 126). *Neuritis puerperalis* поражаетъ концевыя вѣтви nn. *ulnaris* и *medianus*, а невриты при діабетѣ локализируются преимущественно въ nn. *ischiadico* и *crurali* (потеря колѣнныхъ рефлексовъ!).

Совмѣстное заболѣваніе болѣе или менѣе значительнаго числа нервовъ называютъ множественнымъ невритомъ или **полиневритомъ**. Чаще всего болѣзнь эта встрѣчается при хронич. алкоголизмѣ, кромѣ того также послѣ дифтеріи и при отравленіи мышьякомъ и окисью углерода. Неизвѣстною еще до сихъ поръ инфекціею вызывается *Polyneuropathia idiopathica* или *rheumatica*, нерѣдко обнаруживающаяся послѣ сильной простуды. Этотъ полиневритъ начинается лихорадкою, болями въ головѣ и конечностяхъ; иногда наблюдается бредъ, опухоль селезенки и альбуминурія. Вслѣдъ за-

тѣмъ обнаруживается слабость или атаксія нижнихъ конечностей, которая можетъ перейти въ параличъ, затѣмъ параличъ рукъ, діафрагмы, а иногда и нѣкоторыхъ черепныхъ нервовъ. Нерѣдко наблюдается tachycardia (параличъ vagus'a?) и hyperhidrosis. Пораженные нервные стволы и мышцы весьма чувствительны къ давленію; въ тяжелыхъ случаяхъ развивается дегенеративная атрофія и реакція перерожденія, сухожильныя рефлексы исчезаютъ. Чувствительность большею частью лишь незначительно нарушена, функціи пузыря и прямой кишки нормальны. Обыкновенно—хотя-бы и по истеченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ—наступаетъ выздоровленіе, въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдается однако и летальный исходъ отъ паралича дыхательныхъ мышцъ и сердца (ср. также параличъ Landry, стр. 207).

Распознаваніе большинства формъ неврита—при точномъ изслѣдованіи и при обращеніи вниманія на этиологію—не представляетъ особенныхъ затрудненій. Алкогольный полиневритъ можетъ иногда вызывать картину болѣзни, сильно напоминающую спин. сухотку, въ особенности когда къ болямъ и анестезіи присоединяется ясная атаксія. Однако быстрое теченіе, чувствительность мышцъ къ давленію, отсутствіе рефлектор. неподвижности зрачковъ и разстройство мочеиспусканія наводятъ на правильный слѣдъ.

Леченіе: Прежде всего нужно принимать во вниманіе причинные моменты: устраненіе вліянія алкоголя, мышьяка, свинца, антидіабетическая діета, удаленіе давящихъ опухолей, антисифилитическое леченіе, при „ревматическомъ“ невритѣ—*Natr. salicyl.* или простыя потогонныя. Кромѣ того примѣняютъ теплыя ванны, электризацію и массажъ, при сильныхъ боляхъ—антипиринъ, антифебринъ или морфій. Въ періодъ выздоравливанія пребываніе и леченіе въ Nauheim'ѣ, Oeynhausen'ѣ, Wiesbaden'ѣ, Kissingen'ѣ, Baden-Baden'ѣ.

12. Невралгія.

Невралгическія боли могутъ проявиться во всякомъ чувствительномъ или смѣшанномъ нервѣ. Онѣ отличают-

ся своею интенсивностью и своимъ перемежающимся характеромъ („приступы вевральгін“). Во многихъ случаяхъ нѣкоторыя опредѣленные точки нерва особенно чувствительны къ давленію (болевыя точки Valleix'a). Этиологическими моментами являются: нервныя страданія (нервозность, истерія, Tabes); конституціональныя разстройства (анэмія, подагра, тучность, діабетъ, climacterium); инфекціи (малярія, сифилисъ, инфлюэнца); отравленія (алкоголь, свинець); механическія причины (травмы, рубцы, экзостозы, новообразованія, воспаленія, обуславливающія сдавленіе нерва); наконецъ переутомленіе и простуда (ревматическія невральгін).

При *леченіи* нужно прежде всего принимать во вниманіе этиологію: при анэміи нужно давать желѣзо (цѣлесообразно съ мышьякомъ) и въ нѣкоторыхъ случаяхъ назначать Milchkur или Mastkur, при сифилисѣ—IK и Hg; при простудѣ — салицил. натръ, при маляріи — хининъ; далѣе нужно удалять рубцы и экзостозы, каріозныя зубы и т. д., лечить имѣющіяся воспаленія и назначать при подагрѣ, діабетѣ, алкоголизмѣ или ожирѣніи соотвѣтственную діету. Важно также устраненіе имѣющихся запоровъ.

Симптоматически дѣйствуютъ многочисленныя средства: Natri salicyl. (2.0—6.0 p. die), Antipyrin. (1.0—5.0), Antifebrin (0.5—1.5), Phenacetin. (1.0—3.0), Salipyridin. (1.0—5.0), Salophen. (1.0—6.0), Aspirin. (1.0—6.0), Kryophin. (0.5—3.0), Lactophenin. (1.0—3.0), Analgen. (0.5—2.5), Citrophen. (1.0—5.0), Exalgin. (0.25—0.5), Agathin. (0.5—1.0), Malakin. (1.0—5.0), Chinin. muriat. (0.5—1.5), Chloralhydrat. (1.0—3.0), Morphii (0.01—0.03, лучше всего подкожно вблизи пораженнаго нерва). Далѣе рекомендуются подкожныя впрыскиванія Acidi hyperosmici (0.1 : 10.0 Aq. $\frac{1}{4}$ —1 шприць), нирванина (2%) или метиленовой сини (0.01—0.06). Относительно другихъ лекарствъ см. ниже.

Изъ наружныхъ средствъ слѣдуетъ упомянуть: Charta или Spirit. sinapis, Spir. formicar., Ol. chloroform., Ol. terebinth., Tinctur. capisci; мази съ ментоломъ (1:10), Extract. belladonn. (1:10), Extr. opii (1:10), вератринъ

(1:20); п у л ь в е р и з а ц і я эфиромъ, хлористымъ этиломъ или хлористымъ метиломъ (для предотвращения явлений отмороженія кожу слѣдуетъ предварительно смазывать глицериномъ); далѣ Empl. cantharid. ordin., въ самомъ крайнемъ случаѣ ferrum candens.

Благопріятное дѣйствіе оказываютъ также водолеченіе (обертываніе, обмыванія, души), морскія купанья, грязевыя ванны, ванны съ разсоломъ, лечение въ Rehme, Nauheim'ѣ, Gastein'ѣ, Wiesbaden'ѣ, Wildbad'ѣ, далѣ массажъ (въ особенности при Ischias) и электризація (постоянный токъ—анодъ на больной нервъ,—а также и фарадизація кисточкой). При истеріи иногда помогаетъ гипнозъ.

Только тогда, когда все эти средства оказываются неэффективными, приходится обращаться къ оперативному вмѣшательству (нейректомія, растяженіе, экстракція нерва).

1. Нейралгія тройничнаго нерва (Tic douloureux, Prosopalgia) охватываетъ весь нервъ или одну изъ вѣтвей его: Neuralgia supraorbitalis, infraorbitalis и infra-maxillaris. Болевыя точки расположены на incisur. supraorbitalis, у foramen infraorbital. и mentale. Во время припадковъ нерѣдко наблюдаются слезотеченіе, chemosis, отдѣленіе носовой слизи и слюноотеченіе, въ нѣкоторыхъ случаяхъ кромѣ того herpes, выпаденіе волосъ и т. п.

Лечение: Если Neuralgia supraorbitalis находится въ связи съ насморкомъ (катарръ лобной пазухи), то примѣняютъ потогонныя и вливанія соляного раствора въ носъ. Изъ лекарствъ особенно дѣйствительнымъ часто оказывается хининъ (0.6—1.5 въ облаткахъ за 5 часовъ до приступа). Нужно, впрочемъ, имѣть въ виду возможность глывкомы. При Neuralg. infraorbital. или infra-maxillaris нужно изслѣдовать зубы, среднее ухо и лечить найденныя заболѣванія. Кромѣ средствъ, перечисленныхъ на прошлой страницѣ, рекомендуются еще: Butylchloral 7.5, Glycerini 20.0, Aq. destillat. 120.0, по столов. ложкѣ черозъ 10 мин. и Tinctur. gelsemii sempervirentis по 10—15 капель 3 раза въ день.

2. **Neuralgia occipitalis.** Боли въ п. occipital. major, рѣже въ другихъ вѣтвяхъ шейнаго сплетенія. Болезая точка между соцевид. отросткомъ и шейными позвонками. Нужно изслѣдовать шейные позвонки на спондилитъ и ракъ!

3. **Neuralgia brachialis.** Боли во всемъ плечевомъ сплетеніи или въ отдѣльныхъ вѣтвяхъ его, въ особенности въ локтевомъ нервѣ. Болевая точка соотвѣтствуютъ ходу пораженнаго нерва. Herpes и вазомоторныя разстройства наблюдаются довольно рѣдко. При двустороннихъ нейралгіяхъ можно всегда подозрѣвать центральное страданіе (спондилитъ, ракъ, пахименингитъ). *Леченіе:* см. выше.

Neuralgia intercostalis. Большею частью пораженными оказываются нѣсколько нервовъ, преимущественно на лѣвой сторонѣ. Болевая точка расположена сзади возлѣ позвоночнаго столба, въ средней подмышечной линіи и около края грудины. Herpes наблюдается часто (herpes zoster). При упорныхъ боляхъ слѣдуетъ имѣть въ виду Tabes, спондилитъ, ракъ и аневризму. *Леченіе:* Если имѣется сколіозъ или мозолистая образованія на ребрахъ, то излеченіе можетъ быть достигнуто хирургическими или ортопедич. способами. Относительно другихъ средствъ см. стр. 193.

5. **Neuralgia lumbo-abdominalis.** Боли въ кожѣ таза, нижней части живота и паховой области, мошонки или срамн. губъ. Пораженными оказываются ileohypogastricus, ileoinguinalis и genito-cruralis.

6. **Neuralgia cruralis** (т. н. Ischias antica). Боли на передней поверхности бедра и на внутренней сторонѣ икръ (п. saphen. major). Болевая точка въ мѣстахъ выхода этихъ вѣтвей. Причины: простуда, переутомленіе, Tabes, диабетъ, рѣже сдавленіе нервовъ внутри таза или же внутри паховаго канала грыжею. При Neuralgia obturator. боли чувствуются на внутренней сторонѣ бедра.

7. **Neuralgia ischiadica. Ischias.** Причины: большею частью простуда и переутомленіе; далѣ сифилисъ, сдав-

леніе нерва каловыми массаами, берем. маткою или опухольями таза (параметритъ, ракъ матки); при діабетѣ и спин. сухоткѣ страданіе часто двустороннее. Боли идутъ отъ сѣдалищной области до подколенной ямки, а часто и даже до наружныхъ мышцек. и тыльной стороны стопы. Нога держится прямо и больной старается ею пользоваться какъ можно рѣже. Наклоненіе туловища, хожденіе, сидѣніе на твердомъ стулѣ весьма болѣзненно, а часто и совершенно невозможно. Болевья точки: у foram. ischiad., у наружной трети глутеальной складки, въ серединѣ подколенной ямки, за головкою fibulae и на тыльной сторонѣ стопы между IV и V metatars. На кожѣ—гиперѣстезія, мышцы большею частью не атрофированы, herpes наблюдается лишь рѣдко.—Въ нѣкоторыхъ случаяхъ развивается сколіозъ (scoliosis is hiadica). Выпуклость кривизны большею частью обращена къ больной, рѣже къ здоровой сторонѣ.

Распознаваніе: Слѣдуетъ имѣть въ виду Tabes, діабетъ и сифилисъ, необходимо изслѣдованіе таза (и per rectum) и тазобедреннаго сустава (Coxitis, Malum senile).

Леченіе: Въ свѣжихъ случаяхъ пребываніе въ постели и Natr. salicyl. или антипиринъ (4.0—6.0), иногда также умѣстны банки или шанская мушка (Emplastr. cantharid. ordin. или Colloid. cantharid.) на болевья точки. Кромѣ того электризація, теплыя ванны и перечисленныя на стр. 193 nervina. При сифилисѣ Hg и іодистый калий, при діабетѣ строгая діета.

Въ застарѣлыхъ случаяхъ: Ol. terebinth. (3 раза въ д. по 15—20 капель на молокѣ), массажъ и ванны (песочныя, грязевыя, съ разсоломъ или сосновымъ экстрактомъ) или пребываніе и леченіе въ Wiesbaden'ѣ, Nauheim'ѣ, Rehme'ѣ, Gastein'ѣ, Baden-Baden'ѣ, Teplitz'ѣ. Кромѣ того мѣстныя впрыскиванія морфія, анестезированіе кожи по ходу нерва хлористымъ метиломъ и т. д. (ср. стр. 194).

При наклонности къ запорамъ показаны слабительныя и клизмы, иногда также пользованіе водами въ Karlsbad'ѣ, Kissingen'ѣ.

В. Болезни спинного и продолговатого мозга.**1. Meningitis spinalis.**

Острые формы не имѣютъ особаго практическаго значенія. При хроническомъ-же теченіи особенно важны 2 формы:

а) **Meningitis chronica syphilitica.** Оболочки спинного мозга превращены въ толстую студенистую или фиброзную массу, въ которую заключены нервные корешки; наряду съ этимъ очаги встрѣчаются болѣею частью и въ самомъ спинномъ мозгу. Клиническія явленія заключаются въ жестокихъ боляхъ въ спинѣ, крестцѣ и невралгій межреберныхъ нервовъ и нервовъ нижней конечности. Смотря по положенію очаговъ въ спинномъ мозгу, наблюдается или спастическій парезъ ногъ или половинный параличъ (*hemiplegia spinalis*), часто связанный съ дегенеративной атрофіей отдѣльныхъ мышцъ; чувствительность, функція мочевого пузыря и прямой кишки почти всегда разстроены. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ картина болѣзни чрезвычайно напоминаетъ *Tabes (Pseudotabes syphilitica)*.

Леченіе: Систематич. втиранія и продолжительное употребленіе іодистаго калия. Кромѣ того ванны и электризація.

б) **Pachymeningitis cervicalis hypertrophica.** Въ области нижняго отрѣзка шейной части спинного мозга *dura mater* утолщена и оказываетъ значительное давленіе на выступающіе нервные корешки и спинной мозгъ. Страданіе начинается болями въ затылкѣ и невралгіями въ области nn. *ulnaris* и *medianus*. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ обнаруживается параличъ и дегенеративная атрофія соотвѣств. мышцъ (короткія мышцы кисти, сгибатели кисти и пальцевъ). Такъ какъ разгибатели, иннервируемые n. *radialis* остаются непораженными, то образуется характерное разгибаніе кисти со сгибаніемъ среднихъ и концевыхъ фалангъ пальцевъ (т. н. рука проповѣдника). Анестезіи мало выражены. Подъ конецъ развивается еще спастическій парезъ нижнихъ конечностей.

Лечение: Отвлекающія, постоян. токъ, теплыя ванны. Всегда можно давать въ видѣ опыта іодистый калий.

2. Миелитъ. Воспаленіе спинного мозга.

Миелитическій очагъ, занимающій весь поперечный разрѣзъ спинного мозга (*myelitis transversa*) долженъ, конечно, вызывать, смотря по своему положенію, различныя явленія:

a) *Myelitis lumbalis*: Вялый, дегенеративный параличъ обѣихъ нижнихъ конечностей, потеря сухожильныхъ и кожныхъ рефлексовъ. Анэстезія нижнихъ конечностей туловища до линіи, проходящей ниже пупка.

b) *M. dorsalis* (встрѣчается наиболѣе часто): Параличъ обѣихъ нижн. конечностей безъ дегенеративной атрофіи, большею частью со спастическими явленіями и повышеніемъ сухожильныхъ рефлексовъ. Анэстезія достигаетъ *epigastrium* или идетъ даже еще выше.

c) *M. шейнаго утолщенія*: Нижнія конечности и туловище какъ при b., къ этому присоединяется еще атрофич. параличъ рукъ съ анэстезіею и потерею сухожильныхъ рефлексовъ.

d) *M. верхняго отрѣзка шейной части спин. мозга*. Спастическій недегенеративный параличъ всѣхъ четырехъ конечностей, анэстезія всѣхъ конечностей и всего туловища, параличъ діафрагмы, иногда также бульбарныя явленія.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ функція мочевого пузыря и прямой кишки нарушена, и наблюдаются трофическія и вазомоторныя разстройства (шелушеніе или отекъ кожи, склонность къ пролежнямъ, иногда *herpes*).

Обыкновенно не всѣ симптомы бывають вполне выражены, въ особенности разстройства чувствительности часто весьма незначительны, такъ что мы, напр., при *myelitis dorsalis*—особенно въ началѣ—можемъ имѣть передъ собою одни лишь явленія спастическаго спинальнаго паралича (см. стр. 201). Анэстезія присоединяется тогда лишь въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, которая можетъ вообще развиваться остро или хронически. Если

въ спин. мозгу имѣется нѣсколько очаговъ (*Myelitis disseminata*) или если дѣло идетъ о диффузномъ воспаленіи, то могутъ, разумѣется, наблюдаться и отклоненія отъ описанныхъ здѣсь состояній.

Леченіе: При остромъ началѣ рекомендуются влажныя обертыванія и салициловый натрій. Если сифилисъ не можетъ быть съ увѣренностью исключенъ, то назначаются ртутныя втиранія (3.0—5.0 p. die) и іодистый калий. На позвоночникъ пузырь со льдомъ, въ нѣкот. случаяхъ іодная настойка, но *vesicantia* лучше не примѣнять.

Особенно тщательно нужно слѣдить за тѣмъ, какъ и на чемъ больной лежитъ (часто мѣнять положеніе, водяная подушка, воздушное кольцо, обмываніе спины спиртными растворами, смазываніе ланолиномъ). При *р о л е ж н я х ъ* компрессы съ борною водою или уксусно-кислымъ глиноземомъ и мази съ перуанскимъ бальзамомъ (1:30) или іодоформомъ (5—10%). При недержаніи мочи—мочепрѣемникъ, при задержаніи—катетеризація 2—3 раза въ день. Если, не смотря на все предосторожности, развивается циститъ: салицилов. натръ и промыванія пузыря (см. стр. 110). Опорожненіе кишечника достигается черезъ каждые 2 дня клистиромъ, послѣ чего, если возможно, назначается ванна. По исчезаніи острыхъ явленій, прибѣгаютъ къ электризаціи и теплымъ ваннамъ (въ нѣкот. случаяхъ съ 5—12 фунтами соли).

Въ хронич. случаяхъ леченіе въ Rehme, Nauheim'ѣ, Gastein'ѣ, Ragaz'ѣ, Wiesbaden'ѣ, Baden-Baden'ѣ или-же грязевыя ванны въ Franzensbad'ѣ, Elster'ѣ, Marienbad'ѣ, Pyrmont'ѣ, Reinerz'ѣ, Steben'ѣ.

3. Параличи отъ сдавливанія спинного мозга.

Наиболѣе частою причиною является туберк. спондилитъ (*Malum Pottii*), встрѣчающійся главнымъ образомъ у дѣтей и молодыхъ людей. Туберкул. абсцессъ можетъ своимъ давленіемъ вызвать параличи, хотя-бы на позвоночникѣ и не замѣчалось особыхъ искривленій. Обыкновенно однако развивается угловатый кифозъ (*gibbus*), такъ какъ фунгозно размягченный позвонокъ спадается,

вызывая сгибание спинального канала и сдавление спинного мозга.—Рѣже наблюдаются параличи отъ сдавленія позвонковъ ракомъ, новообразованиями оболочекъ (между прочимъ и сифилитическими, см. стр. 162), аневризмою аорты или эхинококкомъ.

Клиническіе симптомы зависятъ, конечно, отъ мѣста пораженія (см. Міэлигъ). Если сдавление происходитъ въ грудной части—что случается чаще всего,—то страданіе начинается болями въ спинѣ или межреберною невралгіею, или-же прежде всего обнаруживается спастическій парезъ ногъ съ повышеніемъ сухожильныхъ рефлексовъ. Анэстезіи большею частью незначительны, илже вовсе не наблюдаются, расстройства мочевого пузыря встрѣчаются часто и при томъ иногда уже въ довольно раннемъ періодѣ. Постепенно можетъ развиваться полная параплегія.—При сдавленіи шейной части наблюдаются симптомы шейнаго міэлита (см. стр. 198), часто также и боли въ затылкѣ или въ рукахъ. При caries самыхъ верхнихъ шейныхъ позвонковъ можетъ развиваться *Abscessus retropharyngealis*.

Распознаваніе—при ясно замѣтномъ горбѣ или другихъ признакахъ (абсцессъ m. psoas, туберкулезъ другихъ органовъ)—не представляетъ затрудненій. Въ свѣжихъ случаяхъ на правильный слѣдъ наводитъ чувствительность къ давленію или уменьшеніе подвижности части позвоночника; бываютъ однако случаи, въ которыхъ можно строить одни лишь предположенія. Ракъ позвоночника нужно предположить, если имѣется первичная раковая опухоль (груди, прямой кишки и т. д.). Подозрительнымъ, кромѣ того, является наступленіе болѣзни у стариковъ (у которыхъ спондилитъ встрѣчается крайне рѣдко) и начало отличающееся жестокими болями.

Леченіе при ракѣ позвонковъ ограничивается облегченіемъ болей и профилактическими мѣрами (циститъ, пролежни!) При спондилитѣ показаны вытяженіе позвоночника и корсетъ, рыбій жиръ и креозотъ, иногда также и оперативное вмѣшательство. Опытъ показываетъ, что излеченіе здѣсь возможно, хотя-бы параличъ существовалъ много лѣтъ.

4. Спастический спинальный параличъ.

Въ началѣ больной замѣчаетъ лишь легкое утомленіе при ходьбѣ и чувство напряженія въ началѣ. По прошествіи нѣкотораго времени походка его становится спастическою или спастически-паретическою. При изслѣдованіи обнаруживается ригидность всѣхъ мышцъ нижнихъ конечностей, въ особенности разгибателей, и повышение сухожильныхъ рефлексовъ. Чувствительность и функціи мочевого пузыря и прямой кишки нормальны; трофическія разстройства не наблюдаются.

Явленія эти, указывающія на перерожденіе боковыхъ пирамидальныхъ пучковъ („боковой склерозъ“), въ большинствѣ случаевъ составляютъ лишь симптомокомплексъ, который можетъ встрѣчаться при сдавленіи спинного мозга, грудномъ мѣлитѣ множеств. склерозѣ и водянкѣ головы. Въ практическомъ отношеніи важно то обстоятельство, что сифилисъ грудной части спинного мозга въ началѣ нерѣдко обнаруживается лишь симптомами спинальнаго спастич. паралича. Дифференціальный діагнозъ часто представляетъ большія затрудненія.—Въ небольшомъ числѣ случаевъ боковой склерозъ является однако самостоятельнымъ заболѣваніемъ, наблюдающимся иногда у нѣсколькихъ членовъ одного и того-же семейства (семейн. спастич. спинальный параличъ Strümpell'я). Начинается оно большею частью въ возрастѣ ниже 30 лѣтъ и лишь очень медленно прогрессируетъ.

Леченіе: При возможности сифилиса іодистый калий (2.0—4.0 въ день) и системат. ртутныя втиранія. При сдавленіи спинного мозга спондилитомъ—вытяженіе въ горизонтальномъ положеніи и корсетъ. Спазмъ можетъ быть уменьшенъ гальванич. токомъ и продолжительными теплыми ваннами.

5. Спинальная прогрессирующая мышечная атрофія. (Duchenne-Aran).

Сущность болѣзни заключается въ медленной атрофіи большихъ гангліозныхъ клѣтокъ въ переднихъ рогахъ шейной части спинного мозга. Причина неизвѣстна,

иногда болезнь приводится въ связь съ переутомленіемъ мышцъ.

Прежде всего атрофія обыкновенно обнаруживается на *thenar* или *hypothenar*, затѣмъ постепенно атрофируются *interossei* и *lumbricales*. Послѣ этого страданіе обыкновенно переходитъ на плечо: атрофируются *deltoides*, *biceps* и *sacullaris*. Потомъ очередь доходить до мышцъ предплечья и еще позже атрофіи подвергаются *latissimus*, *pectorales*, *rhomboidei*, дыхательныя мышцы (въ томъ числѣ диафрагма). Обѣ стороны оказываются пораженными довольно симметрично, хотя правая часто въ болѣе сильной степени. Заболѣвшія мышцы вялы на ощупь, обнаруживаютъ слабость, соответствующую степени атрофіи и частичную реакцію перерожденія; на нихъ замѣчаются фибриллярныя подѣргиванія. Сухожильные рефлексы потеряны, чувствительность нормальна, трофическихъ разстройствъ кожи не наблюдается. Подъ конецъ нерѣдко присоединяется еще бульбарный параличъ.

Распознаваніе: Сходныя мышечныя атрофіи встрѣчаются при гліоматозѣ, *Pachymeningitis cervicalis*, *Spondylitis cervicalis* и при параличахъ въ области *nn. mediani* и *ulnaris*. Но въ этихъ случаяхъ всегда наблюдаются боли и анестезія. Отъ амиотроф. бокового склероза прогр. мышечная атрофія отличается потерей сухожильныхъ рефлексовъ (при склерозѣ рефлексы повышены). *Poliomyelitis anterior* отличается острымъ началомъ и одновременностью пораженія нѣсколькихъ мышечныхъ группъ.

Леченіе: Электризація, ванны, массажъ и гимнастика. Внутрь: *Strychnini nitrici* (2—3 раза въ день 0.003).

6. *Dystrophia musculorum progressiva.*

Въ этиологіи играетъ роль наследственное предрасположеніе, часто болезнь встрѣчается у нѣсколькихъ членовъ одной и той-же семьи. Различаютъ три формы.

а) Псевдогипертрофія мышцъ начинается между 4-мъ и 8-мъ годами жизни. Въ противоположность къ спинальной мышечной атрофіи здѣсь заболѣваютъ сначала мышцы спины, *glutaei*, затѣмъ мышцы бедра и икръ. Выпрямленіе туловища совер-

шается съ трудомъ, походка становится неуверенною и шаткою, часто развивается лордозъ поясничной части позвоночника. На мѣстѣ исчезнувшихъ мышечныхъ волоконъ развивается жиръ, вслѣдствіе чего получается кажущаяся гипертрофія. Чувствительность, функція мочевого пузыря и прямой кишки нормальны, трофическія разстройства и фибриллярныя подергиванія не наблюдаются. Кожа надъ заболѣвшими мышцами часто испещрена синеватыми жилками. Иногда дѣти впоследствии заболѣваютъ энцефаліею или слабоуміемъ.

б) Юношеская форма мышечной атрофіи начинается въ юномъ возрастѣ чаще всего заболѣваніемъ плечъ: послѣдовательно атрофируются *mm. pectoralis major, cucullaris, serratus ant. major, latissimus dorsi, biceps, brachialis internus*, позже *quadriceps femoris* и аддукторы. Другія же мышцы, какъ *deltoidei, triceps, glutei* и икроножныя мышцы обнаруживаютъ, наоборотъ, увеличеніе объема. Лопатки отстоятъ крылообразно, а плечо настолько свободно, что оно можетъ быть подтянуто до ушей.

с) При т. н. дѣтской формѣ прежде всего заболѣваютъ *orbicularis oris* и *orbicularis palpebrarum*. Ребенокъ не можетъ сомкнуть ни рта, ни глазъ; позже губы утолщаются, лицо становится неподвижнымъ, маскообразнымъ. Со временемъ страданіе переходитъ на мышцы спины и нижн. конечностей, заболѣвающія какъ при псевдогипертрофіи (ср. а).

Леченіе: Нѣкоторую пользу приносятъ повидимому методическія мышечныя упражненія. Тоже самое можно сказать про электризацію, водолеченіе и укрѣпляющее питаніе.

7. Амiotрофическій боковой склерозъ.

Болезнь эта какъ въ анатомическомъ, такъ и въ клиническомъ отношеніи представляетъ комбинацію спинальной мышечной атрофіи съ спастическимъ спинальнымъ параличемъ.

Прежде всего мышцы атрофируются на рукахъ, при чемъ сухожильные рефлексы однако не исчезаютъ, а обазываются, наоборотъ, повышенными. Позже наступаетъ слабость нижнихъ конечностей, сопровождаемая спастическими явленіями (повышенные сухожильные рефлексы, стойный клонусъ, спастическая походка). Подъ конецъ часто развивается бульбарный параличъ.

Распознаваніе болѣею частью не представляетъ затрудненій. Смященіе возможно развѣ лишь съ мѣллитомъ шейной части спинного мозга.

Леченіе: Теплыя ванны и электризація.

8. Poliomyelitis acuta. Спинальный дѣтскій параличъ.

До того совершенно здоровый ребенокъ (болѣею частью лѣтъ 2—4) внезапно заболѣваетъ повышеніемъ

температуры, помраченіемъ сознанія, рвотою и часто также судорогами. По исчезаніи этихъ явленій обнаруживается параличъ одной верхней или одной нижней конечности, или—что рѣже случается—одновременно верхней и нижней конечностей, или же обѣихъ нижнихъ конечностей, иногда даже всѣхъ четырехъ конечностей. Лицо и языкъ никогда не бываютъ поражены. Парализованныя мышцы вялы и обнаруживаютъ по прошествіи нѣкотораго времени дегенеративную атрофію и реакцію перерожденія. Сухожильные рефлексы потеряны. Разстройства чувствительности, функціи пузыря и прямой кишки не наблюдаются. Въ дальнѣйшемъ теченіи развиваются контрактуры антагонистовъ (паралитич. *res vagus*), кости отстаютъ въ ростѣ и образуются болтающіеся суставы.

Анатомически въ свѣжихъ случаяхъ находятъ воспаление сѣраго передняго рога (смотря по локализациі, въ шейной, или въ поясничной, или въ той и другой части спинного мозга), позже атрофію этого рога.

Распознаваніе большею частью легко. Церебральный дѣтскій параличъ прежде всего отличается отъ даннаго заболѣванія повышеніемъ сухожильныхъ рефлексовъ. Ср. также стр. 203.

Леченіе: Въ періодъ острыхъ явленій поступаютъ совершенно такъ-же, какъ при эклампсіи (стр. 237). Параличъ нужно терпѣливо лечить постояннымъ токомъ, массажемъ и спиртными растираніями. Съ контрактурами нужно бороться пассивными движеніями и ортопедическими мѣрами. Благопріятное дѣйствіе оказываютъ ванны (съ разсоломъ) и леченіе въ Wildbad'ѣ, Wiesbaden'ѣ, Nauheim'ѣ. Что касается внутреннихъ средствъ, то рекомендуются стрихнинъ (1—2 раза въ день по 0.0005—0.001) и іодистый калий.

9. *Tabes dorsalis*. Спинная сухотка. Перерожденіе заднихъ пучковъ.

Первый рѣзкій симптомъ заключается большею частью въ приступахъ стрѣляющихъ или колющихъ болей, появляющихся обыкновенно въ нижнихъ конечностяхъ безъ особенно строгой локализациі. Другіе боль-

ные жалуются въ началѣ прежде всего на разстройства функціи мочевого пузыря (слабость *detrusor'a* или легкое недержаніе), на парестезіи (чувство ползанія мурашекъ, бархатистости, опоясыванія) или на какое нибудь другое упомянутое ниже разстройство (*amblyopia, diplopia, кризы* и т. д.).

Изъ объективныхъ симптомовъ особенно характерны потеря колѣнныхъ рефлексовъ и рефлекторная неподвижность зрачковъ; зрачки суживаются при конвергенціи, но не реагируютъ на свѣтъ, при томъ они обыкновенно неравномѣрны и большею частью узки. Разстройства чувствительности (въ особен. анальгезія на ногахъ и туловищѣ) и симптомъ *Romberg'a* также часто обнаруживаются уже очень рано.

Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни походка—особенно въ темнотѣ—становится неувѣренною и развивается прогрессирующая атаксія. Слабость пузыря увеличивается и доходитъ иногда до недержанія. Со временемъ заболѣваютъ и верхнія конечности. Прежде всего обнаруживаются анестезія и боли (начиная съ области *p. ulnaris*), затѣмъ въ рукахъ появляется атаксія. Больной не въ состояніи болѣе держать палку, писать, одѣваться. И наконецъ онъ оказывается прикованнымъ къ своей постели или своему креслу. Смерть чаще всего наступаетъ (если не отъ случайныхъ заболѣваній) отъ цистопіэлиты и пролежней.

Скорость теченія болѣзни весьма различна (10—25 лѣтъ). Нѣкоторые случаи (въ особенности связанные съ атрофіею зрительнаго нерва) протекаютъ такъ медленно, что болѣзнь вовсе не доходитъ до атактич. и паретического стадія; въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзнь остается въ зачаточномъ состояніи.

Изъ менѣ постоянныхъ явленій слѣдуетъ упомянуть: 1. Заболѣванія глаза: атрофія зрительнаго нерва съ прогрессирующей амблиопіею, суженіемъ поля зрѣнія, разстройствомъ свѣтоощущенія и, наконецъ, полною слѣпотою. 2. Т. н. кризы: гастрическія кризы (приступы жестокой кардіальгіи со рвотою), кишечныя кризы (колики съ поносами), гортанныя кризы (коклюшечно-

добные приступы со спазмомъ голосовой щели и опасностью асфиксии), почечныя кризы (почечныя колики съ анурией или гематургиею) или ректальныя кризы (чувство сидѣнія на колу) и т. д. 4. Заболѣванія кожи, костей и сочлененій: глубокия язвы подошвы (*mal. perforant.*), хрупкость костей съ т. н. произвольными переломами, опуханіе нѣкоторыхъ суставовъ (въ особенности колѣна, голено-стопнаго сочлененія, плеча) съ уродованіемъ и разъяденіемъ концовъ суставовъ (артропатія Charcot). Рѣже наблюдается безболѣзненное выпаденіе зубовъ съ анестезіею тройничнаго нерва, выпаденіе ногтей, *tachycardia*, параличь голосовыхъ связокъ и т. н.

Осложненія: Недостаточность аорты, прогрессивный параличь и гликозурия.

Распознаваніе: При жалобахъ на неопредѣленныя „ревматическія“ боли, разстройства зрѣнія, неувѣренную походку, слабость пузыря, парестезіи или кризообразныя приступы нужно всегда имѣть въ виду возможность *Tabes*'а, въ особенности если въ анамнезѣ имѣется сифилисъ. Если реакція зрачка на свѣтъ вялая или совсѣмъ потеряна и если сухожильные рефлексы также потеряны, то данный случай можетъ быть только спинною сухоткою или прогр. параличемъ, а дифференц. діагнозъ между этими двумя болѣзнями не можетъ представлять большихъ затрудненій, въ особенности если врачъ имѣетъ возможность слѣдить за теченіемъ процесса. Объ отличіи отъ полиневрита см. стр. 191.

Леченіе: Избѣгать переутомленія (въ особ. нижнихъ конечностей). Питательная, но нераздражающая ѣда. Осторожное леченіе водою (обтиранія, тепловатыя ванны, но не паровыя!), пользованіе водами въ *Oeynhausens*'ѣ, *Nauheim*'ѣ, *Sudowa*, *Kissingen*'ѣ, *Gastein*'ѣ, *Wildbad*'ѣ. Гальванизація спинного мозга восходящими токами. Нг. показана только при сифилитическихъ осложненіяхъ, іодистый калий можно назначать во всѣхъ случаяхъ. *Argent. nitr.* нельзя давать болѣ 4.0 въ годъ (*argyria*):

124. Rр. *Argent nitrici* 1.0.

Bol. albae.

Aq. dest. āā q. s.

ut f. pil. Nr 100 S. 2—3 илюлюи въ д.

Стрѣляющія боли можно облегчить влажными обертываніями, грѣлками, натираніями, фарадическою кистью и антинеуральгич. средствами, перечисленными на 193 стр. (Antifebrin, Phenacetin); при жестокихъ боляхъ и кризахъ помогаетъ одинъ лишь морфіи (0.01—0.03 подкожно).—Атаксію можно уменьшить методическими упражненіями (Frenkel).

Пораженные суставы защищаютъ отъ уродованія эластическими обертываніями, а въ нѣкот. случаяхъ и стальными шинами. При mal. perforant. полезною оказывается пробковая подошва, снабженная вырѣзомъ на мѣстѣ язвы. Гольныхъ, лежащихъ въ постели, нужно стараться предохранять отъ пролежней (см. стр. 199).

10. Болѣзнь Friedreich'a. Наслѣдственная атаксіа.

По сущности своей болѣзнь эта не имѣетъ ничего общаго съ спинною сухоткою, но она даетъ нѣкоторыя явленія, наблюдающіяся при Tabes'ѣ; главные изъ нихъ: атаксіа нижн. конечностей и потеря сухожильныхъ рефлексовъ. Заболѣваютъ люди очень молодые, часто нѣсколько членовъ одной и той же семьи.

Анатомическій субстратъ: Перерожденіе бокового пирамиднаго пучка, бокового мозжечковаго пучка и заднихъ пучковъ.

Болѣзнь начинается атаксіею нижнихъ конечностей и исчезаніемъ колѣнныхъ рефлексовъ. Позже обнаруживается атаксіа рукъ, расстройство рѣчи и нистагмъ. Болей, неподвижности зрачковъ, расстройство чувствительности и функций мочевого пузыря не наблюдается.

11. Параличъ Landry. Paralysis ascendens acuta.

При повышеніи температуры и чувствѣ недомоганія наступаетъ слабость одной, а затѣмъ и другой нижней конечности, быстро увеличивающаяся до степени полного паралича. Такимъ образомъ въ теченіе нѣсколькихъ дней парализуются и мышцы туловища, верхнихъ конечностей, губъ, глотки и дыхательнаго аппарата. Дыханіе становится учащеннымъ, поверхностнымъ или Cheyne-Stoke'овскимъ. Если болѣзнь на этомъ не затихаетъ, то при явленіяхъ асфиксіи наступаетъ смерть (большою частью между 7-мъ и 10-мъ днемъ болѣзни) Возможно однако и полное выздоровленіе. Парализованныя части вялы; кожные и сухожильные рефлексы потеряны. Чувствительныя расстройства незначительны или же вовсе не наблюдаются. Функции пузыря и прямой кишки нормальны.

Причиною болѣзни является инфекция. Обыкновенно основнымъ процессомъ является полиневритъ (см. стр. 191), неодно-

кратно однако воспалительныя измѣненія были находимы и въ спинномъ мозгу.

Лечение: Слѣдуетъ вызвать потоотдѣленіе (салицил. натріемъ или другими средствами). Если подозрѣвается сифилисъ, то назначаютъ ртутныя втиранія и іодистый калий. Кроме того рекомендуется ferrum candens и эрготинъ (3—6 разъ въ д по 0.1). По исчезаніи острыхъ явленій ванны, массажъ, электризація.

12. Brown - Sequard'овскій параличъ (Пораженіе одной половины спинного мозга).

При перерѣзкѣ (поперечной) одной половины спинного мозга на большой сторонѣ (ниже мѣста пораженія) наблюдается двигательный параличъ съ повышеніемъ сухожильныхъ рефлексовъ, ослабленіе мышечнаго чувства и гипералгезія кожи, на здоровой-же сторонѣ замѣчается потеря болевыхъ и температурныхъ ощущеній (ср. стр. 166). Разстройства пузыря нерѣдки. Brown-Sequard'овскій параличъ является лишь симптомомъ комплекса, который можетъ развиться при травмахъ и опухоляхъ. Прѣдсказаніе и лечение зависятъ отъ основнаго страданія.

13. Gliomatosis spinalis. Syringomyelia.

Основною страданія является новообразованіе гліоматозной ткани преимущественно въ шейной части спинного мозга. Новообразованіе это исходитъ изъ еpendyma центральнаго канала и прорастаетъ въ сѣрые передніе и задніе рога. Такъ какъ образовавшаяся ткань легко распадается, то при этомъ возникаютъ трубчатыя полости (σφρυξ = труба).

Клиническіе симптомы заключаются въ медленно прогрессирующей атрофіи отдѣльныхъ мышцъ рукъ съ фибриллярными подѣргиваніями, уменьшеніемъ электрической возбудимости и реакціею перерожденія. Отъ прогрессивной мышечной атрофіи страданіе отличается жгучими болями и разстройствами чувствительности, причѣмъ потерянною оказывается болевая и температурная чувствительность, тогда какъ чувство осязанія и мышечное чувство сохранены (частичная анестезія). Сухожильные рефлексы потеряны. Часто наблюдаются трофическія разстройства: панариціи, флегмоны и измѣненія въ суставахъ (утолщеніе суставныхъ концовъ съ разѣданіемъ хряща и скопленіемъ жидкости), въ особ. въ кн-

сти, локтѣ и плечѣ. Нерѣдко развивается и кифосколиозъ. Послѣ многихъ лѣтъ иногда присоединяется спастическій парезъ нижнихъ конечностей. (Въ рѣдкихъ случаяхъ мышечная атрофія обнаруживается на нижнихъ конечностяхъ).

Относительно *распознаванія* см. стр. 173 и 201. Болѣзнь Morvan'a это тотъ-же гліоматозъ. Проказа также можетъ вызвать совершенно сходныя явленія.³

Леченіе симптоматическое. Большое вниманіе должно быть обращено на предотвращеніе ушибовъ и ожоговъ и на тщательное леченіе всякаго возникшаго пораненія.

14. Прогрессивный бульбарный параличъ.

Страданіе это вызывается медленнымъ перерожденіемъ ядеръ nn. facialis, vago accessorii и hypoglossi на днѣ IV желудочка („Paralysis glosso-labio-laryngea“).

Болѣзнь начинается разстройствомъ артикуляціи (dysarthria или anarthria), при чемъ прежде всего затрудненія обнаруживаются при произнесеніи язычныхъ звуковъ (с, л, д, т, н); языкъ постепенно становится все болѣе и болѣе тонкимъ, разрѣзывается бороздками и обнаруживаетъ фибриллярныя подѣргиванія. Затѣмъ больной начинаетъ плохо произносить и губные звуки (п, б, м, ф, в, о, у); приостреніе губъ, свистъ становится затруднительнымъ, и наконецъ, совершенно невозможнымъ. Губы атрофируются, получаютъ острые края, становятся своеобразно неподвижными и не могутъ быть сомкнуты, такъ что обильно отдѣляющаяся слюна постоянно вытекаетъ изо рта. Въ концѣ концовъ обнаруживается параличъ неба, зѣва и гортани; нѣбные звуки (г, к, х, р) произносятся невнятно, рѣчь принимаетъ носовой оттѣнокъ, кашель затрудненъ и нища легко попадаетъ въ гортань (опасность аспираціонной пневмоніи!). Чувствительность остается нормальною, рефлексы большею частью понижены. Болѣзнь нерѣдко комбинируется со спинальною мышечною атрофіею и амиотрофич. боковымъ склерозомъ (стр. 201 и 203). *Предсказаніе* неблагоприятно.

Леченіе: Рекомендуются іодистый калий, Argent. nitr., постоянный токъ (электроды на обоихъ соцевидн. от-

росткахъ), водолечение и пользованіе водами въ Oeynhausēn'ѣ, Nauheim'ѣ, Gastein'ѣ. Противъ слюнотеченія атропинъ (2 раза въ д. по $\frac{1}{2}$ mg). При недостаточномъ замыканіи гортани—питаніе посредствомъ зонда. Въ послѣднихъ стадіяхъ морфій.

Явленія бульбарнаго паралича могутъ развиваться и остро при кровоизліяніяхъ въ продолговатый мозгъ (апоплексическій бульбарный параличъ), эмболии *arteriae basilaris* и при воспаленіяхъ продолговатаго мозга (*Myelitis bulbaris acuta* или *Poliencephalitis inferior* см. стр. 181). Одновременно большею частью развивается *hemiplegia alternans* (стр. 166), а иногда и параличъ всѣхъ четырехъ конечностей. Исходъ большею частью смертельный (отъ недостаточности дыханія).

С. Болѣзни головного мозга и его оболочекъ.

1. Meningitis tuberculosa s. basilaris.

Продромальные симптомы, которые могутъ наблюдаться недѣлями, заключаются въ исхуданіи, болѣзненномъ видѣ, запорѣ и безнокойномъ снѣ. Собственно болѣзнь начинается головою болью, апатією, лихорадкою и повторною рвотой. Въ слѣдующіе дни головная боль усиливается; пульсъ, не смотря на повышеніе температуры, становится медленнымъ и неправильнымъ; больной сонливъ, бредитъ, безнокойно мечется и скрежещетъ зубами; вслѣдъ затѣмъ обнаруживается ригидность затылка и общая гиперѣстезія. Животъ ладьеобразно втянутъ, зрачки часто неравномѣрны, большею частью узки и вяло реагируютъ. Часто наблюдается застойный сосокъ, въ сосудистой оболочкѣ иногда показываются бугорки. Съ середины 2-й недѣли явленія раздраженія мозга все болѣе и болѣе замѣняются явленіями подавленія его дѣятельности: *sopor*, усиливающееся учащеніе пульса, *mydriasis*, иногда косоглазіе или *ptosis*, слабость одной половины лица или тѣла; наконецъ обнаруживается *coma* и *Cheyne-Stoke'*овское дыханіе; въ концѣ второй, еще чаще на третьей недѣлѣ наступаетъ смерть (у дѣтей среди судорогъ).—Нерѣдко наблюдаются, впрочемъ, отклоненія отъ этой картины (см. Миліарный туберкулезъ стр. 139).

Распознаваніе. Если ребенокъ, обнаруживающій предрасположеніе къ туберкулезу (наслѣдственность, золотуха, выздоравливаніе послѣ кори, коклюши), становится безучастнымъ, получаетъ неправильный замедленный пульсъ; если у него безъ видимой причины появляется рвота, то нужно тотчасъ подумать, нѣтъ-ли здѣсь базиллярнаго менингита. Правда, что и диспенсія можетъ временно вызвать тѣ-же самыя явленія. У взрослыхъ (у которыхъ болѣзнь встрѣчается рѣже), иногда трудно бываетъ исключить брюшной тифъ. Извѣстное значеніе при этомъ имѣетъ діазо-реакція (см. изсл. мочи), почти всегда получающаяся при тифѣ и очень рѣдко при менингитѣ. Абсолютно доказательнымъ является констатированіе бугорковъ въ сосудистой оболочкѣ и туберкулезныхъ палочекъ въ спинальной жидкости (поясничная пункция по Quincke). Смѣшенія съ уреміею легко избѣгнуть.

Леченіе: Прежде всего назначаютъ во всѣхъ случаяхъ каломель и регулируютъ діету. При наступленіи тяжелыхъ мозговыхъ явленій—пьявки на сесевид. отростки и пузырь со льдомъ. Многими рекомендуются втиранія въ кожу головы 10% іодоформной мази или Ungt. ciner. При сильномъ возбужденіи тепловатая ванны, морфій или хлоралъ per clisma.

2. Meningitis purulenta s. convexitatis.

Этіологія та-же, что и при абсцессѣ мозга (ср. стр. 218). Клиническая картина болѣзни во всѣхъ своихъ деталяхъ соотвѣтствуетъ картинѣ туберкулезнаго менингита, но здѣсь начало (головная боль, высокая лихорадка и рвота) гораздо болѣе внезапное; все теченіе болѣе быстрое, такъ что смерть иногда наступаетъ уже черезъ нѣсколько дней и во всякомъ случаѣ не позже второй недѣли. Офтальмоскопомъ можно иногда констатировать neuritis optica, но violentъ выраженный застойный сосокъ наблюдается крайне рѣдко.

Распознаваніе основывается главнымъ образомъ на существованіи первичнаго нагноенія (изслѣдованіе уха!). При поясничной пункции получается мутная жидкость, содержащая стрептококки, стафилококки и пневмококки. Эпидемическій цереброспинальный менингитъ обнаруживается сразу у многихъ больныхъ и сопровождается herpes labial. (см. стр. 137).

Леченіе: Если очагъ нагноенія достигимъ, то можно попытаться вскрыть его (трепанациа сосцевидн. отростка) и создать ходъ для стока гноя. Кромѣ того примѣняются кровоотвлекающія, наркотическія средства, пузырь со льдомъ, подобно тому, какъ это дѣлается при туберкулезномъ менингитѣ.

3. Hemiplegia. Параличъ половины тѣла.

Параличъ цѣлой половины тѣла можетъ быть вызванъ: 1) кровоизліяніемъ, 2) размягченіемъ (эмболія или тромбозъ), 3) опухолями или абцессами, 4) острымъ энцефалитомъ, 5) истерією.

Кровоизліяніе (апоплексія) большею частью является слѣдствіемъ атероматоза мозговыхъ артерій и встрѣчается поэтому обыкновенно въ возрастѣ выше 50 лѣтъ и притомъ чаще у мужчинъ, нежели у женщинъ. Больной, какъ-бы „пораженный ударомъ“, внезапно теряетъ сознаніе и падаетъ (апоплекс. инсультъ), въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдается лишь краткій приступъ головокруженія. При пораженіи внутренней капсулы параличу обыкновенно подвергается верхняя и нижняя конечность, и н и ж н я вѣтвь лицевого нерва (лобъ и глазъ оказываются незатронутыми) и подъязычный нервъ (высунутый языкъ дѣйствіемъ здороваго genioglossi отклоненъ въ парализованную сторону) противоположной стороны. Въ тяжелыхъ случаяхъ голова и глаза во время инсульта обращены въ сторону кровоизліянія (deviation conjuguee по Prevost: поражение gyri angularis?). При правосторонней гемиплегіи часто имѣется и афазія. Сухожильные рефлексы на пораженной сторонѣ повышены, кожные (особ. ясно это явленіе на брюшныхъ рефлексахъ) потеряны. Разстройства чув-

ствительности обыкновенно не наблюдается, развѣ лишь если пострадала самая задняя часть внутр. капсулы. Параличъ можетъ и совершенно исчезнуть, обыкновенно однако наступаетъ лишь извѣстное улучшение. Тогда развиваются *контрактуры*; при этомъ плечо абдуцируется, предплечье сгибается и пронируется, кисть и пальцы остаются согнутыми, тогда какъ въ нижнихъ конечностяхъ образуется разгибательная контрактура. Вслѣдствіе этого больной, стараясь при ходьбѣ не застрять концомъ больной ноги, вынужденъ описывать этою ногою дугу, идущую снаружи внутрь. Умственные способности страдаютъ.

При **эмболии** *arteriae fossae Sylvii* начало и послѣдствія паралича тѣ-же, что и при кровоизліяніи, но во время инсульта судороги—по сообщеніямъ авторовъ—наблюдаются чаще. На мысль объ эмболии наводитъ наличность источника ея (порокъ сердца, атероматозъ); она можетъ, конечно, произойти и въ болѣе раннемъ возрастѣ.—При **тромбозѣ** параличъ чаще всего образуется не быстро, а лишь постепенно. Тромбозъ можетъ явиться слѣдствіемъ обыкновеннаго артеріосклероза, чаще всего онъ однако вызванъ сифилитическимъ облитерирующимъ эндартеритомъ и поступаетъ уже въ среднемъ возрастѣ. Гемиплегія при **опухоли** и **абсцессѣ мозга** также развивается большею частью постепенно и притомъ часто такимъ образомъ, что моноплегія скачками переходитъ въ гемиплегію. Наряду съ этимъ наблюдаются симптомы основнаго страданія (см. стр. 217). При **истерической гемиплегіи** обыкновенно не бываетъ паралича лицевого нерва, кожные рефлексы (съ особен. брюшные) сохранены. Контрактуры часто также не развиваются при истеріи, такъ что рука вяло виситъ, а паретическая нога при ходьбѣ просто волочится. Обыкновенно можно констатировать и другіе симптомы истеріи. Относительно гемиплегіи при энцефалитѣ см. стр. 216.

Леченіе: Во время припадка больного нужно уложить такъ, что-бы туловище его было приподнято; на сторону кровоизліянія кладутъ пузырь со льдомъ. При угрожающихъ явленіяхъ показаны кровоотвлекаю-

щія (на черепъ), а въ нѣкот. случаяхъ даже кровоизлияніе. При возбужденіи—бромистый калий. По истеченіи нѣсколькихъ недѣль пассивныя движенія и электризація. Если параличъ вызванъ сифилисомъ, то назначаютъ 3.0—5.0 ungt. ciner. и 1.0—3.0 іодистаго калия въ день. При абсцессѣ мозга въ нѣкоторыхъ случаяхъ показано оперативное вмѣшательство.

4. Афазія.

Различаютъ двигательную и сенсорную афазію. При *двигательной афазіи* больной понимаетъ чужую рѣчь, но не въ состояніи самъ говорить и не можетъ также повторять сказаннаго другими. Если разстройство это въполнѣ выражено, то больной въ состояніи произносить лишь нѣсколько нечленораздѣльныхъ звуковъ. При болѣе легкихъ степеняхъ у больного оказываются сохранными нѣсколько словъ или отрывковъ предложеній, которые онъ и примѣняетъ при всякой попыткѣ заговорить (*monophasia*). Въ другихъ случаяхъ больные располагаютъ довольно значительнымъ запасомъ словъ, но слова эти они отчасти примѣняютъ совершенно превратно (*paraphasia*). Въ самыхъ легкихъ случаяхъ, наконецъ, наблюдается лишь превратное произношеніе нѣсколькихъ словъ или буквъ (литтеральная афазія). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные теряютъ также способность письменно излагать свои мысли (*agraphia*).

Двигательная афазія вызывается заболѣваніемъ третьей лѣвой лобной извилины и притомъ самой задней ея части (*pars opercularis*, центръ рѣчи Брока).

При сенсорной афазіи больной хотя все слышитъ, но не понимаетъ того, что говорятъ, такъ какъ онъ забылъ образы словъ (анамнестическая афазія, словесная глухота). Онъ поэтому и не въ состояніи правильно говорить самостоятельно и произвольно, однако онъ можетъ механически повторять сказанное кѣмъ либо другимъ. При легкихъ степеняхъ разстройства больной иногда еще понимаетъ, что сказанное ему слово и есть настоящее, при полной „амнези“ смыслъ слова для него остается совершенно темнымъ. При сенсорной афазіи

также часто наблюдается парафазія; во многихъ случаяхъ она связана съ неспособностью читать (*alexia*) и аграфіею

Сенсорная (амнестическая) афазія вызывается заболѣваніемъ лѣвой первой височной извилины.

Обѣ эти формы рѣдко встрѣчаются въ вполнѣ чистомъ видѣ; обыкновенно наблюдается смѣсь двигательной и сенсорной афазіи, при чемъ дефекты рѣчи почти никогда не бываютъ полными. *Aphasia totalis*, т. е. полная двигательная и сенсорная афазія встрѣчается, но лишь крайне рѣдко.

Самою частою *причиною* является кровоизліяніе (апopleксія) или размягченіе (эмболія или тромбозъ); рѣже она вызывается опухолями, абсцессами, энцефалитомъ и травмами (вдавленіе костей).

Распознаваніе: Прежде всего нужно убѣдиться въ томъ, что больной слышитъ и что отсутствіе рѣчи не обусловлено психическими дефектами (слабоуміе). Затѣмъ изслѣдуютъ степень пониманія слова, давая больному какія нибудь несложныя порученія („дайте мнѣ вашу лѣвую руку, покажите языкъ“). Если больной правильно исполняетъ требуемое, то полной словесной глухоты, конечно, нѣтъ. Затѣмъ больного заставляютъ повторять слова и цѣлыя предложенія и, наконецъ, отъ него требуютъ самостоятельныхъ отвѣтовъ, спрашивая его про его имя, возрастъ и про нѣкоторыя частности его заболѣванія. При этомъ обращаютъ вниманіе на то, обнаруживаются-ли явленія парафазіи или литтеральныя разстройства рѣчи. Относительно алексіи и аграфіи изслѣдованіе, разумѣется, возможно лишь тогда, когда больной грамотный и когда его правая рука не парализована.

Отличіе афазіи отъ артикуляторныхъ разстройствъ (*dysarthria* ср. бульбарный параличъ стр. 209) не можетъ—при тщательномъ изслѣдованіи—представлять затрудненія. Въ рѣдкихъ случаяхъ при истеріи наблюдается состояніе, весьма сходное съ двигательной афазіею (*mutismus hystericus*).

При *леченіи* слѣдуетъ руководиться основнымъ страданіемъ (антисифилитич. леченіе, вскрытіе абсцессовъ,

удаление обломковъ костей). Кроме того примѣняютъ методическія упражненія рѣчи.

5. Encephalitis infantilis. Церебральный дѣтскій параличъ.

Ребенокъ (большую часть между 2-мъ и 5-мъ годомъ жизни) внезапно заболѣваетъ лихорадкою, головными болями, рвотою, сопоромъ и общими судорогами. По прошествіи нѣсколькихъ дней лихорадка и помраченіе сознанія исчезаютъ и обнаруживается гемиплегія. Лицевой нервъ и рѣчь обыкновенно мало затронуты, чувствительность нормальна. Съ теченіемъ времени въ пораженныхъ конечностяхъ образуются контрактуры, часто развиваются также гемихореатическія и гемиатетотическія движенія. Иныя дѣти впадаютъ въ слабоуміе или начинаютъ страдать эпилептическими припадками.

Распознаваніе: Спинальный дѣтскій параличъ также можетъ проявиться въ видѣ гемиплегіи, но параличи при этомъ вялые, сопровождающіеся тяжелыми трофич. расстройствами и отсутствіемъ сухожильныхъ рефлексовъ между тѣмъ какъ рефлексы эти при энцефалитѣ повышены („hemiplegia infantil. spastica“). Такъ какъ церебральныя гемиплегіи у дѣтей вызываются и другими причинами (кровоизліянія *intra partum*, при коклюшѣ, эмболіяхъ), то энцефалитъ можно діагностировать лишь тогда, если параличъ развился остро при одновременномъ повышеніи температуры. У взрослыхъ энцефалитъ наблюдается весьма рѣдко.

Леченіе во время остраго начала то же, что и при эклампсіи (стр. 237), позже электризація и массажъ съ пассивными движеніями. При судорогахъ бромистый калий.

6. Tumor cerebri.

Опухоль мозга своимъ ростомъ вызываетъ постепенное повышеніе внутречерепного давленія, слѣдствіемъ котораго является цѣлый рядъ весьма характерныхъ общихъ симптомовъ:

1. Головная боль. Она всегда наблюдается и отличается своею чрезвычайною интенсивностью. Нерѣдко черепъ въ области опухоли чувствителенъ къ постукиванію.

2. Замедленіе пульса (до 50 и 40 въ минуту), рвота, помраченіе сознанія и головокруженіе.

3. Приступы судорогъ и comae.

4. Застойный сосокъ, resp. neuritis optica. Разстройство зрѣнія можетъ въ началѣ и даже во все продолженіе болѣзни не быть.

Гнѣздные симптомы, конечно, различны, смотря по положенію опухоли. Если опухоль оказываетъ давленіе на внутреннюю капсулу, то развивается гемиплегія, если она растетъ въ области двигательныхъ корковыхъ центровъ, то наблюдается Jakobn'овская эпилепсія и моноплегія, которая можетъ переходить въ гемиплегию (см. стр. 212). Опухоль лѣвой лобной или височной доли вызываетъ двигательную, resp. сенсорную афазію (см. стр. 214). Новообразование на основаніи черепа вызываетъ множественный параличъ черепныхъ нервовъ (см. стр. 220), при опухоли мозжечка наблюдается головокруженіе и мозжечковая атаксія, а иногда и насильственные движенія (см. стр. 223). Все эти явленія обыкновенно развиваются очень медленно (въ теченіе 1—2 лѣтъ). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ гнѣздныхъ симптомовъ вовсе не наблюдается.

Распознаваніе: При всякой упорной головной боли слѣдуетъ останавливаться на мысли объ опухоли мозга. Если при изслѣдованіи находятъ двусторонній застойный сосокъ, то кромѣ опухоли вопросъ можетъ быть только объ абсцессѣ или водянкѣ мозга (см. соотвѣт. главу!). Родъ новообразованія обыкновенно очень трудно опредѣлить. Въ общемъ гліомы преимущественно образуются въ бѣломъ веществѣ полушарій и въ мозжечкѣ, саркомы и гуммы на основаніи черепа. Ракъ и бугорки мозга развиваются метастатически, а потому часто во многихъ мѣстахъ одновременно.—У дѣтей можно однако діагностицировать съ значительною долею вѣроятности солитарный бугорокъ.

Леченіе: При малѣйшей возможности сифилитическаго страданія назначаютъ ртутныя втиранія и іодистый калий, но и во всѣхъ другихъ случаяхъ можно испытать дѣйствіе пріемовъ іодистаго калия. Если опухоль расположена близко отъ поверхности, то можно прибѣгнуть къ оперативному вмѣшательству. Противъ головной боли назначаютъ антифебринъ и морфій, противъ рвотъ и судорогъ—препараты брома.

7. Абсцессъ мозга.

Чаще всего причиною является гнойное воспаленіе средняго уха и *caries partis petrosae* височной кости (отитическій абсцессъ мозга), рѣже абсцессы наблюдаются послѣ травмъ черепа, при пиэмии, эмпиемѣ плевры, гангренѣ легкихъ и бронхіэктазиі. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ причина остается невыясненною.

Травматическіе абсцессы нерѣдко возникаютъ остро и обнаруживаютъ тогда явленія гнойнаго менингита. Другіе абсцессы развиваются большею частью хронически, иногда въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ. Здѣсь, какъ и при опухоляхъ мозга, обнаруживаются признаки повышеннаго мозгового давленія: головная боль, головокруженіе, замедленіе пульса, рвота, судороги, а также различные гнѣздные симптомы, зависящіе отъ положенія опухоли. Отитическіе абсцессы обыкновенно расположены въ височной долѣ (словесная глухота!). При этомъ временами появляется лихорадка неправильно перемежающагося типа, нерѣдко съ ознобами. Застойнаго соска во многихъ случаяхъ не бываетъ.

При *распознаваніи* нужно руководиться—помимо гнѣздныхъ симптомовъ—главнымъ образомъ повышеніемъ температуры и наличностью первичнаго нагноенія.

Леченіе: Если положеніе абсцесса можетъ быть точно опредѣлено и если онъ оказывается достижимымъ, то можно прибѣгнуть къ трепанаціи и вскрытію. Такимъ путемъ во многихъ случаяхъ достигалось излеченіе. Относительно другихъ средствъ см. опухоль мозга.

8. Множественный склерозъ.

Такъ какъ склеротическіе очаги разбѣяны безъ всякаго порядка по головному и спинному мозгу, то клиническіе симптомы иногда настолько нехарактерны, что распознаваніе совершенно невозможно. Въ такихъ случаяхъ наблюдаются явленія спастическаго спинальнаго паралича, мѣлзита, бульбарнаго пораженія, слабоумія. Въ другихъ случаяхъ мы, наоборотъ, находимъ вполнѣ типичную картину болѣзни, характеризующуюся интенціоннымъ дрожаніемъ, инстатмомъ, скандированною рѣчью и спастическими явленіями.

Въ состояніи покоя дрожанія нѣтъ, оно обнаруживается лишь при произвольныхъ («intendierte») движеніяхъ и становится тѣмъ сильнѣе, чѣмъ дольше данное движеніе длится. Инстатмъ истройство рѣчи также представляютъ, можетъ быть, лишь особыя проявленія интенціоннаго дрожанія. Спастическія явленія обнаруживаются главнымъ образомъ на нижнихъ конечностяхъ (спастическая походка, ригидность мышцъ, повышенные сухожильные рефлексы). Кромѣ этихъ симптомовъ наблюдаются еще диплопія, параличъ глазныхъ мышцъ, атрофія зрительнаго нерва и аноплетивидные припадки съ гемиплегією (иногда скоро исчезающею). Умственные способности обыкновенно ослабѣваютъ, чувствительность же и функція пузыря и прямой кишки остаются нормальными. Слѣдуетъ замѣтить, что болѣзнь встрѣчается преимущественно у молодыхъ людей, нерѣдко даже уже у дѣтей.

Леченіе: Гидротерапія, электризація, въ видѣ опыта іодистый калий.

9. Сифились мозга.

Различаютъ 3 отдѣльныя формы, часто, впрочемъ, комбинирующіяся между собою:

1. Г у м м а, исходящая большею частью изъ твердой мозговой оболочки, основанія или выпуклости мозга и проявляющаяся симптомами опухоли (стр. 216).

2. Eндaртеpиитис оbлитеpанс ведетъ къ закупоркѣ сосудовъ (тромбозу) и размягченію чаще всего въ области arteriae fossae Sylvii (гемиплегія, стр. 212) или art. basilaris (очаги въ Варолиевомъ мосту съ бульбарными симптомами или hemiplegia cruciata стр. 166). Параличъ можетъ развиваться весьма быстро, какъ при гемиплегіи, но онъ поражаетъ большею частью лицъ, не достигшихъ 45-ти лѣтняго возраста.

3. Базальный менингитъ локализуется преимущественно въ средней черепной ямѣ и даетъ

явленія множественнаго паралича черепныхъ нервовъ. При жестокихъ боляхъ, обыкновенно усиливающихся ночью (наблюдается также и головокруженіе, рвота, помраченіе сознанія), развивается, напримѣръ, параличь глазодвигательнаго нерва, къ которому постепенно присоединяются геміанопсія или аносемія, параличь лицевого или тройничнаго нерва и т. д. (см. стр. 182 и слѣд.). Нерѣдко наблюдается застойный сосокъ или neuritis optica. Нервы противоположной стороны поражаются въ томъ-же порядкѣ, но въ болѣе слабой степени. Къ этимъ симптомамъ можетъ присоединиться и гемиплегія (пораженіе мозговой ножки).

При *распознаваніи* нужно прежде всего установить, имѣется-ли въ данномъ случаѣ сифилисъ (анамнезъ, рубцы, выкидыши!). Страданіе мозга можетъ развиваться и въ первые годы послѣ зараженія, но можетъ возникнуть и черезъ 20 или даже 25 лѣтъ. При сосудистой формѣ требуется исключить обыкновенный атероматозъ, при другихъ формахъ—новообразованія другого характера, напримѣръ саркомъ основанія черепа. Характерными являются рѣзкія колебанія интенсивности симптомовъ вслѣдствіе неодинаковаго кровенаполненія сифилитическаго новообразованія.

Леченіе: Ртутныя втиранія (3.0—5.0 ежедневно) и іодистый калий (1.0—3.0). Въ очагахъ размягченія *restitutio ad integrum* большею частью невозможно.

10. Прогрессивный параличь. *Dementia paralytica.*

Главными симптомами являются ослабленіе умственныхъ способностей, рефлексор. неподвижность зрачка и своеобразное разстройство рѣчи.

Болѣзнь начинается нехарактерными „нервными“ разстройствами: головною болью, головокруженіемъ, диспепсіею, бессонницею, ослабленіемъ способности концентрировать мысли (забывчивость, медленность въ мышленіи, неспособность работать). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзнь обнаруживается прежде всего паралитическимъ припадкомъ или параличемъ голосовой связи или какой нибудь глазной мышцы.

При изслѣдованіи можно уже въ этомъ стадіи найти нѣкоторые симптомы, напоминающіе Tabes: неравномѣрность зрачковъ, вялая реакція на свѣтъ (или полная потеря ея), повышеніе или потеря сухожильныхъ рефлексовъ. Часто можно замѣтить дрожаніе рукъ, высунутаго языка и своеобразное подѣргиваніе угла рта при разговорѣ. Рѣчь затруднена, въ особенности при произнесеніи трудныхъ словъ замѣчается т. н. спотыканіе на слогахъ („Silbenstolpern“). Больной начинаетъ также писать неряшливо, съ ошибками и плохо считать.

Настроеніе легко мѣняется, все-же оно зависитъ отъ индивидуальности больного. Одни больные возбуждены, веселы, склонны къ эксцессамъ и выражаютъ преувеличенно-хорошее мнѣніе о себѣ (бредъ величія), другіе предаются преимущественно мрачнымъ, меланхолическимъ или ипохондрическимъ представленіямъ; третьи, наконецъ, совершенно апатичны (маніакальная, депрессивная и дементная форма паралича). Со временемъ разрушеніе духовныхъ способностей выражается все болѣе ясно, хотя оно идетъ не непрерывно: за періодами усиливающагося помраченія слѣдуютъ періоды остановки процесса или даже замѣтнаго улучшенія. Подобныя „ремиссіи“ могутъ продолжаться мѣсяцы и даже годы. Въ концѣ концовъ наступаетъ однако новое ухудшеніе, начало котораго большею частью обнаруживается состояніемъ возбужденія или паралитическимъ припадкомъ; припадокъ этотъ заключается въ приступѣ головокруженія, обморокѣ, эпилептиформномъ приступѣ или апоплектоидномъ инсультѣ, сопровождающемся коматознымъ состояніемъ и оставляющемъ послѣ себя гемиплегію, моноплегию или афазію. Параличъ большею частью скоро исчезаетъ, но за каждымъ припадкомъ слѣдуетъ новое пониженіе умственныхъ способностей. Раньше или позже обнаруживаются и другія разстройства: параличъ глазныхъ мышцъ (ptosis), затрудненіе глотанія, анестезіи, недержаніе мочи, атаксія и слабость нижнихъ конечностей. Смерть наступаетъ обыкновенно по истеченіи 2—5 лѣтъ отъ маразма, цистита или пролежней, хотя такой исходъ нерѣдко наблюдается и раньше и бываетъ выз-

ванъ тогда паралитическимъ припадкомъ или какою ни будь присоединяющеюся болѣзнию (напр. аспираціонною пнеймонією).

Распознаваніе: Подобно сининной сухоткѣ прогр. парализъ является болѣзнию средняго возраста и встрѣчается у мужчинъ гораздо чаще, чѣмъ у женщинъ. Если у больного замѣчаются нервныя явленія, уменьшеніе умственной работоспособности и въ особенности измѣненія характера, то никоимъ образомъ не слѣдуетъ успокаиваться на діагнозѣ „неврастенія“, въ особенности когда въ анамнезѣ имѣются указанія на сифилисъ. Еще болѣе подозрительнымъ является „аноплектич. ударъ“ или парализъ глазныхъ мышцъ у человѣка средняго возраста. При достаточно внимательномъ отношеніи нетрудно поставить правильный діагнозъ (зрачки, рефлексы, рѣчь, письменное изложеніе, счетъ!).

Леченіе: Самая важная задача заключается въ предупрежденіи причиненія вреда больными. Возбужденные больные и больные съ наклонностями въ самоубійству должны быть помѣщены въ закрытое заведеніе. Спокойные больные могутъ оставаться въ семьѣ (подъ надзоромъ!) Въ началѣ можно давать іодистый калий, затѣмъ назначаютъ осторожное леченіе водою. Сравнительно легкія состоянія возбужденія можно ослаблять пріемами бромистаго калия, противъ безсонницы назначаютъ морфій и тріональ. За моченспусканіемъ и дефекацією нужно слѣдить. Больныхъ, лежащихъ въ постели, нужно стараться предохранять отъ пролежней.

11. Hydrocephalus. Головная водянка.

Въ первыя-же недѣли или первые мѣсяцы жизни ребенка замѣчается возрастущее увеличеніе его головы (нормальная окружность головы = 36—40 сант. у новорожденныхъ, 45 въ концѣ перваго года и 50 сант. въ 12 лѣтъ). Роднички и швы далеко расходятся, верхняя стѣнка глазницы оттѣснена книзу, вслѣдствіе чего и глаза смѣщены внизъ. Умственное развитіе ребенка задержано, онъ страдаетъ общими судорогами и судорогами голосовой щели. Въ рукахъ часто замѣчается вполнѣ выраженная атаксія, въ нижнихъ же конечностяхъ рѣдко наблюдается спастическій парализъ. Въ нѣкотор. случаяхъ развивается застойный сосокъ и атрофія зрительнаго нерва. Смерть болшею частью наступаетъ уже въ раннемъ дѣтствѣ, иные больные доживаютъ однако до 15—20 лѣтъ.

У взрослыхъ Hydrocephalus (Meningitis serosa) наблюдается очень рѣдко. Здѣсь увеличенія объема черепа, конечно, не происходитъ, такъ что наблюдаются лишь явленія повышеннаго черепнаго давленія (стр. 217).

Распознаваніе у дѣтей нетрудно. У взрослыхъ отличіе отъ опухоли мозга не всегда легко.

Леченіе: Сдавленіе и пункция черепа являются опасными и почти всегда безуспѣшными пріемами. Пункцию же позвоночнаго канала (по Quinke между 2-мъ и 3-мъ поясничнымъ позвонкомъ) можно, наоборотъ, производить смѣло. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ остановка процесса наблюдалась послѣ ртутныхъ втираній и пріемовъ іодистаго калия.

12. Акромегалія.

Медленно прогрессирующее увеличеніе концевыхъ частей тѣла (*áκρον*—конецъ, верхушка). Руки и ноги увеличиваются и становятся неуклюжими, безформенными, на головѣ утолщенію главнымъ образомъ подвергаются носъ, уши и губы, нижняя челюсть выступаетъ впередъ. Большею частью наблюдается кифозъ позвоночника и выпячиваніе грудины. Часто больные жалуются на головныя боли, во многихъ случаяхъ встрѣчается гликозурия и атрофія зрѣт. нерва.

При аутопсіяхъ находятъ увеличеніе *hypophysis cerebri*.

Леченіе: іодистый калий, въ нѣк. случаяхъ лепѣшки изъ *hypophysis*.

13. Болѣзни мозжечка.

Большею частью опухоли и абсцессы, рѣже кровоизліянія и размягченія.

При заболѣваніи средней части (*vermis*) наблюдается головокруженіе и атаксія нижнихъ конечностей. Въ спинномъ положеніи эта «мозжечковая атаксія» обыкновенно не проявляется, но при ходьбѣ и стояніи больные шатаются какъ пьяные. Закрываніе глазъ не увеличиваетъ атаксіи. Движенія рукъ нормальны.

Если поражены *crura cerebelli ad pontem*, то наблюдаются насильственное положеніе и насильственное движеніе (маневжныя движенія).

Д. Неврозы.

1. Головныя боли.

Головная боль является симптомомъ, часто наблюдаемымъ при нѣкоторыхъ болѣзняхъ мозга (менингитъ, прогр. параличъ, сифилисъ, опухоль мозга), при инфекціяхъ (тифъ, ангина, инфлюэнца, катарръ желудка), при отравленіяхъ (алкоголемъ, свинцомъ, никотиномъ, кофе) и при многихъ другихъ заболѣваніяхъ (анемія, *plethora*,

нефритъ, пороки клапановъ аорты, запоры). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ боли эти вызываются рефлекторно при страданіяхъ носа (гипертрофія слизистой оболочки, полипы), или глазъ (разстройствѣ аккомодациі, гиперметропія и т. п.).

Но наряду съ этими симптоматическими головными болями существуетъ идиопатическая головная боль, возникающая подобно мигрени на почвѣ общей нервноности и часто такимъ-же образомъ передающаяся наследственно; боль эта однако проявляется не приступами, она носитъ болѣе длительный характеръ: привычная или нервная головная боль.

Для *распознаванія* этихъ различныхъ формъ необходимо тщательное изслѣдованіе всего организма и подробное ознакомленіе съ образомъ жизни больного. Прежде чѣмъ остановиться на діагнозѣ „нервная головная боль“, нужно исключить всѣ прочія причины. Необходимо также принимать во вниманіе всѣ болѣзни, которыя могутъ маскироваться головною болью: невралгію *trigemini* и *occipitalis* (болевыя точки!), ревматизмъ головныхъ мышцъ и сифилитическій періоститъ черепа. При этомъ періоститѣ боли появляются обыкновенно ночью, поверхность черепа иногда шероховата на ошупь или же наблюдаются другіе признаки инфекціи (рубцы, выкидыши и т. п.).

Леченіе: При нервной головной боли—умственный отдыхъ, движенія на свѣжемъ воздухѣ, водолеченіе, электризація, бромистый калий, хининъ, мышьякъ. Симптоматически дѣйствуютъ средства, перечисленные ниже при описаніи мигрени. Крімъ того леченіе анэміи, запоровъ, страданій носа или глазъ (очки!). При ревматизмѣ *galeae*—массажъ головы и салициловый натрій. При сифилитическомъ періоститѣ—іодистый калий.

2. Мигрень. *Hemicrania*.

Приступы головной боли (большею частью на одной сторонѣ), нерѣдко связанные съ головокруженіемъ, тошнотой и рвотою. Продолжительность ихъ—отъ нѣсколькихъ часовъ до цѣлаго дня; въ рѣдкихъ случаяхъ приступы

продолжаются и нѣсколько дней. Во время приступа голова чувствительна къ давленію, большею частью горяча на ощупь и красная, рѣже она, наоборотъ, холодна на ощупь и блѣдная. Больной не въ состояніи работать и крайне чувствителенъ къ свѣту, жару и шуму. Въ началѣ приступа иные больные ощущаютъ сверканіе передъ глазами или у нихъ наблюдается мерцательная скотома. При „*Hemicrania ophthalmica*“ приступъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ сопровождался птозомъ, гемипарезомъ или афазіею. Во всѣхъ-же остальныхъ случаяхъ въ промежуткахъ между приступами никакихъ расстройствъ не наблюдается.

Распознаваніе легко; не слѣдуетъ однако забывать, что мигрень иногда является симптомомъ анатомическаго заболѣванія мозга (прогр. параличъ, опухоль). Въ этихъ случаяхъ мигрень проявляется лишь въ среднемъ возрастѣ, тогда какъ настоящая гемикранія обнаруживается уже въ молодости и даже въ дѣтствѣ и обыкновенно наследственна. Необходимо также имѣть въ виду урэмію и глянкому.

Леченіе: Во время приступа показанъ полный физическій и умственный покой. Пользу приносятъ также черный кофе и нѣкоторыя лекарства, но принимать ихъ нужно въ началѣ приступа, такъ какъ дѣйствіе ихъ можетъ быть ослаблено рвотою. Выборъ можно сдѣлать между слѣдующими средствами: хининъ (0.5), *Natr. salicyl.* (1.0—2.0), антифебринъ (0.5—1.0), антипиринъ (1.0—2.0), салицилинъ (та-же доза), мигренинъ (1.0), фенацетинъ (1.0—2.0), салофенъ, лактофенинъ, цитрофенъ (всѣ по 0.5—2.0), кріофинъ (0.5—1.0) анальгенъ (0.5—1.0), антинервинъ (0.5—2.0), аспиринъ (1.0—2.0), экзальгинъ (0.15—0.3), малакинъ (1.0—2.0), *Coffeini natro-salicyl.* (0.25), *Pasta guarana* (0.5—2.0, содержитъ около 5% кофеину). При невыносимыхъ боляхъ—морфій (0.01—0.02 подкожно).

Частоту приступовъ удается до нѣкоторой степени уменьшить. Избѣгать слѣдуетъ переутомленія и эксцессовъ (въ особенности въ употребленіи спиртныхъ напитковъ). Благопріятное вліяніе оказываютъ пребываніе въ

горныхъ мѣстностяхъ или на морскомъ берегу, холодныя обтиранія и продолжительное употребленіе бромистаго калия, хирина, желѣза или мышьяка.

3. Vertigo. Головокруженіе.

Головокруженіе встрѣчается при весьма различныхъ заболѣваніяхъ и требуетъ поэтому тщательнаго изслѣдованія больного. Оно можетъ быть вызвано анэміею, невращеніемъ, разстройствомъ кровообращенія (атероматозъ, жировое сердце, пороки аорты), заболѣваніями носа (опуханіе раковины, полипы), желудка (*vertigo e stomacho laeso*), кишечника (катарръ, паразиты) и почекъ (уремія). Далѣе оно можетъ явиться симптомомъ мозгового страданія (мигрень, апоплексія, прогр. параличъ, опухоль, множественный склерозъ), въ особенности пораженій мозжечка (см. стр. 223), а также и эквивалентомъ эпилептическаго припадка (т. н. *petit mal*). Относительно головокруженія при параличѣ глазныхъ мышцъ, всегда связанномъ съ диплопіею см. стр. 183.

Не такъ часто наблюдается головокруженіе, вызванное пораженіями лабиринта (*vertigo ex aure laesa*, **болѣзнь Менієра**). Больные, часто страдающіе ослабленіемъ слуха и шумомъ въ ушахъ, вдругъ слышатъ рѣзкій звукъ, напоминающій свистъ локомотива; земля какъ-бы уходитъ у нихъ изъ подъ ногъ, они блѣднѣютъ, падаютъ и обливаются потомъ; нерѣдко при этомъ наблюдается и рвота. Приступы эти иногда переходятъ въ постоянное головокруженіе, такъ что больной едва осмѣливается встать съ постели.

При *леченіи* слѣдуетъ руководиться основнымъ страданіемъ. При болѣзни Менієра нужно лечить ухо и давать въ продолженіи нѣсколькихъ недѣль по 0.6—1.0 хирина въ день, хотя ослабленіе слуха при этомъ иногда увеличивается. Рекомендуются также выпрыскиванія нилокарпина (по 0.006—0.02 ежедневно или черезъ день; осторожно!). Если подозрѣвается сифилисъ—энергичное ртутное леченіе.

4. Сoma.

Потеря сознанія наблюдается послѣ тяжелыхъ травмъ (*commoti cerebri*o, значительныя потери крови), при отравленіяхъ въ особенности алкоголемъ, опиѣмъ, морфіемъ, хлораломъ, атропиномъ, синильною кислотою (ціанист. кал.), окисью углерода, свѣтильнымъ газомъ и свинцомъ (*encephalopathia saturnina*), при аутоинтоксикаціяхъ (*soma uraemicum, diabeticum*), при солнечномъ ударѣ и при различныхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ и страданіяхъ мозга (аноплексія, эпилепсія, истерія, прогр. параличъ, опухоль, менингитъ, тифъ, церебральная шеймонія; у дѣтей: эклямсія, острый энцефалитъ, тяжелая корь и т. д.).

При отсутствіи анамнестическихъ данныхъ (когда пациентъ находятъ въ безсознательномъ состояніи) иногда бываетъ чрезвычайно трудно различить всѣ эти разнообразныя состоянія. Тѣмъ не менѣе тщательное изслѣдованіе во многихъ случаяхъ все-же приводитъ къ правильному діагнозу. При этомъ приходится обращать вниманіе главнымъ образомъ на слѣдующее. Прежде всего нужно осмотрѣть кожу и убѣдиться, нѣтъ-ли на ней слѣдовъ поврежденій или сыпи (*herpes* при линеймоніи и цереброспинальномъ менингитѣ, *roseola* при тифѣ, диффузная эритема при отравленіи атропиномъ и скарлатинѣ). Затѣмъ производится изслѣдованіе зрачковъ (они узки при отравленіи морфіемъ и алкоголемъ, широки при отравленіи атропиномъ и синильною кислотою, часто неравномѣрны при менингитѣ и паралитическомъ припадкѣ, они неподвижны при эпилептическихъ и реагируютъ при истерическихъ припадкахъ). Далѣе нужно изслѣдовать уши; присутствіе крови въ слуховомъ проходѣ говоритъ за переломъ черепа, гноетеченіе указываетъ на возможность гнойнаго менингита; нужно также обратить вниманіе за запахъ выдыхаемаго воздуха (запахъ спирта у пьяныхъ, горькихъ миндалей при отравленіи ціанистымъ кали, запахъ фруктовъ или хлороформа при диабетѣ). Необходимо далѣе осмотрѣть языкъ (пораненія или рубцы при эпилепсіи) и дѣсны

(свинцовая кайма при *encephalopathia*) и убедиться, нѣтъ-ли опистотонуса (менингитъ) или признаковъ гемиплегіи (опущеніе одного угла рта, повышеніе сухожильныхъ и отсутствіе брюшныхъ рефлексовъ на одной сторонѣ). Наконецъ, нужно изслѣдовать внутренніе органы (пнеймонія, туберкулезъ, атероматозъ, опуханіе селезенки), въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится ввести катетеръ, что-бы добыть мочи для изслѣдованія на бѣлокъ и сахаръ.

Результаты изслѣдованія мочи необходимо обсудить критически. Альбуминурия еще не можетъ служить доказательствомъ уремїи, такъ какъ она наблюдается и послѣ паралитическихъ и эпилептическихъ припадковъ и при отравленіи свинцомъ и окисью углерода. Кромѣ того нужно считаться и съ тѣмъ обстоятельствомъ, что больной нефритомъ можетъ подвергнуться апоплектическому припадку или заболѣть менингитомъ. Гликозурия встрѣчается при травмахъ головы, апоплексии, отравленія морфіемъ, хлораломъ и свѣтильнымъ газомъ и не можетъ поэтому служить вѣрнымъ признакомъ диабет. comae, состояніе это можетъ быть опредѣленно диагностировано лишь тогда, когда моча содержитъ помимо сахара и много ацето-укусной кислоты (см. стр. 249).

Важныя для діагноза данныя могутъ быть добыты иногда изслѣдованіемъ глазного дна (бугорки, *retinitis albuminurica*, *neuritis optica*), тогда какъ измѣренія температуры имѣютъ, наоборотъ, мало значенія, такъ какъ тяжелые воспалительные процессы, какъ напр. туберкулезный менингитъ, могутъ протекать въ коматозномъ состояніи при нормальной или даже поднормальной температурѣ, между тѣмъ какъ при невоспалительныхъ процессахъ, какъ напр. при паралитическихъ или эпилептическихъ припадкахъ, можетъ наблюдаться значительное повышеніе температуры.

5. Безсонница. *Agrypnia*. *Asomnia*.

Если безсонница вызвана болями, кашлемъ или одышкою, то—помимо соответственнаго мѣстнаго леченія—показаны морфій, опій, антишпринъ и т. п. средства. Собственно *hypnotica* примѣняются только въ случаяхъ т. н. „нервной безсонницы (неврастенія, психозы), но и здѣсь ихъ слѣдуетъ примѣнять только тогда, когда всякія другія средства оказались безуспѣшными. Иногда сонъ удается уже вызывать запрещеніемъ пить кофе, чай, мѣрами противъ умственнаго переутомленія, движеніями на воздухѣ или гимнастикою, массажемъ, сухимъ обтираніемъ всего тѣла, тепловатыми ваннами,

влажнымъ обертываніемъ туловища, открываніемъ на ночь окна въ спальнѣ. Въ подкрѣпленіе этихъ мѣръ передъ сномъ дается стаканъ теплой сахарной воды съ нѣсколькими каплями Tinctur. valerianae, немного пива или вина (Schlummerpunsch) или 2.5—4.0 бромистаго калия. Иногда усыпляющее дѣйствіе оказываетъ и шинучій порошокъ. Если уже оказывается необходимымъ прибѣгнуть къ снотворному, то черезъ каждые нѣсколько дней нужно дѣлать перерывы и кромѣ того не употреблять долго одного и того-же лекарства. Молодымъ и слабымъ людямъ, старикамъ и въ особ. нефритикамъ цѣлесообразно назначать малыя дозы. Дѣти хорошо переносятъ хлоралгидратъ (обыкновенно принято считать по 0.05—0.1 на каждый годъ жизни) и тріональ (0.1—0.5 pro die).

125. Rp. Sulfonali 1.0—2.0.

Tal. Dos. No. III.

S. 1 пор. въ 7 ч. веч.

127. Rp. Ghlorali hydrati 5.0

Syr. cort. aurant. 20.0.

S. по 1—2 чайн. ложки на ночь на водѣ.

129. Rp. Paraldehydi 6.0—10.0.

S. вышить вечеромъ половину въ пивѣ.

131. Rp. Urethani 6.0

Aq. Ment. pip. ad. 60.0.

S. по 1—2 стол. лож. на ночь.

133. Rp. Somnali 10.0

Aq. dest. ad. 120.0

Syr. simpl. 30.0.

S. по 1—2 стол. лож. на ночь.

126. Rp. Trionali 1.0—1.5.

Tal. Dos. No. III.

S. по 1 пор. на ночь.

128. Rp. Chloralamidi 6.0.

Aq. dest. ad. 100.0.

Syr. Rubi Jd. 20.0.

S. по 1—3 стол. лож. на ночь.

130. Rp. Amyleni hydrati 20.0.

S. по $\frac{1}{2}$ —1 чайн. лож.

въ рюмкѣ пива на ночь.

132. Rp. Hedonali 1.0—2.5.

Tal. Dos. No. III.

S. по 1 порош. на ночь.

134. Rp. Dormioli 3.0

Aq. destill. ad 30.0.

S. по 1—3 чайн. лож. на водѣ.

Противопоказанія: Хлорала и хлораламида, понижающихъ кровяное давленіе, лучше не давать въ случаяхъ, въ которыхъ можно опасаться сердечной слабости (vit. cordis, pneumonia, delirium tremens). Паральдегидъ раздражаетъ гортань и желудокъ и поэтому плохо переносится больными, страдающими воспаленіемъ этихъ органовъ. Сульфональ и тріо-

на лѣ вызываютъ при продолжительномъ употребленіи довольно опасную общую слабость и гематопорфириурию (очень кислая, вишневокрасная моча, которая становится желтою при прибавленіи NH_3). Опасность эта можетъ быть, правда, уменьшена назначеніемъ щелочей (*Natr. bicarbon.*, Fachingen) и надзоромъ за правильнымъ дѣйствіемъ кишечника; самую надежную мѣрою однако является замѣна этого средства не позже чѣмъ послѣ двухнедѣльнаго употребленія его какимъ нибудь другимъ снотворнымъ.

6. Neurasthenia.

Болезнь состоитъ въ повышеніи возбудимости больного при пониженной продуктивности его труда (раздражительная слабость). Влѣдствіе этого больные жалуются на быструю утомляемость, недостатокъ энергіи, рѣшительности, головную боль, головокруженіе, бессоницу, сердцебіеніе, расстройства пищеваженія (стр. 69), боли спины и конечностей, парезы и сосудодвигательныя расстройства. Нерѣдко наблюдаются сочетанія съ гипохондрическими, меланхолическими и истерическими симптомами. Въ тяжелыхъ случаяхъ развиваются насильственныя представленія и состоянія страха (*agoraphobia*, *claustrophobia* и т. п.). *Объективныхъ* признаковъ большею частью бываетъ мало. Многіе неврастеники имѣютъ, не смотря на всѣ свои жалобы, здоровый и даже цвѣтущій видъ. Часто наблюдается дрожаніе, учащеніе сердечной дѣятельности, учащенное миганіе, небольшое расширеніе зрачковъ и повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ.

При *распознаваніи* необходимо исключить органическія заболѣванія. Въ особенности необходимо принимать во вниманіе возможность прогр. паралича, хронической болѣзни почекъ, діабета.

Леченіе: Неврастенику необходимо вести спокойную, но не бездѣятельную жизнь; особое вниманіе должно быть обращено на достаточный сонъ и простое, нераздражающее питаніе. Употребленіе мяса, кофе, чаю и въ особен-

ности алкоголя нужно сократить; при неврозахъ сердца слѣдуетъ совершенно запретить куренье. Истощенные больные нуждаются въ усиленномъ питаніи: состояніе ихъ нерѣдко улучшается послѣ назначенія желѣза, санатогена, тропона, мальцэкстракта; пользу приносить также Mastkur Weir-Mitchell'я или Milchkur. Больнымъ, ведущимъ сидячій образъ жизни, нужно рекомендовать побольше движеній: прогулки, работа въ саду, комнатная гимнастика, велосипедная ѣзда, медико-механическія упражненія или массажъ. Благопріятное дѣйствіе оказываетъ также водолеченіе (смотря по степени слабости обтиранія, ванны, полуванны, ванны съ сосновымъ экстрактомъ или разсолемъ). Многіе авторы рекомендуютъ также электризацію.

Что касается лекарствъ, то при возбужденіи, сердцебиеніи, и безсонницѣ назначается бромистый калий (2 р. въ день по 1.0—3.0), при чувствѣ сжатія головы — антиринъ или фенацитинъ, при слабости и отсутствіи аппетита — препараты хирина и желѣза (Tinct. ferri chlorat. aether или T-rae Chin. grs. 3 раза въ день по 20—30 капель, или Chinini sulfur., Ferri sulfur. āā 3.0, succ. liquir. q. s. ut f. pil. Nr. 60 S. 1—3-пил. 3 раза въ день), а также sol. Fowleri (4—10 кап. 2 р. въ день на водѣ). Вмѣсто sol. Fowleri можно также употреблять содержащія мышьякъ воды Levico или Ronsegno (3 раза въ день по 1 чайной до 1 столовой ложки на водѣ).

Противъ поллюцій дается бромистый калий или Camphra monobromata (3 раза въ день по 0.1—0.3 in charta cerata). При психической импотенціи назначается Yohimb. muriat. 2—4 раза въ день по 0.005 въ таблеткахъ (дорого!).

Противъ тягостныхъ нервныхъ явленій въ климактеріи въ послѣднее время стали рекомендовать препараты яичниковъ: оофоринъ или ovaraden (1—4 лепешки по 0.5 три раза въ день).

Лѣтомъ неврастениковъ посылаютъ на нѣсколько недѣль въ деревню, въ горы или приморскія мѣстности. Нужно однако имѣть въ виду, что сильно возбужденные больные, а также больные, страдающіе безсон-

ницею или сердечными расстройствами нервного происхождения, часто не переносятъ климата мѣстностей, прилегающихъ къ Сѣверному морю или находящихся на высотѣ, превышающей 1200 метровъ (въ особенности при быстромъ переходѣ изъ низменныхъ равнинъ). Холодными морскими купаніями слѣдуетъ также пользоваться осторожно. Тоже самое можно сказать относительно утомительныхъ прогулокъ. Въ свѣжихъ случаяхъ рекомендуется леченіе въ санаторіяхъ.

Не слѣдуетъ, наконецъ, упускать изъ виду и психической терапіи. Неврастеникъ нуждается въ утѣшеніи; тщательное изслѣдованіе и увѣреніе, что за болѣзненными явленіями не скрывается какое-либо серьезное органическое страданіе, значительно способствуетъ успокоенію больного. Еще болѣе благоприятно дѣйствуетъ у многихъ больныхъ внушеніе во время гипнотич. сна.

7. Истерія.

Здѣсь могутъ быть приведены лишь наиболѣе часто встрѣчающіеся симптомы этой многообразной болѣзни.

Въ чувствительной области встрѣчаются: 1) Анэстезіи, чаще всего цѣлой (большею частью лѣвой) половины тѣла (включая слизист. оболочки), или одной конечности или части этой конечности; во всякомъ случаѣ область анэстезіи никогда не соответствуетъ области распространенія какого нибудь опредѣленнаго нерва; нерѣдко наблюдается суженіе поля зрѣнія съ расстройствомъ цвѣтоощущенія или безъ такого расстройства, а иногда также амаврозъ, глухота, потеря вкуса или обонанія. 2) Гиперэстезія нѣкоторыхъ участковъ кожи, раздраженіе которыхъ иногда вызываетъ судорожный припадокъ (т. н. истерогенные участки). 3) Боли (головныя, спинныя, кардіальгія, колики, невральгіи всевозможныхъ нервовъ и суставовъ). 4) Всякаго рода парэстезіи, ненормальныя ощущенія во внутренностяхъ, чувство *clavus'a*, *globus'a*, *ovarія* и т. п.

Въ двигательной области мы часто находимъ: 1) Параличи въ формѣ гемиплегіи (см. стр.

212), моноплегиі, параплегиі, астазіи—абазіи (т. е. невозможности стоять и ходить, въ то время, какъ подвижность и сила ногъ при лежачемъ положеніи больныхъ оказываются сохраненными) или же въ формѣ афоніи, мутизма. 2) Контрактуры отдѣльныхъ мышцъ или мышечныхъ группъ съ окоченѣніемъ суставовъ (въ особенности колѣннаго и тазобедреннаго). 3) Дрожаніе обыкновенное или сходное съ интенціоннымъ. 4) Судороги то въ видѣ координированныхъ движеній (судороги смѣха, плача, зѣванія, икота, отрыжка, рвота, хриплый лающий кашель), то въ формѣ озноба, частичныхъ или общихъ конвульсій (ср. стр. 235).

Рѣже наблюдаются секреторныя расстройства: слюноотеченіе, кровотеченія (въ особ. hæmoptoe), поносы, поліурія, анурія и т. д. Наблюдалась также и истерическая лихорадка.

Описанные симптомы нерѣдко комбинируются: такъ, напримѣръ, данная конечность можетъ быть парализована и въ то-же время анестетична; рядомъ съ контрактурою сустава встрѣчается гиперэстетическій участокъ, афонія можетъ быть св. заня съ лающимъ кашлемъ. Такъ какъ всѣ истерическія явленія вызваны не матеріальными измѣненіями, а душевными процессами (представленіями, самовнушеніями) то они могутъ и безслѣдно исчезнуть во всякое время или замѣниться другими явленіями того-же рода. Важное практическое значеніе представляеть то обстоятельство, что тяжелыя истерическія состоянія могутъ также развиваться послѣ травмъ, въ особенности такихъ, которыя связаны съ профессиональною дѣятельностью больныхъ (*Hysteria traumatica*, **травматическій неврозъ**). Но и здѣсь причиною нервнаго расстройства является не травма, а связанная съ нею душевныя волненія (испугъ, заботы и т. п.). Обыкновенно между несчастнымъ случаемъ, вызвавшимъ травму и первыми проявленіями травматич. невроза проходитъ нѣсколько дней и даже недѣль. Больной, оправившійся отъ поврежденій и принявшійся, можетъ быть, уже за свои обычныя занятія, начинаетъ жаловаться на слабость, различнаго рода боли, головокруженіе, бессонницу

и непродуктивность его труда. Постепенно развивается нервное состояніе, часто отличающееся ипохондрически-меланхолическимъ настроеніемъ и раздражительностью, связанною съ плаксивостью. Больной постепенно уменьшается въ вѣсѣ. Такъ какъ въ мѣстахъ, къ которымъ относятся жалобы больного, болѣею частью нельзя констатировать грубыхъ измѣненій, то подобныхъ больныхъ часто подозрѣваютъ въ симуляціи. Болѣе тщательное изслѣдованіе обнаруживаетъ однако ясныя разстройства чувствительности (анестезію, гиперестезію), повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, дрожаніе, усиленную дѣятельность сердца и стуженіе поля зрѣнія. Наблюдаются также и параличи, контрактуры и судороги. Иногда истерія совершенно отступаетъ на задній планъ, уступая мѣсто однимъ неврастеническимъ явленіямъ или упомянутымъ выше психическимъ измѣненіямъ.

Распознаваніе во многихъ случаяхъ легко, въ другихъ, наоборотъ, чрезвычайно трудно. Иногда правильный діагнозъ можетъ быть поставленъ *per exclusionem*, т. е. констатированіемъ того факта, что данное разстройство не соотвѣтствуетъ картинѣ анатомическаго заболѣванія. Особенное вниманіе нужно всегда обращать на изслѣдованіе чувствительности. О распознаваніи истерическихъ параличей см. стр. 177.

Предсказаніе при истеріи всегда сомнительное, особенно упорною оказывается травматическая форма. Рецидивы наблюдаются весьма часто. Сравнительно доброкачественною можетъ считаться дѣтская истерія.

Леченіе: Все, что въ состояніи внушить больному увѣренность въ предстоящемъ выздоровленіи, можетъ служить средствомъ излеченія—будь это лекарство, электризація, массажъ или гидротерапевтическіе приемы. Главное значеніе должно быть приписано личному вліянію врача. Кто обладаетъ достаточною опытностью, можетъ прибѣгать къ гипнотическимъ внушеніямъ. Далѣе нужно лечить отдѣльные симптомы (головныя боли, невралгіи, диспепсію и т. п.) принять мѣры къ укрѣпленію организма (Milchkur, Mastkur, водолеченіе, roborantia) и въ случаѣ надобности удалить больную (или больного)

отъ окружающихъ ее неблагопріятныхъ условій, помѣстивши ее въ больницу или въ санаторію для нервныхъ больныхъ.

8. Судороги. Эпилепсія. Падачая болѣзнь.

Общія судороги съ потерей сознанія встрѣчаются не только въ видѣ самостоятельнаго страданія, но и въ видѣ симптома органическихъ болѣзней мозга, (прогр. параличъ, опухоль, сифилисъ, *cysticercus* мозга) нахлещинитъ и т. п.). Соотвѣтственно этому различаютъ идіопатическую и симптоматическую эпилепсію. Эпилептоподобные приступы наблюдаются затѣмъ также при истеріи, хронич. алкоголизмѣ (абсинтовая эпилепсія), отравленіи свинцомъ (*encephalopathia saturnina*), при уреміи и при *eclampsia gravidarum et parturientium*. Относительно конвульсій у дѣтей см. стр. 237.

Распознаваніе: Идіопатическая эпилепсія почти всегда обнаруживается уже въ молодости. Если судороги появляются лишь въ среднемъ возрастѣ и если больной не алкоголикъ, то мы вѣроятно, имѣемъ дѣло съ органическимъ страданіемъ мозга, скорѣе всего съ прогрессивнымъ параличемъ. *Cysticercus* можно діагностицировать лишь тогда, когда въ подкожной кѣтчаткѣ или въ глазу найдены финны. Уремическія судороги и довольно рѣдко встрѣчающіеся судороги при сатурнизмѣ не трудно распознать. При истерическихъ судорогахъ движенія носятъ характеръ чего-то искусственнаго, преувеличеннаго, зрачки реагируютъ на свѣтъ, укусовъ языка, поврежденій при паденіи, произвольнаго отхожденія мочи или кала почти никогда не наблюдается, припадокъ можетъ быть прекращенъ давленіемъ на область яичниковъ и оканчивается большею частью не сномъ (какъ при эпилепсіи), а приступомъ смѣха или плача или галлюцинаторнымъ сумеречнымъ состояніемъ. При этомъ почти всегда наблюдаются и другіе истерическіе симптомы (стр. 232).

Вполнѣ выраженная эпилепсія лишь въ рѣдкихъ случаяхъ представляетъ діагностическія затрудненія; если припадки случаются однако только по ночамъ (*Epil. nocturna*), то страданіе можетъ долго

оставаться незамѣченнымъ. На утро больной жалуется лишь на тупую головную боль и непонятную разбитость, ничего не зная про ночные судороги. Въ подобныхъ случаяхъ подозрѣніе можетъ быть подтверждено свѣжими укусами языка, геморрагіями въ конъюнктивѣ или констатированіемъ epuresis (см. стр. 113). Во многихъ случаяхъ нелегко также узнать настоящій характеръ эпилептическихъ эквивалентовъ, проявляющихся кратковременнымъ головокруженіемъ, обморочноподобными состояніями (Petit mal, Absence), сонливостью, спутанностью, состояніями страха или возбужденія. Для распознаванія важенъ тотъ фактъ, что эти приступы большею частью сопровождаются амнезіею; кромѣ того они часто чередуются съ типичными припадками судорогъ.

Леченіе: Эпилептикъ долженъ прежде всего избѣгать переутомленія и эксцессовъ. Обильная мясная пища, алкоголь, крѣпкій кофе или крѣпкій чай вредны; умѣренное куреніе, повидимому, вреда не приноситъ. Больной долженъ остерегаться близости машинъ, огня, воды (никогда не слѣдуетъ плавать, опасность утопленія грозитъ ему даже и въ ваннѣ) и не становится на такихъ высокихъ мѣстахъ, откуда легко можно свалиться. Если возможно, что въ извѣстномъ случаѣ дѣло идетъ о „рефлекторной эпилепсiи“ (болѣзненные рубцы, носовые полипы, больные зубы, копростазь, глисты), то нужно устранить соотвѣтств. разстройство. Продолжительныхъ результатовъ при этомъ, правда, не получается. Но если причину является сифилисъ, то ртутныя втиранія могутъ привести къ полному излеченію.

Если приступу предшествуетъ ясная *aurea*, то иногда удается предотвратить судороги вдыханіемъ амилнитрита (3—8 капель на платокъ), принятіемъ внутрь десертной ложки поваренной соли или перетягиваніемъ соотвѣтств. конечности. Во время припадка больного укладываютъ лучше всего на полъ, разстегиваютъ его одежду и стараются предохранить отъ поврежденій. Для предотвращенія укусовъ языка можно вкладывать между зубами завязанный въ узлы платокъ. При частыхъ припадкахъ больной долженъ принимать въ продолженіе многихъ мѣсяцевъ бромистый калий (2 раза въ день 2.0—5.0 въ большомъ количествѣ обыкновенной или сельтерской воды). Цѣлесообразно также употребленіе углекислыхъ бромистыхъ водъ (бутылка содержитъ 10.0—12.5)

и шпучей бромистой соли Sandow'a (мѣрка въ крышкѣ — 3.0). Противъ бромистой сыни съ пользою примѣняются теплыя обмыванія и solut. Fowleri (2 раза въ день по 4—5 капель). Броминизъ (3—5 и болѣе чайныхъ ложекъ въ день) по нѣкоторымъ сообщеніямъ рѣже вызываетъ сыпь. Если бромъ не переносится или не оказываетъ надлежащаго дѣйствія, то можно прибѣгнуть къ атропину ($\frac{1}{2}$ —2 mg p. die см. стр. 45), белладоннѣ, argent. nitr (см. стр. 206) или zinc. oxyd.

135. Rp. Fol. belladonnae	136. Rp. Zinci oxydati 2.0.
Extract. belladonnae āā 1.0	Rad. Valerian. 4.0.
Suc. liq. q. s. ut f. pilul.	Mucil. gum. arab. q. s. ut f.
Nr. 100.	pil. Nr 60.
S. 2—4 пил. въ день.	S. 1—3 пил. 3 раза въ д.

Укрѣпленіе общаго состоянія можетъ быть достигнуто пребываніемъ въ деревнѣ или на морскомъ берегу, обтираніями, соляными или желѣзистыми ваннами, Milchkur.

Названіемъ **частичной, Jackson'овской** или **корковой энцепаіи** обозначаютъ судороги, возникающія благодаря прямому раздраженію двигательныхъ центровъ (см. стр. 165). Онѣ отличаются тремя особенностями: 1) судороги эти наблюдаются лишь въ отдѣльныхъ мышечныхъ группахъ, какъ напр. въ одной ногѣ, одной рукѣ, одной половинѣ лица, 2) сознание во время судорогъ сохранено, 3) части тѣла, подвергающіяся судорогамъ, послѣ приступа временно парализуются. Раздраженіе можетъ быть вызвано травмой черепа, кровоизліаніемъ, размягченіемъ, воспаленіемъ или (чаще всего) новообразованіемъ. Если область раздраженія растетъ, то и судороги распространяются на бѣльшую область: онѣ могутъ охватить лицо и руку или руку и ногу и, наконецъ, цѣлую половину тѣла. Въ послѣднемъ случаѣ приступы обыкновенно сопровождаются потерей сознанія. Если раздраженіе замѣняется полнымъ разрушеніемъ корковыхъ центровъ, то судороги ослабѣваютъ и развиваются длительные параличи (ср. кортикальные параличи стр. 166).

При леченіи слѣдуетъ руководиться характеромъ основнаго страданія: устраненіе вдавленія костей, вскрытіе абсцесса, ртутныя втиранія при сифилисѣ.

9. Eclampsia infantum. Судороги у дѣтей.

Общія судороги нерѣдко встрѣчаются у дѣтей въ началѣ острыхъ лихорадочныхъ заболѣваній (инеймонія, скарлатина, корь, даже angina lacunarіs) и почти всегда наблюдаются въ первомъ стадіи

остраго полиомієлита и энцефалита. Далѣ онѣ могутъ встрѣчаться при разстройствахъ пищева-ренія (переполненіе желудка, поносы, заборы), при тяжеломъ и прорѣзываніи зубовъ, вѣроятно также при паховыхъ грыжахъ и при существованіи въ кишечникѣ глисть. Во всѣхъ этихъ случаяхъ дѣло большею частью идетъ о рахитическихъ дѣтяхъ, особенно легко подвергающихся судорогамъ.

Леченіе: Ребенка слѣдуетъ перенести въ спокойную, прохладную комнату, на голову кладутъ холодный компрессъ и вводятъ помощью клистира 0.25—0.5 хлоралгидрата (смотря по возрасту, дѣтямъ старше 5 лѣтъ вводится 1.0 и болѣе). До проявленія дѣйствія этихъ средствъ можно попытаться прижать сонную артерію, такъ какъ такое прижатіе часто оказывается очень полезнымъ. Взамѣнъ хлорала рекомендуются также вдыханія хлороформа (чайная ложка выливается на платокъ).

Послѣ припадка слѣдуетъ убѣдиться, не осталось-ли параличей (энцефалитъ, острый полиомієлитъ) и нѣтъ-ли какихъ нибудь другихъ мѣстныхъ заболѣваній (пнеймонія, нефритъ, ангина, диспенсія). Если только можно предположить разстройство пищева-ренія, то назначаютъ кастор. масло или каломель (0.05—0.1), дѣлаютъ промываніе кишечника и регулируютъ діету. При рахитѣ дается фосфоръ. Во всякомъ случаѣ ребенокъ, подвергавшійся приступу судорогъ, долженъ еще долгое время лежать въ постели; онъ нуждается въ тщательномъ уходѣ и полномъ покоѣ.

10. *Chorea minor*. **Пляска св. Вита.**

Чаще всего встрѣчается у дѣтей между 7-мъ и 16-мъ годомъ, рѣже у взрослыхъ (большею частью у беременных—*chorea gravidarum*—и въ теченіи остраго суставнаго ревматизма).

Вслѣдъ за неопредѣленными продромальными явленіями (раздражительность, плаксивость) обнаруживаются произвольныя, совершенно безпорядочныя движенія (подѣргиванія, размахи), усиливающіяся при психическомъ возбужденіи и прекращающіяся во снѣ. Обыкновенно

движенія эти появляются во всемъ тѣлѣ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ пораженною однако оказывается лишь одна половина тѣла (*hemichorea*). Иногда наблюдается паретическое состояніе отдѣльныхъ конечностей. Во всѣхъ остальныхъ отношеніяхъ (чувствительность, рефлексы) нервная система не представляетъ ничего ненормальнаго.

Важнѣйшимъ осложненіемъ является *Endocarditis mitralis*, обыкновенно сопровождающій хорею, но могущій и предшествовать ей. Ревматическое пораженіе суставовъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдается, въ другихъ нѣтъ.

Прѣдсказаніе: Обыкновенная хорея большею частью протекаетъ благоприятно въ 2—3 мѣсяца, рѣже она продолжается до года и больше. Тѣмъ не менѣе безпрестанныя сильныя мышечныя движенія могутъ въ исключительныхъ случаяхъ вызвать истощеніе, бессонницу, поврежденія (рожа!) и такимъ образомъ повести къ смерти. *Chorea gravidarum* въ $\frac{1}{4}$ всѣхъ случаевъ оканчивается смертью.

Леченіе: Ребенка слѣдуетъ изолировать и удалить на нѣкоторое время изъ школы. При очень сильномъ возбужденіи и появленіи эндокардита необходимо лежаніе въ постели. Успокаивающимъ образомъ дѣйствуютъ тепловатыя ванны, прохладныя обтиранія; специфическое дѣйствіе можетъ быть приписано мышьяку (*sol. Fowleri* и *aq. menth. pip. āā S.* По 6—8—10 капель 2—3 раза въ день на водѣ). При бессонницѣ 1.0—3.0 бромистаго калия или 0.3—0.6 тріонала. При боляхъ въ суставахъ *Natr. salicyl.* или антиширинъ (см. стр. 158).

Въ тяжелыхъ случаяхъ морфій или хлоралгидратъ (осторожно!). Тщательное леченіе всякой ссадины! При *chorea gravidarum* въ нѣкоторыхъ случаяхъ искусственный выкидышъ.

По выздоровленіи больной нуждается еще—вслѣдствіе склонности къ рецидивамъ—въ продолжительномъ отдыхѣ и мѣрахъ къ укрѣпленію общаго состоянія (пробываніе въ деревнѣ, желѣзо и т. д.)

11. Тетанія.

Въ верхнихъ конечностяхъ появляются своеобразныя тоническія судороги, сопровождающіяся тянущими болями: концы пальцевъ приближаются другъ къ другу, какъ при держаніи пера, кисть и предплечье умеренно согнуты, плечи прижаты къ туловищу. На нижнихъ конечностяхъ также иногда наблюдается сгибаніе стопы (внизу) съ разгибаніемъ пальцевъ. Судороги другихъ мышцъ крайне рѣдки. Приступы судорогъ, нисколько не отражающіеся на сознаніи, продолжаются отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ часовъ. Они могутъ быть искусственно вызваны прижатіемъ большихъ нервныхъ стволовъ (феноменъ Troussseau). Въ свободныя промежутки наблюдается повышенная механическая и электрическая возбудимость мышцъ (Schwostek). По истеченіи нѣсколькихъ недѣль наступаетъ обыкновенно выздоровленіе.—Распознаваніе легко.

Тетанія является инфекціонною болѣзнію и встрѣчается преимущественно у молодыхъ людей. Особенное предрасположеніе замѣчается у рахит. дѣтей и женщинъ въ періодъ кормленія. Сходныя судороги при гастрэктазій и послѣ экстирпаціи зоба сюда не относятся.

Леченіе: Пребываніе въ постели, тепловатая ванны и влажныя обертыванія больныхъ частей тѣла. Если болѣзнь предшествовала простуда—потѣніе. Внутрь—бромистый калий, морфій или хаоралгидратъ; кромѣ того гальванизація. Женщины, кормящія грудью, должны прекратить кормленіе. При рахитѣ—фосфоръ.

12. Paralysis agitans. Болѣзнь Parkinson'a.

Этіологія неясна. Встрѣчается большею частью у людей пожилыхъ (старше 40 лѣтъ).

Болѣзнь начинается дрожательными движеніями пальцевъ. Большой палецъ примыкаетъ въ концамъ другихъ и получается впечатлѣніе, будто больной растираетъ что-то между своими пальцами (качаетъ пилули). Постепенно дрожаніе переходитъ и на другія части тѣла, рѣже всего пораженной оказывается голова. Къ этому присоединяется ригидность и укороченіе мышцъ, въ особенности сгибателей. Больные приобрѣтаютъ вслѣдствіе этого своеобразный характерный видъ: голова и туловище наклонены нѣсколько впередъ, руки приведены и нѣсколько согнуты, ноги согнуты въ колѣнахъ. При хожденіи замѣчается стремленіе бросаться впередъ (propulsio), рѣже встрѣчается *retropulsio*. Аномаліи нервной системы не наблюдаются.

Леченіе: Болѣзнь неизлечима. Ванны и бромистый калий нѣсколько облегчаютъ положеніе больного. Дрожаніе уменьшается подъ вліяніемъ *scopolamini* (*hyoscini*) *hydrobrom.* (0.0003 — 0.0005 въ день внутрь или подкожно. Осторожно!).

13. Болѣзнь Thomsen'a. Myotonia congenita.

При этой рѣдкой наследственной болѣзни произвольно сокращающіяся мышцы ненормально долго пребываютъ въ состояніи то-

ническаго сокращенія. Въслѣдствіе этого у больныхъ наблюдается своеобразная ригидность членовъ: при многократномъ повтореніи движенія становятся однако всё болѣе свободными. Мышцы болѣею частью гипертрофированы и обнаруживаютъ при электрич. раздраженіи «міотоническую реакцію».

Первая система не обнаруживаетъ никакихъ патолого-анатомическихъ измѣненій.

VIII. Отравленія.

При леченіи остраго отравленія врачу (по Levin'у) болѣею частью предстоятъ три задачи. Первая задача заключается въ возможно полномъ удаленіи яда изъ тѣла. Этого можно легче всего достигнуть съ помощью желудочнаго насоса, котораго нельзя примѣнять лишь при сильныхъ ожогахъ пищевода (щелочи, кислоты, сулема). При тризмѣ вводятъ тонкій зондъ черезъ носъ или же для этого пользуются какою нибудь случайно имѣющеюся щелью между зубами. Въ водѣ, употребляющейся для промыванія, можно прибавлять противоядія, такъ что-бы получался слабый растворъ: при отравленіи фосфоромъ — *syrupum sulfuricum*, карболовою кислотою — глауберовую соль, щавелевою кислотою — известковую воду, свинцов. сахаромъ — горькую, глауберову соль или *zincum sulfuricum*, морфіемъ и цинистымъ калі — *kalі permanganicum* и т. д. Если желудочнаго насоса нѣтъ подъ руками, то стараются щекотаніемъ нѣба вызвать рвоту или же даютъ рвотное: *Apomorphin. pur.* (0,01—0,02 подкожно) или же *Pulv. rad. ipecacuanh.* (2—3 раза по 1,0) или *Sol. cupri sulfur.* 1,0 : 50,0 (по чайной ложкѣ до дѣйствія). Основательное удаленіе яда такимъ способомъ, правда, не достигается; иногда, въ особенности при отравленіи наркотич. веществами (морфій, хлораль-гидратъ) способъ этотъ не оказываетъ даже никакого дѣйствія. Поэтому, желудокъ слѣдуетъ промывать, какъ только представится возможность, хотя-бы и послѣ принятія рвотнаго. Для опороженія кишечника больному дается горькая карлсбадская соль или касторовое масло (при отравленіи фосфоромъ каст. масло противопоказано!). Если ядъ воспринимался легкими (СО, сѣрнистый водородъ), то нужно позаботиться о притоцѣ свѣжаго воздуха.

Вторая задача заключается въ химич. нейтрализаціи яда, оставшагося въ тѣлѣ. При отравленіи щелочами слѣдуетъ поэтому назначать кислоты и наоборотъ. Если въ желудокъ попалъ растительный алкалоидъ (морфій, опій, атропинъ, стрихнинъ, кокаинъ, никотинъ, мускаринъ и т. д.), то дается дубильная кислота (0,1—0,3 нѣсколько разъ, до 2,0 р. die), образующая съ этими веществами плохо растворимыя соединенія. Тоже самое должно сказать относительно отравленія тяжелыми металами, напр. сурьмою. Если танинна нѣтъ подъ рукою, то можно давать всякія другія средства, содер-

жасія дубильныя вещества (отваръ дубовой коры, Tinctur. amara, T-ga chinae, кофе, чай; двухъ послѣднихъ средствъ нельзя, впрочемъ, давать при отравленіи стрихниномъ). Относительно другихъ противоядій см. ниже.

Третья задача сводится къ устраненію извѣстныхъ симптомовъ: При затрудненномъ дыханіи—искусственное дыханіе, при слабости сердца—камфора, эфиръ, крѣпкій кофе, вино; при угрожающемъ пораженіи мозга—растираніе кожи, горчичники, холодныя обливанія, при боляхъ — морфій и т. д.

Симптомы Лечение.

Алкоголь. а) острое отравленіе. Сомн., анестезія, узкіе зрачки, малый, замедленный пульсъ, запахъ спирта.

Холодныя обливанія, камфора (подкожно), клистиры съ кофе.

в) хроническое отравленіе. α) Alcoholismus. Катарръ желудка, дрожаніе, невритъ, циррозъ печени.

Полное устраненіе алкоголя. Укрѣпляющее питаніе. Ванны.

β) Delirium tremens. Возбужденіе, безпокойство, галлюцинаціи (мыши, жуки, паутина), бессонница, склонность къ слабости сердца.

Тепловатыя ванны съ холодными обливаніями. Подкожно стрихнинъ (0.001—0.006 два р. въ д.). При бессонницѣ опій (0.06—0.1). Хлораль противопоказанъ.

Анилинъ. см. Nitrobenzole.

При слабости сердца — камфора.

Атропинъ. Сухость въ горлѣ, широкіе неподвижныя зрачки, жажда, головокруженіе, галлюцинаціи, бредъ, скарлатиноподобная сыпь. Въ нѣкот. случаяхъ tachycardia и судороги.

Промываніе желудка или рвотныя и слабительныя. Ac. tannici 0.1—0.3 черезъ каждыя $\frac{1}{4}$ часа, черныи кофе, ледъ на голову, морфій (подкожно 0.03 и болѣе) или опій.

Белладонна см. Атропинъ.

Болитголовъ (Conium maculatum и cicuta virosa). Сухость въ горлѣ, боли живота, параличь дышат. мышцъ, кома, судороги.

Промываніе желудка или рвотныя и слабительныя, дубильная кислота, возбуждающія, искусств. дыханіе.

Бѣлена см. Атропинъ.

Грибы а) Мухоморъ (amanita muscaria) вызываетъ колику, рвоту, поносъ, маниак. возбужденіе, судороги, слюнотеченіе, miosis и судороги аккомодациі, замедленіе пульса и сонор.

Промываніе желудка или рвотныя (pulv. rad. ipecacuanh. 1.0, tartari stib. 0.05. S. Взять въ 2 приема), затѣмъ ol. ricini или другія слабительныя и танины. Подкожно атропинъ (0.0005—0.001) нѣсколько разъ.

в) Сморчки (ядовиты лишь въ свѣжемъ состояннн) вызываютъ гастроэнтеритъ, помраченіе сознанія и гемоглобинурію.

Кислоты (сѣрная, соляная, азотная, хромовая.) Ожоги рта, пищевода и желудка, жестокія боли въ животѣ, мучительныя судороги пищевода и рвота. Кровь въ рвотныхъ массахъ и испражненіи. Albuminuria, haematuria.

Кокаинъ. Колляисъ, сморчокъ.

Колбасный (рыбный, сырный) ядъ. (Botulismus). Боли подъ ложечкою и рвоты, поносъ, головная боль, головокруженіе, бредъ, расстройства зрѣнія, параличъ глотанія, слабость сердца.

Кольхицинъ (безвременникъ). Жженіе во рту, коликообразныя боли живота, рвота, неудержимый (красный) поносъ, колляисъ съ цианозомъ и слабымъ, замедленнымъ пульсомъ.

Креозотъ см. Карболовая кислота.

Морфій. Сонливость или полное коматозное состояніе съ анестезією и общимъ парезомъ. Сильно суженныя неподвижныя зрачки. Слабый, замедленный пульсъ.

Мышьякъ. а) Острое отравленіе. Сильная рвота. Боли въ животѣ. Испражненія по виду похожія на отваръ риса. Слабость сердца. Иногда альбуминурія и гематурія. Если смерть не наступитъ очень быстро, то большею частью развивается параличъ нижн. конечностей съ дегенерат. ат-

Промываніе желудка или рвотныхъ, слабительныя, возбуждающія.

Щелочныя жидкости (Natr. bicarbon., Magnesia, calcar. carbon. или сильно разведен. ѣдкій натръ, въ крайнихъ случаяхъ мыльная вода или вода съ мелкимъ мѣломъ) въ большомъ количествѣ. Молоко, кусочки льда. Промываніе желудка противопоказано. Позже леченіе гастрита и суженіе пищевода.

Вдыханіе амилнитрита, крѣпкій кофе, камфора.

Рвотныя или промываніе желудка, каломель, возбуждающія.

Промываніе желудка (или рвотное), танинъ (0.1—0.3 нѣсколько разъ въ больш. количествѣ воды), кусочки льда, опій и возбуждающія.

Промываніе желудка, танинъ, крѣпкій кофе, кожныя раздраженія, подкожно атропинъ (0.0005—0.001 нѣсколько разъ подрядъ). Въ послѣднее время рекомендуютъ Kal. permanganicum (0,5 : 500.0) внутрь.

Промываніе желудка (или рвотныхъ) и слабительныя (Ol. ricini или Magnesia usta), молоко, бѣлокъ. Далѣе antidotum arsenici (Liq. ferri sulfur. oxyd. 20.0 aq. dest. 50.0, Magnes. ust. 3.0, aq. dest. 50.0) по 1—2 стол. лож. черезъ кажд. 10 минутъ или же ferr. oxyd. sacchar. по чайной ложечкѣ.

рофією и жестокими болями (мышьяковый неврътъ).

в) хронич. отравленіе. Желудочно-кишечный катарръ, экзема, вонъюнктивитъ, кахексія.

Наперстянка. Рвота, боли живота, поносъ, неправильный, сильнозамедленный пульсъ съ одышкою и цианозомъ. Смерть въ комат. состояніи, нерѣдко среди судорогъ.

Нитробензолъ (анилинъ, мирбановая эссенція). Тошнота, помраченіе сознания, быстро увеличивающійся сильный цианозъ, кома и судороги.

Окись углерода (угарный газъ). Жженіе въ лицѣ, головныя боли, біеніе *art. temporalis*, головокруженіе, чувство страха; дезоріентировка, асфиксія. Послед. болѣзни: Гликозурия и альбуминурия, некр. пролежни, анэстезія, параличи (гемиплегія, афазія, параличъ сфинктеровъ) и психозы.

Опій см. Морфій.

Рвотный орѣхъ см. стрихнинъ.

Ртуть см. Сулема.

Свинецъ о) Острое отравленіе. Кардиальгія, рвота, колики, колющ. п.

б) Хронич. отравленіе: а) *Colica saturnina*. Свинцовая кайма, колика съ упорными запорами, твердый, болѣею частью втянутый животъ; пульсъ твердый, замедленный.

б) *Arthralgia saturnina*. Боли въ колѣнѣ и голено-стопномъ сочлененіи безъ объективныхъ измѣненій.

γ) Свинцовые параличи см. стр. 183.

δ) *Encephaloraihia saturnina*. Возбужденіе, со-

Удаленіе обуви, одежды и т. п. вещей, содержащихъ мышьякъ. У рабочихъ, имѣющихъ дѣло съ мышьякомъ—перемѣна занятій.

Въ началѣ промываніе желудка или рвотное и танинъ, позже возбуждающія (вино, кофе, камфора, эфиръ, *tinctura valerian.*) горчичники.

Промываніе желудка, возбуждающія, искусств. дыханіе. Въ тяжелыхъ случаяхъ переливаніе крови.

Свѣжій воздухъ, искусств. дыханіе, раздраженія кожи (растираніе, горчичники). Кровоопусканіе съ послѣд. переливаніемъ крови.—Дѣйствиіе эрготина сомнительное.

Промываніе желудка или рвотное, слабительныя, молоко, бѣлокъ, *natr. sulfur.* или *magnes. sulfur.* по чайн. лож.

Теплыя компрессы и ванны, слабительныя (*Sal. carol. fact.*), морфій или *extr. belladonnae*. У рабочихъ на свинцов. заводахъ—перемѣна занятій.

Теплыя ванны, слабительныя, йодистый калий 1,0—2,0 p. die.

Электризація.

Теплыя ванны съ холодными обливаніями, клистиры съ хлора-

па, общія судороги, въ нѣкот. случаяхъ слѣпота (*amaurosis saturnina*)

Свѣтильный газъ см. Окись углерода

Синильная кислота (Цианистыя соединения). Головокруженіе, потеря сознанія, судороги, зарудиенное дыханіе съ продолженною экспирацією и цианозомъ. Пѣна изо-рта, глаза на выкатѣ, зрачки не реагируютъ. Больной не реагируетъ на уколы булавкою. В ы д ы х а е м ы й в о з д у х ъ п а х н е т ь м и н д а л е м ъ. Смерть отъ паралича дыханія.

Спорынья (*secale cornutum*).

а) Острое отравленіе. Рвоты, кардіалгіи и поносъ, головокруженіе, головная боль, *coma*.

б) *Ergotismus chronicus* (злая корча). Головокруженіе слабость, парастезіи въ пальцахъ рукъ и ногъ и даже гангрена этихъ частей. Въ другихъ случаяхъ нервныя (табетич.) явленія и психозы.

Стрихнинъ. Припадки сильнаго тризма и тетануса (*opisthotonus*) съ прерывистымъ дыханіемъ, одышкою и цианозомъ.

Сулема. Оаги рта, пищевода и желудка. Рвота, поносъ, боли живота. *Ischuria* или *anuria*. Слабость сердца.

Сѣроводородъ. Головные боли, рвота, *coma*, судороги.

Фосфоръ. а) Острое отравленіе (спичками). Боли подъ ложечкою, рвота массами, пахнущими фосфоромъ и свѣтящимися въ темнотѣ. Затѣмъ сравнительно хорошее самочувствіе. Черезъ нѣсколько

ломъ. По минованіи припадковъ леченіе, какъ при β .

Промываніе желудка. Продолжительное искусств. дыханіе. Раздраженіе кожи, возбуждающія. — Дѣйствіе атропина и свѣже осажден. гидрата окиси весьма сомнительное.

Въ послѣднее время рекомендуютъ *Kali permangan.* 0,5 : 500,0 внутрь.

Промываніе желудка или рвотныя, слабительныя, танинъ, возбуждающія.

Симптоматическое леченіе. Устраненіе муки и хлѣба, содержащихъ спорыню.

Промываніе желудка, дыханіе хлороформа, или-же опій, морфій, хлораль по много разъ въ большихъ дозахъ. Иногда танинъ.

Обильное питье молока или раствора бѣлка, рвотныя (лучше всего 0,01 апоморфина подкожно. Внутрь свѣже осажд. сѣрнистое желѣзо.

Свѣжій воздухъ, искусств. дыханіе. Вдыханіе паровъ хлора (*aq. chlorig*) ненадежно и небезопасно.

Основательное промываніе желудка или рвотныя (*Cupri sulfur.* 1,0. *Aq. destillat.* 30,0. *Sir. simpl.* 20,0 *S.* По чайной лож. кажды. 5 минутъ до дѣйствія) и слабительныя.

Затѣмъ *Ol. terebinth. ozonizat.*

дней (2—5) icterus, опуханіе печени и чувствительность къ давленію, кровавая рвота, кровь въ мочѣ, носовое кровотеченіе, кровоизливанія. Наконецъ, слабость сердца, помраченіе сознанія и конвульсіи.

б) Хронич. отравленіе. Некрозъ нижней челюсти съ образованіемъ остеофитовъ, хронич. катарръ желудка и яшечъ, хронич. бронхитъ.

Хлоралгидратъ. Сонливость или кома, сыпь, параличъ сердца.

Щавелевая кислота. Жженіе въ глоткѣ, рвота, одышка, козянецъ, тонич. и клонич. судороги. Посл. заболѣванія: гемораг. нефритъ.

Щелочи (ѣдкія, углекислыя). Ожоги рта и зѣва, рвоты сильно щелочными массами, кардиалгія, колики, поносъ.

по 20—40 капель черезъ кажд. $\frac{1}{2}$ часа (до 6,0—10,0). Не давать молока, жаровъ, касторов. масла.

Перемѣна профессіи. Снятіе матич. леченіе.

Раздраженія кожи, подкожно стрихнинъ (0,002—0,003).

Промываніе желудка или рвотныя, известковая вода, мелкій мѣлъ въ водѣ, *calcaria saccharata* или *magnesia usta*.

Растворъ уксуса, лимонный сокъ, жировыя эмульсіи. Далѣе леченіе гастро-энтерита (ледъ, опій) и суженія пищевода.

Исслѣдованіе мочи.

1. Бѣлокъ.

1. **Проба посредствомъ кипяченія.** Мочу нагреваютъ до кипѣнія и прибавляютъ къ ней приблизительно $\frac{1}{6}$ объема чистой азотной кислоты. Если послѣ этого замѣчается помутнѣніе или хлопьевидный осадокъ, то это указываетъ на присутствіе бѣлка (сывороточный альбуминъ и сывороточный глобулинъ). Если при кипяченіи появляется муть, исчезающая по прибавленіи азотной кислоты, то это значитъ, что муть эта состояла изъ фосфатовъ. Если моча при кипяченіи и не мутнѣетъ, то все-же слѣдуетъ прибавлять азотной кислоты, такъ какъ бѣлокъ въ нейтральной или щелочной мочѣ отъ нагреванія не свертывается, а вынадеаетъ лишь по подкисленіи азотною кислотою.

2. **Проба съ уксусною кислотою и желѣзисто-синеродистымъ калиемъ.** Къ 10 куб. сант. мочи прибав-

ляютъ 10 капель чистой уксусной кислоты и нѣсколько капель 5% раствора желѣзисто-синерод. калия. Образующійся бѣлый осадокъ указываетъ на присутствіе бѣлка. Проба эта удобна, надежна и крайне чувствительна.

3. Heller'овская проба. Къ находящейся въ пробиркѣ азотной кислотѣ осторожно и медленно приливаютъ мочу. Въ присутствіи бѣлка на границѣ обѣихъ жидкостей образуется рѣзко ограниченное бѣлое кольцо. Другое кольцо, появляющееся при этомъ часто въ концентрированной мочѣ и лежащее выше, образуется мочекислыми солями; оно желтаго цвѣта, безъ опредѣленныхъ границъ и исчезаетъ при нагреваніи.

Для **количественнаго опредѣленія бѣлка** пользуются Esbach'овскимъ альбуминометромъ. Его наполняютъ до отмѣтки U мочою и доливаютъ реактивъ (acid. picric. 1.0, acid. citr. 2.0, aq. destil. ad 100.0) до отмѣтки R. По истеченіи 24 часовъ по дѣленіямъ отсчитываютъ количество осажденнаго бѣлка (pro mille).

Моча должна быть кислую (въ случаѣ надобности прибавленіе уксусной кислоты!); если она содержитъ болѣе 4% бѣлку или если удѣлн. вѣсъ ея выше 1008, то ее слѣдуетъ развести въ соотвѣт. степени.

2. Сахаръ.

Мочу, содержащую бѣлокъ, слѣдуетъ предварительно прокипятить, въ случаѣ надобности подкислить уксус. кислотою и фильтраціею освободить отъ бѣлка.

1. Проба Trommer'a. Мочу подщелачиваютъ калийнымъ щелокомъ ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ объема) и приливаютъ къ ней по каплямъ 5% раствора мѣднаго купороса до тѣхъ поръ, пока онъ не перестанетъ растворяться. Послѣ этого верхнюю часть смѣси нагреваютъ (не кипятить!). Если въ мочѣ имѣется сахаръ, то въ нагрѣтой части образуется желто-красный осадокъ, распространяющійся безъ дальнѣйшаго нагреванія книзу по всей жидкости. (Въ щелочномъ растворѣ виноградный сахаръ возстановляетъ изъ синей сѣрно-кислой окиси мѣди красную закись, resp. желтый гидратъ закиси). Если количество сахара ниже 0.5%, то реакція получается неотчетливая. Кипятить мо-

чу не слѣдуетъ потому, что и нормальная моча содержитъ возстановляющія вещества (мочевая кислота, креатининъ и т. п.), могущія вызвать при температурѣ кипѣнія покраснѣнiе.

2. **Проба Böttger'a.** Мочу подщелачиваютъ значительнымъ количествомъ углекислаго натрія и прибавляютъ къ ней Bismuthi subnitr. (на кончикѣ ножа). Смѣсь кипятятъ въ продолженіе нѣсколькихъ минутъ. Въ присутствіи винограднаго сахара вся жидкость получаетъ интенсивно черный цвѣтъ, пѣна становится коричневою съ зеленоватымъ отливомъ. (Въ щелочной жидкости виноградный сахаръ возстановляетъ изъ бѣлой основной азотно-кислой окиси черный металлическій висмутъ. Отщелачивая реакція получается уже при 0.1% сахара.

3. Еще болѣе удобства проба эта представляетъ въ **видоизмѣненіи Nylander'a.** Къ мочѣ прибавляютъ $\frac{1}{3}$ объема слѣдующаго реактива: Bismut. subnitr. 1.0, Tartar. patronat. 2.0, Liq. kali caust. (8%) 50.0—и смѣсь кипятятъ въ продолженіе нѣсколькихъ минутъ. Въ присутствіи сахара жидкость приобретаетъ такой-же черный цвѣтъ, какъ при пробѣ Böttger'a.

4. **Проба Moore'a** менѣе надежна. Мочу смѣшиваютъ съ $\frac{1}{3}$ ѣдкаго кали и кипятятъ верхнюю часть смѣси. Въ присутствіи сахара получается бурая окраска и запахъ карамели.

5. Наиболѣе надежною является **бродильная проба.** Къ находящейся въ пробиркѣ мочѣ приливаютъ 1 каплю 10% раствора виокаменной кислоты и взбалтываютъ ее съ кускомъ дрожжей. Этой смѣсью наполняютъ вертикальное колѣно бродильной трубочки такимъ образомъ, чтобы въ немъ не оставался воздухъ. Затѣмъ трубку оставляютъ въ теплой комнатѣ. Если моча содержитъ сахаръ, то уже черезъ нѣсколько часовъ въ верхней части трубочки образуется пузырекъ газа. Въ томъ, что пузырекъ этотъ состоитъ изъ CO_2 , можно убѣдиться изъ того, что онъ при прибавленіи калийнаго щелока исчезаетъ.

Чтобы быть увѣреннымъ въ томъ, что дрожжи активны и сами не содержатъ сахару, можно взять двѣ контрольныя пробирки изъ которыхъ одна содержитъ дрожжи съ растворомъ винограднаго сахара, другая же—дрожжи съ водою и 1—2 капли виокаменной кислоты. Если дрожжи отвѣчаютъ необходимымъ требованіямъ, то въ первой трубкѣ долженъ, конечно, развиваться газъ, а во второй нѣтъ.

Для **количественнаго опредѣленія сахара** пользуются поляризационнымъ аппаратомъ или же прибѣгаютъ къ титрованію

Fehling'овою жидкостью. Въ практикѣ для этого можно употреблять капелесчислитель Limousin'a или—за отсутствіемъ такового—даже Правацевскій шприцъ. Поступаютъ слѣдующимъ образомъ: Въ пробирку наливаютъ 2 куб. сант. (= двумъ Правац. шприцамъ) свѣжей Fehling'овой жидкости и немного воды. Смѣсь эту нагреваютъ надъ пламенемъ и въ то-же время приливаютъ къ ней изъ наклоненнаго исследуемого мочею шприца каплю за каплею, пока синій цвѣтъ не исчезнетъ совершенно. Понадобившееся для этого число капель отмѣчается. Затѣмъ опредѣляютъ, сколько полученныхъ такимъ образомъ (т. е. постепеннымъ подвиганіемъ поршня впередъ) капель мочи составляютъ 1 куб. сант.

Такъ какъ 1 куб. сант. Fehling'овой жидкости возстановляется 0.005 граммами винограднаго сахара, то 2 куб. сант. этой жидкости соотвѣтствуютъ 0.01 сахара. Предположимъ, что въ нашемъ опытѣ 6 капель мочи оказалось достаточнымъ для возстановленія 2 куб. сант. Fehling'овой жидкости: въ такомъ случаѣ эти 6 капель должны содержать 0.01 сахара. Предположимъ далѣе, что 1 куб. сант. этой мочи=22 каплямъ и что стало быть 100 кубич. сант.=2200 каплямъ. Мы получаемъ тогда слѣдующее уравненіе:

$$6 : 0.01 = 2200 : x$$

$$x = \frac{0.01 \cdot 2200}{6} = \frac{22}{6} = 3.66$$

Данная моча содержитъ слѣдовательно 3.66% виноград. сахара.

При высокомъ содержаніи сахара мочу слѣдуетъ разводить съ равнымъ количествомъ воды.

3. Ацетонъ.

Проба Legal'a: Къ нѣсколькимъ куб. сант. мочи прибавляютъ нѣсколько капель насыщеннаго раствора нитропруссиднаго натрія и около $\frac{1}{4}$ объема ѣдкаго натрія. Если появляющееся при этомъ красное окрашиваніе не исчезаетъ при прибавленіи небольшого количества уксусной кислоты или если оно еще становится темнѣе и интенсивнѣе, то это указываетъ на присутствіе ацетона.

Ацетонъ встрѣчается не только при діабетѣ, но и при высокой температурѣ, въ особ. при лихорадочной желудочно-кишечной инфекціи дѣтей, при ракѣ и при голоданіи.

4. Ацетоуксусная кислота.

Проба Gerhard't'a (съ хлористымъ желѣзомъ) По прибавленіи нѣсколькихъ капель Liq. ferri sesquichlorati моча приобрѣтаетъ красивый красный цвѣтъ (бордоскаго вина.) Получающійся при этомъ во многихъ случаяхъ осадокъ мюволаднаго цвѣта состоитъ изъ фосфорно-кислаго желѣза.

Если эта реакція сильно выражена при діабетѣ, то она имѣетъ дурное прогностическое значеніе и указываетъ на то, что больному угрожаетъ coma diabeticum.

5. Желчный пигментъ. (Bilirubin).

1. Проба съ хлороформомъ: Въ пробиркѣ взбалтываютъ сравнительно большое количество мочи съ небольшимъ количествомъ хлороформа. Въ присутствіи желчнаго пигмента (билирубина) собирающійся на днѣ хлороформъ окрашивается въ красивый лимонно-желтый цвѣтъ.

2. Проба Gmelin'a; Нѣсколько куб. сант. чистой азотной кислоты смѣшиваютъ съ 2 каплями дымящейся азотной кислоты и къ этой смѣси осторожно приливаютъ немного мочи. Въ присутствіи билирубина на границѣ обѣихъ жидкостей образуется зеленое кольцо (biliverdin), за которымъ (книзу) слѣдуетъ фіолетовое, красное и желтое.

6. Уробилинъ (Hydrobilirubin).

Немного мочи подщелачиваютъ амміакомъ, осаждающіеся фосфаты отфильтровываютъ и къ фильтрату приливаютъ нѣсколько капель 5% раствора хлористаго цинка. Если моча содержитъ уробилинъ, то получается зеленая флуоресценція.—Уробилинъ встрѣчается при всасываніи кровавыхъ массъ.

7. Кровь.

1. Проба Heller'a: Мочу разбавляютъ $\frac{1}{3}$ объема фѣдкаго калия и кипятятъ. Если въ мочѣ содержится кра- сящееся вещество крови, то оно увлекается осаждающи- мися фосфатами и образуетъ красивый красный осадокъ.

2. Проба Almén'a. Реактивомъ служитъ смѣсь изъ равныхъ частей *Ti. st. ligni* (не *resinae!*) *guajaci* и *Ol. terebinth. ozonizat.* Смѣсь эту взбалтываютъ и прили- ваютъ къ мочѣ. Въ присутствіи крови на границѣ обѣихъ жидкостей образуется синяя полоска. Щелочную мочу слѣдуетъ подкислить уксусною кислотою.

8. Индиканъ.

Проба Jaffé: Къ смѣси равныхъ частей мочи и концен- трированной соляной кислоты приливаютъ 1—2 капли насыщен- наго раствора хлористаго кальция. При болѣе или менѣе значи- тельномъ содержаніи индикана въблизи верхняго края жидкости по- является дымчато-сѣрое или синева-черное кольцо. Если приба-

вить нѣсколько капель хлороформа и нѣсколько разъ опрокинуть пробирку, то хлороформъ окрашивается въ красивый синий цвѣтъ.

Индиканъ является нормальною составною частью мочи. Увеличеніе количества его наблюдается при пихорозныхъ пагносіяхъ, при ракъ желудка, поносахъ и — въ наиболѣе сильной степени при непреходимости тонкихъ кишекъ (см. стр. 80).

Діазо-реакція Ehrlich'a.

Для полученія реактива требуются 2 раствора: а) *Acidi sulfanilici 1,0, acidi muriatici 10,0, Aq. destillat. 200,0* и б) *natr. nitros. 0,5 aq. dest. 100,0*. Къ 10 куб. сан. раствора а прибавляютъ 3 капли раствора б, реактивъ смѣшиваютъ съ равнымъ объемомъ мочи и прибавляютъ $\frac{1}{8}$ объема амміака. При взбалтываніи получается красивое красное окрашивание жидкости и пѣны. (Окраска обуславливается реакціей сульфодіазобензола съ амидо-соединеніями ароматическаго ряда).

Реакція эта наблюдается при тифѣ, тяжелой чахоткѣ, пневмоніи, кори и другихъ лихорадочныхъ заболѣваніяхъ, но не при менингитѣ. Исчезанію ея приписываютъ благоприятное прогностическое значеніе.

Прибавленіе.

Проба на гэминъ.

Для обнаруженія крови въ рвотныхъ массахъ, испраженіяхъ и т. д. пользуются пробой на гэминъ. Небольшое количество подлежащаго изслѣдованію вещества хорошо просушиваютъ, растираютъ съ крупицею соли, смѣшиваютъ на предметномъ стеклышкѣ съ нѣсколькими каплями *acidi acetici glacialis* и сильно нагреваютъ надъ пламенемъ. Послѣ того какъ послѣднія капли *acidi acetici* улетучиваются, остатокъ (въ глицеринѣ) разсматриваютъ подъ микроскопомъ. Если кровь въ данномъ веществѣ имѣлась, то находятъ красно-бурыя ромбическія таблички разной величины, т. е. кристаллы гэмина *Teichmann'a* (гэминъ=солянокислый гэматинъ).

Окрашивание туберкулезныхъ палочекъ.

При помощи двухъ иголокъ берутся изъ наиболѣе гнойныхъ (различныхъ) частей мокроты нѣсколько комочковъ (величиною каждая въ булавочную головку) и сжимаются между двумя покровными стеклышками такъ, что они образуютъ равномерный слой. По высыханіи мокроты стеклышко медленно проводятъ раза 3 черезъ пламя спиртовой лампы и опускаютъ (внизъ тою стороною, на которой находится мокрота) въ часовое стеклышко, въ ко-

торомъ находится карболовый фуксинъ (фуксинъ 1,0, 5% раствора карболовой кислоты 100,0, alcohol. absolut. 10,0). Часовое стеклышко, а вмѣстѣ съ нимъ и красящій растворъ нагреваютъ надъ пламенемъ до тѣхъ поръ, пока не начнутъ отдѣляться явственно пары, а затѣмъ охлаждають въ теченіе 5 минутъ. Затѣмъ покровное стеклышко опускается для дифференцированія на 1 минуту въ слѣдующій растворъ: метиленовой синьки 1,0—2,0, 25% сѣрной кислоты 100,0. Послѣ этого стеклышки промываютъ въ водѣ, высушиваютъ и разсматриваютъ (въ кедровомъ маслѣ) при увеличеніи не менѣе 350.

Туберкулезныя палочки на такихъ препаратахъ окрашены въ красный цвѣтъ, тогда какъ всѣ остальные бактеріи и составныя части мекроты представляются синими.

Очеркъ кожныхъ болѣзней, сифилиса и триппера,

составленный приватъ-доцентомъ Л. Фридрихомъ.

Страданіе кровяного и лимфатическаго аппарата кожи составляетъ довольно существенную составную часть очень многихъ заболѣваній и измѣненій кожи. При этомъ наблюдается то анэмія, то гиперэмія. Последняя въ свою очередь то активная (конгестивная), то пассивная (застойная); вслѣдствіе измѣненія кожного кровяного аппарата въ кожѣ появляются кровоизліянія и отѣки.

На почвѣ измѣненія циркуляціи крови возникаетъ

Erythema simplex,

самая легкая и въ большинствѣ случаевъ скоро-преходящая форма воспаления кожи. Она начинается обыкновенно остро въ видѣ ярко-красныхъ пятенъ, которыя подчасъ сливаются въ большія, занимающія значительное пространство, поверхности.

Различаютъ: а) *E. caloricum* (отъ инсолціи и лучистаго тепла). Сюда относится значительная часть ожоговъ I-й степени (*combustio erythematos*). Интенсивная краснота и припуханіе черезъ нѣсколько дней проходятъ; затѣмъ наступаетъ отторженіе самыхъ верхнихъ пластовъ эпидермиса.

б) *E. traumaticum* вызывается треніемъ складокъ одежды о тѣло, равно какъ соприкосновеніемъ прилегающихъ другъ къ другу поверхностей кожи. Въ последнемъ случаѣ возникновенію эритемы способствуетъ

усиленіе физиологическихъ секретовъ и экскретовъ: мочи, кишечныхъ изверженій, пота, вагинальной слизи.

Наблюдается эта форма въ окружности естественныхъ отверстій тѣла, между кожными складками, въ подмышечной впадинѣ. *E. traumaticum* скоро проходитъ, однако имѣетъ склонность неоднократно повторяться оставляя послѣ себя темное пигментированіе. Иногда переходитъ въ экзему.

Эритема возникаетъ и с) рефлекторнымъ путемъ чрезъ посредство вазомоторныхъ нервовъ (типъ ангионевроза). Сюда относится та краснота, которая покрываетъ лицо, шею, грудь, спину подъ вліяніемъ психическихъ аффектовъ (радость, горе, гнѣвъ, стыдъ). Въ эту же категорію входитъ краснота (*E. fugax*), покрывающая грудь при обнаженіи тѣла.

Рефлекторно-же возникаетъ краснота при глистной болѣзни и страданіяхъ женскихъ гениталій.

d) *E. ab acris* или *venenata* вслѣдствіе непосредственнаго дѣйствія раздражающихъ кожу веществъ (терпентинъ, хлороформъ, карболовая кислота, сулема, іодоформъ, испанскія мушки и т. д.).

e) *E. toxica*.

α) Какъ симптомъ нѣкоторыхъ инфекціонныхъ болѣзней, какъ-то септицемія, холера, инфлюэнца, оспа (въ продромальномъ періодѣ).

β) Какъ побочное явленіе при внутреннемъ употребленіи антипирина, хинина, салициловой кислоты, дигиталиса, копейскаго бальзама, опія, морфія, ртути, ревеня, хлораль-гидрата. Терапія. Избѣгать мытья эритематозныхъ мѣстъ водою, мыломъ. Присыпать:

1. *Amyl. tritici* (пшеничный крахмалъ).

2. *Amyl. oryzae* (рисовый).

3. *Amyl. solani* (картофельный, не столь хорошо дѣйствующій).

4. *Zinc. oxyd. pur.* или поровну съ *Amyl. tritici*, равно какъ *Zinc. oxyd.* и *Talc. venet. āā*.

При рѣзкой припухлости означенному леченію предшествуютъ компрессы со слѣдующими противовоспалительными растворами:

137. Rp. Solut. acid. boric.
9.0 : 30.0.

S. Наружное.

138. Rp. Acid. salicyl 3.0.
Acid. boric. 6.0.
Aq. destil. ad 300.0.
MS. Наружное.

139. Rp. Liq. alumin. acetic. 80.0.

S. Развести на 20 частей воды.

Если эритема стоитъ въ связи со страданіемъ внутреннихъ органовъ или зависитъ отъ глистовъ, то необходимо направить лечение на нихъ. Если она зависитъ отъ раздражающихъ кожу медикаментовъ или отъ внутреннихъ средствъ, то необходимо ихъ отменить.

Ближе всего къ эритемѣ стоитъ крапивница,

Urticaria.

И при ней нарушеніе кровообращенія лежитъ въ основѣ измѣненій, наблюдающихся на кожѣ, а именно появляются кругловатая приподымающіяся надъ общимъ уровнемъ тѣстоватой консистенціи припухлости, такъ называемые **волдыри** различной величины и цвѣта (блѣдные, красные). Обыкновенно крапивница быстро исчезаетъ, не оставляя послѣ себя никакихъ клинически-замѣтныхъ слѣдовъ. Волдыри чаще всего высыпаютъ ночью; высыпаніе происходитъ въ нѣсколько пріемовъ. Въ свободный отъ сыпи періодъ кожа повидимому не представляетъ никакихъ измѣненій, однако у субъектовъ, страдающихъ крапивницей, можно проведеніемъ ногтя или какого-нибудь остроконечнаго инструмента вызвать на кожѣ появленіе красныхъ припухшихъ линий, фигуръ и т. д. Эти-же фигуры можно вызвать вышеупомянутымъ путемъ у индивидовъ съ повышенной возбудимостью сосудистыхъ нервовъ и пониженнымъ сосудистымъ тономъ (*U. factitia, femme autographique Dujardin Beaumetz'a*). Къ рѣдкимъ формамъ крапивницы относится *U. vesiculosa* и *U. bullosa*. При этихъ 2 формахъ на поверхности волдырей появляются многочисленные пузырьки или нѣсколько пузырей. Иногда на волдыряхъ возвышаются узелки (*U. papul.*).

Въ единичныхъ случаяхъ наблюдалась крапивница на слизистыхъ полости рта, зѣва, гортани (съ краснотой и припухлостью *uvulae*, равно какъ и входа въ гортань, при чемъ являлась она-

сность задушенія). Въ этихъ случаяхъ одновременно развиваются на кожѣ большіе, сходные съ желвавомъ, волдыри (гигантская крапивница, *Giant urticaria Milton'a*).

Въ рѣдкихъ случаяхъ крапивницы, рецидивирующей въ теченіе ряда мѣсяцевъ и лѣтъ (*U. persistens, chronica*) вслѣдствіе расчесовъ образуется вторично экзема.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ хронической крапивницы, начинающейся съ первыхъ мѣсяцевъ жизни, волдыри оставляютъ послѣ себя темнокрасную пигментацию и валконодобныя возвышенія. Высыпаніе прекращается лишь во времени половой зрѣлости, пигментация же остается (такъ называемая пигментная крапивница). Есть еще другая форма хронической крапивницы, сопровождающаяся образованіемъ пигмента (*Raunand*); она появляется въ болѣе поздней возрастѣ, нежели первая.

При всѣхъ формахъ крапивницы наблюдается сильный зудъ. Эндемическія скопленія крапивницы наблюдали одновременно съ появленіемъ гусеницы. Крапивница часто появляется отъ раздраженія кожи крапивой, укула насѣкомыхъ, блохъ, клоповъ и т. д.

Симптоматически крапивница наблюдается:

1. Въмѣстѣ съ другими дерматозами, при желтухѣ, диабетѣ и маляріи.

2. Какъ побочное явленіе при внутреннемъ употребленіи бальзамическихъ веществъ (терпентинъ, копейскій бальзамъ); иногда уже одного вдыханія этихъ веществъ достаточно, чтобы вызвать крапивницу. Нерѣдко наблюдалась крапивница послѣ брома и іода.

3. Послѣ нѣкоторыхъ пищевыхъ веществъ, (и при томъ неспорченныхъ) какъ-то раки, устрицы, земляника, сыръ, колбаса и т. д. (*U. ex ingestis*). Сюда же относится крапивница при диспептическихъ расстройствахъ.

4. При психическомъ возбужденіи.

5. При аномаліяхъ менструаціи, при беременности, глистной болѣзни.

Крапивница въ сущности ангионеврозъ.

„Ангионевротическимъ отекомъ“ или „*oedema circumscriptum acutum*“ (Quinke) называютъ болѣзнь, заключающуюся въ появленіи (обыкновенно множественномъ) на кожѣ **волдырей** величиной съ ладонь, **безъ рѣзкой границы переходящихъ въ окружающую непораженную кожу**. Болѣзнь имѣетъ **наклонность рецидивировать**, затягиваясь на много лѣтъ. **Слизистая оболочка полости рта, зѣва, гортани** принимаетъ участіе въ процессѣ (см. гигантскую крапивницу), равно какъ **пищеварительный трактъ** (рвота, колика, поносъ). Въ одномъ случаѣ наблюдалась пароксизмальная гемоглобинурия (Joseph).

Повидимому *oedema circumscriptum* относится къ группѣ *Urticaria*.

Прогнозъ крапивницы почти всегда благоприятный; онъ отягощается рецидивами, хроническимъ теченіемъ

и участіемъ въ процессѣ слизистыхъ оболочекъ. Въ упорныхъ случаяхъ больные сильно худѣютъ.

Терапія. Устраненіе этиологическихъ моментовъ. Противъ зуда рекомендуются:

1. Присыпки (см. эритему).

2. Примочки изъ холодной воды, подкисленной уксусомъ или уксуснокислымъ глиноземомъ.

3. Спиртовыя примочки:

140. Rp. Thymol 3.0.

Spirit. dilut. 200.0.

M. S. Наружное.

141. Rp. Spirit. Lavandul. 100.0.

Spirit. vini Gallie 150.0.

Aether Sulfur. 2.5.

Aconitini 1.0.

M. S. наносить висточкой (Karosi).

142. Rp. Menthol 6.0

Spirit. dilut. 200.0.

M. S. Наружное.

143. Rp. Acid. carbol. 3.0.

Spirit. vini rectific.

ad 150.0.

M. S. Осторожно. Наружн.

144. Rp. Chloral hydrat. 3 0.

Aq. laurocerasi. 50.0.

Aq. destil. 200.0 (Vidal).

M. S. Осторожно. Наружное.

Послѣ примочки можно еще присыпать. Часто оказывается полезной мазь изъ β -naphthol'a (гидроксиладериватъ Naphthalin'a).

145. Rp. Naphthol. 2.0.

Vaselin flav. ad. 40.0.

M. f. U.

Къ этой мази прибавляютъ еще 1—2% дегтя или 2—4% Menthol'a. Очень хорошо дѣйствуетъ подчасъ бромоколль въ видѣ мази (5—15%).

Иногда зудъ успокаиваетъ тонкая равномерная давящая сухая ватная повязка, фиксированная полотнянымъ бинтомъ (Jacquet). Противъ зуда рекомендуютъ также ванны съ квасцами (500.0) или содовыя ванны (до кило на ванну по Karosi).

Леченіе: Изъ внутреннихъ средствъ длительный успѣхъ наблюдался при Atropin'ѣ:

146. Rp. Atropin. sulfuric 0.01.

Pulv. et succ. Liquir. q. s.

ut fiant piluli. No XX.

D. S. 1—2 пилюля ежедневно.

Какъ только наступаетъ ощущение сухости и жжения въ полости рта, въ гортани, или появляются глазные симптомы отравленія, необходимо атропинъ отбѣнить.

Иногда приноситъ пользу антипиринъ, эрготинъ, іодистый калий.

Oedema circumscriptum acutum (Quincke, Strübing) лечится также, какъ и простая крапивница. Многіе сообщаютъ объ относительно хорошихъ результатахъ, полученныхъ благодаря хинину и салициловой кислотѣ.

Къ **ангионеврозамъ** относится еще рядъ эритематозныхъ заболѣваній, поскольку дѣло касается измѣненій, наблюдающихся на кожѣ; однако въ основѣ ихъ повидимому лежитъ инфекція.

Сюда относится:

1. **Erythema exsudativum multiforme**

2. **Erythema nodosum**

Близко къ этимъ заболѣваніямъ стоитъ и группа заболѣваній—**Purpura**.

Erythema exsudat. multiforme

характеризуется сыпью, симметрически появляющейся на тылѣ стопы, кисти, предплечіяхъ и голени. Сыпь полиморфнаго характера. То пятнисто-папулезная, то наряду съ отдѣльными пятнами (или развиваясь изъ нихъ) виднѣются узелки (*E. papulatum*), то волдыри (*E. urticatum*), пузырьки (*E. vesiculosum*) или пузыри (*E. bullosum*). При уртикарной формѣ рѣзкій зудъ. Въ центрѣ всякой сыпи, находящейся въ стадіи обратнаго развитія, находится часто, какъ результатъ расчеса маленькій чернаго цвѣта геморрагическій стружикъ. При пятнистой формѣ или папулезной центральная часть сыпи, блѣднѣя, опускается ниже поверхности периферической части, отъ чего края приподымаются, образуя валикъ (*E. annulare*). Отъ сліянія нѣсколькихъ образований послѣдняго типа образуются разнообразныя фигуры (*E. figuratum, gyratum*).

Если въ центрѣ уже поблѣднѣвшей сыпи образуется новое пятно или папула, то говорятъ объ **E. iris**. Если вышеупомянутый периферическій вальчикъ покрывается пузырьками, то говорятъ объ **E. circinatus**. Если за однимъ рядомъ пузырьковъ слѣдуетъ другой концентрической,

то говорить о **Herpes iris**, при чемъ центральная часть сыпи въ это время можетъ претерпѣть уже полное обратное развитіе. Каждая форма *E. exsudat. multiforme*, оставивъ свою излюбленную локализацию на конечностяхъ, можетъ покрыть всю периферію тѣла, не щадя подчасъ и слизистыхъ (ротъ, зѣвъ, гортань, языкъ, зубы, конъюнктива). Мы неоднократно видѣли дефекты, изъязвленія и некрозы слизистыхъ оболочекъ, которые упорнѣе противостояли леченію чѣмъ кожныя пораженія.

Прогнозъ въ большинствѣ случаевъ благоприятенъ; наблюдается склонность къ рецидивамъ. Иногда присоединяется лихорадочное состояніе, гастрическія разстройства, нефритъ гѣморрагическаго характера, отѣки, заболѣванія серозныхъ оболочекъ (суставныя пораженія, менингитъ, плевритъ, эндокардитъ, перикардитъ), пневмонія. Въ рѣдкихъ тяжелыхъ случаяхъ *exitus letalis*. *E. exsud. multiforme* чаще всего бываетъ весной и осенью.

Только что описанныя нами осложненія наблюдаются чаще при

Erythema nodosum,

которая либо протекаетъ, какъ самостоятельная болѣзнь, либо присоединяется къ *E. exs. multif.*, представляясь во многихъ отношеніяхъ родственною этому послѣднему заболѣванію. При *E. nodosum* на кожѣ появляются самопроизвольно или при внѣшнемъ давленіи болящія узлы, лежащія въ глубокихъ слояхъ *corium*'а или подкожной клетчатки. Мѣсто расположенія ихъ по-преимуществу голень и тылъ стопы.

E. nodosum наблюдается также по-преимуществу весной и осенью. Въ виду своеобразной багровой окраски узловъ, достигающихъ подчасъ величины голубиного яйца, *E. nodosum* называется иначе **Dermatitis contusiformis**. Очень часто принимается за *Erythema Exsudativum* или *Nodosum*.

Purpura,

которая имѣетъ ту-же излюбленную локализацию (на предплечьяхъ и голеняхъ), что и упомянутыя формы. Кожныя кровоизліянія величиной съ чечевичку, сливаясь другъ съ другомъ, образуютъ иногда значительные экстрavasаты (*P. simplex*). При надавливаніи паль-

цѣмъ пораженныя мѣста не блѣднѣють. *Pruriga* чаще всего встрѣчаются весной и осенью. На туловищѣ и лицѣ изліянія обыкновенно попадаютъ въ единичномъ числѣ. Часто присоединяется опуханіе суставовъ (*P.* или *Peliosis rheumatica*).

Самые легкіе случаи называютъ *P. simplex*; общихъ явленій при этой формѣ не наблюдается. Кровоизліянія величиной съ булавочную головку называютъ петехіями. Кровоизліянія полосуцатыя носятъ названіе—*vibices*. Болѣе значительныя кровоизліянія, распространяющіяся по поверхности и находящіяся въ кожѣ или въ подкожной клетчаткѣ называются экхимозами. Нерѣдко наблюдались осложненія со стороны серозныхъ оболочекъ (см. *Erythema exsud. multif.*), равно какъ высокая лихорадочная температура.

Иногда наблюдаются рѣзкія гастрическія расстройства (рвота, боли, кишечныя кровотеченія), гематурія, отѣки.

На ряду съ кровоизліяніями встрѣчаются эритематозныя пятна. Нерѣдко кровоизліянія появляются въ слизистой рта и зѣва.

Всѣ эти тяжелыя осложненія, къ которымъ присоединяются кровоизліянія во внутреннихъ органахъ, преобладаютъ при ***P. haemorrhagica*** или такъ называемой ***Morbus maculosus Werlhofii***; при **скорбутѣ** преобладаетъ кровоизліяніе въ мышцахъ нижнихъ конечностей и воспалительное измѣненіе дѣнень. Въ одномъ случаѣ болѣзни Верльгофа, гдѣ несоріатическая экзантема преобладала надъ кожными кровоизліяніями, мы видѣли осложненіе эндокардитомъ.

Neusch сообщаетъ о галопирующихъ, въ теченіе 2 дней приводящихъ къ смертельному исходу, случаяхъ такъ называемой ***P. fulminans***.

Симптоматически наблюдаются кровоизліянія въ кожѣ при септическихъ заболѣваніяхъ, родильной горячкѣ и нѣкоторыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ.

Иногда въ кожѣ гемофиликовъ появляются атипически располагающіяся кровоизліянія.

Громадное количество петехіальныхъ кровоизліяній представляетъ ***P. pulicosa***.

Объ укусахъ блохъ свидѣтельствуетъ находящееся въ центрѣ петехіи темная точка.

Леченіе выше-описанныхъ эритематозныхъ формъ и пурпуры чисто симптоматическое. Такъ какъ въ каждомъ случаѣ можно ожидать наступленія различныхъ осложненій, то необходимо постельное содержаніе; при отѣкахъ нижнихъ конечностей приподнятое положеніе ихъ. Необходимо слѣдить за температурой, изслѣдовать мочу. При суставныхъ пораженіяхъ салициловая кислота, салициловокислый натрій и т. д. При угрожающемъ эндокардитѣ или перикардитѣ ледъ на сердечную область.

Противъ кровоизліяній дается эрготинъ и желатина (внутрь, подъ кожу и чрезъ влизу). Діета не должна быть раздражающей помимо случаевъ сердечной слабости, гдѣ показаны возбуждающія

средства. Необходимо регулировать отправленіе кишечника. Въ случаяхъ пурпуры, имѣющей склонность рецидивировать, полезно перемѣнить климатъ.

Мѣстнос лечение. Уменьшенію зуда способствуетъ крахмалъ. При жженіи, воспалительномъ припуханіи, отѣкѣ холодные компрессы (см. *Erythema simplex*), при волдыряхъ комбинація спиртовыхъ примочекъ и присыпокъ (см. *Urticaria*). При пузырьковыхъ высыпаніяхъ, столь обильныхъ иногда при *Erythema exsudat. multi* Соуте, мази:

147. Rp. Acid. boric. 2.0.
Vasel. flavi ad 25.0
M. f U.

148. Rp. Ung. Zinci 20.0.
(Zinc. oxyd. 2.0.
Adeps Suill. 18.0).

149. Rp. Acid. Salicyl. 1.0.
Vasel. flavi ad 25.0.
M. f U.

150. Rp. Zinc. oxyd 5.0.
Adip. benzoinat 25 0.
M. f U. S. Вильсонова мазь.

Противъ объемистыхъ узловъ, бывающихъ при *E. nodosum*, рекомендуются холодныя примочки и покой.

Типомъ воспалительныхъ измѣненій кожи является

Экцема.

На покраснѣвшемъ основаніи появляются то одновременно, то непосредственно другъ за другомъ узелки, пузырьки, пустулы и корки. Во всѣхъ острыхъ случаяхъ кожа диффузно покраснѣвшая и часто припухшая. Если большое количество пузырьковъ лопаются, то кожа покрывается каплями (*état ronctueux*). Содержимое пустуль послѣ прорыва своего покрова засыхаетъ въ темноватыхъ гѣморрагическія струнья (**импетигнозная форма**—напримѣръ, на лицѣ). Обыкновенно корковая форма экземы (*eczema crustosum*) слѣдуетъ за мокнущей экземой (*eczema madidans*). Экцема кончается чаще всего стадіей шелушенія (*stadium squamosum*). Рубцовъ экцема не оставляетъ почти никогда. Въ хроническихъ случаяхъ или въ случаяхъ, занимающихъ значительную часть поверхности, можно видѣть всѣ описанныя формы рядомъ другъ съ другомъ. Въ затруднительныхъ для діагноза случаяхъ **полиморфизмъ** экземы разрѣшаетъ сомнѣнія. Однако бываютъ случаи, гдѣ преобладаетъ въ картинѣ кожныхъ измѣненій лишь одна какая-нибудь форма.

Строгое хронологическое слѣдованіе стадій экземы (*E. papulosum, vesiculosum, madidans, crustosum, squamo-*

sum) наблюдается далеко не въ каждомъ случаѣ. Экцема характеризуется не только **полиморфизмомъ**, но и **измѣнчивостью** наблюдаемыхъ на кожѣ измѣненій (переходъ въ другую стадію). При экцемѣ наблюдается и интенсивный зудъ.

Экзема имѣетъ склонность локализоваться **симметрически**; часто она располагается возлѣ естественныхъ отверстій тѣла (носъ, ротъ, задній проходъ), да сгибахъ конечностей (колѣно, локоть, пахъ) — вообще повсюду, гдѣ кожа болѣе всего подвергается механическимъ инсультамъ.

Чѣмъ болѣе затягивается экцема, тѣмъ болѣе инфильтрируется кожа. При свѣжихъ экцемахъ лица и гениталій образуется значительная припухлость.

Форма экцемы до известной степени стоитъ въ непосредственной зависимости отъ локализаціи ея и отъ структуры кожи. Вокругъ отверстій тѣла она легко ведетъ къ есадинамъ. На сгибахъ и на волосистыхъ частяхъ—она мохнущая. Широковетлистая ткань мошонки, губъ, вѣкъ, благопріятствуетъ образованію рѣзкихъ припухлостей. У грудныхъ дѣтей часто на лицѣ по вляются корки и струнья (**молочный струнь**—*Crusta lactea*), на волосистой части головы—струнья, а въ паховомъ сгибѣ обопрѣлость (**E. intertrigo**). **E. seborrhoicum** начинается обыкновенно шелушеніемъ кожи головы (воспалительная, схожая съ *Pityriasis, Seborrhoea sicca*), затѣмъ переходитъ на грудь, подмышечныя впадины и сгибательныя поверхности рукъ, гдѣ по-преимуществу ведетъ къ шелушенію, рѣже къ образованію мокнущихъ поверхностей и корокъ.

Въ бородѣ папулезныя высыпанія экцемы подчасъ, случаясь другъ съ другомъ, ведутъ къ образованію инфильтратовъ, сходныхъ съ инфильтратами при *Sykosis*. Головныя вши вызываютъ рѣзкую мокнущую экцему головы съ образованіемъ корокъ и слипаніемъ волосъ (*placa p. Ionica*), припуханіе железъ, *Blepharitis ciliaris*. Экцема въ этихъ случаяхъ распространяется и на верхнюю часть туловища.

Большое этиологическое значеніе имѣетъ **профессія** больного. Часто удается установить зависимость экцемы

отъ страданій внутреннихъ органовъ (желудокъ, кишки, матка). Подчасъ въ основѣ экцемы лежитъ конституціональное страданіе (скрофулезъ, туберкулезъ, диабетъ). Весьма вѣроятно, что прорѣзываніе зубовъ вызываетъ экцему на лицѣ. Что электрическій свѣтъ (подобно солнечному свѣту и лучистому теплу) въ состояніи вызвать экцему (равно какъ эритему), мы знаемъ со времени изслѣдованій Hammer'a. Нѣкоторыя экцемы паразитарнаго происхожденія. Особенно подозрительны въ этомъ отношеніи тѣ формы, гдѣ на рѣзко-выраженномъ воспалительномъ основаніи появляются чешуйки, быстро захватывающія въ своемъ распространеніи здоровую кожу.

Прогнозъ различенъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Чѣмъ менѣе экцема застарѣла, тѣмъ болѣе шансовъ на благопріятный исходъ благодаря леченію.

Терапія: При свѣжихъ острыхъ формахъ съ сильнымъ припуханіемъ и краснотой или высыпаніемъ пузырьковъ, пустулъ и обильнымъ отдѣленіемъ—компрессы изъ 2% укусунаго глинозема, 2—3% борной кислоты и 1—2% Alsol (укусуно-виннокаменно кислый алюминій). Для компресса употребляется по-преимуществу борлинтъ, который остается по долгу на пораженномъ мѣстѣ, будучи снаружи время отъ времени смачиваемъ упомянутыми растворами.

Когда острыя явленія миновали, примѣняютъ индифферентныя мази (см. ниже). При сухихъ формахъ (папулезная, сквамозная) можно либо непосредственно начать леченіе съ мазей, либо предварительно прибѣгаютъ къ присыпкамъ.

Мази намазываются на борлинтъ, прикладываются къ пораженной кожѣ и фиксируются бинтами.

Наиболѣе пригодны мази.

1. Ung. diachylon Hebrae
(Emplastri Lithargyri, Vaselin āā).
2. Ung. Vaselin. (Kaposi)
(Empl. Diachyl, Vaselin āā).
3. Ung. Zinci.
4. Ung. boric. (10%).

Гдѣ трудно укрѣпить бинтъ, умѣстно по нѣсколько разъ въ день наносить на кожу либо *Linim. Exsiccans* (Pick) либо намазывать пасту:

5. *Zinc. oxyd.*
Amyl. āā 10.0
Vaselin
Lanolin āā 40.0

Mf. Pasta (по *Lassar*'у сюда добавляется $\frac{1}{2}$ —1% са-лициловой кислоты).

Linimentum exsiccans Pick'a состоитъ изъ бассорина, *Gummi-Tragantha*, глицерина и воды. Можно сюда до-бавить и другіе ингредіенты.

Для сухихъ экцемъ съ упорнымъ зудомъ годится (уже въ подострыхъ случаяхъ) глицеринный клей *Uppa*; клей передъ употребленіемъ разогрѣвается на водяной банѣ; въ него можно также прибавить по желанію тотъ или другой ингредіентъ.

Леченіе дѣгтемъ годится лишь для хроническихъ немокнущихъ формъ, обнаруживающихъ торпидное те-ченіе.

Ol. rusci 10.0
Ol. oliv. 20.0

M. D. S. Передъ употребленіемъ сильно встряхивать. Очень хороша слѣдующая формула:

151. Rp. *Ol. rusci* 2.0
Zinc. oxyd 4.0
Lanolin
Vaselin
Amyl. āā 15.0
Ung. lenient. ad 60.0
Mf. Pasta.

Дѣготъ возбуждаетъ циркуляцію крови и раздра-жаетъ умѣренно кожу. Вотъ почему онъ противопока-занъ при всѣхъ свѣжихъ и мокнущихъ формахъ.

Сильно дѣйствуютъ на кожу:

Tinctura Rusci,
Tinctura Cadinii или *Ol. cadinum purum*, равно какъ *Ol. jun-iperi empyreumaticum*.

Изъ слабѣе раздражающихъ препаратовъ межже-
велеваго дѣгтя можно рекомендовать слѣдующую ком-
бинацію:

152. Rp. Ol. juniperi empyreumat. 5.0.
Ol. jecoris aselli 50.0
M. f. Linimentum.
S. Втирать (Гебра).
Передъ употребленіемъ взбалтывать.

Нѣсколько сильнѣе раздражаетъ кожу:

153. Rp. Ol. juniperi empyreumatici
Sapon. viridis āā 10.0
Spiritus 20.0
M. D. S передъ употребленіемъ взбалты-
вать, наносить на кожу вѣсточкой.

Многіе рекомендуютъ буковый деготь (Ol. fagi) и
каменноугольный деготь (Ol. Lithanthracis). Leistikow
ввелъ въ употребленіе Tincturam Lithanthracis. Leisti-
kow-же рекомендуетъ для дегтярныхъ мазей, какъ осно-
ву, ung. Caseini; въ нее входитъ щелочной caseinat, гли-
церинъ, вазелинъ и вода. Вышеупомянутый препаратъ
Leistikow'a носить названіе Liantral; фирма Beiersdorf
& Co ввела въ продажу гуттаперчево-пластырную марлю
съ Liantral'емъ.

Слабѣе чѣмъ деготь, дѣйствуетъ Tumenol; какъ
мазь, онъ приписывается въ отношеніи 1:25 (Vaselin).

Для ограниченныхъ сухихъ экдемъ рекомендуется
пластырная марля, приготовляемая Beiersdorf & Co по
предписанію Unna; она ежедневно снимается, при чемъ
кожа обмывается кашдый разъ 2% теплымъ растворомъ
борной кислоты.

1. Гуттаперчево-пластырная марля съ окисью цинка (40%) или 10.0 окиси цинка на $\frac{1}{2}$ q. m.
2. Гуттаперчево-пластырная марля съ окисью цинка (35%) и дегтемъ (17,5%) или 10.0 окисью цинка и 5.0 дегтя.
3. Гуттаперчево-пластырная марля съ дегтемъ (60%) или 10.0 Pix liquida (сосновый деготь).
4. Гуттаперчево-пластырная марля съ (30%) окисью цинка и 15% салицил. кислоты или 10.0 окиси цинка и 5.0 салицилов. кислоты.

Салициловая пластырная марля годится преимущественно при сильной инфильтрации кожи. Въ продажѣ существуетъ марля съ 38, 50, 63% одержанія салициловой кислоты или 10, 25 и 50 граммъ на $\frac{1}{2}$ q. m. При застарѣлыхъ формахъ экземы, когда кожа оплотнѣваетъ и образуются трещины, особенно хорошо дѣйствуетъ препаратъ Гельфенберга. (5% Emplastr. Saponato-Salicyl.). Pick предложилъ препаратъ въ 10—20%.

Обмываніе экзематозныхъ мѣстъ водой и мыломъ обыкновенно ухудшаетъ процессъ. Соленыя ванны въ хроническихъ торпидныхъ формахъ дѣйствуютъ превосходно. При особой чувствительности кожи пѣлесообразны клеевыя ванны. На ванну достаточно вилограмма пшеничнаго крахмала, каковой въ мѣшечкѣ отваривается въ кипяткѣ. Отваръ, смѣшанный съ оставшимся въ мѣшечкѣ, высыпается въ ванну. Соленыя ванны дѣлаются 1—4%. Для дѣтей нѣтъ надобности повышать крѣпость выше 2%. Очень удобны (и дешевы) ванны со Стассфуртской солью (1—1½ kg); черезъ нѣкоторое время концентрацію нѣсколько увеличиваютъ. Хороши также ванны съ крейцнахской солью (гаходящейся въ продажѣ у дрогисовъ препаратъ; указаніе къ его употребленію прилагается при покупкѣ). Для нѣкоторыхъ хроническихъ торпидныхъ формъ годятся сѣрныя ванны (100,0—150,0 сѣрной печени на ванну). Послѣ первыхъ нѣсколькихъ ваннъ необходимо присыпать кожу пудрой.

Трещины вокругъ отверстій тѣла залечиваются быстро танниновой или таннино-салициловой мазью.

154. Rp. Acid. tannici 0.5
Lanolin 15.0
M. f. U.

155. Rp. Acid. tannic.
Acid. salicyl. āā 0.5
Axung. porci 20.0
M. f. U.

При экземѣ **волосистой** части головы прежде всего нужно размочить корки и струнья:

156. Rp. Acid. salicyl. 1.0
Ol. olivarum ad. 40.0
M. S. сильно встряхивать передъ употребленіемъ.

Затѣмъ смазываютъ индифферентными мазями. Въ упорныхъ случаяхъ экземы бороды приходится эпилировать волосы; при значительныхъ инфильтратахъ приходится проводить глубокой разрѣзъ, чтобы дать выходить гною.

При тѣхъ экземахъ, гдѣ предполагается **паразитное** происхожденіе, хорошо чередовать леченіе индифферентными мазями съ мазями, состоящими изъ нафтола либо резорцина, ихтіола, сѣры.

157. Rp. Naphthol. 1.0
Vaselin 30
M. f. U.

158. Rp. Resorcin 1.5
Vaselin 40
M. f. U.

159. Rp. Acid. salicyl. 0.5
Resorcin 1.5
Axung. porci. 50.0
M. f. U.

160. Rp. Sulfur. praecipit 1.0
Vaselin 40.0
M. f. U.

161. Rp. Ichthyoli 5.0
Lanolini 30.0
Aq. dest. 15.0
M. f. U. (Unna)

При острыхъ и подострыхъ формахъ, отличающихся особой чувствительностью, хорошо дѣйствуютъ:

162. Rp. Bismuth. subnitr. 2.0
Ung. lenient 18.0
M. f. U.

или

163. Rp. Bismuth. subnitr 1.0
Zinc. oxyd. 2.0
Ung. lenient
Lanolin aa 30.0
M. f. U.

или

164. Rp. Bismuth. subnitr. 1.0
Zinc. oxyd.
Ung. lenient. aa 20.0
Adip. benzoïn 60.0
M. f. U.

Последній препаратъ предпочтительнѣе другихъ. Лечение экземы, какъ острой, такъ и хронической фарадическимъ токомъ рекомендовано Bordier, Shoemaker и Vollmer.

Лечение хронической торпидной экземы даетъ подчасъ хорошіе результаты. Съ успѣхомъ пользуются богатыми жиромъ мылами Eichhoff'a; мыльную пѣну можно оставить на кожѣ гдѣ она присыхаетъ. Дегтярныя и резорциновыя мыла при сильной инфильтраціи кожи оказываются весьма полезными. Сильный зудъ, бывающій при нѣкоторыхъ формахъ экземы, затихаетъ отъ ментоловаго мыла.

Внутреннее леченіе экдемы — мало успѣшно. Только лишь у малокровныхъ можно рассчитывать на успѣхъ отъ мышьяка, желѣза (или того и другого вмѣстѣ). Въ такихъ случаяхъ приписываютъ или Фовлеровъ растворъ (см. Psoriasis), или какой-либо желѣзный препаратъ. Можно приписать также натуральныя мышьяковыя воды — Guber, Ronseguo, Levico. Levico принимается въ первое время лишь слабый, затѣмъ крѣпкій.

При конституціональныхъ страданіяхъ, диспептическихъ, нервныхъ состояніяхъ, діабетѣ, подагрѣ, анормаліи женскихъ половыхъ органовъ необходимо направить леченіе на эти измѣненія. При кахексін и туберкулезѣ необходимо поднять питаніе, хотя съ другой стороны мы видѣли случаи, гдѣ съ поднятіемъ питанія экдема обострялась. Употребленіе алкоголя необходимо ограничить; крѣпкій кофе можно лишь въ небольшомъ количествѣ. Другія діететическія ограниченія помимо случаевъ, гдѣ имѣются желудочно-кишечныя разстройства, излишни.

Во многихъ случаяхъ хронической экдемы, по преимуществу у скрофулезныхъ дѣтей пребываніе въ горахъ или на морскомъ берегу много способствуетъ успѣшности леченія. Полезны также морскія теплыя ванны. Во многихъ случаяхъ съ пользой примѣнялись содержащіе іодъ источники Tölz'a.

При застарѣлыхъ формахъ рекомендуются купанія (сѣрныя) въ Ахенѣ, Буртшейдѣ, Баденѣ возлѣ Вѣны. Изъ всѣхъ купаній наилучшіе результаты даетъ Крейцнахъ, если комбинировать леченіе его разсолами съ мѣстнымъ леченіемъ.

Большое сходство съ импетигинозной экдемой представляетъ

Impetigo contagiosa,

развивающаяся по преимуществу на непокрытыхъ платьемъ или обувью частяхъ тѣла (лицо, руки и т. д.), главнымъ образомъ, у дѣтей (часто сразу у нѣсколькихъ дѣтей, принадлежащихъ къ одной семьѣ).

Въ короткое время высыпаетъ большое количество пустулъ. Онѣ черезъ день или два лопаются, при чемъ содержимое ихъ засыхаетъ въ корку. Пустулы, сливаясь другъ съ другомъ, образуютъ гнойники значительной величины. Кожа въ промежуткахъ, не занятыхъ сыпью, нормальна. Высыпаніе пустулъ повторяется нѣсколько разъ подрядъ.

Предрасполагающимъ моментомъ къ этому заболѣванію служитъ недостаточный уходъ за кожей. Часто развивается *Impetigo contagiosa* въ закрытыхъ учебныхъ заведеніяхъ. Мы наблюдали *Impetigo contagiosa* на большомъ числѣ новорожденныхъ дѣтей въ одномъ родильномъ домѣ. Особенно воспріимчива въ виду ея нѣжности кожа дѣтей до 10-лѣтняго возраста.

Діагностически важно то обстоятельство, что по удаленіи корки или крышки пустулы обнаружившееся основаніе представляетъ красную, слегка мокнущую поверхность, не обнаруживающую наклонности къ распаду.

Этіологія этого заболѣванія, которое протекаетъ вполне доброкачественно, не поражая общаго состоянія и не переходя на слизистыя оболочки, недостаточно ясна. Ставили въ связь *Impetigo* съ вакцинаціей (островъ Rügen, 1885 г.). Lang, Behrend находятъ известное соотношеніе между *Impetigo* и *Herpes tonsurans*. Bockhartъ путемъ прививки выкультивированныхъ имъ изъ содержимого пустулъ *Staphylococcus pyogenes aureus* и *albus* вызывалъ сходную съ *Impetigo* картину. Kaufmannъ въ содержимомъ пустулъ нашелъ кокка, лежащаго интрацеллюлярно. Посредствомъ чистой разводки найденныхъ имъ кокковъ ему удалось вызвать на человѣческой кожѣ картину, сходную съ *Impetigo*.

Терапія въ высшей степени проста: мази изъ борной кислоты, цинковая, висмутовая и салициловая мазь. Или

165. Rp. Acid. salicyl. 0.5.
Bismuth. subnitr. 1.5.
Vaselin. 3.0.
M. f. U.

Цѣлесообразно, смазавъ пораженную кожу, наложить повязку, чтобы тѣмъ, лишивъ больного возможности расчесывать, предохранить здоровую кожу отъ распространенія на нее болѣзни путемъ самопрививки.

Чешуйчатый лишай,

Psoriasis,

начинается съ высыпанія маленькихъ красныхъ узелковъ, между которыми лежитъ нормальная кожа (*Ps. punctata, guttata*). Высыпи увеличиваются, достигая размѣра крупныхъ круглыхъ дисковъ. (*Ps. nummularis*). Черезъ нѣкоторое время на сыпи появляются серебристо-бѣлыя чешуйки; по удаленіи послѣднихъ видна кровоточащая гиперэмированная поверхность сосочковаго тѣла.

Высыпи, сливаясь другъ съ другомъ, образуютъ разнообразныя фигуры (*Ps. annularis, gyrata, figurata, geographica*); иногда все тѣло покрывается ими. Сыпи небольшой величины подчасъ самопроизвольно исчезаютъ. Въ распредѣленіи *Psoriasis* замѣчается **симметричность**; особое предпочтеніе оказывается **волосистой части головы и разгибательной поверхности локтей и коленъ**; на слизистыя сыпь не переходитъ никогда. Зудъ умеренный. *Psoriasis* бываетъ во всякомъ возрастѣ. Установить связь *Psoriasis* съ поражениемъ внутренняго органа не удается.

Такъ какъ *Psoriasis* часто рецидивируетъ, то *прогнозъ*, что касается окончательнаго излеченія, никогда не можетъ быть совершенно удовлетворителенъ.

Терапія. Мѣстное лѣченіе на первомъ планѣ. Чешуйки удаляются щеткой въ мыльной ваннѣ; посредствомъ раздражающихъ кожу веществъ мы вызываемъ искусственный дерматитъ съ быстрымъ отпаденіемъ чешуекъ и одновременнымъ обратнымъ развитіемъ болѣзненныхъ измѣненій сосочковаго тѣла.

Лучше всего хризаробинъ:

166. Rp. Chrysarobin 2.0.

Chloroform ad 20.0.

M. S. наносить кисточкой.

167. Rp. Chrysarobin 2.0.

Traumaticin ad 20.0

M. S. наносить кисточкой.

168. Rp. Chrysarobin 3.0.

Lanolin ad 4 0.

M. f. U.

При диффузномъ распространеніи процесса необходимо накладывать хризарабиновыя повязки. Такъ какъ хризаробинъ при непосредственномъ прикосновеніи съ глазомъ вызываетъ конъюнктивитъ, то для лица лучше

пользоваться хризаробиновой гуттаперчево-пластырной марлей, а на волосистой части головы примѣнять 3—5% растворъ [салициловой кислоты или Pyrogallol, равно какъ бѣлую преципитатную мазь. Волосы должны быть коротко острижены. Для болѣе легкихъ случаевъ Psoriasis достаточна бѣлая ртутная мазь или 5% пирогалловая (Rp. Acid pyrogal. 2.5, Lanolin 5.0). При леченіи дѣттемъ ни въ коемъ случаѣ не должно смазывать всю периферію тѣла (Nephritis toxica!).

Изъ внутреннихъ средствъ полезно леченіе мышьякомъ:

- | | |
|---|---|
| <p>169. Rp. Solut. arsenic. Fowleri
Aq. destil. āa 5.0.
M. S. 3 раза въ д. 4—12
капель на приемъ (увеличивая приемъ ежедн. на 3 капли), послѣ ѣды.</p> | <p>170. Rp. Pilul. по 0.002 acid. arsenicos.
S. 2 раза въ д. по 1 пилюль; увеличивая постепенно приемъ до 5 въ день.</p> |
|---|---|

КЖ въ большихъ дозахъ (8—12.0 въ день) можетъ оказать благотворное дѣйствіе на мѣстный процессъ, однако можно обойтись и безъ него, да и продолжительное введеніе такихъ большихъ количествъ іода не можетъ не оказать вреднаго дѣйствія на организмъ.

Pityriasis universalis rubra (Hebra).

начинается **покраснѣніемъ, инфильтраціей кожи**; на поверхности показываются **матово-бѣлаго цвѣта чешуйки**. Процессъ мало-по-малу охватываетъ все тѣло, включая волосистую часть головы и ногти; послѣднія дѣлаются ломкими. Затѣмъ развивается **атрофія** кожи: она дѣлается сухой, твердой на ошупь. Лицо дѣлается маскоподобнымъ. Это весьма рѣдкая болѣзнь кончается **летально** въ нѣсколько лѣтъ. Шелушеніе — отрубевидное. Кожа темнокраснаго цвѣта; послѣ шелушенія и во времени наступленія атрофіи она принимаетъ **атласный блескъ**. Въ описанномъ симптомокомплексѣ никогда не наблюдались ни пузырьки, ни пустулы, ни узелки.

Терапія. Мягчить кожу ваннами и втираніемъ жира.

Леченіе мышьякомъ мало оказываетъ пользы. По Crocker'у полезенъ териентинъ (внутри); мы видѣли въ одномъ случаѣ, который, къ сожалѣнію, лишь одинъ годъ находился подъ нашимъ наблюденіемъ, несомнѣнное улучшеніе отъ Thyreoïdin'a.

Отъ Pityriasis rubra universalis должно отличать **Pityriasis rubra pilaris**, заболѣваніе доброкачественное, имѣющее чрезвычайно хроническое теченіе.

Она локализируется у **волосяныхъ мѣшечковъ**, образуя **маленькіе узелки**, на **вершкѣ** коихъ сидитъ **конусообразно ороговѣвшій** участокъ кожи; **волосъ** проникаетъ **черезъ середину узелка**. Атрофія кожи не наступаетъ. Зудъ незначителенъ. Общее состояніе не подвергается измѣненіямъ. Devergie и Besnier описали нѣсколько типовъ этой болѣзни. Рецидивы часты. **Шелушеніе**, подчасъ обильное, наступаетъ, какъ одинъ изъ раннихъ симптомовъ болѣзни, — раньше, чѣмъ повидимому совершенно независимый отъ него — фолликулярной гиперкератозъ кожи. Сильное шелушеніе головы (*Pityriasis capitis*) ведетъ къ выпаденію волосъ. Кожа лица, покрываемая сплошнымъ слоемъ чешуекъ (особенно на бровяхъ) представляется напряженной. Вѣки нѣсколько выворачиваются; назо-ябѣальные и подбородочныя складки рѣзко-краснаго цвѣта. **Такого-же цвѣта** кожныя складки на сильно-шелушащейся поверхности подошвъ и ладоней. Краснота и инфильтрація кожи (та и другая, исходящая изъ гиперкератическихъ фолликулярныхъ высыпей) распространяются иногда на значительную часть поверхности тѣла. Ороговѣніе нѣкоторыхъ участковъ кожи (симметрически распространяющееся, по-преимуществу на разгибательной поверхности конечностей, въ частности главнымъ образомъ на тыльной сторонѣ фалангъ по Besnier'у) придаетъ кожѣ характеръ шероховатости. Это дало право Kaposi идентифицировать *Pityriasis piliaris* съ *Lichen ruber acuminatus*, несмотря на благоприятный прогнозъ, столь отличающій описываемую нами форму отъ другой.

Что касается до *прогноза*, то слѣдуетъ еще помнить о рецидивахъ. Общее состояніе не страдаетъ.

Относительно успѣшности леченія мышьякомъ мнѣнія расходятся. Мы выдѣли случай, гдѣ благоприятный исходъ наступилъ и безъ мышьяка. Для мѣстнаго леченія достаточны индифферентныя мази. На менѣе чувствительныхъ мѣстахъ чешуйки отмываются Гебровскимъ мыльнымъ спиртомъ. Можно испытать теплыя соленыя ванны, крахмальные и сѣрные.

Lichen ruber Hebrae

представляетъ узелковое заболѣваніе кожи, встрѣчающееся въ 2 формахъ:

1. *Lichen ruber planus* (наиболѣе частая, доброкачественная).

2. *Lichen ruber acuminatus* (рѣдкая, опасная для жизни).

Иногда приходится видѣть случаи, составляющіе переходъ отъ одной формы къ другой; повидимому возможно и превращеніе одной въ другую.

Высыпи—узелки темно-краснаго цвѣта или свѣтло-краснаго цвѣта, воскоподобнаго блеска, въ началѣ круглыя, затѣмъ полигональныя. Въ дальнѣйшемъ теченіи **центральная** часть вдавливается (*Lichen ruber planus*). Узелки могутъ самопроизвольно подвергнуться обратному метаморфозу; они группируются обыкновенно въ видѣ круговъ съ темно-пигментированнымъ центромъ, представляющимъ слѣдъ старыхъ высыпей. Отдѣльныя высыпи, равно какъ группы ихъ, окружены гиперемизированной блестящей каймой. Помимо круговъ замѣчается группировка въ фигуры, сходныя съ кокардой. Въ распределеніи не замѣтно симметріи. Чаще всего поражаются гениталіи, сѣдалищныя части и сгибательныя поверхности. На ладоняхъ и подошвахъ появляются на ряду съ узелками мозолеподобные инфильтраты и трещины. Сильный зудъ.

Иногда высыпи *Lichen ruber planus* идутъ цѣпью, давая боковыя отвлѣтленія (*Lichen ruber moneliformis Kaposi*). Унна подъ названіемъ *Lichen obtusus* описываетъ особую форму съ высыпями громадной величины. Бородавчатые разращенія на нижнихъ конечностяхъ при *Lichen planus*—не рѣдки (*Lichen verrucosus*). Изъ другихъ формъ слѣдуетъ упомянуть еще о *Lichen planus scléreux Hallopeau*. Въ этихъ случаяхъ изъ сливающихся узелковъ образуются *plaques*, центръ коихъ оказывается углубленнымъ. Въ виду рѣзко-выраженной наклонности ихъ переходить вторично въ атрофію кожи *Kaposi* называетъ описываемую форму *Lichen atrophicans*.

Высыпи *Lichen ruber acuminatus (Kaposi)* меньше плоскихъ, конической формы и прикрыты чешуйкой. Они остаются изолированными или группируются по нѣнѣскольку. Въ группахъ, расположенныхъ кругомъ, позднѣе при закончившемся обратномъ развитіи различается темный атрофическій центръ. Иногда высыпи, сливаясь другъ съ другомъ, образуютъ значительныя, распространяющіеся по поверхности инфильтраты, въ окружности коихъ еще различаются отдѣльныя узелки.

Въ случаяхъ, гдѣ высыпаніе охватываетъ значительную часть тѣла, лицо (эктропіонъ), голову (*defluvium capillitii*), ногти—кожа диффузно покрасѣвшая, утолщена, покрыта трещинами и въ изобиліи чешуйками.

Кожа въ началѣ болѣзни вследствие присутствія маленькихъ узелковъ производитъ впечатлѣніе терки. Чешуйки, сидяція на темнокрасныхъ плотныхъ узелкахъ, въ центральной части вдавлены. Слизистая поражается при обѣихъ формахъ. Противъ обѣихъ формъ съ успѣхомъ примѣняется леченіе мышьякомъ въ видѣ Фовлерева раствора, пилуль или подкожныхъ инъекцій.

171. Natri arsenicosi 0.03.

Coque cum aqua bis dest. 3.0 (по Кобнер'у).

S. Ежедневно отъ $\frac{1}{4}$ Pravatz'a до цѣлаго, постепенно повышая (растворъ скоро разлагается).

Въ случаѣ *Lichen ruber planus* иногда достаточно одного наружнаго леченія хризарибиномъ (см. *Psoriasis*). При *Lichen acuminatus* мышьяковистые препараты безусловно необходимы, ибо чѣмъ раньше приступаютъ къ леченію ими, тѣмъ болѣе шансовъ на то, что пациентъ останется живъ. Хорошимъ наружнымъ средствомъ, содѣйствующимъ излеченію, считается мазь Унны (на 50 частей мази 2 части карболовой кислоты и 0.1 сулемы). Однако не слѣдуетъ ею смазывать значительную часть поверхности кожи (отравленіе карболовой кислотой, сулемой!)

Lichen scrophulosorum.

Буроватые узелки, группирующіеся на туловищѣ скрофулезныхъ индивидовъ кругами; на верхушкѣ ихъ чешуйка. На кожѣ другихъ воспалительныхъ явленій нѣтъ. Зудъ отсутствуетъ. Гистологическое изслѣдованіе узелковъ дѣлаетъ вѣроятнымъ ихъ близкое родство съ туберкулѣзомъ (по Jacobi). Протозъ хорошій. Излечивается *Lichen* съ помощью индифферентныхъ мазей. Важно общее укрѣпляющее леченіе.

Lichen pilaris.

Коническія образования по преимуществу эпидермоидальнаго характера, сидяція соответственно волосанымъ мѣшечкамъ на раз-

гибательныхъ поверхностяхъ конечностей. Каждое образованіе прободается однимъ пушковымъ волоскомъ.

Доброкачественность заболѣванія дѣлаетъ излишнимъ леченіе.

Въ основѣ **Jchthyosis** (рыбья чешуя) лежитъ либо врожденный гиперкератозъ кожи, либо врожденное предрасположеніе къ ороговѣнію.

При **L. follicularis** на фолликулахъ у дѣтей появляются маленькіе плотные роговые конусы. Подошвы и стоны остаются пощаженными (**Lesser**). Эта форма сходна съ нѣкоторыми стадіями въ развитіи **L. pilaris**.

L. diffusa (**Lesser**) встрѣчается часто. Кожныя бороздки углублены. Эпидермисъ шелушится бѣлыми или темными пластинками небольшихъ размѣровъ на спинѣ, груди, животѣ, поясищѣ и разгибательной поверхности конечностей; лицо, гениталіи, ладони, подошвы и суставные сгибы не поражаются.

Рѣзко выраженные случаи всеобщаго ихтиоза называютъ **Ichthyosis hystrix**. Иногда ихтиозъ ограничивается лишь ладонями и подошвами (**Ichthyosis palmaris et plantaris**).

Симметрическое расположеніе наблюдается часто, но оно не безусловно нужно для діагноза страданія.

Случай **L. congenita diffusa** рѣдки и даютъ **летальный** исходъ.

Въ остальныхъ случаяхъ *прогнозъ quo ad vitam* благоприятенъ. При *леченіи* необходимо прежде всего вызвать отпаденіе чешуекъ (мыльные ванны, растираніе кожи щеткой); кожу смягчать ваннами, сѣрыми термами (или искусственно по 100—200,0 сѣрной печени на теплую ванну). Хорошо дѣйствуетъ попеременно смазываніе кожи 5% *Naphthol*овой мазью, 3% салициловой или сѣрной мазью. Окончательное излеченіе—рѣдко.

Corna cutaneum (кожный рогъ) представляетъ **ограниченный темносѣрый выростъ гипертрофированнаго рогового слоя**. Онъ является то одиночно, то по нѣскольку, чаще всего у пожилыхъ людей. Относительно часто рогъ находится на головѣ и на гениталіяхъ.

Терапія хирургическая.

Прогнозъ подчасъ серьезный (**Kankroid!**).

Clavus (мозоль) есть гипертрофія рогового слоя со вторичной атрофіей *corium*'а.

Терапія. Наряду съ хирургическимъ леченіемъ наибольшую пользу оказываетъ **Emplastr. saponato-salicyl.** (**Helfenberg**); его употребляютъ съ пользой также противъ омозоляостей кожи (**Callositas**, **Tylosis**). Хороша также гуттаперчево-салициловая пластырная марля по **Unna-Beiersdorf**'у (см. экзему).

Посредствомъ особыхъ кружковъ, накладываемыхъ на мозоль, заботятся о предохраненіи ихъ отъ давленія.

Pruritus,

зудъ, входитъ какъ симптомъ въ различныя кожныя болѣзни (экцема, Lichen ruber, Prurigo, Scabies). Онъ наблюдается и при диабетѣ, желтухѣ, равно какъ у нервныхъ людей, особенно вечеромъ и ночью. Всего болѣе тягостенъ зудъ у старыхъ людей, гдѣ онъ либо охватываетъ все тѣло, либо ограничивается наружными гениталиями (у женщинъ). При болѣзняхъ почекъ болѣе нередко подвержены также сильному зуду. Между мѣстными формами зуда особенно мучительны *pruritus vulvae, ani* и *pruritus* подошвъ и ладоней.

Нѣкоторые авторы считаютъ *pruritus* самостоятельной болѣзнейю — чувствительнымъ неврозомъ. Для добракачественныхъ формъ достаточно припудриванія, смачиванія кожи спиртовыми, уксусно или лимонно-кислыми растворами (см. *Urticaria*) и компрессы изъ 5—10% воднаго раствора Thiol'a. Горячая вода иногда успокаиваетъ зудъ. Въ упорныхъ случаяхъ нельзя обойтись безъ бромистыхъ препаратовъ и морфія.

При ограниченномъ зудѣ (*Pr. ani, scroti, vulvae*) хорошо дѣйствуетъ деготь, равно какъ 3—5% хризаробиновыя мази. При сильномъ возбужденіи вслѣдствіе *pruritus vulvae* или *ani* — хороши холодныя сидячія ванны съ послѣдовательнымъ примѣненіемъ *suppositoria*:

172. Rp. Extract. Opii
 Extract. Bellad. āā 0.03
 Butyr. Cacao q. s. ad
 Suppositorium D. t. D. No. 6
 S. Ежедневно 1—3 вставлять
 въ задній проходъ.

Prurigo

начинается почти всегда въ первые годы жизни, часто въ предшествіи рецидивирующей крапивницы; на кожѣ появляются узелки блѣдно-краснаго цвѣта, вызывающіе сильный зудъ.

Локализуется сыпь на **разгибательной поверхности конечностей** и на поясницѣ. Остальная часть туловища и лицо сравнительно мало поражается почесухой. Кожа темнѣетъ, становится сухой, плотной и съ трудомъ приподымается въ складки. Паховыя железы припухаютъ. Этиологически часто можно найти туберкулезную наслѣдственность. Въ тяжелыхъ случаяхъ почесухи дѣти погибаютъ отъ туберкулезнаго пораженія легкаго. Смотра

по тяжести случая говорятъ о **Prurigo mitis** и **Pr. fe-rox (agria)**.

Бываютъ случаи Prurigo, когда явленія исчезаютъ на годы; съ другой стороны наблюдаются случаи чесу-хи, рецидивирующей каждое лѣто или зиму.

Иногда Pr ограничивается лишь однимъ участкомъ тѣла (**Pr. partialis**).

Терапія. Укрѣпить тѣло желѣзомъ, мышьякомъ, рыб-имъ жиромъ и діэтой. Продолжительными частыми ван-нами смягчить кожу. Рекомендуются сѣрные термы или искусственныя сѣрные ванны (80.0—150.0 сѣрной печени). Подчасъ хороши обертыванія въ простыни, смоченныя рыбимъ жиромъ.

Превосходно дѣйствуетъ на мѣстный процессъ дли-тельное примѣненіе 5% нафтоловой мази (Karosi), ком-бинированное съ энергическимъ леченіемъ мышьякомъ.

173. Rp. Naphthol. 2.5.
Vaselin ad 50.0.
M. f. U.

При примѣненіи нафтола слѣдуетъ за мочей (альбу-минурія?). Иногда хорошо дѣйствуетъ рыбій жиръ и де-готъ въ равныхъ количествахъ для наружнаго употреб-ленія (Karosi). И при этомъ препаратъ необходимо слѣ-дить за мочей. Можно приписать и сѣрные мази.

174. Rp. Sulfur praecipit. 2.5.
Axung. porci 50.0.
M. f. U.

Или приписываютъ Solutio Flemingkx, содержащее сѣрноватистый кальцій; наносить кисточкой, послѣ чего рекомендуется принять продолжительную ванну, за симъ (A. Wolff) смазать кожу:

175. Rp. Chloralhydrat 2.0.
Ung glycerini 50.0.
M. f. U.

При значительной чувствительности кожи, особенно если при этомъ еще имѣются экдематозныя высыпи, слѣ-дуетъ воздерживаться отъ дегтярныхъ, сѣрныхъ мазей и ваннъ.

Dermatitis herpetiformis (Duhring).

представляетъ еще недостаточно обособленную болѣзненную форму: на кожѣ появляются **разнообразныя высыпи въ различной группировкѣ**, высыпания повторяются **подрядъ нѣсколько разъ**.

На ряду съ пятнами, папулами, эскоріаціями видны **пузырьки и пустулы**. Заболѣваніе хроническое, доброкачественное. Однѣ формы характеризуются эритематозными пятнами, на которыхъ возвышаются папулы, пузырьки, пустулы, другія тѣмъ, что въ описаннымъ явленіямъ одновременно (или послѣ) присоединяются экзематозныя инфильтраціи, корки; образуются расчесы. Иногда къ основнымъ явленіямъ присоединяется **паннеломатозное разращеніе** въ подмышечной впадинѣ и паху, утолщеніе кожи ладоней и подошвъ. Все это наряду съ сильнымъ зудомъ, жженіемъ, ощущеніемъ ползанія мурашекъ, болѣзненными покаяваніями входитъ въ столь полиморфную картину болѣзни Duhring'a.

Duhringъ считаетъ главной формой высыпи пузырьки (везикулезная форма) и пузыри (буллезная форма). Края пузырьковъ, пустулъ, пузырей инфильтрированы. Слизистыя иногда также вовлекаются въ процессъ. Болѣзнь оставляетъ послѣ себя пигментацию кожи; наблюдаются случаи, гдѣ болѣзнь тянется годами. На высотѣ развитія болѣзни иногда страдаетъ общее состояніе здоровья. Необходимо изслѣдовать мочу (сахаръ, бѣлокъ). Серьезныя осложненія — рѣдки.

Относительно *терапии* единогласіе еще не достигнуто. Она должна лишь удовлетворять симптоматическимъ показаніямъ (см. эритему и экзему).

Impetigo herpetiformis (Hebra).

есть рѣдкая, тяжелая, **почти всегда летально** протекающая болѣзнь, которая за немногими исключеніями наблюдается лишь у **беременныхъ или родильницъ**. Исходитъ страданіе изъ **гениталій и внутренней поверхности бедеръ**.

На кожѣ **симметрически** появляются **концентрическими кругами пустулы**; въ ихъ центрѣ **красное пятно, струй** или **мокнущая поверхность**. Измѣненіе идетъ отъ центра къ периферіи круга. Рецидивы бывають. Изрѣдка появляются **паннеломатозныя разращенія**. При всякомъ значительномъ высыпаніи — ознобъ, бредъ, а иногда и клоническія судороги. Выказывалось предположеніе о піэмическомъ происхожденіи сыпи (Herpes ruyticus Neumann'a).

Паховыя сгибы, подмышечныя впадины, пушокъ, грудь — составляютъ излюбленныя мѣста Impetigo. Слизистая рта, зѣва, гортани, пищевода вплоть до кардіи, влагалища, прямой кишки — нерѣдко также вовлекались въ заболѣваніе. Женщины, выздоровѣвшія отъ болѣзни, при слѣдующей беременности могутъ заболѣть вновь.

Терапія чисто симптоматическая (общая и мѣстная). По-вязки съ дегтемъ и продолжительныя ванны рекомендованы Karosi. Въ одномъ излеченномъ случаѣ А. Wolff'a ежедневно давалось внутрь по 12.0 *natrii acetici*.

Pemphigus

характеризуется появленіемъ на кожѣ пузырей; на слизистыхъ пузыри рѣдко высыпаютъ; склонность къ рецидивамъ. Пузыри различной величины либо сидятъ группами, либо разсѣянно, не обнаруживая особаго предпочтенія къ той или другой части тѣла. Пузыри разрываются сами собой, содержимое ихъ засыхаетъ; иногда наблюдается сліяніе нѣсколькихъ пузырей. Въ **злокачественныхъ** случаяхъ изъ основанія пузыря вырастаютъ грануляціи. (*P. vegetans*). Злокачественныя формы отличаются еще сильнымъ распространеніемъ сыпи (на кожѣ и слизистыхъ), быстро другъ за другомъ слѣдующими рецидивами, тяжелыми общими явленіями, какъ-то лихорадкой, гастрическими и нервными расстройствами (бессонница и бредъ). Къ злокачественнымъ формамъ принадлежитъ *P. foliaceus*, характеризующійся универсальнымъ распространеніемъ по кожѣ, экскоріированіемъ ея, склонностью быстро захватывать новые участки, оставляя послѣ себя сильно шелушащіяся поверхности. Исходъ часто смертельный.

Пузыри и пустулы при **P. benignus** высыпаютъ иногда также въ большомъ количествѣ; *P. benignus* также рецидивируетъ, но обыкновенно скоро проходитъ. Пораженія слизистой оболочки наблюдались и въ доброкачественныхъ случаяхъ.

Отличающійся рѣзкимъ зудомъ очень рѣдкій *P. pruriginosus* почти всегда злокачествененъ. Наиболѣе характерная для *Pemphigus*'а форма сыпи—пузырь отступаетъ въ картинѣ болѣзни *P. prur.* на второй планъ, такъ какъ едва лишь пузыри появились, какъ они вслѣдствіе зуда разрываются руками паціента; вотъ почему на кожѣ находятъ экскоріацію, экзематозныя явленія и разсѣянную пигментацію кожи. Страданію сопутствуютъ явленія нервного возбужденія вслѣдствіе бессонницы, порождаемой зудомъ.

Пемфигоподныя заболѣванія наблюдались и у истерическихъ больныхъ (*P. hystericus*) во время беременности (по Невга при каждой беременности—возвратъ) *Pemphigus* наблюдается также вскорѣ послѣ родовъ, при поврежденіи или воспаленіи нервовъ, поперечномъ міэлитѣ, синрингоміэліи. Токсическій *Pemphigus* бываетъ послѣ приѣма нѣкоторыхъ медикаментовъ; подчасъ онъ вегетирующаго характера (*Brom* и *Jod*). Такъ называемый ***P. neonatorum*** представляетъ невинное заболѣваніе кожи, на которой повсюду разсѣяны пузыри; самопроизвольно разрываясь, они превращаются въ слегка мокнуція круглой формы экскоріаціи. Вокругъ ихъ незначительное шелушеніе. *P. syphiliticus* дѣтей комбинируется съ другими специфическими пятнистыми и папулезными экзантемами, особенно характерно для него симметрическое расположеніе на подошвахъ и ладоняхъ.

Терапія въ тяжелыхъ случаяхъ должна быть направлена къ повышенію стойкости организма, къ борьбѣ съ бессонницей и явленіями нервного возбужденія. Превосходно дѣйствуютъ постоянныя ванны или продолжительныя клеевыя (см. экцема). *Kaposi* рекомендуетъ ванны изъ щелока. Можно взять на ванну 122.0—150.0 таннина, распутивъ его предварительно въ водѣ. Или приготовляютъ отваръ изъ килограмма дубовой корки и растворяютъ его въ ваннѣ. Можно сдѣлать отваръ и изъ $\frac{3}{4}$ kg. мелко-растолченныхъ чернильныхъ орѣшекъ. При *P. pruriginosus* можно испробовать леченіе дегтемъ (см. экцема). Болѣзненные, экскоріирующіяся и сильно мокнуція поверхности лучше всего лечить компрессами. На поверхности гноящіяся, обнаруживающія склонность къ гангреноценціи, присыпать іодоформъ въ умѣренномъ количествѣ. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ повязки съ мазями. *P. neonatorum* обыкновенно излечивается въ 2 недѣли подъ вліяніемъ присыпокъ крахмаломъ, салициловой пудрой и пудрой съ окисью цинка.

***Dermatitis exfoliativa neonatorum* (Ritter).**

начинается въ теченіе первой недѣли жизни при явленіяхъ **сухости кожи, отрубевиднаго шелушенія** и разсѣянными безъ

особаго порядка эритематозными пятнами. Къ этому присоединяется **дупленіе эпидермиса, исходящее изъ угловъ рта**, гдѣ на поверхности губъ различаются краснота, трещины и десквамация. Эпидермисъ на большихъ пространствахъ прикрываетъ cutis, точно чехоль. Спина, руки, ноги больше всего поражаются при этомъ заболѣваніи. На лицѣ и на другихъ частяхъ тѣла появляются корки и струнья. Болѣзнь иногда эпидемически господствуетъ въ воспитательныхъ домахъ. Исходъ чаще всего летальный. Нѣкоторые (Ritter) считаютъ причиной болѣзни піэмію; быть можетъ она стоитъ въ связи съ пуэрперальной инфекціей. Другіе (Behrend) считаютъ болѣзнь принадлежащей къ группѣ Pemphigus foliaceus. Kaposi видитъ въ ней лишь усиленіе физиологическаго шелушенія эпидермиса.

Терапія симптоматическая.

Для отдѣленія корокъ и струньевъ смазываютъ борной мазью или 5% висмутовой мазью. На мокнущія поверхности 2—3% салициловая мазь.

Теплыя ванны ускоряютъ процессъ шелушенія; можно прибавлять къ нимъ крахмала ($\frac{1}{2}$ фунта на ванну для ребенка).

Epidermolysis bullosa hereditaria

заключается въ наклонности къ образованію пузырей на тѣхъ мѣстахъ кожи, которые подвержены давленію или другимъ внѣшнимъ вліяніямъ: въ подмышечной впадинѣ, ладоняхъ, подошвахъ, поясницѣ и т. д. Вслѣдствіе этихъ вліяній пузыри лопаются, образуя болѣзненные изъязвленія. Заболѣваніе рѣдко. Оно обыкновенно поражаетъ одновременно нѣсколькихъ члновъ одной и той-же семьи; въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзнь удавалось прослѣдить въ нѣсколькихъ поколѣніяхъ. Въ виду частыхъ рецидивовъ, особенно лѣтомъ, *прогнозъ* не совсѣмъ благоприятенъ.

Терапія таже, что и при Dermatitis exfoliativa и Pemphigus. Въ одномъ очень упорномъ случаѣ мы наряду съ наружнымъ леченіемъ давали внутрь съ временнымъ успѣхомъ атропинъ, дѣлая продолжительные перерывы въ назначеніи его.

176. Rp. Atropin. sulfur. 0.005.

Succi et pulv. Liquirit.

q. s. ut fiant pilul. No. X.

S. 2—3 пилюли ежедневно.

Осторожно!

Множественная гангрена кожи у кахектическихъ дѣтей

наблюдается въ первые годы жизни ребенка. Первоначально появляются пузыри и пустулы, высыпающіе въ нѣсколько пріемовъ. Лопаясь самопроизвольно, они гангреницируются.

При старательномъ уходѣ за дѣтьми прогнозъ можетъ быть поставленъ удовлетворительный.

Другую форму множественной гангрены кожи у болѣе взрослыхъ дѣтей описалъ Demme. Здѣсь повидимому идетъ дѣло объ инфекціи. Далѣе, множественная гангрена, какъ извѣстно, бываетъ при діабетѣ. Гангрену порождаетъ также

Мѣстная Асфиксія (Raynaud).

Начивается она парестезіями, пониженіемъ температуры и чувствительности, трупно-блѣдной, а затѣмъ синеватой окраской кожи на **пальцахъ рукъ и ногъ (симметрическое расположение)**. Оканчивается она, какъ и при другихъ формахъ гангрены, образованіемъ демаркаціонной зоны и отпаденіемъ участковъ пальцевъ. **Леченіе** то же, что и при другихъ формахъ. Иногда дѣло доходитъ лишь до начальныхъ явленій; нерѣдко заболѣваніе наблюдалось лишь на одной половинѣ тѣла; наблюдали ее и на ушахъ, равно какъ на кончикѣ носа.

Сходны клиническія явленія наблюдаются на пальцахъ при *Syngomyelia*. Панариціи, изъязвленія, образованіе секвестровъ съ укороченіемъ фалангъ! Эти измѣненія при сирингоміэліи, характеризующейся по-преимуществу трофическими расстройствами, анальгезіей и пораженіемъ температурнаго чувства, должны быть отнесены на счетъ трофическихъ вліяній. Иначе весь описанный симптомокомплексъ называется болѣзью **Морвана**.

Леченіе то же, что и при болѣзни Raynaud.

Skleroderma (Morphaea)

начинается незначительными продромальными воспалительными явленіями, отѣкомъ кожи. Затѣтъ кожа, теряя свою нормальную упругость, становится плотной (склерозированной). Если процессъ развивается далѣе, то наступаетъ атрофія кожи; участки кожи, бывшіе въ началѣ приподнятыми, западаютъ и образуютъ лентообразныя полосы. Въ окружности этихъ полосъ, равно какъ и въ нихъ самихъ, наблюдается пигментація или наоборотъ исчезновеніе пигмента. Заболѣваніе либо захватываетъ большія территоріи тѣла, (*Skler. diffusum*), либо ограничивается нѣсколькими очагами (*Skler. circumscriptum* или *Sklerodermie en plaques*). Въ очень рѣдкихъ случаяхъ Склеродермія ограничивается одной половиной тѣла (*Skler. unilateralis*); въ этихъ случаяхъ наблюдается еще *Hemiatrophia faciei et corporis*.

Если имѣется склеродермія лица, то оно дѣлается маскоподобнымъ. Кожа становится туго-подвижной, вѣки выворачиваются, ротъ открытъ. Мимическія движе-

нія отсутствуютъ. Если склеродермія поражаетъ пальцы (Sclerodactylia), то они дѣлаются тугоподвижными, принимая положеніе среднее между сгибаніемъ и разгибаніемъ. На ряду съ атрофіей кожа подвергается и гангреноценціи.

Прогнозъ въ большинствѣ случаевъ неблагоприятенъ.

Sclerema neonatorum, представляющая развитую инфильтрацію кожи, появляющаяся въ теченіе первыхъ недѣль жизни, отлична по своей сущности отъ *Scleroderma*. Измѣненія чувствительности, столь частыя при сирингоміэлии (Морвановской болѣзни) и *Leprosy mutilans* (при послѣдней обыкновенно наблюдается рѣзкая анестезія), бывають при склеродерміи, но выражены здѣсь слабо.

Къ сожалѣнію *терапия* склеродерміи мало-надежна. Врядъ-ли леченіе можетъ задержать развитіе болѣзни. *Терапія* должна удовлетворять симптоматическимъ показаніямъ. Необходимо заботиться о возможномъ мягченіи кожи посредствомъ частыхъ ваннъ, массажа, жира. Этими-же средствами улучшается нѣсколько циркуляція крови, и кожа предохраняется отъ омертвѣнія. Сомнительно, чтобы электризація дала существенные результаты. Рекомендуются постоянный токъ.

Когда Каросі и Singer сообщили о своемъ случаѣ склеродерміи, гдѣ на аутопсіи оказалось частичное исчезновеніе щитовидной железы, многіе авторы стали рекомендовать тиреоидинъ. Въ одномъ случаѣ мы дѣйствительно замѣтили нѣкоторое улучшеніе отъ этого препарата.

Что касается гистологическихъ измѣненій, то замѣчаются значительныя увеличенія количества эластическихъ волоконъ и измѣненія въ сосудистомъ аппаратѣ кожи.

Замѣчательно, что чаще всего склеродерміей заболевають женщины

Herpes Zoster

нервнаго происхожденія. Располагается онъ соотвѣтственно ходу нервовъ, по преимуществу по тракту *gam.*

perforans p. intercost., обыкновенно поражая лишь одну сторону тѣла. Возлѣ грудины, въ подмышечной впадинѣ и у позвоночника послѣ сильного колотья высыпаются группами пузырьки, чрезвычайно чувствительные къ давленію. Herpes наблюдается и по ходу N. trigemini, plexus cervicalis, brachialis, lumbalis etc. Соответственныя лимфатическія железы иногда припухаютъ. Подчасъ пузырьки достигаютъ значительной величины, принимаютъ геморрагическій характеръ и обнаруживаютъ склонность къ омертвѣнію.

Анатомически находили измѣненія въ центральной нервной системѣ (Гассеровъ узелъ, межпозвоночные узлы) и въ периферическихъ нервахъ.

Нѣкоторые авторы описываютъ Herpes на почвѣ отравленія мышьякомъ, окисью углерода. Herpes zoster обыкновенно бываетъ лишь разъ въ жизни.

Прогнозъ quo ad vitam хорошъ. Боли держатся иногда цѣлыми недѣлями. Измѣненія чувствительности также остаются на продолжительное время.

Очень успокаиваетъ боли повязка съ индифферентною мазью. Полезно прибавить къ мази салициловой кислоты, а при гангренизирующей формѣ—іодоформа. При рѣзкой болѣзненности и безсонницѣ нельзя обойтись безъ морфія и снотворныхъ.

Herpes labialis linguae et progeneritalis. Этиологически не имѣетъ ничего общаго съ Herpes zoster. При диспепсіяхъ и при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ на губахъ появляются пузырьки почти одинаковой величины; они лопаются, содержимое ихъ засыхаетъ въ корку. Если Herpes labialis является безо всякой видимой причины, то говорятъ о Febris herpetica.

Диспептическій моментъ играетъ видную роль и при H. linguae; послѣдній часто рецидивируетъ, сохраняя лишь на очень короткое время характеръ пузырьковаго высыпанія.

H. progeneritalis ствола, препунция и женскихъ гениталій часто рецидивируетъ. Диагностически при этой формѣ важно то обстоятельство, что пузырьки веѣ одинаковой величины и появляются одновременно.

Терапія. При H. labialis и progeneritalis присыпки. Если лопнувшій H. labialis сильно мокнетъ, полезенъ компрессъ съ 3% борной кислотой. При H. progeneritalis цѣлесообразно присыпать каломелемъ. H. progeneritalis можетъ вызвать и воспаление железъ (bubo inguinalis).

H. linguae быстро проходитъ отъ двоекратнаго въ день смачиванія пораженнаго участка 3--5% растворомъ ляписа.

Аномалии потоотдѣленія.

Anidrosis (уменьшеніе потоотдѣленія) наблюдается при *Prurigo*, *Ichthyosis*, равно какъ у диабетиковъ.

При дерматозахъ способствуютъ усиленію потоотдѣленія посредствомъ частыхъ теплыхъ ваннъ.

Hyperidrosis

бываетъ у нервныхъ, туберкулезныхъ, лихорадящихъ субъектовъ, при душевныхъ аффектахъ, истерии и т. д.

Иногда *Hyperidrosis* наступаетъ остро подчасъ вмѣстѣ съ какой нибудь инфекціонной болѣзней. На тѣлѣ высыпаютъ **пузырьки**, держащіяся нѣсколько дней (**Sudamina**): Противъ сыпи достаточно присыпки:

177. Rр. Acid. Salicyl 0.5

Zinc. oxyd. 4.0

Amyl. tritici 40.0

M. f. S. Присыпка.

Большое практическое значеніе имѣетъ **потливость рукъ, ногъ и hyperidrosis подмышечной ямки**. При послѣднемъ страданіи достаточно присыпокъ. Слѣдуетъ лишь увеличить содержаніе салициловой кислоты (напримѣръ, въ 177 процентѣ) до 3%; сверхъ того рекомендуется почаще обмывать подмышечную впадину водой съ уксусной кислотой, $\frac{1}{2}\%$ карболовой кислотой, $\frac{1}{4}\%$ тимоловымъ спиртомъ. При склонности къ экцемѣ цинковая паста Лассара.

При **потѣниіи рукъ и ногъ** дѣло доходитъ до эскориаций кожи вслѣдствіе мацерации эпидермиса. Въ запущенныхъ случаяхъ потливости ногъ находили нагноившіеся бубоны. Эскориации типически локализируются между пальцами. Эпидермисъ слущивается съ подошвъ доскутами. Слѣдуетъ еще упомянуть, что фатальный запахъ, сопровождающій больного, стоитъ въ связи съ рѣдко мѣняемой обувью.

Терапія. Присыпки съ салициловой кислотой или окисью цинка; противъ эскориаций салициловая мазь; полезна также мазь Гебры (*Ung. diachylon*); послѣднюю лучше всего намазать на полоски гигроскопической ткани. Въ упорныхъ случаяхъ послѣ излеченія эскориаций необходимо ежедневно смазывать ноги 4—5% хромовой кислотой (слѣдить за мочей!). Ежедневно мыть ноги водой съ уксусомъ. Heussner рекомендуетъ спиртный растворъ, состоящій изъ перуанскаго бальзама (1%), муравьиной кислоты (5%) и хлораль-гидрата. Сюда можно еще добавить 1% трихлоруксусной кислоты.

Противъ профузныхъ потовъ фтизиковъ наряду съ мѣстнымъ леченіемъ борятся внутренними средствами (*Hyoscin*, *Agaricin*,

Extract. Secale Cornut, Extr. Hydrastis Canadensis, камфора, атропинъ и т. д.).

Anidrosis, Hyperidrosis unilateralis.

Объ anomalies наступаютъ при заболѣваніяхъ центральной нервной системы, симпатической, послѣ травмы и т. д. E. Lesser при hyperidrosis unilateralis faciei наблюдалъ вторичную одностороннюю экзему.

Dysidrosis.

На кожь то **везикулы**, то **пузыри**, являющіеся результатомъ подъэпидермальной задержки пота. Сюда относится описанная выше **sudamina**, равно какъ **miliaria crystallina**. Последняя характеризуется мелкими прозрачными, похожими на капли росы, пузырьками. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ экзантема высыпаетъ въ сопровожденіи тяжелыхъ общихъ явленій, лихорадки, гастрическихъ расстройствъ. Въ такихъ случаяхъ, наблюдающихся обыкновенно эпидемически, не рѣдко **смертельный исходъ**.

Изъ болѣзненныхъ формъ, дающихъ столь тяжелыя явленія, известны Miliaria febrilis, Sudor anglicus и другія.

Cheiro-Pompholix (Hutchinson)

есть острая экзантема, поражающая подошвы, ладони, пальцы рукъ и ногъ. **Пузыри** черезъ нѣсколько дней принимаютъ пустулѣзный характеръ. Въ теченіе второй недѣли они исчезаютъ, обнаруживая изрѣдка наклонность къ рецидивамъ. Наблюдается зудъ. Появляется сыпь **лѣтомъ**. Исходитъ повидимому изъ **потовыхъ железъ**.

Теранія. Цинковая, борная мазь; къ той и другой можно еще прибавить салициловой кислоты, резорцина. Компрессы съ борной кислотой.

Chromidrosis

есть отдѣленіе пота ненормального цвѣта (синяго, краснаго, зеленого, чернаго). Въ потѣ находили индиго, цианистыя соединенія, кровь (**Hämatidrosis**), фосфорнокислую окись желѣза.

Uridrosis

заключается въ чрезмѣрномъ выдѣленіи мочевины на поверхность кожи у нефритиковъ (микроскопически доказывается кристаллами мочевины!).

Воспаленіе потовыхъ железъ

наблюдается въ подмышечной впадинѣ и вокругъ задняго прохода. Протекаетъ оно то при явленіяхъ hyperidrosis, подчасъ сопровожда-

ющагося значительнымъ воспаленіемъ кожныхъ покрововъ, то въ видѣ воспалительныхъ (иногда нагнаивающихся), глуболежащихъ узелковъ величиной съ чечевичу. Отъ узелковъ идетъ тяжъ, соответствующій инфильтрированному выводному протоку потовой железы.

Леченіе. Компрессы. Иногда приходится прибѣгать къ вскрытію хирургическимъ путемъ (фурункулезный абсцессъ потовой железы).

Acne vulgaris

представляетъ состоящую изъ узелковъ и пустулъ сыпь, происходящую отъ воспаленія сальныхъ железъ. Соответственно богатству железами она болѣе всего развита на лицѣ и снѣнѣ.

Отъ задержки секрета вслѣдствіе закупорки выводного протока железы на кожѣ появляются comedones (угри), ясно различимые благодаря черной точкѣ, находящейся на ихъ вершинѣ. При выдавливаніи угря показывается образованіе, схожее съ червякомъ.

Самую низшую ступень измѣненій кожи представляетъ маленькій красный узелокъ (*Acne punctata*); онъ либо подвергается обратному развитію, либо превращается въ пустулу (*A. pustulosa*) или большой величины твердый узелъ (*A. indurata, nodosa*).

Въ рѣдкихъ случаяхъ на кожѣ лба появляются очень большія пустулы, которыя оставляютъ, глубоко распадаясь, втянутые рубцы (*A. varioliformis Hebrae, A. necrotica Voesek'a*).

Наконецъ, наблюдаютъ въ высшей степени упорныя формы *Acne* съ диффузною инфильтраціей въ окрестности.

Acne бываетъ у обоихъ половъ всего чаще во время полового созрѣванія. Анэмическіе, кахектическіе индивиды много страдаютъ ею. *Acne* высыпаетъ также послѣ приѣма брома и іода. Всѣ формы *Acne* упорны.

Терапія. Пережиреннымъ мыломъ предохранять кожу отъ образованія угрей; какъ только послѣдніе появились, нужно ихъ выдавить. Прекрасные результаты даетъ леченіе сѣрой:

178. Rp. Sulfur. praecip. 2.0 179. Rp. Solut. Vlemingx 100.0.
 Lanolin. 40.0. S. Наносить вѣсточкой
 M. f. U. Смазыв. на ночь. на ночь.
180. Rp. Aq. Kummerfeld. 200.0.
 S. Обмывать кожу.

Утромъ сѣрные препараты смываются теплой водой. Къ 5% сѣрной мази прибавляютъ иногда съ усилѣ-
 хомъ 1% резорцина. Пустулы во возможности раньше
 вскрываются ножемъ. Аспе съ инфильтраціей кожи
 излечивается лишь посредствомъ множественной линей-
 арной скарификаціи.

При сильной инфильтраціи кожи и массовомъ рас-
 пространеніи сыпи рекомендуется осторожное примѣненіе
 пасты Лассара (Schälmethode), состоящей изъ сѣры,
 нафтола и зеленого мыла:

181. Rp. Naphtholi
 Sulfur. praecip. āā 5.0.
 Lanolini
 Sapon. virid. āā 30.0.
 M. leniter terendo f. pasta.
 S. Паста.

При большихъ одиночныхъ узлахъ дѣйствуетъ хо-
 рошо ртутный пластырь, мыльно-салициловый пластырь
 или салицилово-гуттаперчевая пластырная марля.

Необходимо регулировать отравленіе желудка и ки-
 шекъ. Водка, пиво въ большомъ количествѣ—вредны.
 Полезны мышьяковистые препараты, напимѣръ: Фовле-
 ровъ растворъ и воды Guber, Ronseigno, Levico (см.
 выше).

Seborrhoea

представляетъ страданіе, въ основѣ котораго лежитъ
 чрезмѣрная дѣятельность сальныхъ железъ.

На волосистой части головы образуются сухія че-
 шуйки (S. sicca); очень рано, начиная съ темени до по-
 звоночника, появляется defluvium capillitii. Рекомендуется
 одинъ разъ или дважды въ недѣлю мыть голову Геб-
 ровскимъ мыльнымъ спиртомъ. Волосы стричь низко,
 головной покровъ долженъ быть легкій. Полезно также

мыть голову каптоломъ Eichhoffa. Кромѣ того цѣлесообразно втирать въ кожу головы 5⁰/о-ю сѣрную мазь два раза въ недѣлю; для смягченія кожи головы достаточно смазыванія чистымъ оливковымъ масломъ.

Seborrhea oleosa часто встрѣчается вмѣстѣ съ аспе. Кожа лица, особенно крыльевъ носа, приобретаетъ жирный блескъ. Къ Seborrhea присоединяются въ большомъ числѣ угри.

Есть еще одна форма—Seborrhea congestiva (Hebra), которая сопровождается рѣзкой гипереміей.

Близко къ Seborrhea стоитъ

Acne rosacea.

При Acne на кожѣ носа замѣчаются сосудистыя измѣненія (расширеніе сосудовъ, застой крови и новообразованіе сосудовъ) и вторично пунцовая краснота и припуханіе. Узелки и пустулы отступаютъ на второй планъ. Изрѣдка развивается хроническое воспалительное состояніе, которое приводитъ къ гиперплазіи соединительной ткани кожи, безобразно утолщая носъ (Rhinophyma).

Въ раннихъ стадіяхъ полезны резорциновые мази и скарификація. Вздутія, образующіяся на носу, лечатся вырѣзываніемъ, электролизомъ; основной процессъ однако отъ этого нисколько не задерживается въ своемъ развитіи.

На почвѣ конгестивной формы себорреи часто является

Lupus erythematosus,

локализирующійся особенно охотно на лицѣ, волосистой части головы и ушныхъ раковинахъ.

Шелушащіяся высыпи соединяются другъ съ другомъ въ кругловатыя, ярко-красныя, приподымающіяся надъ уровнемъ кожи образованія, окаймляющія блѣдную рубцово-втянутую поверхность, на которой кое-гдѣ лишь пробѣгаетъ расширенный сосудъ. Эти кругловидныя образованія (дискоидная форма Lupus'a), разнообразно, но симметрически группируясь на носу и щекахъ, представляютъ подчасъ картину, сходную съ рисункомъ кры-

ла бабочки. На периферическомъ валѣ часто сидятъ угри или видны ямочки, соотвѣтствующія расширеннымъ выводнымъ протокамъ сальныхъ железъ.

При **диссеминированной** формѣ видны красныя пятна величиной съ чечевицу; въ ихъ втянутомъ центрѣ находится рубчикъ или чешуйка. Чешуйки посредствомъ коническаго отростка входятъ въ расширенное отверстіе фолликула. Въ раннихъ стадіяхъ центральная втянутость еще не развита.

Пятна могутъ претерпѣть обратное развитіе; изъ нихъ могутъ развиться блѣдно-красныя плотныя, узловатые или дольчатые инфильтраты со вторичной атрофіей центральныхъ частей и т. д. (какъ въ дискоидной формѣ) *L. e. disseminatus* высыпаетъ въ нѣсколько приемовъ, иногда въ сопровожденіи тяжелыхъ лихорадочныхъ явленій. Kaposi, Besnier и другіе наблюдали случаи съ быстрымъ смертельнымъ исходомъ въ тѣхъ случаяхъ, когда *Lupus* лица осложнялся эризипелоиднымъ припуханіемъ (*Erysipelas perstans faciei*) и тяжелыми тифоидными явленіями.

Попадаются случаи, когда высыпи локализируются подолгу или исключительно на пальцевыхъ сгибахъ; и въ этихъ случаяхъ дѣло можетъ дойти до образованія узловъ.

Послѣ излеченныхъ высыпей остаются рубцовыя атрофическія измѣненія на кожѣ; на головѣ образуется пѣшь.

Слизистыя также вовлекаются въ процессъ.

Прогнозъ болѣе всего благоприятенъ при дискоидной формѣ.

Серьезнѣе прогнозъ при *L. disseminatus*. Повидимому, болѣзнь не стоитъ въ связи съ туберкулезомъ; до изъязвленія процессъ никогда не доходитъ. Воеск, Dargier, Halloreau относятъ *Lupus* къ туберкулидамъ; Воеск описываетъ даже особую форму, гдѣ дѣло доходитъ до некроза и изъязвленія.

Леченіе. Лучше всего ртутный пластырь; значительныя инфильтраты предварительно размягчаются салициловымъ пластыремъ. Превосходно дѣйствуетъ также ре-

зорциновая пластырная марля. Въ упорныхъ случаяхъ необходимо прижигать пакеленомъ. Если въ процессъ вовлечена волосистая часть головы, то необходимо мыть голову мыльнымъ спиртомъ Гебры; смазывать 2—3% борной или резорциновой мазью; однако съ трудомъ удается предохранить голову отъ облытїя.

Lupus vulgaris

является слѣдствіемъ туберкулезной инфекціи кожи; онъ распространяется и на пограничную съ пораженной кожей слизистую, лишь очень рѣдко вызывая общую инфекцію.

Маленькіе темнокрасные узелки незначительной плотности сидятъ одиночно (*L. disseminatus*) или соединяются въ разлитые по поверхности инфильтраты. Узелки, изъязвляясь, могутъ разрушить кожу, слизистую, хрящъ. Исходнымъ пунктомъ бываетъ чаще всего носъ, который представляется точно изъѣденнымъ (костный остовъ нетронутъ!)

Плоскія кругловатыя язвы чередуются съ гранулирующими поверхностями и самопроизвольно образующимися рубцами, окруженными глубоководящимися въ *corium* мельчайшими узелками. Нѣкоторыя формы *Lupus'a* отличается тѣмъ, что инфильтраты рѣзко приподымаются надъ уровнемъ кожи (*L. tumidus*); въ другихъ случаяхъ—сильное шелушеніе (*L. exfoliatus*). На лицѣ замѣчается въ распредѣленіи сыпи извѣстная симметричность, границей распространенія служитъ волосистый покровъ. Изъязвленія особенно часты на ушахъ. На мягкомъ небѣ, губахъ, языкѣ, *epiglottis* нерѣдки распадающіеся маленькіе круглые инфильтраты и грануляціи. *Lupus* бываетъ и на конъюнктивѣ; при рубцовомъ сморщиваніи люпозныхъ инфильтратовъ появляется выворотъ вѣкъ. Первичный *Lupus* слизистой оболочки рѣдокъ. Туберкулезныя пораженія железъ при волчанкѣ наблюдаются почти всегда. Всегда-же можно найти туберкулезную наследственность. На туловищѣ заболѣваніе распространяется извилистыми линиями (*L. serpiginosus*).

Прогнозъ, что касается окончательнаго излеченія, рѣдко бываетъ удовлетворителенъ.

Терапія сводится къ возможно раннему разрушенію и удаленію пораженной ткани. При ограниченныхъ формахъ это достигается всего вѣрнѣе вырѣзываніемъ. Прижиганіе яписомъ и пакеленомъ ведетъ къ тому-же результату. Объемистые инфильтраты выскабливаются острой ложкой и прижигаются плоскостнымъ пакеленомъ (Flachbrenner). При особомъ умѣнши пользоваться пакеленомъ можно обойтись и безъ выскабливанія.

Иногда при незначительномъ пораженіи достаточно салицилово-креозотной пластырной марли съ послѣдующимъ примѣненіемъ 10% яписной мази.

При залечиваніи люпознаго процесса слѣдуетъ избѣгать слишкомъ быстрого рубцеванія (по временамъ прижигать грануляціи). Отъ рецидивовъ не гарантируетъ ни одинъ методъ! Часто рецидивы наступаютъ въ то время, когда процессъ рубцеванія въ полномъ ходу. Все таки упомянутые нами способы даютъ наибольшую увѣренность въ успешности леченія.

Леченіе люпусовъ слизистой оболочки тоже, что и кожи. Чаще всего они поражаютъ губы, языкъ, носъ, конъюнктиву, нѣбо.

Значеніе внутреннихъ средствъ недостаточно опредѣлено. Рекомендуются продолжительное леченіе мышьякомъ. Въ атипическихъ случаяхъ можно попробовать леченіе іодистымъ калиемъ (нѣсколько недѣль). Наблюденія надъ быстрымъ регрессивнымъ развитіемъ Lupus'a въ случаяхъ, осложнившихся рожей, дало поводъ испытать экспериментально терапевтическое вліяніе этой послѣдней инфекціи путемъ прививки на люпозныя образования, однако полученные результаты еще недостаточно обоснованы. Мало опредѣленнаго можно также сказать и о Коховскомъ туберкулинѣ, кантаридинѣ (Liebgeich), леченіи горячимъ воздухомъ, рентгеновскими и свѣтовыми лучами.

Іодистый калий при волчанкѣ подчасъ даетъ несомнѣнное улучшеніе.

Волчанка не есть единственная форма туберкулеза кожи. У дѣтей съ другими проявленіями туберкулезной инфекціи или безъ оныхъ на кожѣ образуются ограниченные узлы съ склонностью къ размягченію.

Истончивъ кожные покровы, окрашенные въ блѣдно-красный цвѣтъ, узлы либо подвергаются обратному развитію, либо превращаются въ туберкулезныя язвы съ подрытыми краями. Въ этихъ случаяхъ терапія должна быть болѣе выжидательною; необходимо лишь заботиться о поднятіи питанія организма! Эти туберкулезныя узлы иначе называютъ скрофулезными гуммами. Часто язвенный туберкулезъ кожи развивается изъ туберкулезно-пораженныхъ железъ. Если послѣдовательно заболѣваютъ разныя группы железъ, то на кожѣ появляется много изъязвленныхъ очаговъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи образуются подчасъ на кожѣ рубцовые тяжи то въ видѣ петель, то мостовидно переброшенные отъ одной поверхности къ другой, въ такихъ случаяхъ говорятъ о *Scrophuloderma*. Необходимо лечение чисто-хирургическое.

Tuberculosis verrucosis cutis съ ея бородавчатыми разрощеніями и трупный бугорокъ должны быть, по возможности ранѣе, лечимы прижиганіемъ или вырѣзываніемъ.

Lepra (Проказа)

представляетъ хроническую инфекціонную болѣзнь, вызываемую специфическимъ бациллою (*Bacillus leprae*). Она проявляется на кожѣ пятнистой экзантемой (*L. maculosa*), изъязвляющимися узелками (*L. tuberosa*) и разстройствами чувствительности (*L. anaesthetica*). Отдѣльныя формы разграничены другъ отъ друга недостаточно строго. При *L. anaesthetica* на пальцахъ дѣло доходить до отпаденія фалангъ послѣ длительныхъ процессовъ изъязвленія (*L. mutilans*). Одна форма проказы можетъ перейти въ дальнѣйшемъ теченіи въ другую; наиболѣе постоянна въ этомъ отношеніи *L. anaesthetica*. На кожѣ лица появляются узловатые и инфильтраты, особенно развитые на лбу, отчего оное, особенно нижняя часть его подается сильно впередъ, на глазахъ выпадаютъ ресницы; тоже дѣлается съ бровями. Носъ и подбородокъ узловато утолщаются; выраженіе лица носить характеръ неподвижности (**Facies leonina**).

Подобно сифлидсу и туберкулезу проказа не шадитъ почти ни одного органа.

Если не наступитъ произвольной остановки въ развитіи процесса, то терапия, что касается окончательнаго излеченія, мало надежна, однако въ смыслъ облегченія страданій мы можемъ достигнуть кое-какихъ результатовъ; наиримѣръ, при язвенной формѣ путемъ соответствующихъ повязокъ; при пятнистой экзантемѣ посредствомъ хризаробина мы можемъ, вызвавъ искусственный дерматитъ съ послѣдующимъ шелушеніемъ, довести дѣло до исчезновенія сыпи.

Ни рекомендованный Петерсенемъ салициловый натрій, ни экзотическія бальзамическія средства не приносятъ дѣлительной пользы. Перемѣна климата повидимому имѣетъ благопріятное вліяніе; во всякомъ случаѣ вліяніе перемены климата болѣе несомнѣнно, чѣмъ принимаемое цѣлыми годами безъ пользы Gurjun'ово масло и ol. Scaulmoograe. Едва-ли при помощи терапии удастся достигнуть большаго, чѣмъ временной задержки въ развитіи болѣзни.

Въ Европѣ Lepra попадаетъ часто въ Норвегію, остзейскія провинціи Россіи, по берегамъ Средиземнаго моря. Понадаются также въ другихъ мѣстахъ изолированные очаги. Долгое время таковой очагъ находился возлѣ Мемеля. На островахъ Австраліи, въ Южной Азійи и Америкѣ Lepra чрезвычайно распространена.

A i n h u m

представляетъ заболѣваніе, нѣсколько сходное съ Lepra mutilans и склеродактиліей. **На подошвенной сторонѣ первой фаланги толстаго пальца ноги** въ кожь образуется **перетяжка**, которая съ одной стороны обуславливаетъ атрофію перваго сустава вслѣдствіе сдавленія, съ другой вызываетъ припуханіе части фаланги впереди перетяжки. Последняя часть поворачивается своей ногтевой поверхностью къ наружному краю ноги, сохраняя связь съ задней частью посредствомъ костнаго остова; въ концѣ концовъ она **отпадаетъ**. Процессъ тянется годами, поражая иногда оба толстыхъ пальца ноги. Болѣнь излѣчима. По Silva-Lima къ выздоровленію ведетъ ранняя инцизія тяжа. Болѣнь распространена среди негровъ Южной Африки (Nagôsnegern)

Pellagra.

иначе называемая **Risipola Lombarda** или Lepra italica не имѣетъ ничего общаго съ вышеописанной проказой. Дѣло идетъ о симптомокомплексѣ, наблюдающемся особенно часто въ южной Франціи, Испаніи, Венеціи, Ломбардіи, Румыніи. Первый стадій—**эри-тема**, появляющаяся весной; осенью она исчезаетъ съ тѣмъ, чтобы появиться вновь на будущій годъ. Кожа на пораженныхъ мѣстахъ темнѣетъ, шелушится, а впоследствии пластами сходитъ съ лица и съ другихъ непокрытыхъ платьемъ частей тѣла. Общее состояніе страдаетъ; наступаетъ мышечная слабость, которая особен-

но усиливается во 2 стадіи, въ теченіе котораго появляются **парэстезіи** всякаго рода, психическая депрессія, явленія раздраженія мозга и тяжелыя **гастрическія явленія**.

Пріостановка процесса и излеченіе возможны лишь въ первомъ стадіи. Во второмъ стадіи больные, лихорадя, все время проводятъ въ постели, умираютъ при явленіяхъ нарастающаго истощенія отъ пораженія сердца, почекъ, легкаго и кишекъ. Кожа у этихъ больныхъ бронзоваго цвѣта, блестящая; замѣчается гиперестезія.

Несомнѣнно болѣзнь обуславливается съ одной стороны дурными гигиеническими условіями, недостаточнымъ питаніемъ, климатомъ.—съ другой употребленіемъ въ пищу испорченнаго маиса.

Подъ названіемъ

Acrodynia

описана эпидемія, свирѣпствовавшая (по Alibert'у и Hirsch'у) въ Парижѣ въ 1828, 29 и 30 годахъ прошлаго столѣтія. Наблюдалось много смертныхъ случаевъ. Картина болѣзни въ существенномъ таже, что и при Pellagra. Приписывается заболѣваніе употребленію въ пищу испорченнаго хлѣба.

Схожую съ Pellagra картину даетъ также **Ergotismus** (см. отравленіе *secale cornutum*). Явленія, наблюдающіяся на кожѣ состоятъ частью въ **эритемѣ съ рѣзкой парэстезіей (ползаніе мурашекъ)**, частью въ **омертвѣніи**.

Леченіе пеллагры сводится къ улучшенію гигиеническихъ условій, питанія, равно какъ къ перемѣнѣ климата.

Framboësia, Jaws, Pian

наблюдается на Явѣ, въ Вестъ-Индіи (у негровъ, переселившихся изъ Африки), Остъ-Индіи, Конго. Болѣзнь повидимому контагіознаго характера. На кожѣ появляются **папилломатозные разраженія въ видѣ малины**. Отдѣльные выросты изъязвляются; въ окружности ихъ появляются иногда абсцессы, именно въ сгибахъ и кожныхъ складкахъ (между мошонкой и бедромъ и т. д.). Болѣзнь сопровождается лихорадкой, мышечными болями, гастрическими расстройствами. Она то проходитъ самопроизвольно, то кончается летально. Антисифилитическое леченіе приноситъ пользу. Нѣкоторые авторы считаютъ Framboesiam болѣзнь, стоящей въ связи съ **сифилисомъ**.

Риносклерома

представляетъ рѣдко встрѣчающійся процессъ **инфильтраціи кожи, слизистыхъ носа, зѣва, неба, гортани, рта**; она бываетъ и въ **наружномъ слуховомъ проходѣ**. Валики, узлы и плоскія возвышенія, соединяясь другъ съ другомъ, образуютъ массу **плотности слоновой кости**. Исходнымъ пунктомъ процесса служитъ **носовой входъ**. Обыкновенно процессъ

переходить на слизистую съ кожи, однако наблюдалась и первичная склерома слизистой, именно описываются случаи, гдѣ риносклерома исходила изъ нѣба. Инфильтраты **суживаютъ** чрезвычайно полость носа, *isthmus faucium*, *adytus ad laryngis*, слезный каналъ; ротъ также суживается. Носъ нѣсколько утолщается. Замѣчательно, что обоняніе не страдаетъ. Кожа анемична или темно-краснаго цвѣта съ развитой поверхностной сѣтью сосудовъ. Волосы, фолликулы исчезаютъ. Въ риносклеромныхъ каѣткахъ Mikulicz'a находятя бациллы риносклеромы (не обезцвѣчиваются по Gram'у). Болѣзнь затягивается надолго. *Терапія* чисто-хирургическая (расширеніе ходовъ, вырѣзываніе). Успѣхъ—временный.

Malleus (сапъ)

бываетъ въ острой и хронической формѣ (см. инфекціонныя болѣзни). На кожѣ узелки, пустулы, абсцессы.

Въ острыхъ смертельныхъ случаяхъ сапъ протекаетъ въ видѣ септической инфекціи, исходнымъ пунктомъ которой служить какое нибудь мѣсто кожи. Въ хроническихъ случаяхъ на ряду съ тяжелыми воспалительными явленіями на слизистой дыхательнаго тракта появляются измѣненія язвеннаго характера. Лимфатическія железы принимаютъ живое участіе въ процессѣ (О теченіи см. инфекціонныя болѣзни). Бациллы сапа (Löffler-Schütz, Weichselbaum) въ узлахъ, абсцессахъ, мочѣ окрашиваются Леффлеровскою синькой. Инфекція переносится отъ человѣка на человѣка и животное (осель, лошадь), равно какъ отъ животного на животное и человѣка.

Лечение кожныхъ поражений сводится къ вскрытію абсцессовъ, прижиганію и антисептическимъ повязкамъ.

Сибирская язва (Anthrax)

на кожѣ проявляется въ 3 формахъ.

Первая форма, такъ называемый сибирезявенный прыщъ, **pustula maligna** возникаетъ на непокрытыхъ платьемъ мѣстахъ въ видѣ краснаго пятна, затѣмъ гѣморрагическаго пузыря съ инфильтрированнымъ основаніемъ. Пузырь разрывается самопроизвольно; содержимое его засыхаетъ въ грязно-темнаго цвѣта корку. Окружающая ткань, на большомъ протяженіи инфильтрированная, въ видѣ вала окружаетъ первичную сыпь, на краяхъ которой нерѣдко развивается новый рядъ мельчайшихъ, также гѣморрагическаго характера пузырьковъ. Соответственныя лимфатическія железы сильно припухаютъ.

Вторая форма (такъ называемый злокачественный отѣкъ) состоитъ изъ пузырей и струньевъ.

Наконецъ, при **эмболической сибирской язвѣ** образуются гѣморрагическія пятна и узелки незначительной величины, на поверхности которыхъ иногда сидятъ пузырьки. О бациллахъ

сибирской язвы, этиологiи, теченiя и *therapii* см. инфекцiонныя болѣзни.

Actinomyces cutis

настѣпаетъ первично или вторично. На кожѣ появляются **узелки**, которыя размягчаясь, прорываются наружу, образуя фистулезные ходы. Теченiе болѣзни — хроническое. Изъ жидкаго гноя можно изолировать сѣровато-желтыя **актиномикотическiя зерна**. Раздавивъ ихъ слегка на объектномъ стеклѣ, можно ясно различить подъ микроскопомъ булавовидное утолщенiе концовъ отдѣльных нитей, входящихъ въ составъ зерна. Повидимому actinomyces вызывается грибомъ. Всегда-ли переносъ на человѣка происходитъ съ животнаго (свинья, рогатый скотъ), сомнительно; есть основанiе предполагать, что грибокъ вегетируетъ на растенiяхъ. О другихъ проявленiяхъ актиномикоза см. инфекцiонныя болѣзни. Актиномикозъ кожи (щеки, нѣжа и челюсть, паховой сгибъ, живота) лечится хирургическимъ путемъ.

Рядъ растительныхъ паразитовъ, сходныхъ другъ съ другомъ по своему строенiю, вызываетъ на кожѣ (покрытой волосами или нѣтъ) **Favus, Herpes tonsurans, Pityriasis versicolor** и другiе микозы.

Favus (*Tinea favosa*, парша)

чаще всего встрѣчается на востокѣ и западѣ Европы. На волосистой части головы образуются соломенно-желтаго цвѣта щитки (*scutula*) своеобразно-затхлаго запаха. Въ центрѣ ихъ углубленiе, черезъ которое проходитъ волосъ. Если снять *scutulum*, то подъ нимъ обнаруживается покрасѣвшая мокнущая поверхность. *Scutulum* содержитъ грибокъ (*Achorion Schönleini*), отличающийся своимъ богатствомъ мицелiями и незначительнымъ количествомъ конидiй. Расщепивъ щитокъ иглами и погрузивъ затѣмъ въ 10—12% КОН, мы можемъ получить прекрасный микроскопическiй препаратъ, который безусловно необходимъ для диагноза, ибо и запущенная себорройная экзема волосистой части головы представляетъ ту-же картину, что и Favus. Favus бываетъ также на туловищѣ, конечностяхъ. На этихъ послѣднихъ мѣстахъ по Кёбнеру продромально высыпаютъ пузырьки. На ногтяхъ Favus ведетъ къ потерѣ блеска и растрескиванiю. *Prognosis quoad vitam* благоприятенъ; скорое и полное излеченiе — сомнительно.

Прежде всего необходимо масломъ размягчить щитки и корки. При помощи теплой воды съ мыломъ, а время отъ времени и Гебровскимъ спиртомъ ихъ тщательно удаляютъ съ головы. Если сулема (1 : 2000) не раздражаетъ кожи, то она является самымъ лучшимъ средствомъ для дезинфекціи (въ видѣ компрессовъ). Въ противномъ случаѣ пользуются 3—4% карболовой кислотой. Затѣмъ приступаютъ къ эпилированію больныхъ волосъ, что продолжается нѣсколько недель.

Смоляная шалка, форсированнымъ снятіемъ коей съ головы удаляются пораженные волосы, представляетъ средство, которымъ можно пользоваться лишь подъ наркозомъ.

Herpes tonsurans (Tinea tonsurans, стригущій лишай)

Чаще всего бываетъ въ бородѣ; болѣзнь вызывается грибомъ (*Trichophyton tonsurans*), переносимымъ на кожу при бритьѣ. Herpes первоначально является въ видѣ круговъ, периферія коихъ окаймлена пузырьками, а центръ представленъ чешуйкой. Сталкиваясь другъ съ другомъ, круги даютъ разнообразныя фигуры. Пузырьки могутъ превратиться въ гнойнички (*Sycosis parasitaria*).

Herpes tonsurans capillitii оставляетъ на волосахъ измѣненія, производящія впечатлѣніе беспорядочной и неполной стрижки, въ то время какъ при *Alopecia areata* образуются гладкіе круги, лишенные волосъ. Подъ **Керіонъ Сельсі** разумѣютъ значительно возвышающіяся надъ уровнемъ кожи припуханія, сходныя съ инфильтратами при *Sycosis*. Своимъ видомъ (многочисленныя гнойныя точки) они напоминаютъ медовыя соты. *Herpes tonsurans* встрѣчается на любомъ мѣстѣ тѣла. Различаютъ пятнистый лишай (*H. t. maculosus*), пузырьковый (*H. t. vesiculosus*) и чешуйчатый (*H. t. squamosus*); всегда онъ является въ видѣ круговъ или оваловъ.

По А. Волфъу и Мухтар'у *Trichophyton* обуславливаетъ иногда хроническое воспаленіе на ладоняхъ и подошвахъ; оно носитъ экзематозный характеръ; только по краямъ болѣзненныхъ очаговъ замѣчаются пузырьки или узелочки. Большія діагностическія трудности представляетъ подчасъ изолированный *Onychomycosis tonsurans*. Заболѣваетъ одинъ палецъ руки или ноги, либо нѣсколько заразъ. Процессъ начинается съ боковыхъ краевъ ногтя; но-

готь теряетъ свой блескъ, становится ломкимъ. Питаніе ногтевого ложа нарушено. Вся картина страданія въ общемъ напоминаетъ *Onychomycosis farosa*. Контагіозность *H. tonsurans* довольно значительна. Повидимому *Trichophyton tonsurans* является также причиной такъ называемой краевой экземы (***Eczema marginatum***). На кожѣ паховыхъ сгибовъ и внутренней поверхности бедеръ появляются возвышенные круглые диски, периферическая кайма коихъ образуется мелкими пузырьками, чешуйками и корками. Отъ сліянія отдѣльныхъ высыпей образуются гнѣзда большой величины, по краямъ ограниченныя вышуклыми линиями, остатками прежнихъ круговъ. Центръ мокнетъ. Отъ *E. marginat.* должна быть отличаемы ***Erythrasma***. Она характеризуется также круглыми дисками, располагающимися въ той-же области, что и *E. marginatum*, и симметрическимъ расположеніемъ; въ противоположность *E. marginat.* сыпь при *Erythrasma* плоская и не мокнетъ; замѣчаются лишь чешуйки; диски коричневаго цвѣта.

Терапія антипаразитарная. Хорошо дѣйствуетъ 10% нафталовая мазь, 5% хризаробиновая или 4% карболовое масло. Втираніе мазей или масла способствуетъ отпаденію самыхъ верхнихъ пластовъ эпидермиса. Труднѣе лечить Негресъ волосистыхъ частей. Въ рѣдкихъ случаяхъ приходится эпилировать волосы; глубоко-проникающіе инфильтраты вскрываются ножемъ; за симъ компрессы съ борной кислотой или сулемой; только лишь послѣ нихъ можно приступить къ вышеупомянутымъ средствамъ. *Erythrasma* быстро проходитъ подъ вліяніемъ тѣхъ-же средствъ.

Алоресія агеата возникаетъ на почвѣ трофоневроза; впрочемъ, въ иныхъ, довольно-многочисленныхъ случаяхъ, вѣроятно паразитарное происхожденіе. Волосы, стоящіе по периферіи выпавшаго круга, держатся слабо. Линія окружности не всегда математически-правильна. Отъ столкновенія нѣсколькихъ круговъ, лишенныхъ волосъ, на головѣ образуется значительная плѣшь. Иногда *Алоресія агеата* захватываетъ и другія, покрытыя волосами, части кожи; даже пушковые волосы могутъ подвергнуться выпаденію. Въ случаяхъ послѣдняго рода прогнозъ дурной.

Pityriasis versicolor

обязанъ своимъ происхожденіемъ также грибку (*Mikrosporon furfur*). На кожѣ появляются пятна грязнаго цвѣта, слегка ше-

лушаціяся. Пятна по преимуществу на груди, животѣ и въ подмышечной впадинѣ; нижней границей ихъ служатъ гениталии; верхней—подбородокъ! Если поскоблить пораженные мѣста кожи ногтемъ, то отдѣляются чешуйки. Контагиозность незначительна. Болѣзнь передается чрезъ бѣлье (шерстяное). *Терапія*. Зеленое мыло, 10^o/о нафтоловая или хризаробинная мазь и примочки (осторожно!) съ $\frac{1}{2}$ —1^o/о сулемовымъ растворомъ.

P. tabescentium является результатомъ нарушенія питанія кожи (послѣ тяжелыхъ болѣзней) и старческой атрофіи ея. Кожа темнѣетъ, шелушится; у стариковъ яв. тому-же наклонность къ образованію бородавокъ (*verruca senilis*). Эти бородавки, состояція изъ разросшихся кожныхъ сосочковъ, легко распадаются. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ онѣ превращаются въ злокачественное новообразованіе.

Pityriasis rosea (Gilbert)

представляетъ маленькія желтокрасныя пятна, которыя **отрубевидно шелушатся**. Нѣкоторыя пятна слегка возвышаются. Мѣстоположеніемъ сыпи первоначально является спина, шея, грудь; затѣмъ сыпь распространяется съ туловища на конечности. Пятна, сливаясь другъ съ другомъ, образуютъ разнообразныя фигуры. Шелушеніе по преимуществу на периферіи пятна. Зудъ. Иногда *pityriasis* появляется остро въ сопровожденіи легкой лихорадки (*Pseudoexanthème aigu Bazin'a*).

Нѣкоторые авторы предполагаютъ, что дѣло идетъ лишь о формѣ *Herpes tonsurans*; другіе вѣтъ съ Gilbert'омъ настаиваютъ на самостоятельности ея. Vidal описываетъ сходную съ *Pityriasis* картину, какъ *Pityriasis circinée et marginée* (*Mikrosporion Anthonson*).

Леченіе тоже, что и при *Pityriasis versicolor*. Между животными паразитами наибольшее значеніе имѣетъ чесоточный клещъ (*Acarus scabiei*).

Scabies (Чесотка)

представляетъ болѣзнь, характеризующуюся сильнымъ зудомъ. Высыпи располагаются на кожѣ подмышечныхъ впадинъ, сосковой области, возлѣ пупка и въ межпальцевыхъ складкахъ рукъ и ногъ. Обусловливается чесотка паразитомъ, принадлежащимъ къ классу клещей. На туловищѣ изъ различныхъ формъ высыпей встрѣчаются то экскоріаціи, расчесы, то диффузно покраснѣвшіе участки и узелки. Такъ какъ зудъ легко ведетъ ко вторичной экземѣ вслѣдствіе расчесовъ, то нерѣдко приходится при чесоткѣ наблюдать измѣненія, расположенныя на излюблен-

ныхъ экцемой мѣстахъ (сгибательныя поверхности конечностей). При чесоткѣ наблюдаются иногда случаи, гдѣ преобладающей формой сыпи является пустула. Лицо никогда не поражается ею.

У лепрозныхъ, одновременно пораженныхъ чесоткой, на кожѣ происходитъ громадное скопленіе корокъ, содержащихъ въ себѣ паразитовъ и ихъ яичекъ (*S. norwegica*).

Клещевыя ходы—темнаго цвѣта; они то извитые, то прямые. Начало ходовъ обозначается черной, слегка поднимающейся надъ уровнемъ, кожи точкой. Конецъ хода, гдѣ обыкновенно и находится клещъ, представленъ бѣловатаго цвѣта маленькимъ слегка углубленнымъ узелкомъ или маленькой пустулкой. Изъ последней легко достать клеща, если проколоть ее иглой. Можно вырѣзать изъ кожи и весь клещевой ходъ, чтобы достать если не самого клеща, то, по крайней мѣрѣ, отложенныя имъ яйца.

Прогнозь удовлетворителенъ при настойчиво-проведенной *терапии*. Въ теченіе 2 дней и ночей пациенты остаются въ постели, закутанные въ шерстяное одѣяло. За это время производится 6—8 разъ втираніе въ тѣло (кроме лица) Balsam. Peruv. и Alcohol. rectific. аа или Styraх и прованское масло аа. По Kaposi.

182. Rр. Naphthol. 15.0.
Cretae alb. 10.0.
Sapon. virid. 50.0.
Axung. porci 100.0.
M. f. U.

Въ неособенно рѣзко выраженныхъ случаяхъ можно больного и не держать въ постели. Чтобы избѣгнуть отравленія, необходимо чередовать втираніе одного вещества съ другимъ. На третій день больного тщательно обмываютъ въ ваннѣ, а затѣмъ принудриваютъ все тѣло. Если имѣются экзематозныя явленія, то необходимо дальнѣйшее леченіе берной, цинковой мазью или мазью Невга.

Цѣлесообразно до и во время леченія изслѣдовать мочу!

Жлопы (*simicee*) обыкновенно ночью вызываютъ на кожѣ крапивную сыпь. Волдыри и пятна, производимыя блохами, отли-

чаются мельчайшей гѣморрагической центральной точкой. (Purpura pulicosa).

Платяная вошь производит на туловищѣ и конечностяхъ пустулезную экзантему съ многочисленными экскориціями и расчесами. Вслѣдствіе расчесовъ въ нѣкоторыхъ хроническихъ случаяхъ образуется темное окрашивание кожи (Melanoderma). Наиболее поражаются платяной вощью тѣ участки кожи, гдѣ платье наиболее тѣсно прилегаетъ къ тѣлу (поясъ, поясница, верхняя часть бедра).

Для излеченія достаточно принимать мыльные ванны и чистить бѣлье и платье.

Площицы (Phtrii) производятъ очень сильный зудъ и вторично вслѣдствіе расчесовъ экзему, помѣщающуюся у волосъ, окружающихъ половыя части. Противъ нихъ достаточно одного втиранія сѣрой мази или

183. Rр. Hydrarg. bichlor. 1.0
Glycerin ad 100.0
S. Наружное.

Послѣ втираній присыпать кожу. Сулемовый глицеринъ рѣдко раздражаетъ кожу. Къ сожалѣнію, нельзя того-же сказать о сѣрой мази. Saalfeld примѣняетъ:

184. Rр. Sublimat 0.5
Acet. communis 150.0
M. S. Наружное. Осторожно!

Послѣ 2—3 втираній, произведенныхъ въ теченіе 2 дней, слѣдуетъ принять мыльную ванну. Phtrii иногда вызываютъ своеобразныя пятнышки на кожѣ живота (Maculae caeruleae или Tâches bleuâtres). Пятнышки распространяются подчасъ до подмышечныхъ впадинъ и бороды; переходятъ границы рѣсницъ, но никогда бороды!

Leptus autumnalis (лѣтомъ водится въ травѣ и кустарникахъ) вызываетъ на кожѣ волдыри. При леченіи достаточно однихъ спиртовыхъ обмываній (см. крапивницу) кожи.

Собачій клещъ (Ixodes ricinus, водится въ сосновомъ лѣсу) присасывается своимъ сосательнымъ аппаратомъ къ кожѣ, вызывая весьма ограниченныя воспалительныя явленія на ней. Не слѣдуетъ насильственно извлекать клещей изъ кожи, такъ какъ ихъ сосательный аппаратъ легко отрывается и остается въ ней. Лучше всего смочить ихъ эфиромъ или Liqueur Ammonii caustici.

Все сказанное о клещѣ относится и къ Pulex penetrans тропиковъ.

Личинки овода (Oestrus hominis) развиваются на тѣхъ мѣстахъ кожи, гдѣ насѣкомое откладываетъ свои яйца. Обыкновенно на кожѣ появляется либо ограниченная флегмона, либо фурункулезный абсцессъ! Наиболее распространено страданіе въ Россіи и Франціи, изрѣдка въ Германіи.

Москиты вызываютъ своими укусами волдыри; кусаютъ они ночью. Вотъ почему выработалось въ южныхъ и западныхъ странахъ Европы, гдѣ они по-преимуществу водятся, обыкновеніе зажигать вечерніе огни не ранѣе, чѣмъ закрыты окна.

Manyssus avium есть клещъ, живущій на птицѣ. У чело-вѣка онъ вызываетъ на лицѣ, кистяхъ предплечья, зудящую узелковую сыпь.

Filaria Medinensis, Filaria Sanguinis

подъ тропиками встрѣчается эндемически, у насъ она бываетъ въ единичныхъ случаяхъ, завезенныхъ оттуда. Предполагаютъ, что эмбрионы и молодые экземпляры попадаютъ съ питьевой водой въ пищеварительный трактъ, откуда совершаютъ свое дальнѣйшее шествіе по организму. *Filaria sanguinis*, проникая въ лимфатическія сосуды, вызываетъ *Elephantiasis Arabum*. Паразитовъ можно найти въ мочѣ и лимфѣ. Ночью москиты, высасывая кровь изъ чело-вѣка, инфицируются сами, дѣлаясь дальнѣйшимъ посредникомъ въ распространении болѣзни. Москиты охотно посѣщаютъ стоячія воды; здѣсь, опорожняая свой кишечникъ, они заражаютъ воду, которой пользуется чело-вѣкъ (питье, купанія).

Именемъ **Elephantiasis Arabum, Pachydermia cutis**

или просто *Elephantiasis* мы называемъ болѣзнь, характеризующуюся сильнымъ утолщеніемъ кожи и являющуюся результатомъ нарушенія кровообращенія, воспаления кожи (экцема), рожи или волчанки. Подъ *E. Graecorum* разумѣютъ проказу. Главнымъ образомъ поражаются стопа, голень, гениталии (мошонка, penis, губы, клиторъ) и уши. Слоновости часто предшествуетъ хроническая экцема, рецидивирующая рожа, лимфангоиты и флебиты. По *Wirchow*'у сущность процесса заключается въ лимфатическомъ отѣкѣ кожи; соответственныя лимфатическія железы почти всегда припухши. Иногда дѣло доходитъ до столь значительнаго застоя лимфы, что послѣдняя, прорвавъ кожный покровъ, течетъ каплями (*Lymphorrhoe*). Процессъ инертрофіи по-преимуществу ограничивается верхними слоями кожи, которая представляется то гладкой (*E. glabra*), то бугристой (*E. tuberosa, verrucosa*); иногда удается прощупать въ ней небольшіе папилломатозныя валики. Ко всему этому присоединяется шелушеніе эпидермиса, пигментация, изъязвленія и разнаго рода воспалительныя явленія. Въ концѣ концовъ

вѣсь слой кожи принимаютъ участіе въ процессѣ. Стѣнки венъ и лимфатическихъ сосудовъ утолщаются. На костяхъ образуются экзостозы; железистый аппаратъ кожи атрофируется.

Терапія мало надежна. Прежде всего слѣдуетъ лечить мѣстный воспалительный процессъ, являющійся причиной возникновенія слоновости (экзема, волчанка). Необходимо покой и приподнятое положеніе конечностей. Рекомендуются массажъ, бинтованіе, перевязка приводящей артеріи, частичная эксцизія n. ischiadici (Morton) электролизъ (Silva Aranjó). Цѣлесообразно панцилломатозныя разращенія удалять хирургическимъ путѣмъ.

Atrophia cutis

Сюда относятся **maculae** и **striae atrophicae**, являющіяся признакомъ прежде бывшаго растяженія кожи подъ вліяніемъ давленія, травмы, водянки и т. д. Находятъ ихъ на бедрѣхъ, животѣ, поясницѣ какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ. *Striae atrophicae* беременныхъ являются также результатомъ растяженія кожи, приводящей къ ея утонченію и частичному надрыву *corium'a*.

Кожа атрофируется также на ограниченномъ участкѣ при парализахъ различнаго рода. Ея атрофія обыкновенно предшествуетъ атрофіи соответствующихъ мышцъ.

Glossy skin. Liodermia neuritica.

Въ первой стадіи развитія болѣзни кожа является блестящей, напряженной. Окраска красноватая; нѣкоторое время даже отмѣчается утолщеніе кожи. Затѣмъ рѣзкая атрофія; кожа блѣдно-ціанотическая. Причиной болѣзни считаютъ страданіе нервовъ. Повидимому болѣзнь стоитъ также въ связи съ сирингомизліей, Морвановой болѣзью, болѣзью Raynaud. Если процессъ локализуется на пальцахъ рукъ и ногъ, то въ началѣ возможно смѣшеніе съ *Sklerodactylia*.

Atrophia senilis cutis

представляетъ физиологическое состояніе увяданія. Подкожно-жирный слой исчезаетъ, равно какъ железы и т. д. Кожа темнѣетъ, теряетъ эластичность, шелушится, дѣлается морщинистой. Типомъ измѣненій этого рода является описанный выше (см. *Pityriasis*) *Pityriasis tabescentium*. Гистологическія измѣненія, находимыя въ этихъ случаяхъ, очень интересны.

Cutis laxa

представляет врожденное, очень рѣдкое, подчасъ передаваемое по наследству (Корр), измѣненіе кожи, заключающееся въ чрезвычайной растяжимости кожи и ея морщинистости, такъ - что ее можно, какъ мантию, собрать въ складки вокругъ того или другого члена. Соединительно-тканные элементы кожи (Du-Mesnil) миксоматозно перерождены.

Kraurosis vulvae

по Breisky представляет атрофію большихъ губъ. На ихъ поверхности, сдѣлавшейся ненормально сухой, появляются трещины. Сильный зудъ. Процессу обратнаго развитія предшествуетъ гипертрофическій стадій. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходилось дѣлать экзезію губъ.

Erythema urticatum atrophicans

представляет своеобразное страданіе (Pelizzari, Podratzky, Kaposi), характеризующееся тѣмъ, что послѣ незначительныхъ надрывовъ кожи не только происходитъ кровотеченіе, но и образуются волдыри и желваки различнаго вида. Послѣ исчезновенія сыпи образуются maculae et striae atrophicae.

Atrophia maculosa acquisita

является послѣ эритематозныхъ измѣненій кожи, которыя Jadasshon описалъ подъ названіемъ Anetodermia erythematodes, а Thibierge, — Atrophodermie erythémateuse. Въ основѣ болѣзни лежатъ исчезновеніе эластическихъ волоконъ.

Atrophia diffusa cutis congenita

особенно подробно была изучаема Behrend'омъ и Kaposi; послѣдній описалъ ее въ противоположность Xeroderma pigmentosum, какъ «второй типъ ксеродерміи». Кожа бѣлаго цвѣта, блеститъ, шелушится, истончена. Кожа ложится въ складки.

Atrophia diffusa cutis acquisita

не въ старческомъ возрастѣ очень рѣдкая болѣзнь. Въ случаяхъ, наблюдавшихся до сихъ поръ (Bouchwald, Поселяловъ, Toutou) болѣзнь начиналась съ конечностей. Кожа чрезвычайно истончена, холодна, шелушится. Цвѣта она то бѣлесоватаго, то коричневаго. Истонченная кожа ложится въ складки, которыя при растягиваніи выравниваются.

Недостаточность волосатаго покрова

бываетъ врожденнымъ состояніемъ:

Alopecia congenita.

Различаютъ 2 формы; при первой находится нѣсколько лысыхъ участковъ, увеличивающихся въ размѣрахъ соответственно росту организма. Часто эти участки остаются лишенными волосъ навсегда. При второй формѣ—полное отсутствіе волосъ; очень рѣдкая аномалія, которая черезъ нѣсколько лѣтъ подчасъ исчезаетъ. Наслѣдственность при *Alopecia* играетъ видную роль. Въ пользу этого говоритъ то обстоятельство, что ее приходилось наблюдать у дѣтей одной и той же семьи. Предполагаютъ, что въ основѣ аномаліи лежитъ задержка въ развитіи (наблюдался недостатокъ зубовъ, какъ при *Hypertrichosis*).

Alopecia senilis

представляетъ фізіологическое состояніе облысѣнія головы у стариковъ. Наблюдается она преимущественно въ переднихъ и среднихъ частяхъ ея. Кожа истончается, блеститъ, становится гладкой. Наибольшее сходство со старческой *Alopecia* имѣетъ такъ называемая

Alopecia praesenilis,

локализирующаяся также на головѣ съ исходнымъ пунктомъ на темени или у позвоночника. Впослѣдствіи облысѣнія мѣста часто покрываются пушковыми волосами. Причиной болѣзни является *Seborrhea capitis* съ первичной повышенной дѣятельностью сальныхъ желѣзъ, а затѣмъ рѣзкимъ шелушеніемъ кожи головы (*Seborrhea sicca, Pityriasis capitis*). Иначе называютъ описываемую форму—*Alopecia pityroides*. Часто наблюдается зудъ. Предрасполагающими моментами считаются простуда головы, не гигиеническій головной уборъ, душевныя волненія, неправильный образъ жизни, бессонница, половые эксцессы и т. д.

Изъ другихъ формъ облысѣній видное мѣсто занимаетъ

Alopecia symptomtica,

наблюдающаяся послѣ воспалительныхъ и паразитарныхъ заболѣваній кожи головы (экцема, Psoriasis, парша), равно какъ послѣ инфекціонныхъ болѣзней (оспа, тифъ, скарлатина, сифилисъ) *Defluvium capillitii* при вторичномъ сифилисѣ характеризуется равномернымъ повсемѣстнымъ рѣденіемъ волосъ головы; изрѣдка, впрочемъ, образуется нѣсколько маленькихъ неправильной формы очаговъ.

Леченіе облысѣній необходимо направить на обуславливающую причину (*Seborrhea, eczema* и т. д.). Для удаленія чешуекъ, покрывающихъ кожу головы, рекомендуется мыльный спиртъ *Hebrae*; при чувствительности кожи голова обмывается теплой водой съ пережиреннымъ мыломъ Бергманна (фабрики *Waldheimer*) Затѣмъ слѣдуетъ смазать кожу деревяннымъ масломъ. Обѣ процедуры съ перерывами въ нѣсколько дней повторяются нѣсколько разъ. Послѣ этого сѣрная мазь:

185. Rp. Sulfur praecip. 1.5.

Vaselin ad 25.0.

M. f. U.

Она втирается 3 раза въ недѣлю на ночь въ кожу головы, а утромъ смывается водой съ мыломъ.

Волосы должно стричь низко. Для женщинъ вмѣсто сѣрной мази рекомендуется мыть голову теплой водой съ сѣрнымъ мыломъ. Почаще втирать въ кожу головы жиръ. Гребешки передъ употребленіемъ дезинфицировать въ горячемъ содовомъ растворѣ!

Для дальнѣйшаго леченія слѣдуетъ по нѣсколько разъ въ недѣлю на ночь мыть голову слѣдующими спиртовыми растворами:

186. Rp. Resorcini 1.0.

Aq. destillat.

Spir. vin. rectific. āā 50.0

(Joseph).

187. Rp. Chloralhydrat 8.0.

Glycerin 25.0.

Spir. dilut ad 150.0.

MS. Передъ употребленіемъ взбалтывать.

- | | |
|-------------------------|------------------------------------|
| 188. Rp. Resorcini 5.0. | 189. Rp. Solut. natr. bicarb. (3%) |
| Ol. ricini 3.0. | 170.0. |
| Ol. Bergamott. 2.0. | Glycerin. |
| Spir. vini 200.0. | Spir. Lavand. āā 15.0. |
| MDR. Для мытья волосъ | MDS. Для мытья волосъ |
| (Eichhoff). | (Lesser). |

Рекомендованный Eichhoff'омъ Captol въ 3%—5% растворахъ очень хорошъ. При этомъ целесообразно попеременно также втирать въ голову жиръ и мыть ее хининымъ или салициловымъ мыломъ.

Противъ облысѣнія на почвѣ инфекціонныхъ болѣзней борются вышеупомянутыми средствами. Кромѣ того рекомендуется фарадизація кисточкой и обтиранія кожи головы 3—5% соляными растворами.

Противъ экземы, чешуйчатого лишая, пѣрши примѣняются средства, перечисленные въ соотвѣтствующихъ главахъ. При сифилисѣ средства, о которыхъ мы скажемъ ниже.

Если предполагается паразитарное происхожденіе, то рекомендуется систематическое лѣченіе по Lassag'y, а именно: энергическое обмываніе головы іодно-щелочнымъ мыломъ Krankeirheil № 1; смывать его водой, а затѣмъ обмывать голову 2% сулемой; втирать въ кожу головы 1/2% растворъ нафталя въ алкоголь. Въ заключеніе втираніе:

190. Rp. Acid. Salicyl. 1.0.
Tinct. Benzoë 2.0.
Ol. oliv. 50.
M. S. Наружное.

Такъ проводится лѣченіе въ теченіе нѣсколькихъ недѣль. Менѣ хлопотливо попеременно примѣненіе спирта Nebrae, 1/4% сулемы, салициловаго (резорциноваго, сѣрнаго) мыла съ послѣдовательнымъ втираніемъ жира.

Hypertrichosis

при универсальномъ его распространеніи по всей поверхности кожи представляетъ всегда, а при частичномъ нѣрѣдко наследственную болѣзнь. Представителями перваго типа волосатости являются такъ называемые «волосатые люди». Они въ высшей степени похожи другъ на друга. Предполагають, что въ основѣ аномаліи лежитъ (см. Alopecia congenita diffusa) задержка въ развитіи, такъ что

кожа остается под своимъ эмбриональнымъ покровомъ. Въ этихъ случаяхъ наблюдаютъ также недостатокъ зубовъ.

Barthels подраздѣляетъ Hypertrichosis на:

Heterogenia (образованіе бороды у женщинъ, выростаніе у нихъ волосъ на груди).

Heterochronia (раннее появленіе бороды у мальчиковъ, лобковыхъ волосъ у дѣвочекъ).

Heterotopia (появленіе волосъ на мѣстахъ, обыкновенно лишенныхъ ихъ, напримѣръ, на крестцѣ, лопаткѣ).

Гетеротопія приобрѣтается наследственно, врождена (вмѣстѣ съ Spina bifida, недостаткомъ зубовъ) или, наконецъ, является результатомъ вѣшняго раздраженія или на нервной почвѣ. Изъ раздраженій надо отмѣтить продолжительныя повязки. Изъ нервныхъ болѣзней—спинальные параличи и огнестрѣльные поврежденія нервной системы.

Самымъ вѣрнымъ способомъ удаленія волосъ является электролизъ и рѣсичный пинцетъ. Извѣстный Böttcher'овъ Depilatorium состоитъ изъ сульфъ-гидрата кальція; онъ наносится толстымъ слоемъ на волосы, предварительно низко-остриженные; черезъ $\frac{1}{4}$ часа онъ соскабливается ножомъ. Временный успѣхъ несомнѣненъ. Впрочемъ, нерѣдко образуется при этомъ вторично экзема.

Canities,

сѣденіе волосъ не въ старческомъ возрастѣ является послѣ психическаго угнетенія, внезапнаго испуга и т. д. Наследственное предрасположеніе играетъ видную роль. Въ основѣ посѣденія лежатъ **появленіе воздуха въ мозговомъ веществѣ**. Если воздухъ появляется въ волосѣ не сплошь, а **небольшими очагами**, то образуются **чередующіеся свѣтлые и темные участки**—**„кольчатые волосы“**, Pili annulati. Если волосы попеременно обнаруживаютъ веретенообразныя утолщенія и перетяжки, лишенная мозговаго существа, то говорятъ объ **Aplasia pilorum intermittens** (Wirchow). Lesser наблюдалъ эту болѣзнь у многихъ членовъ одной и той-же семьи.

Trichorrhexis nodosa

представляетъ **бѣловатые узлы**, являющіеся на волосахъ головы, бороды и половыхъ частей. Въ узлахъ волосы отъ слабаго потягиванія ломаются. Подъ микроскопомъ волосы оказываются въ узлахъ **расщепленными въ видѣ кисти**.

Терапія при Trichorrhexis, равно какъ при Pili annulati, безсила.

На паразитной почвѣ происходитъ также образованіе желто-краснаго цвѣта узелковъ въ подмышковыхъ волосахъ (Buhl'я Zooglea capillorum).

Trichomycosis nodularis, Piedra

представляетъ узлы, сидяще на волосахъ; въ Колумбiи болѣзнь эндемична. Узлы состоятъ изъ грибковыхъ колонiй. Расщепляя ихъ въ фѣдомъ кали, мы можемъ различить подъ микроскопомъ и самого грибка. У насъ Piedra наблюдается лишь въ «искусственныхъ волосахъ», шиньонахъ, накладныхъ косахъ и т. д.

Окрашиванiе волосъ

не должно производиться свинцовыми препаратами; для блондиновъ и рыжеватыхъ всего менѣе вредна куркумовая тинктура, перекись водорода, Невпа; для брюнетовъ—серебряные препараты.

Н о г т и

могутъ отсутствовать отъ рожденiя, вырастать на мѣстѣ, гдѣ ихъ обыкновенно не бываетъ (Heteropia) или (очень рѣдко!) выпадать цѣликомъ безо всякой видимой причины.

Чаще наблюдается недостаточное ихъ развитiе или атрофiя. Нарушенiе питанiя ногтей бываетъ слѣдствiемъ инфекционныхъ страданiй (тифъ, скарлатина, оспа, скорбуть, сифилисъ и т. д.). Воспаленiе ногтевого ложа бываетъ при панарициѣ, послѣ травмы, контузии и напулезныхъ высыпанiй сифилитической природы. Результатомъ страданiя ложа является частичное разрушенiе ногтя и изуродованiе его, то полное выпаденiе ногтя; иногда ногтевое ложе нагнаивается; ненормальная ломкость ногтя, потеря блеска, образованiе въ немъ ямокъ, морщинистость являются то вслѣдствiе микотическихъ процессовъ (*Onychomycosis tonsurans, favosa*), то вслѣдствiе нутритивныхъ аномалiй или *Psoriasis*'а, экземы и краснаго лишаа. Нерѣдко на ногтѣ образуется разрощенiе или диффузное утолщенiе его субстанцiи. *Onychogryphosis* представляетъ гипертрофiю ногтя, принимающаго видъ, сходный съ когтемъ.

Утолщенiе и гипертрофiю ногтя безъ какихъ-либо дальнѣйшихъ измѣненiй (*Onychauxis*) наблюдаютъ при экземѣ, *Psoriasis*, *Lichen ruber* и т. д. При гипертрофическихъ процессахъ рекомендуется выскабливанiе острой ложечкой и послѣдовательное прижиганiе сѣрнистымъ се-

ребромъ. При *Onychomycosis* примѣняются мази съ нирогалловой кислотой (5—10%), салициловой, нафтоломъ, резорциномъ, сѣрной (можно ихъ и комбинировать другъ съ другомъ). Если ногтевое ложе обнажено, показываются примочки съ концентрированной карболовой кислотой. Кромѣ того еще рекомендуется погружать пальцы въ сулемовый растворъ (1 : 2000) или вытирать ихъ грубымъ полотномъ, смоченнымъ въ гебровскій калийный спиртъ. Подчасъ приходится дѣлать экцизію или экстракцію ногтя. При сильныхъ явленіяхъ раздраженія хорошо дѣйствуетъ погруженіе пальцевъ въ теплый 3% растворъ борной кислоты. При сифилисѣ лѣчить основное страданіе. Обнаженное ногтевое ложе слѣдуетъ прикрыть пластыремъ съ сѣрой мазью.

Аномаліи пигментаціи

бываютъ:

1. врожденными—*Albinismus*.
2. приобретенными—*Vitiligo*.

Albinismus то универсаленъ (*Albinos*, *Dondos*), то частиченъ (*A. partialis*).

Въ случаяхъ универсальнаго альбинизма, который чаще наблюдается у индивидовъ черной расы, бѣдны пигментомъ не только волосы, но *Choroidea* и *Iris*. Глаза кажутся красными, имѣется свѣтобоязнь. Иногда альбинизмъ встрѣчается, какъ семейная особенность. Наслѣдственность болѣе выражена при *A. partialis*. Въ этихъ случаяхъ симметрически по ходу нервовъ располагаются въ видѣ круговъ бѣлыя пятна, въ окружности конхъ кожа нормальна. Пятна увеличиваются по мѣрѣ роста организма. Если пятна находятся на волосистомъ покровѣ, то пигментъ исчезаетъ и въ волосахъ. Ограниченное отдѣльными пучками обезцвѣчиваніе волосъ (являющееся подчасъ при *Albinismus partialis* на участкѣ кожи, лишеномъ пигмента) носятъ названіе *Poliosis circumscripta* (см. *Vitiligo*); иногда приходилось его наблюдать въ ряду нѣсколькихъ околовѣй.

Vitiligo (Leucopathia acquisita)

иногда появляется еще до половой зрѣлости, чаще всего въ среднемъ возрастѣ. На кожѣ обнаруживаются кругловатые бѣлыя пятна, въ окружности конхъ кожа темнѣетъ. Располагаются пятна симметрически. Погранич-

ныя линіи этихъ пятенъ всегда выпуклостью обращены наружу. Выпуклость линіи пятна замѣтна также и при сліяніи нѣсколькихъ пятенъ. Подчасъ возникновенію vitiligo предшествуетъ сильный зудъ. Vitiligo замѣтно предпочитаетъ кожу темно-окрашенныхъ расъ.

Въ Туркестанѣ у сартовъ Vitiligo наблюдается очень часто.

Этіологія Vitiligo намъ мало извѣстна. Повидимому нервная система играетъ видную роль. Eulenburg видѣлъ V. послѣ поврежденія Plexus brachialis; она развилась по тракту нервовъ. Ее приходилось видѣть у душевныхъ больныхъ (Корр), при истеріи, невралгій, сирингоміелии (A. Wolff и др.); наблюдалась она послѣ тифа, скарлатины и другихъ инфекціонныхъ болѣзней, но чаще всего она появлялась безъ всякой видимой причины. У страдающихъ Базедовой болѣзнию часто бываетъ V; въ нѣкоторыхъ случаяхъ почти вся кожа усыяна пятнами. Исчезновеніе пигмента въ пучкахъ волосъ носитъ названіе—**Poliosis circumscripta**. Poliosis бываетъ то при частичномъ альбинизмѣ, то на нормальной кожѣ; необходимо добавить, что частичное исчезновеніе пигмента въ кожѣ, покрытой волосами, не вызываетъ непременно исчезновенія пигмента въ волосахъ.

Poliosis наблюдался и послѣ психическихъ аффектовъ.

Терапія не даетъ никакихъ результатовъ. Измѣненія, появившіяся разъ на кожѣ, оказываются стойкими.

Leucopathia acquisita syphilitica (Leucoderma syphiliticum)

см. сифились.

Гипертрофія пигмента при врожденномъ предрасположеніи обнаруживается въ слѣдующихъ формахъ:

1. **Lentigines**, веснушки, появляющіяся въ различные годы жизни.

2. **Naevi** (т. называемыя родимыя пятна) могутъ достигать большой величины, быть гладкими или бородавчатыми, иногда они покрыты волосами; встрѣчаются то одиночно, то множественно. Чрезвычайно интересна рѣдкая форма naevi, характеризующаяся множественнымъ появленіемъ и односторонней локализацией соотвѣт-

ственно ходу нервовъ; *Naevus* иногда подвергается злокачественному перерождению.

Удаленіе родимыхъ пятенъ—если въ этомъ встрѣчается необходимость—возможно лишь хирургическимъ путемъ. Электролизъ представляеть длительный и недостаточно надежный путь.

Chloasma представляеть собой приобрѣтенную гипертрофію пигмента у беременных (*Chl. uterinum*) и у кахектическихъ субъектовъ (*Chl. cachecticorum*). Пигментация эта представляется въ видѣ грязно-коричневаго цвѣта пятенъ, которыя распространены въ височной и лобныхъ областяхъ и въ верхней части щекъ. *Chloasma* самопроизвольно можетъ исчезнуть. У беременных темнѣеть кожа также вокругъ сосковъ и по *linea alba*.

Такъ называемая *Chl. uterinum* бываетъ иногда и у дѣвушекъ при страданіяхъ половыхъ органовъ. *Chloasma caloricum, solare* наступаетъ при извѣстномъ предрасположеніи подъ влияніемъ дѣйствія солнечныхъ лучей или тепловыхъ. *Chloasma traumaticum* отъ продолжительнаго давленія на кожу (корсетъ, чулки). *Chloasma toxicum*—послѣ употребленія раздражающихъ кожу веществъ (шпанская мушка, горчица).

Lentigines, небольшой величины *Chloasmae* и веснушки (**Ephelides**) можно по крайней мѣрѣ на время удалить, вызвавъ на соответствующемъ мѣстѣ либо некрозъ при помощи *acid. carbol. liquefacti*, либо искусственный дерматитъ (повторное смазываніе 1—2% растворомъ сулемы).

Melanosus cutis

наступаетъ послѣ длительного употребленія мышьяка то въ видѣ разлитой пигментации, то отдѣльными пятнами.

Melanoderma представляеть пигментацию кожи, особенно спины, обусловленную расчесами при сильно-зудящихъ паразитарныхъ сыпяхъ.

Пигментация кожи бываетъ еще при (или послѣ) *Lichen ruber, Eczema chronicum, Prurigo, Elephantiasis, Skleroderma, Syphilis*'ъ.

Morbus Addisonii, бронзовая кожа.

(см. болѣзни нервной системы).

При болѣзни Аддисона однимъ изъ главныхъ признаковъ является аспидно-сѣраго цвѣта пятна на губахъ, деснахъ, языкѣ, нѣбѣ и другихъ мѣстахъ слизистой рта; на соединительной оболочкѣ глазъ сѣробураго цвѣта. На соскахъ, подмышечныхъ впадинахъ и гениталияхъ коричневаго, мѣстами бронзоваго цвѣта. Ладони, подошвы и ногти не окрашиваются.

Татуировка

(киноварью, порохомъ, китайской тушью), углемъ, сажей (у трубочистовъ), равно какъ выдѣреніе частицъ каменной пыли (**Anth-**

racosis cutis), металлической пыли (**Siderosis cutis**), серебра (извѣстная **аргірія** Lewin'a и Blaschko) производить то разлитую пигментацию, то лишь ограниченную отдѣльными пятнами.

Аргірія

вступаетъ при извѣстномъ индивидуальномъ предрасположеніи то послѣ наружнаго употребленія серебра (смазываніе зѣва), то послѣ внутренняго его употребленія. Кожа диффузно окрашена въ сѣро-стальной цвѣтъ; она темнѣе въ тѣхъ мѣстахъ кожи, которыя подвергаются дѣйствию свѣта. На дѣсятахъ появляется довольно рано темная кайма. Ни конъюнктивы, ни слизистая рта не оказываются пощажеными, даже ногтевое ложе поражается. Серебро отлагается по-преимуществу въ *corium*'ѣ, въ волосяномъ сосочкѣ; но никогда не отлагается въ самыхъ волосахъ.

Опухоли кожи.

Доброкачественныя опухоли.

Фибромы бываютъ то болѣе плотной, то мягкой консистенціи (**F. molluscum**). Иногда онѣ стебельчаты (**Cutis pendula**). Изъ смѣшанныхъ формъ встрѣчаются фибролипомы и неврофибромы, располагающіяся по ходу нервовъ.

Фибромы дѣтскаго возраста бываютъ множественны; онѣ покрыты нормальной, не срастающей съ ними кожей; опухоли въ иныхъ случаяхъ остаются безъ измѣненій, въ другихъ изъязвляются или переходятъ въ злокачественное новообразование.

Липомы (жировики)

появляются обыкновенно не ранѣе половой зрѣлости; состоятъ они изъ нѣсколькихъ долекъ; кожа надъ ними нормальна, легко сдвигается. Локализациа ихъ—спина, шея, лопаточная область.

Verrucae (бородавки)

возникаютъ на почвѣ гипертрофій кожныхъ сосочковъ и эпидермиса. Онѣ то одиночны, то множественны. Почти всегда онѣ сохраняютъ свой доброкачественный характеръ, подчасъ подвергаясь самопроизвольно обратному развитію (**V. vulgaris**). Поверхность бородавокъ бываетъ гладкой или бугристой. Иногда бородавка сидитъ на стебелькѣ (**V. pendulaus**). Любимымъ мѣстоположеніемъ бородавокъ служитъ лицо и вѣсти. Такъ называемыя родимыя бородавки (*naevi verrucosi*) относятся къ группѣ родимыхъ пятенъ (сравни *naevi*); бородавки въ нѣкоторыхъ случаяхъ покрыты волосами; подчасъ онѣ являются множественно, располагаясь по

ходу нервовъ. По *Wirchow*'у *naevi verrucosi* нерѣдко располагаются на мѣстѣ эмбриональных жаберныхъ щелей (фиссуральныя пигментныя бородавки на шеѣ); послѣднія особенно склонны къ **злокачественной дегенераціи**.

Папиллома представляетъ бородавчатое образованіе, характеризующееся древовиднымъ разрастаніемъ гипертрофированныхъ кожныхъ сосочковъ. Особенно часто встрѣчается папиллома на волосистой части головы, на гениталіяхъ, возлѣ задняго прохода. На двухъ послѣднихъ мѣстахъ папилломы наблюдаются при трипперѣ, бѣляхъ, хроническомъ баланитѣ. Это—такъ называемыя **острыя кондиломы** (*Condylomata acuminata*). Кондиломы кровоточатъ; на поверхности ихъ подчасъ бывають разращенія, сходныя съ цвѣтной капустой. Сливаясь другъ съ другомъ, кондиломы могутъ превратиться въ сильно-сецернирующія новообразованія. См. трипперъ.

Бородавки удаляются прижиганіемъ дымящей азотной кислотой; здоровую кожу слѣдуетъ защитить отъ затѣканія кислоты. Можно также удалить ножницами или острой ложечкой; послѣдовательно прижигаютъ основаніе бородавки ляписомъ или полутарохлористымъ желѣзомъ. Электролизъ также хорошъ. При легкихъ формахъ достаточно креозотовой или салициловой пластырной мази.

Миомы

исходятъ изъ мускулатуры губъ, груди, половыхъ губъ, анальной области и изъ *Tunica dartos* (*myomes dartiques*). Изъ смѣшанныхъ формъ встрѣчаются богатыя соединительной тканью **фиброміомы**, миомы съ сильно-развитой кровеносной и лимфатической сѣтью, миомы кавернозные (**ангиомиома**, *Myoma teleangiectodes* по *Wirchow*'у). Въ рѣзко-выраженныхъ случаяхъ миомы ведутъ къ образованію *Elephantiasis myomatodes*, *Pachydermia*. Иногда миомы образуются на кожѣ множественно, исходя изъ гладкихъ волоконъ *m. arrect. pilorum* (*leiomyoma*). Съ самаго начала появляются на кожѣ розовыя пятна; затѣмъ, приобрѣтая темно-красный цвѣтъ, онѣ приподымаются надъ уровнемъ кожи въ видѣ узелковъ величиной съ чечевицу, подчасъ чувствительныхъ къ давленію и самопроизвольно-болящихъ. Въ такихъ случаяхъ рекомендуется ихъ вырѣзывать; впрочемъ, и послѣ операции болѣзненность не всегда исчезаетъ.

Adenoma sebaceum

представляетъ рѣдкое заболѣваніе, локализирующееся чаще всего на лицѣ; оно то бываетъ врожденнымъ, то приобрѣтеннымъ; обнаруживается оно въ видѣ свѣтло-красныхъ, слегка заостренныхъ узелковъ. Узелки могутъ самопроизвольно исчезнуть. Потовыя железы также поражаются сходнымъ съ *Adenoma Sebaceum* процессомъ, а именно **Adenoma Sudoriparum**. Узелки по преимуществу на лицѣ; они малы и мягкой консистенціи.

Milium (просянка).

представляетъ узелки величиной до просяного зерна то бѣлаго, то желтоватаго цвѣта. По преимуществу встрѣчаются на вѣкахъ; узелки состоятъ изъ тонкаго пласта эпидермиса, облегающаго содержимое, въ которомъ концентрически расположено нѣсколько пластовъ ороговѣвшихъ клѣтокъ. Въ сущности на *milium* слѣдуетъ смотрѣть, какъ на маленькія **ретенціонныя кисты солевыхъ железъ**. Часто *milium* располагается еще на вѣшнемъ краю губъ, на щекахъ, на половыхъ губахъ; *milium* также появляется возлѣ рубцовъ, равно какъ на самыхъ (поврхнѣстныхъ) рубцахъ, если *epidermis* погибъ, а фолликулярный аппаратъ сохранился. Имѣеть-ли коллоидный *milium* со своимъ просвѣчивающимъ содержимымъ (E. Wagner) тоже происхождение, что и обыкновенный, сомнительно.

При леченіи слѣдуетъ проколоть покровъ *milium*'а и содержимое его выдавить или выскоблить острой ложкой.

Atheroma

представляетъ объемистую ретенціонную кисту фолликулярнаго аппарата: по-преимуществу она помѣщается на волосистой части головы; подчасъ атеромы скопляются въ большомъ количествѣ. Характеризуется атерома плотной капсулой, кашецеобразнымъ содержимымъ и ножкой, представляющей облитерированный выводной протокъ первоначальнаго фолликула. Атерому слѣдуетъ вылущать вмѣстѣ съ капсулой.

Osteoma

въ чистой формѣ—очень рѣдкое новообразование кожи, состоящее изъ костныхъ пластинокъ. Чаще всего она входитъ, какъ составная часть въ смѣшанныя формы.

Xanthoma, Xanthelasma

представляетъ новообразование лимонно-желтаго цвѣта величиной въ чечевицу, встрѣчающееся въ 2-хъ формахъ: **Xanthoma planum** и **tuberosum**. *X. planum* локализуется по-преимуществу симметрически на верхнихъ вѣкахъ во внутреннемъ углу глаза. *X. pl.* наблюдали также на другихъ частяхъ тѣла, именно на лицѣ, на слизистой зѣва и рта.

X. tuberosum представляетъ желтоватаго цвѣта плотные узелки, достигающіе подчасъ путемъ сліянія размѣровъ крупной, чувствительной къ давленію, опухоли. (Величина ихъ достигаетъ размѣровъ водошскаго орѣха). Локализуется *X. t.* на лицѣ, слизистыхъ, ладони, головѣ, подошвѣ и по-преимуществу на разгибательной поверхности пальцевъ. Иногда *X. t.* распространяется по тракту нервовъ. *Xanthoma tuberosum* стоитъ въ нѣкоторой связи съ печеночными страданіями, особенно тѣми, которыя сопровождаются жел-

тухой. Touton считаетъ типическимъ для Xanthoma особыя ксантомныя клѣтки, заключающія капельки жира и обуславливающія окраску опухоли.

У страдающихъ ксантомой, даже при отсутствіи желтухи, наблюдается подчасъ диффузная желтая окраска кожи **xanthochromia**. Xanthoma встрѣчается въ нѣкоторыхъ семьяхъ, какъ семейная болѣзнь.

Нерѣдко у **диабетиковъ** на лицѣ и другихъ частяхъ тѣла появляются ксантомы.

Единственно вѣрная **терапия** механическая (см. Milium и Atheroma). Xanthoma diabeticozum подвергается иногда обратному развитію.

Ангиомы

отчасти развиваются изъ телеангиэктазій. Последнія часто являются врожденными (**Naevus vasculosus**, огневажъ); приобретенныя формы телеангиэктазій играютъ видную роль при Lupus erythematosus, Xeroderma pigmentosum (см. ниже) и при Acne rosacea. Ангиома происходитъ изъ телеангиэктазии путемъ новообразованія многочисленныхъ сосудовъ и соединительной ткани. Такъ появляется подчасъ опухоль, занимающая значительную поверхность (**Elephantiasis teleangiectodes**). Подъ вліяніемъ ея давленія мускулатура, кости атрофируются; она переходитъ и на слизистыя. Исходнымъ пунктомъ ея развитія можетъ быть простой naevus vasculosus. Elephantiasis teleangiectodes иногда бываетъ и отъ рождения.

Такъ называемая кавернозная ангиома заключаетъ въ себѣ большія полости, наполненныя кровью. Вслѣдствіе обилія соединительно-тканныхъ перегородокъ она представляетъ своеобразное ячеечное строеніе. Отъ давленія снаружи ее можно опорожнить. Кожа надъ ангиомой окрашена въ темный цвѣтъ. Кавернозная ангиома то развивается изъ другихъ формъ ангиомъ, то является врожденной или развивается въ зрѣломъ возрастѣ непосредственно какъ таковая. Ангиома можетъ самопроизвольно вскрыться, вызвавъ опасное для жизни кровотеченіе. Иногда наблюдается частичное обратное развитіе ангиомы. **Lymphangioma** образуется также, какъ и Angioma; она бываетъ также врожденной; приходилось наблюдать и **Elephantiasis lymphangiectatica**; при разрывѣ поверхностно-лежащихъ лимфангиэктазій появляется **Lymphorrhoe**. Иногда на туловищѣ появляются маленькія желто-красныя лимфангиомы, сидящія группами; величина ихъ иногда достигаетъ размѣровъ чечевичы. Встрѣчаются также объемистыя кавернозныя лимфангиомы. Kaposi, Писсаровъ, Lesser и Veneske описали особую форму, такъ называемую **Lymphangioma tuberosum simplex**. Она появляется то въ дѣтствѣ, то позже въ видѣ одиночныхъ плотныхъ узелковъ, сидящихъ на снѣжѣ. Природа этой болѣзни еще недостаточно выяснена.

Въ основѣ **макрохейліи** и **макроглоссіи** лежитъ типическая кавернозная лимфангиома. Въ теченіе обыкновеннаго Elephantiasis'a появляются варикозныя расширения лимфатическихъ сосудовъ, застой лимфы и Lymphogroë.

Небольшой величины сосудистыя новообразованія лечатся термокаутиризацией, гальванопунктурой, электролизомъ, скарификаціей и вырѣзываніемъ. Прижиганіе дымящей азотной кислотой также примѣняется. Въ сущности лимфома и ангиома относятся болѣе къ области хирургіи, чѣмъ къ кожнымъ болѣзнямъ.

Leukaemia cutis

описана впервые Karosi подъ именемъ **Lymphodermia perniciosa**; начинается дерматозъ явленіями экземы; далѣе образуются на кожѣ **тѣстоватыя** припухлости, равно какъ кожныя и подкожныя **узелки**, обнаруживающіе склонность къ изъязвленію. Могутъ образоваться (A. Wolff) также маленькіе краснаго цвѣта шелушащіеся узелки, сливающіеся въ plaques; plaques сильно зудятъ. Располагаются они по всей периферіи тѣла, не щадя и лица, которое въ такихъ случаяхъ представляется обрюзгшимъ. Schiff, Hochsinger и другіе описали при лейкеміи особой формы инфильтраты въ кожѣ съ центральнымъ вдавленіемъ; подкожная клетчатка съ ними не срастается. Прочіе **симптомы** лейкеміи (опуханіе железъ, селезенки, увеличеніе количества бѣлыхъ шариковъ) обыкновенно при Leukaemia cutis на лицо. Кожныя измѣненія при **псевдолейкеміи**, еще болѣе рѣдко встрѣчающіяся, нежели при лейкеміи, приходилось наблюдать Joseph'у Arning'у и другимъ. Вслѣдъ за развитіемъ другихъ симптомовъ псевдолейкеміи на кожѣ появляется зудящая популезная экзантема, а иногда значительной величины опухолевидное образованіе, которое должно разсматривать, какъ саркому. Къ этой-же болѣзни по Joseph'у относится и то страданіе, которое E. Wagner описалъ какъ Prurigo при лимфатической анеміи.

Прогнозъ при лейкеміи и псевдолейкеміи серьезень. Укрѣпляющая діета, климатическія и гигиеническія благопріятныя условія, вмѣстѣ съ тѣмъ энергическое леченіе мышьяковыми инъекціями (см. Lichen ruber)—составляютъ основу терапіи. Зудъ успокаивается отъ 5% нафтоловой мази и дегтярныхъ препаратовъ (см. выше экзему).

Изъ злокачественныхъ новообразованій на первомъ мѣстѣ стоитъ одна изъ **канкроидныхъ** формъ, такъ называемый Ulcus rodens. Появляется ulcus въ зрѣломъ возрастѣ въ видѣ сосочковой опухоли, медленно распадающейся, образуя язву съ твердымъ дномъ и плотными краями, которые валикообразно возвышаются и покрыты маленькими узелками.

Опуханіе лимфатическихъ железъ наступаетъ позд-

но; метастазы рѣдки. Узелки, расположенные по краямъ язвы, легко вылущаются; внутри ихъ находятъ наслоенные въ видѣ луковицы эпителиальные клѣтки (**канкроидныя тѣльца жемчужины**). Канкроидъ исходитъ также изъ **рубцовъ, сифилитическихъ и люпозныхъ язвъ**. Узелковая и папилломатозныя формы канкроида протекаютъ болѣе злокачественно, нежели *ulcus rodens*. Кожный ракъ развивается по преимуществу **на губахъ, носовыхъ крыльяхъ, грудной железнѣ, половомъ членѣ и заднемъ проходѣ**. Дальнѣйшія подробности, включая и терапію, относятся къ области хирургіи. Весьма замѣчательно то обстоятельство, что **ракъ мошонки** наблюдается особенно часто у рабочихъ на парафиновыхъ и дегтярныхъ заводахъ. О карциномѣ груди при болѣзни Педжета см. ниже.

Саркома образуется на кожѣ первично изъ **бородавокъ, рубцовъ, хроническихъ язвъ голени, онихій** (подноготная саркома) и **пигментныхъ бородавокъ**. Саркома бываетъ то безпигментная, то **меланотическая**. Последняя форма отличается чрезвычайной злокачественностью. Иногда саркома появляется множественно, образуя распадающіеся очаги и давая метастазы.

Множественная идиопатическая саркома (Kaposi) развивается въ видѣ маленькихъ красно-бурыхъ узелковъ первоначально на кисти и стопѣ, затѣмъ распространяется по всей периферіи тѣла, давая метастазы и во внутренніе органы. Отдѣльные узелки иногда самопроизвольно исчезаютъ, часто замѣчается гангреноценція. Теченіе неблагоприятно. Подчасъ съ успѣхомъ примѣняется энергическое леченіе мышьякомъ (инъекціи). Подробности, включая и леченіе, представляютъ хирургическій интересъ.

При **Xeroderma pigmentosum** образуются на **лицѣ и кистяхъ**, а затѣмъ на поверхности всего тѣла **красно-бурыя пигментныя пятна**, вслѣдствіе чего кожа пріобрѣтаетъ пестрый видъ. Изъ пятенъ много лѣтъ спустя развивается **саркоматозное новообразованіе**. Эта рѣдкая болѣзнь обыкновенно появляется въ дѣтствѣ и приводитъ къ летальному концу.

Mycosis fungoides послѣ начального стадіа, характеризующагося явленіями сильно-напоминающими экзему, переходитъ въ слѣдующую стадію развитія, въ теченіе которой образуются одиночныя инфильтраты, превращающіеся путемъ сліянія въ **большіе узлы**. Опухоли либо гнойно распадаются, либо даютъ грибовидныя разращенія. *Mycosis fungoides* появляется то на кожѣ, покрытой волосами, то на мѣстахъ, лишенныхъ ея. Болѣзнь медленно ведетъ къ смертельному исходу. Повидимому *Mycosis fungoides* представляетъ лишь особую форму кожного саркоматоза.

Отъ мышьяка получается нерѣдко выздоровленіе. Раннее хирургическое вмѣшательство вполне уместно.

Acanthosis nigricans бываетъ большей частью лишь у карциноматозныхъ индивидовъ. Кожа шереховата, грязно-темнаго цвѣта, бугриста,—словомъ представляетъ картину, наблюдающуюся при *Ichthyosis hystrix*. Въ основѣ ея лежитъ гипертрофія рогового слоя. Болѣзнь очень рѣдка.

Psorospermosis cutis

бываетъ въ 3 формахъ:

1. **Molluscum contagiosum** (Bateman), *Acne varioliformis* (Bazin), *Epithelioma contagiosum* (Neisser).
2. **Болѣзнь Darier** (*Psorospermosis follicularis vegetans*).
3. **Болѣзнь Paget'a.**

При Педжетовой болѣзни въ началѣ образуется хроническое воспаленіе сосковой области; кожа шелушится, поздиѣ мокнетъ. Далѣе образуются инфильтраты, трещины и папилломатозныя разращенія; грудной сосокъ втягивается; начинается процессъ ракового новообразования.

При болѣзни Darier, представляющей **гиперкератозъ**, сопровождающійся образованіемъ плотныхъ кругловатыхъ или заостренныхъ узелковъ красно-сѣраго или черноватаго цвѣта, замѣчается симметричность въ расположеніи сыпи и локалізація соответственно **фолликулярному аппарату**. Главнымъ образомъ помѣщается на головѣ, лицѣ, гениталияхъ, сгибѣхъ локтевыхъ и паховомъ, подмышечной впадинѣ и въ *regio sternalis*. Ногти представляютъ всегда измѣненія, ломки и т. д. Наслоенныя другъ на друга роговыя массы покрываютъ кожу сплошнымъ слоемъ; наблюдается также бородавчатая, папилломатозная разращенія.

Болѣзнь въ высшей степени рѣдка. Протекаетъ хронически безо всякаго вреда для общаго состоянія здоровья. Ороговѣлыя узелки съ извѣстнымъ усиленіемъ могутъ быть вылучены изъ кожи; въ такомъ случаѣ въ ней дѣлается видной ямочка, соответствующая

щая выводному протоку сальной железы; изъ него при надавлѣніи показывается сальная масса.

При болѣзни Пэджета и Darier (*Psorospermosis folliculaire végétante*) внутри эпителиальныхъ вѣтчекъ наблюдали круглыя двояко-контурированныя тѣльца, оттѣсняющія ядро въ сторону. Darier полагаетъ, что тѣльца представляютъ кокцидіи, и такимъ образомъ считаетъ описываемыя страданія паразитарными.

При болѣзни Пэджета показано какъ можно болѣе раннее хирургическое вмѣшательство; при болѣзни Darier леченіе мышьякомъ, частыми теплыми ваннами; чтобы способствовать отпаденію роговыхъ массъ, мази съ салициловой кислотой и сѣрой.

Molluscum contagiosum представляетъ **блѣдноватую, просвѣчивающую опухоль** величиной съ горошину; локализуется она по преимуществу на **гениталіяхъ** и **промежности**. Весьма вѣроятно, что болѣзнь **прилипчива**. Опухоль сидитъ на нормальной кожѣ то всѣмъ своимъ основаніемъ, то на ножкѣ. На поверхности опухоли различается **центральное вдавленіе**, изъ котораго можно выдавить блѣдоватое содержимое, то водянистое, то кашицеобразное. Причиной болѣзни считаютъ зараженіе кокцидіями, поражающими главнымъ образомъ вѣтки *rete Malpighii* (моллюсковыя тѣльца), изъ которыхъ и исходитъ процессъ.

Molluscum contagiosum либо выдавливается, либо выскабливается острой ложечкой.

Сифились

начинается на мѣстѣ зараженія—соотвѣтственно прямому дѣйствию яда—явленіями, которыя почти всегда настолько выражены, что рѣдко лишь ускользаютъ отъ взора. Обыкновенно измѣненія появляются на гениталіяхъ, иногда внѣгенитально (губа, языкъ, нѣбо, пальцы, женскій сосокъ, вѣко, задній проходъ).

Если черезъ нѣсколько дней послѣ зараженія образуется одна или нѣсколько язвъ съ острыми краями и дномъ, покрытымъ гнойной массой (*ulcera venerea*), то дѣло идетъ о **простомъ** или **мягкомъ шанкрѣ**. Спустя нѣсколько недѣль при цѣлесообразномъ леченіи язвы исчезаютъ, не обнаруживая никакого затвердѣнія. Чаще всего ихъ находятъ на *frenulum praeputii*, *sulcus coronarius*, *glans*, *introitus vaginae*; язвы могутъ сопровождаться одно- или двустороннимъ припуханіемъ паховыхъ железъ, которыя подчасъ нагнаиваются (*bubo suppurativus*).

Изъ отдѣльныхъ формъ простого шанкра различаютъ фолликулярный шанкръ (маленькія, круглыя съ острыми краями язвы и покрасѣвшей окружностью, расположены онѣ на sulcus coroparius и большихъ губахъ), гангренозный и серпигинозный (весьма рѣдко). Нерѣдко изъ дна язвы пышно разрастаются грануляціи, выдаваясь надъ ея краями (ulcus elevatum).

Увеличеніе числа язвъ-происходитъ путемъ аутоинкуляціи. Послѣ простыхъ язвъ обыкновенно не бываетъ никакихъ сифилитическихъ проявленій въ тѣхъ случаяхъ, когда язва заключаетъ въ себѣ лишь одинъ ядъ простого шанкра, вырабатываемый микроорганизмами, выдѣленными Ducey, Kresting'омъ и Unna изъ язвеннаго гноя.

Иногда, впрочемъ, язвы описаннаго типа заключаютъ въ себѣ еще сифилитическій ядъ; это обнаруживается лишь послѣ излеченія простой язвы тѣмъ, что дно и края язвы на третьей недѣлѣ отъ начала зараженія обнаруживаютъ **затвердѣніе** (Chancres mixte). Иногда на первой недѣлѣ зараженія образуется быстро-уступающая леченію маленькая нехарактерная язва или быстро исчезающая ссадина, каковыя на третьей недѣлѣ появляются вновь и затвердѣваютъ; или спустя нѣсколько недѣль отъ начала зараженія появляется специфическій блѣдный, плотный, безболѣзненный инфильтратъ пергаментной или хрящевой плотности (**Hunter'овъ шанкръ, инициальный склерозъ**). Инфильтратъ претерпѣваетъ подѣ влияніемъ соответствующаго леченія обратное развитіе или изъясняется, начиная съ центра вглубь, такъ - что сифилитическая язва оказывается окруженной твердой каймой. При незначительномъ медленно прогрессирующемъ распадѣ изъясняющаяся поверхность имѣетъ блестящій лаковый видъ. Ни множественность язвъ, ни ихъ величина и интенсивность распада не рѣшаютъ отнюдь характера процесса (специфическій или нѣтъ).

Такъ, нѣкоторыя несомнѣнно простые язвы образуютъ при залечиваніи плотные рубцы, въ то время какъ послѣ незначительныхъ сифилитическихъ изъязвленій могутъ образоваться рубцы чрезвычайно мало-замѣтные,

исчезающіе почти безслѣдно. Фагеденизмъ бываетъ какъ при сифилисѣ, такъ и простомъ шанкрѣ. Простая язва подѣ влияніемъ прижиганія, давленія и т. п. дѣлается затвердѣлой (воспалительная индурация); благодаря особымъ мѣстнымъ условіямъ (шанкръ слизистой, мочеиспускательнаго канала, препуція и т. д.) простой шанкръ часто симулируетъ твердый; съ другой стороны сифилитическій инфильтратъ протекаетъ иногда, не обнаруживая затвердѣнія.

Время, протекающее отъ зараженія до появленія инициального склероза, носитъ названіе **перваго инкубационнаго періода** сифилиса. Для излеченія рѣзко-выраженнаго сифилитическаго первичнаго пораженія требуется отъ 3 до 5 недѣль. Лечение мѣстное. При гунтеровомъ склерозѣ и инициальномъ склерозѣ съ незначительнымъ поверхностнымъ распадомъ лучше всего дѣйствуетъ сѣрный пластырь (Emplastr. Hydrarg. American. или ртутная пластырная марля), который мѣняютъ каждые 2 дня. При язвахъ присыпать 3 раза въ день каломель.

При сильномъ распадѣ какъ специфическихъ, такъ и неспецифическихъ язвъ всего болѣе рекомендуется іодоформъ. Ни Aristol, Europhen, Dermatol, Iodol, Airol, Xeroform, ни Natrium Soziodoficum, равно какъ салициловая кислота (pulverata) не могутъ вполне замѣнить этотъ препаратъ. Для уничтоженія непріятнаго запаха іодоформа прибавляютъ тонкинскій бобъ. Iodoform. bituminatum пахнетъ слабѣе. Если отдѣленіе значительно и пурулентнаго характера, то необходимо примѣнять въ теченіе нѣсколькихъ дней примочки съ 2—3% борной кислотой (больной лежитъ въ постели). При вторичномъ рѣзкомъ фимозѣ разрѣзъ. Прижиганіе язвъ адскимъ камнемъ слѣдуетъ по-возможности ограничить лишь самыми упорными формами, склонными къ гангренесцированію или къ чрезмѣрному гранулированію. Напротивъ раннее прижиганіе концентрированной карболовой кислотой (защищать здоровую ткань отъ ея попаданія), равно какъ компрессы изъ сѣрнокислой мѣди (3 : 100), примѣняемые, въ теченіе одного или двухъ дней, приносятъ несомнѣн-

ную пользу. Результаты мѣстной предупредительной экцизии шанкра сомнительны.

Еще прежде чѣмъ первичное пораженіе исчезаетъ, начинается развѣваться опуханіе железъ паховыхъ, ругамашиларныхъ, кубитальныхъ и шейныхъ. Особенно характернымъ для сифилитически-припухшихъ железъ является тѣстоватость и овальная форма инфильтрованныхъ пакетовъ железъ. Паховыя железы начинаютъ припухать почти одновременно съ развитіемъ первичнаго пораженія, обыкновенно на обѣихъ сторонахъ. Однако надо помнить, что и простая язва ведетъ также къ двустороннему опуханію железъ. Специфическіе паховые бубоны часто бываютъ довольно большой величины и плотны; они могутъ и нагнаиваться. Въ раннихъ стадіяхъ начинающагося размягченія бубоновъ въ видѣ опыта рекомендуется примѣнять ледъ; въ случаѣ отрицательнаго результата хирургическое вмѣшательство. Не слѣдуетъ однако ограничиться однимъ разрѣзомъ, а нужно или прижечь окружающую ткань, или убрать ее. При припуханіи железъ средней интенсивности, не обнаруживающемъ склонности къ размягченію, хорошо дѣйствуетъ ртутный пластырь.

Общее опуханіе железъ достигаетъ своего апогея между 7 и 9 недѣлями. **Между 9 и 12 недѣлями, по окончаніи такъ называемаго II инкубаціоннаго періода** (время отъ появленія шанкра до опуханія железъ) начинаются **общія явленія**, съ которыми сифились и переходитъ **во вторичный періодъ**. Въ предшествіи лихорадки или безъ нея, въ сопровожденіи головныхъ болей, особенно-жестокихъ ночью (*Cephaea nocturna*), равно какъ ночью обостряющихся болей въ суставахъ и костяхъ, развивается **Roseola syphilitica**. Она преимущественно располагается на груди, животѣ и спинѣ, мало по малу теряясь въ направленіи лица и конечностей. *Roseola* свѣтло-краснаго цвѣта, пятнистая. На мягкомъ нёбѣ, языкѣ и миндалинахъ различается рѣзкая краснота, то болѣе диффузная, то пятнистая. Иногда розеольная сыпь образуетъ на кожѣ волдыреподобныя возвышенія—*Roseola urticata*. Подчасъ розеола развита въ

скудномъ количествѣ. Если кожная сыпь представлена сильно-развитымъ мелко-папулѣзнымъ, крупно-папулѣзнымъ сифилидомъ, равно какъ язвеннымъ, то прогнозъ чрезвычайно серьезенъ. На краю языка, на тонзиллахъ и губахъ образуются очень часто бѣлыя пятна (Plaques muqueuses). Во время высыпанія общее состояніе здоровья сильно страдаетъ: появляется анэмія, альбуминурия, желтуха, опуханіе селезенки. Часто наступаетъ разлитое *d-fluvium carillitii*. Нерѣдко обѣ миндалины сильно краснѣютъ и чрезвычайно опухаютъ, оставаясь въ такомъ состояніи цѣлыми недѣлями, не всегда покрываясь при этомъ plaques. Рѣже замѣчается описанное явленіе на одной лишь миндалинѣ. У женщинъ передъ высыпаніемъ или во время его щитовидная железа увеличивается. При рѣзко-выраженной анэміи (см. выше) замѣчается уменьшеніе количества красныхъ шариковъ. Ближе всего къ розеолѣ стоитъ какъ въ смыслѣ частоты, такъ и прогноза **папулѣзный** сифилидъ. Онъ часто замѣщаетъ розеолу или развивается изъ нея, такъ-что одновременное присутствіе той и другой формы представляется далеко не рѣдкимъ. Папулы обычно не болѣе чечевицы (**лентивулярный сифилидъ**), плотны, темно-краснаго цвѣта и рѣзко-круглой формы. Обратное развитіе папулы начинается съ центра, что обнаруживается ея западеніемъ и умѣреннымъ шелушеніемъ, по исчезновеніи папула оставляетъ коричневую пигментацию. Локалізація папулъ таже, что и розеолы, только лишь крупно-папулѣзный сифилидъ особенно въ большомъ количествѣ наблюдается въ складкахъ и сгибахъ кожи. **Мелко-папулѣзный милиарный сифилидъ, Lichen syphiliticus**, какъ первичная сыпь, встрѣчается значительно рѣже розеолы и крупно-папулѣзной сыпи; прогнозъ при этой формѣ сыпи тяжелый. Обыкновенно она развивается или при сильной злокачественности самого сифилитическаго яда или у субъектовъ слабыхъ, марантическихъ, туберкулезныхъ. Папулы нѣсколько болѣе булавоочной головки, красно-бурого цвѣта, плотны и замѣтно приостренны. Высыпаніе, сопровождаясь часто повышеніемъ температуры, происходитъ въ теченіе нѣс-

колькихъ дней; сыпь разсыяна по всему тѣлу. Спустя нѣкоторое время конусообразно приостренная верхушка покрывается чешуйкой. Третья форма папулёзной сыпи — узловатый сифилидь — рѣдко является первичной сыпью; она проявляетъ большую склонность къ распаду, обнаруживая вообще большое сходство съ гуммознымъ сифилисомъ. И эта форма прогностически неблагоприятна.

Третья группа сифилитической экзантемы—пустулѣзная или язвенная—можетъ также являться, какъ первичная сыпь. Ея происхождение связано съ распадомъ папулёзныхъ инфильтратовъ. Вотъ почему какъ пустулы, такъ и язвы сидятъ на инфильтрированномъ основаніи, окруженнымъ плотнымъ периферическимъ валикомъ. Различаютъ мелко-пустулѣзную и крупно-пустулѣзную экзантему. Крупныя пустулы обведены ярко-краснымъ рѣзкимъ контуромъ, точно дворикомъ. Если пустула лопається и ея содержимое засыхаетъ въ корку, лежащую на днѣ, то говорятъ объ *Impetigo syphilitica*. Если язва распространяется по периферіи, и поверхность ея покрывается корками, изъ которыхъ наиболѣе старыя центральныя приподнимаются вверхъ вновь образующимися молодыми, то подобную сыпь называютъ *Rupia, Rhyphia Syphilitica*.

Если пустула лопається, а ея дно подъ засохшимъ въ корку содержимымъ превращается въ крутую круглую язву, то говорятъ объ *Ecthyma*. Между мелко-папулёзными сифилидами характерна такъ называемая *Aspe syphilitica*, состоящая изъ пустулъ и корокъ, сидящихъ на поверхности маленькихъ папулъ. Излюбленнымъ мѣстомъ ихъ служитъ волосистый покровъ кожи.

Пустулѣзныя экзантемы не часты, прогностически неблагоприятны, въ особенности если появляются, какъ первое высыпаніе II періода.

Подъ гѣморрагическими сифилитическими экзантемами понимаютъ не случайно-присоединяющуюся пурпуру, но специфическое высыпаніе (пятна, папулы), сопровождающееся кровянистой инфильтраціей. Форма въ высшей степени рѣдкая.

Рецидивная сыпь не всегда генерализируется по всей периферіи тѣла; наоборотъ, она обнаруживаетъ наклонность помѣщаться въ опредѣленныхъ областяхъ, изрѣдка симметрически. По преимуществу она является въ виду папулъ задняго прохода и гениталій. Папулы мошонки и бедра то сухія, то мокнуція. Распространяются онѣ по периферіи путемъ аутоинкуляціи.

Въ гортани, чаще всего на epiglottis, голосовыхъ связкахъ и Placae aryepiglotticae высыпаютъ образованія, сходныя съ папулами. Особенно часто подвергается поражению свободный край голосовыхъ связокъ (**Laryngitis papulosa, condylomatosa**). Иногда дѣло идетъ лишь о бѣловатаго цвѣта помутнѣніи, т. е. объ обычныхъ слегка приподнимающихся надъ поверхностью plaques muqueuses, иногда-же о грязно-сѣрыхъ налётахъ или объ эрозіяхъ и изъязвленіяхъ. Нерѣдко наблюдается при началѣ вторичнаго сифилиса упорный катарръ гортани съ разлитой или частичной краснотой и рѣзкимъ припуханіемъ слизистой (**Laryngitis catarrhalis, erythematosa**). Всякій катарръ гортани должно въ теченіе сифилиса упорно лечить; охриплость голоса, являющаяся результатомъ его, можетъ дойти до афоніи; къ тому-же исходу приводятъ и изъязвленія.

Вышеупомянутыя plaques могутъ распасться, образуя трещины или язвы съ обильнымъ отдѣленіемъ и грязно-окрашеннымъ дномъ. Иногда plaques покрываются грануляціями; впрочемъ, въ большинствѣ случаевъ онѣ претерпѣваютъ обратное развитіе, не оставивъ послѣ себя никакихъ слѣдовъ. Plaques слизистой рта и папулы гениталій имѣютъ наклонность рецидивировать; онѣ часто мокнуть, располагаются грядками и издають отвратительный запахъ. Папулезныя экзантемы волосястаго покрова головы отличаются тѣми-же свойствами.

Эрозіи, трещины, папулы встрѣчаются также на **слизистой носа**. Вслѣдствіе распада папулъ могутъ образоваться глубоководущія изъязвленія, которыя подчасъ захватываютъ надкостницу, обуславливая некротическіе процессы. Такимъ образомъ уже въ этомъ стадіи образуются обезображиванія носа, хотя типическій **сѣдловидный носъ** обыкновенно появляется лишь въ послѣдній гуммозный періодъ болѣзни. На поверхности сифилитическихъ

поражений слизистой носа секретъ засыхаетъ въ прочно-сидящую корку. Впослѣдствіи нередко образуется **Ozaena**. При рецидивной сыпи особенно часто наблюдается папулезная и чешуйчато-папулезная экзантема подошвъ и ладоней (**Psoriasis palmaris et plantaris Syphilitica**).

На подошвахъ и ладоняхъ появляются плотные мало выдающиеся надъ поверхностью кожи инфильтраты съ чешуйкой въ центрѣ; чешуйка легко снимается. Сыпь является въ равныхъ періодахъ болѣзни, болшею частью симметрически; позднѣе она часто бываетъ односторонней. Съ подошвы она переходитъ и на край тыла стопы. Часто къ чешуйчато-папулезной экзантемѣ присоединяется сильное ороговѣніе съ образованіемъ ороговѣлости и трещинъ. Трещины очень болѣзненны. Подчасъ здѣсь находятъ небольшой величины мозоли, которые прикрыты чешуйкой или оваймлены ею—**Clavi syphilitici** (Levin).

Именемъ **Onychia** и **Paronychia syphilitica** обозначаютъ тѣ специфическія измѣненія, которыя въ теченіе вторичнаго періода появляются въ области ногтей. Процессъ исходитъ изъ боковыхъ и задней частей ногтевого желоба, поражая болшею или меньшею количествомъ пальцевъ рукъ и ногъ. На почвѣ основного процесса получается особое предрасположеніе къ экдемъ. Ногтевыя пластинки становятся колбовидными; кожа принимаетъ синевато-красный оттѣнокъ. Ногтевое ложе чувствительно къ давленію; самопроизвольныя боли. Боковой край ногтя изъѣдается. Если специфическіе, папулезные или распадающіеся инфильтраты сидятъ на самомъ ложѣ или у корня ногтевой пластинки, то измѣненія, наблюдающіяся на ногтѣ, появляются въ соответствующемъ мѣстѣ. Измѣненія ногтя состоятъ въ помутнѣніи его, въ образованіи поперечныхъ и продольныхъ бороздъ, ямокъ; онъ крошится и по частямъ отпадаетъ; наконецъ, можетъ отпасть и вся ногтевая пластинка. Часто случается, что инфильтраты, находящіеся на ногтевомъ ложѣ и въ ногтевомъ желобѣ, нагнаиваются. Необходимо помнить, что въ очень рѣдкихъ случаяхъ шанкръ можетъ локализоваться подъ ногтемъ; исходнымъ пунктомъ его развитія является передняя часть ногтевого ложа.

Вышеупомянутое **defluvium capillitii** наступаетъ подчасъ весьма рано; нередко съ выпаденія волосъ начинается вторичный періодъ; въ обычныхъ случаяхъ **defluvium** появляется на высотѣ развитія первичной сыпи и въ теченіе рецидивной. **Defluvium capillitii syphiliticum** сопровождается и другими явленіями нарушенія питанія всего организма. Различаютъ 2 формы. При первой выпаденіе волосъ **силошное**, при второй оно ограничивается лишь **очагами**.

Alopecia syphilitica захватываетъ помимо головы и другія волосистыя части тѣла (борода, вѣки, рѣсницы, лобковые волосы, подмышечные). Очаговая форма можетъ подать поводъ къ смѣшенію съ *Herpes tonsurans* и *Alopecia areata* (Area Celsi). Діагностически важно найти на волосистой части головы специфическое образование—папулу или пустулу. Сифилитическая экзантема особенно охотно локализируется на поверхностяхъ, представляющихъ **себорройныя** измѣненія (на подбородкѣ, въ носогубной складкѣ, на лбу, на кожѣ головы и т. д.).

У тучныхъ индивидовъ въ нѣкоторыхъ складкахъ кожи (паховой, на нижней части живота, подъ грудями у женщинъ) образуется особенно обильная папулезная сыпь, которая обнаруживаетъ склонность мокнуть.

Нервная система поражается при сифилисѣ какъ въ раннихъ, такъ и въ позднихъ стадіяхъ. Въ теченіе вторичнаго періода периферическіе нервы обычно заболѣваютъ въ связи съ пораженіемъ надкостницы. Вотъ почему дѣло въ такихъ случаяхъ идетъ либо о нервахъ, лежащихъ въ костныхъ каналахъ или близко проходящихъ возлѣ кости. Какъ только надкостница воспаляется, она необходимо должна сдавить нервъ; впрочемъ, нельзя отрицать и того обстоятельства, что воспалительный процессъ можетъ съ надкостницы перейти и на самый нервъ, вѣрнѣе на его оболочки; по крайней мѣрѣ въ нервѣ находятъ при изслѣдованіи и различные дегенеративныя процессы до атрофіи включительно. Клинически на первое мѣсто выступаютъ невралгическія боли (межреберная, тройничная невралгія) и параличи по-преимуществу глазныхъ мышцъ. Особенно характернымъ для сифилиса считается изолированный *Ptoxis* (n. oculomotorius). Въ заболѣваемости отъ пораженія того-же глазодвигательнаго нерва наблюдается *strabismus* и *diplopia*. Сдавленіе и атрофія зрительнаго нерва ведутъ за собой амблию и амаврозъ.

Разграничить точно, какія пораженія нервной системы соответствуютъ раннимъ стадіямъ сифилиса, какія позднѣйшимъ—съ клинической точки зрѣнія трудно. Наблюденія, сдѣланныя въ послѣднее время, ясно показали, что и въ ранній періодъ болѣзни

центральная нервная система довольно часто уже сильно затронута. Нераціональный образъ жизни, невропатическая наследственность, травмы, быть можетъ, и самое качество ада способствуютъ равнему наступленію тяжелыхъ нервныхъ явленій. Болѣзненные измѣненія локализируются то въ костяхъ и надкостницѣ, то на оболочкахъ спинного мозга и большихъ полушарій, то въ самой мозговой ткани. Изъ своего исходнаго пункта процессъ распространяется на окружающую ткань. Въ патогенезѣ мозговыхъ страданій выдающуюся роль играетъ суженіе мозговыхъ артерій вслѣдствіе утолщенія внутренней оболочки ихъ. Суженіе обуславливаетъ тромбозированіе сосуда. Кромѣ того и сами по себѣ артеріи могутъ совершенно закупориться вслѣдствіе утолщенія всѣхъ трехъ оболочекъ.

Какъ въ случаѣ тромбозированія, такъ и артеріита возникаетъ нарушеніе питанія мозговой ткани. Она распадается, размягчается и т. д. Вслѣдствіе этого появляются нарушенія въ функціяхъ, симптомы выпаденія (по скольку не наступило коллатеральнаго кровообращенія). Такъ какъ артеріи мозга концевыя и такъ какъ онѣ часто специфически заболѣваютъ (сифилитическій эндартеріитъ), то понятно, почему во вторичномъ періодѣ рѣдко наблюдаются параличи. Трудно рѣшить, въ какомъ отношеніи стоить сифилитическій эндартеріитъ къ артеріосклерозу, къ образованію мѣлкихъ аневризмъ мозговыхъ сосудовъ и къ апоплексіи. Если вслѣдствіе періостальнаго пораженія черепа (внутренней поверхности) или вслѣдствіе другихъ выше упомянутыхъ процессовъ на корку производится извѣстное раздраженіе (собственно давленіе), то результатомъ этого являются эпилептоидные припадки (корковая эпилепсія).

Случается, что процессъ, идущій съ кости и надкостницы, вовлекаетъ въ страданіе и мозговую оболочку. Смотря по тому, гдѣ находится основной процессъ, мы будемъ имѣть то базиллярный **менингитъ**, то менингитъ *convexitatis*. Въ спинномъ каналѣ переходъ съ кости на мозговья оболочки чрезвычайно затрудненъ въ виду особыхъ анатомическихъ отношеній. Наоборотъ **сдавленіе спинного мозга и его оболочекъ** сифилитическими экзостозами имѣетъ большое значеніе. Страданіе спинного мозга и его оболочекъ въ теченіе сифилиса наблюдаются рѣже, нежели страданія большихъ полушарій. Особое мѣсто, впрочемъ, занимаетъ *Tabes* (см. ниже).

Въ большинствѣ случаевъ страданія спинного мозга дѣло идетъ о процессѣ, спустившемся съ большихъ полушарій и ихъ оболочекъ; по крайней мѣрѣ рѣдко приходится наблюдать совершенно незатронутый головной мозгъ, если въ страданіе вовлеченъ уже спинной мозгъ.

Между ранними сифилитическими страданіями органовъ чувствъ первое мѣсто занимаетъ одно- или двусторонній **притъ**. По ночамъ жестокія боли головы, во

лбу и надглазничной области; боли распространяются до шеи. Цвѣтъ радужной оболочки измѣненъ. Реакція зрачка на свѣтъ отсутствуетъ. Къ ириту присоединяются воспаление *corporis ciliaris* и *chorioideae*; впрочемъ послѣднія страданія наблюдаются при сифилисѣ и самостоятельно; наблюдаются и ретиниты. На вѣкахъ нерѣдко при этомъ видны папулёзные и пустулёзные экзантемы. Менѣе часто наблюдается участіе въ процессѣ слѣзноносового канала; періоститъ костныхъ стѣнокъ, окружающихъ его, ведетъ къ *Dacryocystitis*. Періоститъ орбитальнаго края встрѣчается довольно часто.

Что касается органа слуха, то наблюдаются при сифилисѣ во первыхъ катарры среднего уха, исходящія по преимуществу изъ зѣва и слизистой носа (посредникомъ является *tuba Eustachii*); во вторыхъ папулы, помѣщающіяся то въ окружности уха, то въ самомъ слуховомъ проходѣ; въ третьихъ папулы барабанной перепонки. Наблюдались и заболѣванія лабиринта, ведущія къ одно- или двусторонней глухотѣ въ раннихъ періодахъ сифилиса.

Вторичный періодъ сифилиса характеризуется болѣе или менѣе частыми **возвратами**. Въ промежуткѣ между отдѣльными возвратами, которые то поражаютъ слизистую (*plaques muqueuses*), то (см. выше) кожу, по преимуществу гениталии и задній проходъ, то нервную систему или органы чувствъ,—сифилитическій ядъ является въ организмѣ въ связанномъ состояніи. Мы называемъ больныхъ въ свободные отъ рецидива промежутки **лентентно-сифилитиками**. Повидимому лимфатическій аппаратъ главнымъ образомъ принимаетъ участіе въ связываніи сифилитическаго яда.

Сифилитическія образованія II періода отличаются рѣзкой **контагіозностью**, въ виду чего необходимо самое энергическое леченіе ихъ какъ чисто-мѣстное, такъ и общее.

Въ діагностическомъ отношеніи особенно важна наблюдающаяся иногда сплошь до третичнаго стадія *Leucoderma colli*. На шеѣ, спинѣ, по преимуществу

у женщинъ появляется сѣти, состоящая изъ бурыхъ и бѣлыхъ пятенъ, то рѣзко разграниченныхъ другъ отъ друга, то незамѣтно переходящихъ одно въ другое.

Послѣ ряда рецидивовъ, являющихся въ правильномъ порядкѣ (6-мѣсячный типъ), или атипически (что чаще) въ теченіе 3—5 лѣтъ, наступаетъ остановка процесса. За этимъ такъ называемымъ III инкубаціоннымъ періодомъ могутъ появиться третичныя или гуммозныя явленія.

Третичный сифились характеризуется **гуммознымъ** характеромъ измѣненій, наблюдающихся при немъ; мелко-кѣлочныя инфильтраты, появляющіеся въ видѣ узловъ и растущіе въ направленіи къ периферіи обнаруживаютъ въ центрѣ регрессивный метаморфозъ (жировой, казеозный распадъ и т. п.). Не всегда въ гуммозныхъ образованіяхъ замѣчается склонность къ **размягченію**; часто болѣе выражена склонность къ **рубцеванію**.

Гуммы чаще всего попадаютъ въ кожѣ, надкостницѣ, костяхъ, рѣже мускулатурѣ. Въ другихъ случаяхъ онѣ преобладаютъ во внутреннихъ органахъ (печень, селезенка, кишки, почка, сердце, легкое)—**висцеральный сифились**. Небольшія гуммы кожи часто, встрѣчаясь въ большомъ количествѣ, группируются въ круги. Каждый отдѣльный узелъ прикрытъ то чешуйкой, то корочкой. Если корочку снять, то замѣчается въ центрѣ новообразованія маленькая полость, окруженная темно-краснымъ валомъ (гуммозная язва). Вслѣдствіе сліянія такихъ язвъ могутъ образоваться изъязвленія значительной величины; средняя часть образовавшейся язвы можетъ претерпѣть обратный метаморфозъ, превратившись въ звѣздчатый рубецъ, между тѣмъ какъ по периферіи процессъ изъязвленія еще продолжается, распространяясь въ видѣ дуговыхъ или серпигинозныхъ линій. Рубецъ сильно пигментируется.

Кожныя гуммы иногда исходятъ изъ подкожной кѣлоччатки (подкожная гумма). Въ началѣ узлы при-

крыты совершенно нормальной кожей; впоследствии она краснѣетъ, дѣлается чувствительной. Въ это время на лицо уже имѣется центральный распадъ; обратное развитіе гуммы можетъ наступить въ этой стадіи или послѣ предварительнаго прорыва кожного покрова. Типическимъ для подкожныхъ гуммъ является значительный распадъ, образующій большую полость, и несоотвѣтствующее величинѣ полости узкое отверстіе, окаймленное сильно-инфильтрированными краями. Въ дальнѣйшемъ теченіи язва принимаетъ кратерообразную форму съ твердыми краями. Содержимое гуммъ жидковато, желтоватаго цвѣта. При отстаиваніи образуется слой, содержащій много детриту.

Описанныя кожныя и подкожныя гуммы могутъ встрѣчаться въ одиночномъ или въ множественномъ количествѣ.

Гуммы надкостницы и кости обнаруживаютъ замѣтную склонность къ распаду. Наиболѣе излюбленнымъ мѣстомъ ихъ локализациі является крышка **черепа, ключица, грудина, большая берцовая кость и костный остовъ носа**. Въ то время какъ гуммозное изъязвленіе крыльевъ носа приводитъ къ укороченію его, процессъ, медленно развивающійся въ самой кости при явленіяхъ насморка или озены, обуславливаетъ некрозъ сошника, носовыхъ костей, раковинъ и т. д. (Сѣдловидный носъ или полное уплощеніе носа).

Процессъ исходитъ изъ надкостницы и кости или со слизистой носа, откуда на надхрящницу, хрящъ и т. д.

Нерѣдко бываетъ, что у сифилитическихъ больныхъ въ теченіе хроническаго насморка при чиханіи или сморканіи вдругъ выпадаетъ изъ носа косточка. Иногда процессъ прогрессируетъ необыкновенно быстро, вызывая чрезвычайное разрушеніе и обезображиваніе носа. Образованію сѣдловиднаго носа способствуетъ рубцовое сморщиваніе соединительной ткани, которая связываетъ костную основу съ хрящемъ и кожей частью носа.

Видную роль при этомъ играютъ также продолговато-овальныя язвы, помѣщающіяся на носовой перего-

родкѣ. Подъ коркой, покрывающей ихъ, при помощи пуговчатого зонда легко обнаруживается обнаженная кость. При обратномъ развитіи инфильтратовъ, сидящихъ въ раковинкахъ, образуется путемъ сморщиванія и деструкціи громадная носовая полость, издающая отвратительный запахъ вслѣдствіе озаенае.

Что касается **гортани**, то въ ней наблюдаются гуммы *epiglottidis*, задней стѣнки и голосовыхъ связокъ. Эти гуммы представляютъ опасность какъ благодаря ихъ склонности къ распаду, такъ и наступающему въ слѣдствіи рубцеванію. Особенно опасенъ некротизирующий *Perichondritis laryngea*, исходящій со слизистой гортани. По Lewin'у перихондритъ главнымъ образомъ локализуется на *Cartilago arythaenoidea* и *cricoidea*. Патогномическимъ для перихондрита является чувствительность гортани при давленіи на нее снаружи.

Гуммы **твердаго нѣба** исходятъ нерѣдко изъ носовой полости. Распадаясь, гумма производитъ перфорацию нѣба, устанавливая такимъ образомъ сообщеніе между полостью носа и ротовой. Выпячиваніе твердаго неба внутрь ротовой полости задолго предвѣщаетъ готовящееся прободеніе. Нерѣдко на мягкомъ небѣ и языкѣ образуются изъязвленія, ведущія къ значительному разрушенію; поверхность языка и мягкаго неба надъ гуммами оказывается покраснѣвшей и припухшею. На задней стѣнкѣ зѣва гуммы ведутъ къ глубокимъ изъязвленіямъ, разрушающимъ позвонки и вызывающимъ подчасъ смертельныя артеріальныя кровотеченія. Послѣ протекшихъ гуммозныхъ процессовъ языка, неба, зѣва образуются болѣе или менѣе значительные **дефекты**, которые восполняются бѣловатаго цвѣта втянутыми рубцами. При раннемъ леченіи однако получается относительное *restitutio ad integrum*.

Въ **языкѣ** развивается гумма, которая захватываетъ то почти всю его массу, то лишь часть, соотвѣтственно чему языкъ увеличивается въ объемѣ цѣликомъ или лишь участками. Вслѣдствіе обратнаго развитія гуммы можетъ образоваться на поверхности языка лопасть (отъ перетяжки рубцомъ). Гуммы сидящія въ мышцѣ

языка, вскрываясь въ слизистую, образуютъ кратеровидную язву съ салнымъ дномъ.

На губахъ гуммы рѣдки. Дѣло идетъ въ такихъ случаяхъ о разлитой гуммозной инфильтраціи или объ образованіи небольшихъ узелковъ. Гумма языка распадается извнутри наружу въ отличіе отъ рака губы, гдѣ изъязвленіе идетъ сверху вглубь. Железы *g. submaxillaris* припухаютъ. Болѣе значительное припуханіе замѣчается при шанкрѣ губы, наблюдающемся нерѣдко. Обыкновенно шанкръ губы представляется въ видѣ значительной резистентной индурации, которая распадается образуя язву съ салнымъ дномъ или съ своеобразнымъ красноватымъ блестящимъ, почти зеркальнымъ, дномъ.

Изъ внутреннихъ органовъ наибольшій практическій интересъ представляетъ **печень**. Она поражается интерстиціальнымъ гепатитомъ (то диффузнымъ, то болѣе ограниченнымъ), къ которому нерѣдко присоединяется перигепатитъ (*Wirchow*). Результатомъ гепатита является рубцеваніе печени. Вотъ почему на поверхности и на краю печени прощупываются то отдѣльные зерна, то дольки, ограниченные глубокими бороздами.

Перигепатитъ ведетъ къ сращенію печени съ діафрагмой, съ сосѣдними органами и передней брюшной стѣнкой. Диффузный гепатитъ является по-преимуществу, какъ конгенитальный сифилисъ печени; впрочемъ при врожденномъ сифилисѣ чаще наблюдаются гуммы. По *Schürpel*ю наблюдается еще одна форма врожденнаго сифилиса печени, характеризующаяся образованіемъ разлитой гуммозной инфильтраціи, идущей въ воротъ печени по ходу вѣтвей воротной вены (*Pylephlebitis syphilitica*). Въ большинствѣ третичныхъ поражений печени дѣло идетъ обыкновенно о гуммахъ то болѣе свѣжихъ, то давнихъ. Излюбленнымъ мѣстомъ ихъ является *Lig. Suspensorium*. При сильно-выраженномъ перигепатитѣ печень производитъ впечатлѣніе плотной опухоли; край печени бываетъ то плотный и твердый, то узловатый или дольчатый. Если гуммы сидятъ близко къ поверхности печени, то она представляется также дольчатой. Главную жалобу составляетъ чувство давленія и тяжести въ животѣ. Желтуха наблюдается рѣдко, почти всегда замѣчается землистая окраска лица. Часто наблюдается при этомъ желудочно-кишечныя кровоточенія, асцитъ, опуханіе селезенки и альбуминурия. Въ рѣдкихъ случаяхъ (*Goodridge, Engel-Reimers* и др.) наблюдалась острая желтая атрофія печени.

Въ селезенкѣ встрѣчается какъ интерстиціальный, такъ и гуммозный процессъ. При наслѣдственномъ сифилисѣ большой интересъ представляютъ измѣненія поджелудочной железы (жировой стулъ по *Demme*). Какъ измѣненія селезенки, такъ и подже-

лудочной железы не дают какихъ-либо клинически-различимыхъ симптомовъ. То-же можно сказать о поражени **кишечника**.

Сифилитическія язвы **прямой кишки** образуются отъ распада предварительно слившихся другъ съ другомъ отдѣльныхъ раковыхъ узловъ. Обыкновенно онѣ сидятъ выше внутренняго сфинктера. Дно язвы находится то въ *mucosa*, то въ *muscularis*; изъ краевъ и дна язвы подымаются грануляціи; часто язва рубцуется, вслѣдствіе чего нижній отрѣзокъ прямой кишки превращается въ неподатливую суженную трубку. Встрѣчаются формы съ диффузной гуммозной инфильтраціей; иногда инфильтруется лишь мышечный слой. Гуммы, сидяція перипроктально, могутъ вскрыться въ прямую кишку, вызывая фистулы и изъязвленія. Язвы и стриктуры прямой кишки чаще наблюдаются у женщинъ, нежели у мужчинъ.

Чрезвычайно важны гуммозные процессы **пищевода и трахеи**, именно тѣмъ, что приводятъ къ суженію этихъ органовъ.

Въ **легкихъ** встрѣчаются инфильтраты, каверны и рубцы. Диагнозъ затруднителенъ. Тоже можно сказать и о **почкахъ**.

Въ слизистой **мочеспускательнаго канала** гуммозные процессы бывають рѣдко; гуммы, распадаясь, образуютъ изъязвленія, которыя внослѣдствіи при рубцеваніи суживають просвѣтъ.

Гумма **penis'a** несомнѣнно чаще наблюдается, чѣмъ обыкновенно это полагають. Недостаточное знакомство съ этой локализацией является причиной столь часто констатируемой *reinfectio syphilitica*. Гумма первоначально является въ видѣ твердаго узла, который размягчается извнутри кнаружи, образуя кратерообразную язву. Въ отличіе отъ шанкра и рака **penis'a** значительное припуханіе паховыхъ железъ наблюдается рѣдко.

Гуммы образуются и въ *scrota cavernosa penis*. Если послѣ нихъ остаются рубцы, то могутъ произойти обезображиванія, перегибы члена и т. п.; наблюдались также случаи разлитаго гуммознаго кавернита; въ этихъ послѣднихъ случаяхъ происходитъ не только размягченіе, но и вскрытіе **наружу**.

Яички въ третичномъ стадіѣ сифилиса поражаются нерѣдко, обыкновенно одно за другимъ. Яичко превращается постепенно въ твердую плотную опухоль, поверхность которой гладка или бугриста. Изрѣдка заболѣваніе переходитъ на придатокъ. Благодаря рубцева-

нiю, происходитъ обезображиванiе яичка или размягчен-ная масса яичка вскрывается наружу. Описанная форма сифилиса называется **Sarcocele**. Размягченiе идетъ чрез-вычайно медленно, образуются фистулы, покрывающiяся подчасъ пышными грануляциями. Дальнѣйшiя наблюде-нiя должны подтвердить, дѣйствительно-ли гуммозные измѣненiя яичекъ исходятъ изъ сѣмяннаго канатика и придатка.

Гуммы **грудной железы** и *vulvae*, встрѣчающiяся рѣдко, трудно діагностируемы. На *vulva* инфильтрацiя исходитъ обыкновенно изъ большихъ губъ; на нихъ, какъ извѣстно, локализуется нерѣдко и шанкръ; отли-чiемъ его кромѣ твердости должно служить то обстоятель-ство, что онъ лишь ограничивается большими губами (въ то время какъ гуммозная инфильтрацiя простирается и въ самую *vaginam*), что при шанкрѣ изъязвленiе идетъ съ периферiи вглубь и что при немъ опуханiе паховыхъ железъ болѣе рѣзко выражено. Въ грудной железнѣ различаютъ (*Lancereaux*) *Mastitis interstitialis diffusa* и *circumscripta gummosa*.

Гуммы **лимфатическаго аппарата** по-преимуществу наблюдаются въ подчелюстныхъ и паховыхъ железахъ.

Сухожильныя влагалища и слизистыя сумки рѣдко поражаются гуммами; во влагалищахъ дѣло доходитъ иногда до облизвествленiя. Изъ слизистыхъ сумокъ поражается преимуще-ственно одна надпателлярная; иногда она изъязвляется.

Въ поперечно-полосатыхъ **мускулахъ** развивается то разлитой интерстициальный процессъ, исходящiй изъ *perimysium* и обусловливающiй обезображиванiе, рубцеванiе и мозолистое перерожденiе мышцы, то одиночныя гуммы; послѣднiя также развиваются изъ *perimysium*, размягчаются и могутъ вскрыться наружу. И послѣ нихъ образуются рубцы и даже мышечныя контрактуры. Чаше всего гуммы наблюдаются въ *M. sternocleidomastoidens*.

Пораженiя суставовъ при сифилисѣ занимаютъ видное мѣсто. Раннимъ симптомомъ является серозный выпотъ то въ одномъ, то во многихъ суставахъ. При этомъ иногда лихорадка. Отъ салициловой кислоты не наблюдается улучшенiя; отъ специфической *т е р а п i* и—излеченiе. Болѣзненность при выпотныхъ формахъ не всегда приходится констатировать.

Есть среди раннихъ поражений суставовъ и другая форма, протекающая весьма хронически, безъ болей и лихорадки, ограничивающаяся обыкновенно однимъ суставомъ и въ концѣ-концовъ при-

водящаяся къ разращенію суставныхъ поверхностей, деструкціи ихъ, въ болтающемся суставе или анкилозу.

Гуммы исходятъ въ большинствѣ случаевъ изъ связокъ или изъ капсулы; вслѣдствіе раздраженія суставныхъ поверхностей обыкновенно происходитъ выпотѣваніе болѣе или менѣе серозной жидкости. Иногда гумма прорастаетъ внутрь сустава. Теченіе страданія въ большинствѣ случаевъ безлихорадочное и безболѣзненное, несмотря на значительное обезображиваніе и затрудненіе въ движеніи. Колѣнный суставъ поражается предпочтительно передъ другими. Не всегда лишь имѣются моноартикулярныя пораженія; случается, что вслѣдъ за однимъ колѣннымъ суставомъ поражается другой, равно какъ верѣдки случаи, гдѣ послѣдовательно поражается рядъ суставовъ.

Діагнозъ сифилитическихъ страданій сердца клинически весьма труденъ. Эндокардиты, перикардиты образуются вслѣдствіе сифилитическихъ инфильтрацій, отложеній и рубцовъ. Существуютъ сифилитическіе миокардиты, характеризующіеся образованіемъ интерстиціальныя очаговъ, разбѣянныхъ въ мышцѣ; въ другихъ случаяхъ въ мышцѣ появляются болѣе или менѣе величины гуммы, которыя распадаясь могутъ вскрыться въ полость сердца или околосердечную сумку. Въ благопріятныхъ случаяхъ гуммы заживаютъ путемъ рубцеванія.

Сосудистый аппаратъ, именно артеріи средней и малой величины, *vasa vasorum*, рѣже вены подвергаются измѣненіямъ, о которыхъ мы отчасти говорили выше. Измѣненія эти можно отнести къ *arteriitis obliterans* и къ гуммозному артериту. Какъ въ первомъ, такъ и во второмъ случаѣ процессъ начинается съ *media* и *adventitia*, переходя затѣмъ на *intima*. Гуммозный артеритъ можетъ также привести къ облитераціи сосуда. Обѣ формы наблюдаются иногда одновременно въ поздній періодъ сифилиса.

Въ основѣ поздняго **Lues cerebri** лежитъ то измѣненіе сосудовъ (*arter. fossae Sylvii, basilaris, vertebralis*), то гуммозный менингитъ *convexitatis* и основанія мозга или одиночныя гуммы мозговой ткани.

Ранній діагнозъ **Lues cerebri** въ высшей степени важенъ. Картина болѣзни разнообразна. То преобладаютъ въ началѣ болѣзни психическія измѣненія (анатія, слабость памяти и т. д.), то параличи (*hemiplegia*, параличъ глазныхъ мускуловъ), то явленія раздраженія (эпилептоидныя припадки). Состоянія возбужденія, маниакальныя идеи и наконецъ деменція заключаютъ картину болѣзни. Иногда замѣчается разстройство рѣчи; нарушеніе функціи пузыря и прямой кишки обыкновенно присоединяется довольно поздно.

Раннимъ симптомомъ являются головныя боли, которыя достигаютъ своего апогея то ночью, то рано утромъ. Боли либо точно ограниченныя опредѣленнымъ мѣстомъ, болѣзненнымъ при поколачиваніи черепа (пальцемъ), либо разлитыя. Иногда головнымъ болямъ сопутствуетъ тошнота, рвота, обморочное состояніе или эпилептиформныя судороги. Въ основѣ тѣхъ формъ *Lues cerebri*, гдѣ на ряду съ гемиплегіей имѣется перекрестный параличъ черепно-мозговыхъ нервовъ лежитъ тромбозъ базилярной артеріи (*Leyden*).

Сифилитическимъ страданіямъ **спинного мозга** и въ третичномъ періодѣ, подобно тому какъ это наблюдается во вторичномъ, сопутствуетъ обыкновенно пораженіе головного мозга. Гуммы то бывають въ мозговыхъ оболочкахъ, то исходятъ изъ надкостницы спинно-мозгового канала. Сифилитическіе экзостозы ведутъ нерѣдко къ сдавленію спинного мозга, результатомъ чего являются мѣллитическіе очаги, размягченіе и дегенерація мозга. Нерѣдко заболѣваетъ шейная часть мозга (затрудненіе дыханія, парезъ діафрагмы и т. п.) и нижняя поясничная (явленія со стороны пузыря и прямой кишки!). Атаксія, расстройство чувствительности, атрофическіе параличи, спастическія явленія группируются въ самой разнообразной комбинаціи. Пателлярный феноменъ то повышенъ, то отсутствуетъ.

Въ большинствѣ случаевъ *Tabes dorsalis* и прогрессивнаго паралича анамнестически приходится констатировать сифилисѣ. Специфическая терапія ихъ однако не даетъ хорошихъ результатовъ помимо тѣхъ случаевъ, которые *Oppenheim* назвалъ *Pseudotabes syphilitica*. Слѣдуетъ ко всему сказанному прибавить еще, что при *Lues cerebri* наблюдался какъ *Diabetes mellitus*, такъ и *insipidus*.

Между третичными пораженіями **глаза** встрѣчаются гуммы въѣвъ,—хроническая плотная инфильтрація ихъ, не обнаруживающая наклонности къ распаду,—*Tarsitis syphilitica*, гуммы конъюнктивы, склеры, радужной оболочки (*Iritis papulosa*), нѣкоторыя формы *Chorioiditis* и *Retinitis* (между прочими центральный рецидивирующий ретинитъ *Gräfe*), параличи глазныхъ мышцъ, воспаленіе зрительнаго нерва.

Что касается органа слуха, то наиболѣе важны пораженія **лабиринта**.

Третичныя явленія слѣдуютъ непосредственно другъ за другомъ или съ большими перерывами. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдаются лишь легкія формы; въ другихъ

тяжелыя. О тяжелой формѣ мы говоримъ въ тѣхъ случаяхъ, когда развивается значительная кахексія; обыкновенно въ такихъ случаяхъ имѣются пораженія внутреннихъ органовъ, нерѣдко амилоидъ.

Наибольшей злокачественностью отличаются тѣ случаи сифилиса, гдѣ первичная экзантема высыпаетъ рано, сопровождаясь явлениями, которыя обыкновенно наблюдаются лишь въ позднихъ періодахъ болѣзни. Язвенные сифилиды, пустулезная сыпь и *Rupia syphilitica* чаще всего и наблюдаются при злокачественныхъ формахъ. Чрезвычайно замѣчательно и то, что подчасъ при тяжелыхъ пораженіяхъ кожи, надкостницы и кости слизистыя остаются непораженными. **Прогнозь** сифилиса столь же разнообразенъ, какъ и самая картина болѣзни. Соответственно этому и самое леченіе должно быть строго индивидуализированнымъ.

Первичный склерозъ обыкновенно лечится лишь мѣстно (см. выше). Время, оставляющееся отъ констатирования склероза до появленія первичной сыпи, слѣдуетъ употребить для подготовленія больного къ специфическому леченію.

Необходимо постараться урегулировать отравленіе желудка и кишекъ, привести въ здоровое состояніе полость рта, зубы и вообще укрѣпить организмъ для борьбы съ вторгшейся въ него болѣзью. Если первичный склерозъ отличается особой злокачественностью или въ виду особаго положенія своего представляетъ извѣстную опасность, то рекомендуется прибѣгнуть къ осторожному противосифилитическому леченію съ самаго начала (см. ниже).

Специфическое леченіе сифилиса, начиная съ перваго высыпанія, повторяется съ перемежками въ теченіе продолжительнаго времени. Общее состояніе при этомъ не должно страдать. Первому курсу леченія приписывается наибольшее значеніе; онъ имѣетъ несомнѣнное вліяніе на дальнѣйшій ходъ болѣзни. Въ большинствѣ случаевъ употребляется ртуть, которую для перваго леченія примѣняютъ въ видѣ **втираній и инъекцій**.

Втираніе производится лучше всего въ порядкѣ, ре-

комендованномъ Siegmund'омъ. На 1-й день втирается 3—5.0 сѣрой мази въ икры, на 2-й—во внутреннюю поверхность бедеръ, на 3-й—въ боковыя стѣнки груди и живота, на 4-й—въ сгибательную поверхность рукъ, въ 5-й—въ спину. Затѣмъ перерывъ въ 2 дня, когда принимаются теплыя ванны. Необходимо при втираніи избѣгать поверхностей тѣла, покрытыхъ большимъ количествомъ волосъ. Втираніе производится опытнымъ фельдшеромъ, который, набирая мазь шпателью или рукой (защищенный отъ ртути посредствомъ кожанной перчатки), медленно и равномерно ее втираетъ. Лучше всего втираніе производить въ вечерніе часы, дабы больной послѣ этого уже болѣе не выходилъ изъ дому (по крайней мѣрѣ въ началѣ леченія или въ холодную погоду). Непосредственно передъ втираніемъ соответствующая часть тѣла тщательно обмывается водой съ мыломъ, затѣмъ обсушивается. Въ теченіе перваго курса леченія продѣлываютъ 5 цикловъ втиранія.

При наступленіи поносовъ необходимо либо прервать втираніе, либо каждый отдѣльный циклъ втиранія разбить на два посредствомъ новой перемежки въ одинъ или нѣсколько дней; такъ-же поступаютъ при саливаціи и стоматитѣ.

Встрѣчаются больные, кожа которыхъ не переноситъ втиранія сѣрой мази (Folliculitis, Erythema). Въмѣсто сѣрой мази въ такихъ случаяхъ (по Lederman'у) берется Resorbin, содержащій столько-же ртути, какъ и первая мазь (Ung. Hydrarg. ciner. cum Resorbin parat. 33⁴/₃°/о); можно также употреблять мазь Lebeuf'a, приготовленную на эфирномъ настоѣ бензойной кислоты и отличающуюся стойкостью.

Такъ какъ содержаніе ртути въ послѣдней мази въ два раза болѣе, нежели въ сѣрой мази, то ее приходится употреблять въ количествѣ 2.0 ежедневно. Welande въмѣсто втираній рекомендуетъ смазывать вечеромъ ту или другую часть тѣла 6.0 сѣрой мази, прикрыть полотномъ, на утро принять ванну. Онъ-же предлагаетъ носить на груди мѣшочекъ съ ртутіоломъ, т. е. двойную амальгаму ртути съ цинкомъ и алюминіемъ въ видѣ порошка (ртути 40°/о). По предложенію Blaschko Beiersdorf готовить хлопчатобумажную ткань, пропитанную 90°/о ртутной мазью. (Merkolintschurz Nr 1, 2 и 3; содержаніе 10, 25 и 50 граммъ ртути на метръ). Blaschko рекомендуетъ носить ее безпрерывно днемъ и ночью, либо только днемъ (или ночью), мѣняя ткань прежде, чѣмъ она

совершенно поблблбеть. Welandeу полагаетъ, что дбббствие ртутныхъ втираний должно быть отнесено на счетъ вдыханія ртути. Blaschko высказывается осторожнббб, принимая также непосредственное дбббствие ртути, всосавшейся черезъ кожу; относительно дбббствия вышеописанной твани онъ полагаетъ, что она всеже уступаетъ непосредственному втиранию. Werler, Hopf, Schlossmann и другіе рекомендуютъ въ самое послбббднее время для втираний Ung. hydrargyri colloidalis (10% растворъ металлической ртути)—2.0 на разъ.

Втираніе противопоказано при язвенномъ, пустулбббзномъ сифилидахъ и въ виду особыхъ обстоятельствъ чисто-вишнбббяго характера.

Въ такихъ случаяхъ втираніе замбббняется **инъекціей**, терапевтическое вліаніе которой не менбббе перваго способа введенія ртути.

Иногда въ теченіе одного курса леченія приходится, смотря по обстоятельствамъ, переходить къ другому.

При подкожныхъ или внутримышечныхъ инъекціяхъ необходимо соблюдать строго все правила антисептики; иначе являются абсцессы. Для инъекцій употребляются **нерастворимые** препараты, изъ коихъ наилучшіе—салициловокислая ртуть или уксуснокислая и сбббрно-кислая тимоловая ртуть въ отношеніи 1 : 10 рагафф. liquid. Начинаятъ впрыскиваніе съ $\frac{1}{3}$ шприца Праваца. Наиболбббе подходящее мбббесто для инъекцій—ягодичная область. Заранбббе необходимо предупредить больного о томъ, что на мбббестббб впрыскиванія въ кожбббу могутъ появиться небольшіе, болбббзненные инфильтраты. Инъекцію повторяютъ каждыя 3—4 дня (въ томъ-же количествббб). Если больной хорошо переноситъ впрыскиваніе, то можно впрыскивать 2 раза въ недббблю по $\frac{1}{2}$ шприца; только лишь въ наиболбббе тяжелыхъ случаяхъ приходится приббббгать къ впрыскиванію цббблаго шприца. Послббб введе- нія въ организмъ 5—6 цбббблыхъ шприцовъ (что продолжается около 6 недбббль) дббббляютъ перерывъ на 2 недбббля, послббб чего вновь, несмотря даже на исчезновеніе сифилитическихъ явленій, приступаютъ къ новому циклу инъекцій (6 шприцовъ). Неправильно поступаютъ тбббб врачи, которые къ концу леченія увеличиваютъ дозу ртути или уменьшаютъ промежутки между отдбббльными инъекціями; наоборотъ, болбббе цббблесообразно противоположное

Часто оказывается полезнымъ наряду съ инъекціями назначить больному гидротерапевтическія процедуры (души, обтиранія, ванны).

Между растворимыми препаратами ртути первое мѣсто занимаетъ сулема (Lewin).

191. Rp. Hydrarg. bichlor. 0.1.
Natri chlorat. 1.0.
Aq. dest. 10.0.
D.S. Для подкожныхъ инъекции.

Высѣкиваніе производятъ черезъ день, начиная съ $\frac{1}{2}$ шприца, увеличивая постепенно дозу до одного шприца. Инъекція производится подъ кожу спины. Всего необходимо сдѣлать 40 инъекцій; пользуются золоченной канюлей. Многими авторами рекомендуется Hydrarg. bicusanatum (Hg. bicusan. 0.1; aq. dest. 10.0); порядокъ впрыскиванія тотъ-же.

Менѣе удобно, по крайней мѣрѣ у взрослыхъ, Hydrarg. formamidat. (примѣняется такъ-же, какъ и Hydrarg. bicusan.).

Примѣненіе 5% сулемы, равно какъ интравенозныя инъекціи—не могутъ быть рекомендованы.

Внутреннее употребленіе ртути можетъ лишь служить вспомогательнымъ средствомъ при основномъ леченіи. Всего болѣе уместна въ этомъ случаѣ сулема:

192. Rp. Hydrarg. bichlor. 0.1.
Aq. destil. 200.0.
M.S. 2 раза въ день по $\frac{1}{2}$
ложки послѣ ѣды.

Можно ее дать и въ видѣ пилюль по 0.005 (2—4 пилюли ежедневно).

❑ Пилюли принимаются также послѣ ѣды. Если появляются поносы, то можно пользоваться слѣдующей формулой:

193. Rp. Hydrarg. bichlor. 0.25.
Extr. Opii 0.1.
Massae pilul. q. sat. ut. fiant
pilul. № 50.

Иногда хорошо дѣйствуетъ Hydrarg. oxydul. tanpicum:

194. G. Hydrarg. oxydul. tannic 0.1
 Sacch. albi 0.3
 M. f. pulv.
 D. t. pulv. No. 25
 S. 2—3 по одному порошку
 послѣ ѣды.
195. Rp. Hydr. oxyd. tannic. 2.0
 Succ. et. pulv. Liquir. āā
 2.0
 f. pilul. No 40.
 S. 3 раза по 1—2 пи-
 люли.

Долгое время принимать внутрь ртути нельзя въ виду возникающихъ желудочно-кишечныхъ разстройствъ.

Бываютъ случаи, когда изъ-за чисто-внѣшнихъ условій нельзя провести ни втиранія, ни инъекцій; въ то же время имѣется столь значительная чувствительность желудочно-кишечнаго канала, что ртуть при внутреннемъ употребленіи не переносится. Тогда необходимо все свое вниманіе направить на состояніе желудочно-кишечнаго тракта (діета, соляная кислота, Карлсбадская вода, пребываніе въ Карлсбадѣ и т. д.).

Иногда допускается въ такихъ случаяхъ употребленіе въ небольшомъ количествѣ крѣпкаго декокта Zittmanii, хотя главное показаніе къ его употребленію иное (см. ниже).

Если въ виду злокачественности шанкра или его особой локализациі является показаннымъ скорѣйшее его излеченіе, рекомендуется также приѣмъ ртути внутрь. Но какъ только цѣль достигнута, прекращаютъ приѣмы ртути съ тѣмъ, чтобы при началѣ вторичнаго стадія вновь обратиться къ инъекціямъ или втираніямъ.

При рецидивахъ ртуть, принимаемая внутрь, оказывается чрезвычайно полезной, хотя и здѣсь цѣлесообразнѣе все-же одинъ изъ двухъ основныхъ способовъ (конечно, продолжительность леченія меньшая, чѣмъ при первомъ появленіи общихъ явленій).

Предупредительные курсы леченія—черезъ правильные продолжительные промежутки времени у больныхъ, не обнаруживающихъ никакихъ сифилитическихъ явленій—предпринимаются лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда первичная сыпь или рецидивная носила жестокой характеръ. За правило надо поставить больного подвергать леченію по-возможности нѣсколькими способами.

Въ теченіе леченія ртутью необходимо изслѣдовать

время отъ времени мочу. Необходимъ особенно-тщательный уходъ за зубами и полостью рта. Мягкой щеткой вытирають зубы и дёсны послѣ ѣды, черезъ каждыя $\frac{1}{2}$ часа полосканіе рта борной кислотой, бертолетовой солью и *kalio hypermanganico*. Курить безусловно воспрещается. Рекомендуются введенная Unna-Beiersdorf'омъ бертолетовая зубная паста.

Кромѣ того дёсны нѣсколько разъ въ день смазываются тинктурой *Myrrhae* или *Ratanhae*. При сильномъ стоматитѣ ртуть на время отмѣняется. При воспаленіи дёсенъ—смазываніе іодной тинктурой или прижиганіе 5% ляписомъ (манипуляція нѣсколько болѣзненная). Лечение прерывается также при появленіи кишечнаго катарра; въ тяжелыхъ случаяхъ покой, пребываніе въ постели, горячіе компрессы на животъ и опій наряду съ діетой (слизистые супы).

Если при первичномъ высыпаніи преобладаютъ обостряющіяся ночью головныя боли, боли въ суставахъ, періоститы и общая депрессія, то рекомендуется еще до начала леченія ртутью предварительное леченіе іодомъ. Особенно хорошо дѣйствуетъ іодъ при рецидивахъ съ преобладаніемъ періоститовъ. При злокачественномъ сифилисѣ со вторичной рѣзкой кахексіей іодъ также оказывается болѣе полезнымъ, нежели ртуть. Тоже надо сказать о страданіяхъ почекъ и туберкулезѣ легкихъ, такъ какъ ртуть можетъ быть примѣнена при нихъ лишь съ большою осторожностью. При страданіяхъ почекъ ртуть примѣняется лишь тогда, когда несомнѣнна сифилитическая природа ихъ. Вообще при всѣхъ тяжелыхъ формахъ сифилиса. если только нѣтъ какого-либо особаго противопоказанія, слѣдуетъ лечить одновременно ртутью и іодомъ.

Леченіе іодомъ комбинируется часто съ желѣзомъ, мышьякомъ, рыбьимъ жиромъ. Іодъ дается въ количествѣ 10.0 *Kali jodati* на 150.0 или *Solut. Natri jodati* 10:150, равно какъ 10.0 смѣси іодуровъ (*Na J*, *KJ*, *NH₄J*), ежедневно послѣ ѣды по столовой ложкѣ. Доза въ 2—3 грамма на день достаточна. При появленіи легкихъ признаковъ іодизма (насморкъ, царапаніе въ горлѣ

и т. д.) можно продолжать дальнѣйшіе приемы лекарства; часто помогаетъ въ такихъ случаяхъ *patr. bicarbon.* (на кончикѣ ножа); нерѣдко іодизмъ вскорѣ исчезаетъ и самопроизвольно. Иногда приходится наблюдать, что большія дозы іода переносятся лучше, чѣмъ маленькія. Іодистый натрій, болѣе бѣдный іодомъ и слѣдовательно не столь дѣйствительный, какъ іодистый калий, переносится значительно лучше. Іодистый калий дается также въ порошокѣ (0.5) или таблеткахъ, изготовляемыхъ (0.1—0.5) *Burroughs Welcome & Co.* Передъ употребленіемъ таблетки растворяются въ водѣ. Если іодизмъ рѣзко выраженъ, можно попытаться давать органическое соединеніе іода—*Jodalbacid* или *Jodipin*, представляющій соединеніе Іода съ сесамовымъ масломъ (въ отношеніи 1:10); кромѣ того α —*Eigon Natrium* (іодистонатріевый бѣлокъ), β —*Eigon* (*Jodpeptonat*). *Jodalbacid* и *Eigon* приписывается въ растворѣ 10:200 (2—3 столовыхъ ложки ежедневно). *Jodipin* также дается въ количествѣ 2—3 ложекъ. Абсолютной увѣренности въ томъ, что при этихъ препаратахъ не наступитъ іодизма, нѣтъ.

При злокачественномъ сифилисѣ замѣчается благоприятное дѣйствіе іода лишь послѣ продолжительнаго употребленія; что неправильно давать іодъ внутрь и въ то же время прикладывать въ окружности мочеиспускательнаго канала ртутный пластырь, мы уже упоминали. Послѣ 4 или 6 недѣль дѣлаютъ перерывъ. Для кахектическихъ субъектовъ особенно хорошъ *Syrup. ferri jodati* (въ винѣ или черномъ кофе 3 раза по $\frac{1}{2}$ —1 чайной ложкѣ).

У нихъ-же достигаются часто благоприятные результаты при посредствѣ декокта *Zittmann'a*, каковой служитъ либо для подготовленія больныхъ къ втиранію и инъекціямъ, либо является, какъ послѣдовательное за ними леченіе. Натощакъ и ввечеру принимается по 250.0 слабого подогрѣтаго декокта. Хотя вначалѣ онъ и дѣйствуетъ нѣсколько послабляющимъ образомъ, однако въ общемъ оказываетъ благоприятное дѣйствіе на слизистую желудка и кишекъ. Черезъ нѣсколько недѣль замѣчается при простой, но питательной пищѣ, благоприятное

вліяніе не только на общее состояніе, (аппетитъ, видъ больного, вѣсъ), но и на мѣстный процессъ. Декокты Zittmann'a предназначаются по-преимуществу для третичной стадіи.

Мѣстное леченіе имѣеть бѣльшее значеніе при вторичномъ стадіѣ сифилиса, нежели при третичномъ. Папулѣзная экзантема головы проходитъ отъ Ung. hydr. praecip. albi.

При Framboesia syphilitica capitis съ ея разращеніями въ видѣ цвѣтной капусты или малины (является въ поздніе періоды сифилиса) болѣе всего пригодны масла (4% салициловое масло), компрессы (3% борная кислота), 5% іодоформенная или іодоловая мазь. Одновременно принимается іодъ. Подчасъ показуется при Framboesia traitement mixte; въ нѣкоторыхъ случаяхъ она лечится лишь хирургическимъ путемъ.

Папулы на углахъ рта и у носового входа прижигаются разъ въ 2 дня ляписомъ. Тоже надо сказать и о plaques, хотя на нихъ еще лучше дѣйствуетъ смазываніе 5—10% растворомъ азотис-кислаго серебра 1—2 раза въ день или сулемой.

196. Rp. Hydrarg. bichlor. 0.5

Tinct. Benzoes 50.0

M. S. Взбалтывать передъ смазываніемъ.

Рекомендуется также 5% растворъ хромовой кислоты. При такъ называемой Leucoplakia linguae и buccalis (бѣлаго цвѣта блестящія пятна и полоски, подчасъ изъязвляющіяся и въ рѣдкихъ случаяхъ на языкѣ подвергающіяся раковому перерожденію) необходимо избѣгать частаго примѣненія ляписа и вообще прижигающихъ.

Въ начальной стадіи развитія Leucoplakiae даетъ хорошіе результаты рекомендованная Joseph'омъ 50% молочная кислота; въ остальныхъ случаяхъ достаточно ограничиться воспрещеніемъ куренія, алкоголя; острые выдающіеся обломки зубовъ должны быть удалены; смазывать пораженныя мѣста (борный глицеринъ 3:30, уксусно-кислый глиноземъ, tinctura Rathaniae и Myrrhae; послѣднія средства, сильно разведенныя водой), полос-

кать ротъ (эмская соль въ водѣ или молокѣ, виши и т. д.). *Leucorakia* не стоитъ въ **прямой** зависимости отъ сифилиса. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ изъ анамнеза ясно видно, что *Leucorakia* задолго предшествовала появленію сифилиса; подчасъ *Leucorakia* сопровождается чувствомъ боли.

Что *Leucorakia*, (называемая иначе *Psoriasis linguae*) не стоитъ ни въ какой связи съ *Psoriasis vulgaris*, твердо установлено. Необходимо еще умѣть отличать ее отъ гидраргироза слизистой полости рта, наступающаго послѣ леченія ртутью; на слизистой щекъ и языка появляются синеватаго цвѣта зеркально-блестящія пятна и полосы; прижиганія въ этомъ послѣднемъ случаѣ совершенно бесполезны. Ограниченная дуговыми линиями *Exfoliatio areata linguae* (центральная эрозія слизистой языка съ утолщеніемъ и инфильтраціей по периферіи) не имѣетъ специфическаго происхожденія.

При папулахъ гениталій и задняго прохода примѣняется каломель, сѣрый пластырь или бѣлая преципитатная мазь. При нагноеніи ихъ рекомендуется компрессы съ 3% борной кислотой или слабымъ растворомъ креолина; затѣмъ лишь приступаютъ къ вышеупомянутымъ средствамъ. Можно изъ каломеля, поваренной соли и воды приготовить пасту. Специфическая экзантема подошвы и ладоней излечивается подъ сѣрой ртутной мазью. Послѣдняя примѣняется также съ успѣхомъ при опуханіи лимфатическихъ железъ и періоститахъ. Само собою разумѣется, что общее леченіе должно идти своимъ порядкомъ.

Въ третичномъ стадіи сифилиса при мѣстномъ леченіи гуммозныхъ явленій слизистой оболочки необходимо быть весьма осторожнымъ, ибо здѣсь легче способствовать дальнѣйшему разрушенію, чѣмъ заживленію. Юда въ большинствѣ случаевъ оказывается достаточно чтобы воздѣйствовать и на мѣстный процессъ. Изъязвляющіяся кожныя гуммы требуютъ тщательнаго ухода. Примѣняются согревающіе компрессы или повязки съ іодоформомъ, равно какъ (послѣ предварительнаго очищенія язвы) 10% іодоформенная мазь или мазь

съ 3—5% arg. nitr. Къ вскрытію флюктуирующихъ гуммъ прибѣгаютъ лишь въ чрезвычайныхъ случаяхъ. Что касается такъ называемаго послѣдовательнаго леченія вслѣдъ за спеціальнымъ противосифилитическимъ, то прежде всего мы не видимъ надобности способствовать искусственными мѣрами скорѣйшему освобожденію организма отъ того фактора (ртути), который будучи умеренно употребляемъ, не оказываетъ отнюдь никакого вреднаго дѣйствія. Къ тому-же, способствуя выдѣленію ртути изъ организма, мы уменьшаемъ прочность того дѣйствія, на которое мы именно и рассчитываемъ, вводя ее. Въмѣсто паровыхъ ваннъ, сѣрныхъ и т. п. лучше провести нѣсколько недѣль на берегу моря или въ горахъ, совершая продолжительныя прогулки. Нельзя отрицать того обстоятельства, что попадаютъ очень упорныя и изнурительныя формы сифилиса, которыя поддаются леченію въ Tölz'ѣ, Аахенѣ и т. д. Отправлять на воды слѣдуетъ вообще лишь такихъ больныхъ, которые благодаря семейнымъ обстоятельствамъ или по роду своего занятія не могутъ подвергнуться спеціальному леченію въ мѣстѣ своего постояннаго пребыванія; также рекомендуется отправлять и такихъ больныхъ, которые вслѣдствіе удрученнаго состоянія духа и общаго состоянія нуждаются въ особомъ уходѣ. Абсолютно обѣщать выздоровленіе больному при сифилисѣ мы отнюдь не можемъ; однако мы можемъ надѣяться и въ этомъ смыслѣ должны обнадѣжить больного.

Врожденный сифились возникаетъ по преимуществу на почвѣ вторичнаго сифилиса родителей, безразлично находятся-ли они въ **цвѣтущемъ** періодѣ его или **лятентномъ**. Чѣмъ свѣжѣе сифились родителей, тѣмъ болѣе представляется опасность его унаслѣдованія и тѣмъ болѣе тяжелы формы, въ коихъ онъ проявляется. Сѣмя лятентно-сифилитика, находящагося въ первомъ пятилѣтніи отъ зараженія, можетъ инфицировать яйцо, послѣдствіемъ чего является абортъ или преждевременное родоразрѣшеніе мертворожденнымъ младенцемъ, равно какъ рожденіе живыхъ дѣтей, носящихъ на себѣ явные признаки сифилиса уже въ моментъ рожденія

или спустя нѣсколько дней послѣ того. Плодъ, до того здоровый, можетъ инфицироваться и внутриутробно чрезъ плацентарное кровообращеніе. Съ другой стороны вѣроятно, что инфицированный чрезъ сѣмя плодъ, можетъ заразить тѣмъ-же путемъ мать (*Choc en retour*). Впрочемъ, онъ можетъ ее и иммунизировать. Въ пользу второй возможности говоритъ то обстоятельство, что мать, выкармливающая сифилитическаго ребенка, не заражается (законъ Colles'a). Всего болѣе несомнѣннымъ путемъ зараженія плода является внутри-утробное инфицированіе чрезъ плаценту.

Дѣти съ признаками сифилиса отъ рожденія оказываются марантическими, нежизнеспособными; нерѣдко рождаются дѣти, носящія явные слѣды сифилиса, завершившаго свое развитіе уже внутри утробы. Наилучшій прогнозъ въ тѣхъ случаяхъ, когда сифилитическіе симптомы являются лишь послѣ рожденія.

Чаще всего сифились появляется въ теченіе первыхъ 3 мѣсяцевъ послѣ рожденія; чѣмъ позже, тѣмъ прогнозъ благоприятнѣе. С и м п т о м ы состоятъ по преимуществу въ темно-красныхъ цвѣта мѣди пятнахъ и пустулахъ (*Pemphigus syphiliticus*). Пустулы окружены темно-краснымъ, инфильтрированнымъ ободкомъ. Какъ пустулы, такъ и пятна развиты особенно въ большомъ количествѣ на подошвахъ и ладоняхъ. На подбородкѣ, въ углахъ рта, у носа, возлѣ задняго прохода и гениталій - папулы. Въ первое время замѣчается симметричности расположенія сыпи на кожѣ и слизистыхъ. Дѣти страдаютъ **насморкомъ**.

Кожныя и подкожныя гуммы наблюдаются въ комбинаціи съ другими сыщами; гуммы быстро распадаются. Особенно злокачественна форма **Syphilis haemorrhagica neonatorum** (Behrend, Mгасек), проявляющаяся кровоизліяніями въ кожу, полости тѣла, внутренніе органы и т. д.

Часто селезенка увеличена. Печень достигаетъ подчасъ большихъ размѣровъ; наблюдается разлитой соединительно-тканый гепатитъ; о *peripylephlebitis syphilitica* (*Sphüppel*) нами уже выше упомянуто. Интереснѣе всего измѣненія поджелудочной железы (частью диффуз-

ный интерстиціальный, рубцовый процессъ, частью гуммы въ видѣ отдѣльныхъ очаговъ), osteochondritis трубчатыхъ костей съ отпаденіемъ эпифизовъ отъ діафизовъ и rheumia alba. При послѣднемъ процессѣ легкое сѣробѣлаго цвѣта, увеличено и тонетъ въ водѣ. Что касается глаза, то измѣненія по-преимуществу касаются роговицы. Нужно помнить, что подчасъ сифилитическія дѣти рождаются съ синехіями (результатъ протекшаго внутриутробнаго ирита). Считающаяся характерной для наслѣдственнаго сифилиса триада Hutchinson'a (тугоухость или глухота, измѣненія роговицы и зубовъ) не можетъ имѣть безусловнаго діагностическаго значенія.

Терапія въ существенномъ мало отличается отъ терапіи у взрослыхъ. Втираніе и инъекціи можно съ осторожностью примѣнять. Для дѣтей лучше примѣнять растворимые препараты, по-преимуществу сулему, начиная съ 1 миллиграмма на шприцъ, увеличивая постепенно дозу. Втираніе производятъ въ участки неизъязвленной кожи; передъ втираніемъ ванны. До 6 мѣсяцевъ полагается на втираніе по 0.5 сѣрой мази; до 2 лѣтъ 1.0—1.5. Очень хорошъ также слѣдующій способъ. Спина и конечности увиваются полосками Emplastr. hydrarg. На каждомъ участкѣ кожи пластырь остается по три дня. Не слѣдуетъ заразъ покрывать пластыремъ болѣе $\frac{1}{3}$ тѣла. Порядокъ примѣненія пластыря тотъ-же, что и при втираніяхъ.

Сулемовыя ванны приносятъ существенную пользу лишь при изъязвленіяхъ кожи; 2—3 раза въ недѣлю принимается теплая ванна продолжительностью въ $\frac{1}{2}$ часа, заключающая самое большее 3—5 g. сулемы. Ванны назначаются въ тѣхъ случаяхъ, когда другіе способы введенія ртути въ организмъ оказываются безуспѣшными. Если дѣти вскармливаются, какъ это чаще всего бываетъ, искусственно, то никакихъ трудностей не представляется для приѣма ртути внутрь. Лучше всего каломель по 0.005 (2 раза въ день) до 3 мѣсяцевъ, позднѣе по 0.01 (3—4 раза въ день). Ротъ вытираютъ по возможности чаще. Мѣстное леченіе тоже, что и у взрослыхъ. У дѣтей такъ-же, какъ и у взрослыхъ наблюдаются ре-

цидивы. Въ болѣе поздній возрастъ являются у нихъ на кожѣ гуммозные и язвенные сифилиды. Лечение іодомъ занимаетъ при врожденномъ сифилисѣ второе мѣсто, ибо ртуть вліяетъ на обратное развитіе сифилитическихъ измѣненій у дѣтей несравненно сильнѣе, чѣмъ іодъ. Иногда первые признаки наследственно-приобрѣтеннаго сифилиса появляются лишь ко времени половой зрѣлости. Измѣненія гуммознаго характера. Эту форму сифилиса называютъ *S. hereditaria tarda*; однако трудно быть увѣреннымъ, что въ ранніе годы дѣтства больной не перенесъ уже унаслѣдованнаго сифилиса или приобрѣтеннаго, ибо больной могъ, конечно, этого и не запомнить; измѣненія, оставленныя на кожѣ, могутъ быть столь ничтожны, что по нимъ нельзя никакъ судить о ранѣ перенесенномъ пораженіи. Лечение поздняго сифилиса тоже, что и третичнаго.

Трипперъ мочеиспускательнаго канала у мужчины; осложненія триппера.

Причина триппера гонококкъ Neisser'a, диплококкъ, красящійся метилен. синькой или *Gentian-violet* омъ, по Граму обезцвѣчивается; онъ находится 1. на клеткахъ эпителія, 2. въ лейкоцитахъ (діагностически всего важнѣе!) и 3. въ свободномъ состояніи.

Инкубація отъ одного до трехъ дней. Начинаяется трипперъ щекотаніемъ, болѣзненностью при мочеиспусканіи и частымъ позывомъ на мочеиспусканіе; *meatus urethrae* покраснѣвшій, припухшій, какъ-бы склеившійся. Въ началѣ слизистый, однако содержащій уже гонококки, секретъ; черезъ 3—4 дня обильный гнойный секретъ съ большимъ количествомъ гонококковъ. Въ мочѣ нити и хлопья. По ночамъ болѣзненные эрекции. Съ 3 или 4 недѣли истечение уменьшается, оно становится менѣе гнойнымъ; нити и хлопья убываютъ. При переходѣ на *pars membranacea* и *prostatica* (*Gon. acuta poster.*) больной испытываетъ боли въ промежности

и частые позывы на мочеиспускание; моча выдѣляется понемногу, она мутна, въ концѣ мочеиспусканія показывается кровь.

Терапія неосложненнаго остраго триппера. Покой, воздержаніе отъ алкоголя, холодныхъ и углекислыхъ напитковъ; пища нераздражающая, питательная, слегка послабляющая, опрятность (опасность переноса заразы на глаза), теплыя ванны! Днемъ носить хорошо приспособленный *suspensorium*.

Во всѣхъ неосложненныхъ случаяхъ слѣдуетъ по возможности раньше приступить къ спринцеваніямъ. Шприць стеклянный съ коническимъ наконечникомъ изъ твердаго каучука; при узкой крайней плоти наконечникъ оливообразный; набирать жидкость для впрыскиванія нужно не изъ стклянки, въ коей находится лекарство, а изъ особаго сосуда; при насасываніи жидкости избѣгать пузырей воздуха; для чистки сосуда и шприца служить дистиллированная вода. Въ началѣ болѣзни достаточно спринцевать 3 раза въ день (если только раздраженіе слизистой допускаетъ это), позднѣе 5 разъ. Каждый разъ первый впрыснутый шприць больнымъ сейчасъ-же выпускается, второй задерживается на 3—5 минутъ.

Для впрыскиванія служитъ *Argentamin* 0.1 : 200; *Arg. nitr.* (нѣсколько болѣзненнѣе) 0.1 : 300.0; *Protargol* (растворять на холоду) $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ‰; *Argonin* (менѣе дѣйствителенъ, однако не столь раздражаетъ, какъ другіе препараты) 1—2‰ (взбалтывать передъ употребленіемъ); *Ichthyol* 1—3‰; *Alumnol* 2—3‰; сулема 0.01 : 200.0 (нерѣдко раздражаетъ). Передъ впрыскиваніемъ больной долженъ помочиться.

Если изслѣдованіе, производимое на гонококки, обнаруживаетъ ихъ отсутствіе уже въ теченіе двухъ недѣль, постепенно переходятъ къ воднымъ растворамъ 3‰ борной кислоты, $\frac{1}{4}$ —1‰ *Zinc. sulfocarbol*, *Zinc.* и *Kalium permangan.* отъ 0.005 до 0.05 на 100.0, 1—2‰ *Natr. salicyl.* и *chloroborosum*, 1—3‰ *Antipyrin*; подъ конецъ также *aq. calcis* 1 : 3, и наряду съ цинковымъ растворомъ

1.—2% резорцинъ. Часто приходится переходить отъ одного средства къ другому.

Внутреннее леченіе сводится либо къ діурезу (теплый *Wildungen* съ молокомъ, настой липоваго цвѣта на водѣ; пить въ большомъ количествѣ теплымъ), либо къ приему веществъ, которыя, выдѣляясь чрезъ мочеиспускательный каналъ, дѣйствуютъ благотворно на слизистую; въ послѣднемъ случаѣ необходимо ограничить количество выпиваемой жидкости. Даются по преимуществу бальзамическія средства:

1. *Bals. Copaivae*, чистый или прибавляютъ къ нему нѣсколько капель *ol. Menthae piper.*, 3—4 раза въ день по 20—25 капель; также въ желатиновыхъ капсулахъ по 0.5 3 раза въ день по 3—4 капсули!

2. *Ol. Santal. Ostind.*, *Gonorol*, *Ol. Salosantal* (соединеніе *Salol'a* съ *Ol. Santal.*) въ нѣсколько меньшихъ дозахъ, чѣмъ *Copaiva*. Сандаловое масло дается въ капсулахъ по 0.3—0.5.

3. *Pulv. Cubebar.* 3—4 раза въ день до $\frac{1}{2}$ кофейной ложечки (или въ облаткахъ).

Бальзамическія средства помогаютъ лишь въ большомъ количествѣ и при продолжительномъ употребленіи, однако онѣ легко разстраиваютъ пищевареніе и вызываютъ почечныя боли; копайскій бальзамъ сверхъ того еще производитъ лекарственную сыпь.

Однимъ только внутреннимъ леченіемъ приходится ограничиваться въ чрезвычайно тяжелыхъ случаяхъ, пока вслѣдствіе интенсивности воспалительныхъ явленій нельзя приступить къ впрыскиваніямъ, при *Lymphangoitis dorsalis penis* и *Lymphadenitis*.

При кровотеченіяхъ діурезъ прекращаютъ, ограничиваются бальзамическими, *Ergotin!* Холодные компрессы съ 1—2% уксуснокислымъ глиноземомъ; при бубонѣ ледъ! Покой, пребываніе въ постели. При фимозѣ противовоспалительныя средства; не помогаетъ—операция; впрыскиваніе необходимо прекратить также при свѣжихъ періуретральныхъ инфильтратахъ, которые возникаютъ отъ инфекции Тизоновыхъ же-

лезъ у *frenulum praeputii* или отъ распространенія воспалительнаго процесса со слизистой на подслизистую и пещеристую ткань (*Cavernitis*); инфильтраты разссываются или нагнаиваются. Результатомъ періуретральныхъ абсцессовъ является весьма болѣзненный перегибъ *penis'a* при эрекціяхъ—*Chorda venerea* (принимать ежедневно по 3—4 грамма бромистаго натрія или калия).

Вообще при каждомъ осложненіи триппера мѣстное леченіе прерывается.

Хроническій трипперъ. Измѣненія ограничиваются лишь небольшими очагами то въ передней части мочеиспускательнаго канала (*pars bulbosa*), то въ задней (*p. prostatica*); фолликулы и железы инфильтрированы. Моча содержитъ уретральныя нити; истеченіе большей частью слизистое; часто лишь по утрамъ; изрѣдка гнойное, по временамъ обостреніе. Гонококковъ находятъ не всегда. Разнообразныя нервныя жалобы, касающіяся то общаго состоянія здоровья, то лишь гениталій и задняго прохода, утомляемость, психическая депрессія.

Если при изслѣдованіи первой пробы мочи оказывается, что она мутна, а вторая прозрачна, то можно предположить, что пузырь не вовлеченъ въ процессъ, но, чтобы съ увѣренностью исключить процессъ въ задней части мочеиспускательнаго канала, необходимо промывать каналъ теплой борной кислотой или стерилизованной водой до тѣхъ поръ, пока не станетъ отдѣляться совершенно прозрачная жидкость; если послѣ этого проба мочи оказывается прозрачной, безъ нитей и хлопьевъ, то очевидно, что имѣется лишь *urethritis anterior*.

При помощи пуговчатаго зонда можно легко опредѣлить мѣсто стѣженія мочеиспускательнаго канала, опредѣлить чувствительность его отдѣловъ. При помощи эндоскопа осматривается слизистая (*pars. anter.*). Какъ зонды, такъ и эндоскопъ примѣняются лишь по исчезновеніи острыхъ воспалительныхъ явленій; при угрожающемъ кровотеченіи подчасъ нельзя обойтись безъ послѣдняго.

Леченіе начинается съ впрыскиваній въ передній отдѣлъ мочеиспускательнаго канала (черезъ день или два) посредствомъ большихъ шприцовъ или Нелатоновскаго катетера, соединеннаго съ ирригаторомъ. Употребляются 1—2^o/_o Ichthyol, $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ^o/_o Zinc. sulfur. $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ^o/_o Kali hypermangan, $\frac{1}{4}$ ^o/_o Arg. nitr. Время отъ времени слѣдуетъ перемѣнять средства. Когда наступило улучшение въ состояніи передней части мочеиспускательнаго канала, производятъ впрыскиваніе 2 раза въ недѣлю въ заднюю часть. Рекомендуются $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ с.с. 1^o/_o Argenti-
mina, 2^o/_o Albargin (гелятоза серебра), 2^o/_o Protargol, $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ^o/_o Argent nitr. Спринцеванія производятъ по Ullmann'у; впрыскиваніе въ передній отдѣлъ мочеиспускательнаго канала продолжается по-прежнему; въ дни, свободные отъ спринцеваній, больной вводитъ самъ въ мочеиспуск. каналъ растворъ Zinc. sulfo-carbol, борной кислоты, Kali или Zinc. permangan., Resorcin (см. выше); спринцеваніе продолжается отъ 3 до 5 минутъ. Въмѣсто спринцеванія можно вводить не болѣе-чѣмъ на 10—15 минутъ антрофоръ Стефана (не чаще, чѣмъ разъ въ день); въ виду вяжущаго дѣйствія его (цинкъ, танинъ и т. д.) онъ оказывается весьма полезнымъ въ случаяхъ, не сопровождающихся сильнымъ раздраженіемъ; можно вводить нѣсколько разъ въ недѣлю оловянные зонды, покрытые мазью съ $\frac{1}{4}$ ^o/_o Argent. nitric. (по Unna) или нейзильберовые зонды, покрытые 3^o/_o резорциновой мазью (Casper). Необходимо приучить больного къ зондамъ, вводя предварительно эластическіе бужи, ранѣе до bulbus'a, затѣмъ до пузыря. Тоже надо сдѣлать и передъ систематическимъ леченіемъ посредствомъ металлическихъ зондовъ. Обыкновенно выше 24 charrière не слѣдуетъ переходить. Главное показаніе къ употребленію металлическихъ зондовъ — инфильтраты и стриктуры большей или меньшей величины. Леченіе зондами применяется въ случаяхъ, не сопровождающихся раздраженіемъ слизистой оболочки. Тоже правило соблюдается и при леченіи дилататорами. Начинаютъ съ двулопастныхъ инструментовъ. Затѣмъ переходятъ къ трехъ и четырехъ — лопастнымъ. Первое время расширяютъ лишь

передній отдѣлъ мочеиспускательнаго канала, достаточно дилатировать разъ въ недѣлю.

Внутреннее леченіе хронич. триппера тоже, что и остраго (см. выше). Часто наряду со спеціальнымъ леченіемъ полезно пребываніе въ Wildungen'ѣ. Разстройство пищеваженія, анэмія, нервныя явленія лечатся особо.

Осложненія.

1. Epididymitis (воспаленіе придатковъ) и Deferentitis или Funiculitis (воспаленіе сѣменнаго канатика)

начинается чаще всего на 2 или 3 недѣлѣ лихорадкой, болѣзненнымъ опуханіемъ придатка и соотвѣтствующаго ему сѣменнаго канатика, нерѣдко на обѣихъ сторонахъ (вслѣдствіе погрѣшностей въ діетѣ, терапіи). Продолжается 2—3 недѣли и болѣе.

Покой, пребываніе въ постели; горячіе компрессы; (иногда наоборотъ ледъ), а затѣмъ влажный компрессъ съ клеенкой; смазывать *tinctura Jodi*; *Suspensorium Langlebert'a*; мѣстное леченіе отмѣняется.

Какъ только трипперъ осложняется эпидидимитомъ, истеченіе изъ мочеиспуск. канала прекращается; при обратномъ развитіи процесса въ придаткѣ—вновь истеченіе! Иногда процессъ переходитъ на самое яйцо; очень рѣдко бываетъ нагноеніе. Не такъ рѣдко бываетъ нагноеніе яичка! Наблюдался и перитонитъ вслѣдствіе *funiculitis*. *Epididymitis* и *funiculitis* наблюдались и при крипторхизмѣ.

2. Prostatitis. Воспаленіе предстательной железы.

А. Острое. Различаютъ катарральную, фолликулярную и паренхимарозную формы. Появляется лихорадка, боль при сидѣніи и при дефекаціи. Позывъ на низъ и на мочеиспусканіе; при концѣ мочеиспусканія кровь; рѣже—задержаніе мочи.

Горячіе компрессы, иногда ледъ на область промежности въ боковомъ положеніи больного! Горячія сидячія

ванны или тепловатая сидячія ванны, смотря по тому, что лучше переносится. Послабляющія средства! Абсцессъ вскрывается въ мочеиспускательный каналъ, чаще въ область промежности (здѣсь-же при оперативномъ пособіи дѣлается разрѣзь).

При началѣ болѣзни прервать вырыскиванія. 3 раза въ день свѣчки:

197. Rр. 1. Codein muriat. 0.03

Butyr. Cacao q. s. ut fiat supp. d. t. s.
№ 12

2. съ Morphin muriat по 0.01

3. съ extr. Bellad. 0.01

4. комбинація 3 и 4.

В. Хроническое. Prostata увеличена цѣликомъ или отдѣльныя ея доли. Въ однихъ случаяхъ предстательная железа плотна; въ другихъ—мягка, флюктуируетъ и тогда очень чувствительна. Нагнаивается рѣдко. Болѣзненность при мочеиспусканіи часто незначительна; болѣе выражена болѣзненность при дефекаціи. Стекловидно-слизистое истеченіе изъ канала во время испражнений и послѣ него—prostatarrhoë. При микроскопическомъ изслѣдованіи амилоидныя тѣльца, цилиндрическій эпителий, кристаллы Böttcher'a, сперматозоиды. Въ мочѣ нити и хлопья. Для добыванія отдѣляемаго предстательной железы примѣняется т. н. тройная проба мочи по Sehlen'у, а именно, послѣ второй пробы (см. выше) черезъ прямую кишку выдавливаютъ изъ железы пальцемъ ея содержимое и предлагаютъ больному вновь помочиться. Иногда наблюдается пониженіе половой способности.

Для леченія примѣняется массажъ простоты, въ началѣ на третій или четвертый день; въ промежуткѣ вырыскиваніе по Ultzmann'у (см. выше), позднѣе леченіе зондами; холодныя сидячія ванны и восходящія на промежность души: въ прямую кишку Arzberger—Finger'овскій аппаратъ; первое время температура воды высокая, затѣмъ понижается, смотря по выносливости больного до ледяной, свѣчки съ 0.5 Ichthyol'a.

3. Spermatocystitis

бываетъ рѣдко; б. ч. вмѣстѣ съ prostatitis, почти всегда на одной сторонѣ, обыкновенно послѣ предшествовавшаго эпидидимита. Въ острыхъ случаяхъ, присоединяющихся къ Gonog. acut. post., нѣсколько выше и по сторонамъ простаты прощупывается колбасовидная, впереди закругляющаяся въ видѣ яйца опухоль, которая чувствительна къ давленію! Поллюціи съ кровью, hâmatospermatorrhoe; сперма выдѣляется при мочеиспусканіи и при испраженіи; болезненные эрекции. Встрѣчаются бурно протекающіе случаи съ нагноеніемъ (опасность перитонита!)

Леченіе въ существенномъ то же, что при prostatitis acuta и chronica.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ сперматорреи дѣло идетъ лишь о страданіи Capitis Gallinaginis и Ductus ejaculatorii, именно объ ихъ недостаточности; при закрытіи ихъ проевѣта oligospermia и azospermia.

Въ случаѣ недостаточности ductus ejaculatorii приноситъ пользу зондированіе и спринцеванія partis posterioris urethrae.

4. Cowperitis

съ увѣренностью діагностируется лишь тогда, когда констатируется очень чувствительная, сбоку или отъ garhe лежащая опухоль, которая или подвергается обратному развитію или нагнаивается. Въ послѣднемъ случаѣ вскрываютъ ее снаружи.

5. Cystitis

чаще всего присоединяется въ раннихъ стадіяхъ гонорреи. Начинается лихорадкой и тупыми болями въ области пузыря, усиливающимися при мочеиспусканіи; при концѣ мочеиспусканія часто чистая кровь; моча мутна; вслѣдствіе содержанія крови темнокраснаго цвѣта, щелочной реакціи, содержитъ бѣлокъ. Частые позывы на мочеиспусканіе, нерѣдко недержаніе мочи; подчасъ задержаніе мочи!

Покой, пребываніе въ постели, горячіе компрессы, теплыя сидячія ванны, суппозитории (см. Prostatitis acuta). 3—4 раза въ день по 1.0 салицилово-кислаго натрія или 0.5 салола; настой folii Uvae ursae (1 столовая ложка на стаканъ воды) 3—4 раза въ день. Мѣстное леченіе и катетеризація въ острыхъ случаяхъ по возможности должно быть ограничено.

Хроническій циститъ развивается либо изъ

остраго, либо появляется постепенно на почвѣ органическихъ стриктуръ мочеиспуск. канала. Субъективные симптомы мало выражены, въ мочѣ обильный осадокъ, кровь; реакція щелочная, рѣзкій амміачный запахъ. Вслѣдствіе анатомическихъ измѣненій пузыря появляются паралитическія явленія (недержание и т. п.). Наряду съ вышеупомянутымъ общимъ леченіемъ промываніе пузыря $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ‰ Arg. nitr, $\frac{1}{2}$ ‰ Kal. hyperm., Ichthyol 1—2‰, 3‰ борной кислоты; промывная жидкость берется теплая; передъ введеніемъ ея въ пузырь промываніе теплой стерилизованной водой; стриктуры лечатся своимъ порядкомъ; необходимо обратить особое вниманіе на состояніе простаты. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ оказывается полезнымъ пребываніе въ Wildungen'ѣ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Прогнозъ хроническаго цистита серьезенъ.

6. Суженіе мочеиспускательнаго канала. Стрикура.

Различаютъ органическую стриктуру и спастическую. Первая подраздѣляется на:

1. Мозолистую, происходящую отъ новообразованія соединительной ткани и

2. рубцовую—отъ сморщиванія, рубцевого стягиванія. Замѣчается затрудненіе при мочеиспусканіи до полной задержки. Въ послѣднемъ случаѣ катарръ пузыря. Стрикура можетъ появиться спустя долгое время послѣ триппера. Наиболее частое мѣсто нахожденія стриктуры—*pars bulbosa et membranacea*.

Постепенно расширять каналъ зондами въ началѣ эластическими, позднѣе металлическими. Объ *urethrotomia interna et externa* см. учебники хирургіи.

3. Спастическая стриктура—частью воспалительнаго происхожденія, частью нервнаго. Вызывается сокращеніемъ *musc. transvers. profund.* Теплыя сидячія ванны, полуванны, суппозиторіи съ морфіемъ и т. д. (см. выше).

7. Трипперный ревматизмъ

обыкновенно моноартикулярный (чаще всего волѣнный суставъ); какъ полнартикулярный, онъ наблюдается въ суставахъ пальцевъ, кисти и стопы; распространяется захватывая все новые и новые суставы, при неразрѣшившемся процессѣ въ другихъ; вынотъ б. ч. серьезный; болѣзненность въ суставахъ сравнительно незначительна, тугоподвижность; обыкновенно протекаетъ безъ лихорадки; рѣдко нагноеніе и деструкція.

Мѣстное леченіе отмѣняется. Покой, пребываніе въ постели. Суставы иммобилизируются, согрѣвающей компрессъ или повязка съ 2—3% ихтіоловой мазью. Позднѣе массажъ.

При обостреніи триппера или при новомъ зараженіи — рецидивъ суставнаго страданія.

Papilloma, Condyloma acuminatum

чаще всего наблюдается при трипперѣ мочеиспускательнаго канала, однако иногда и при хроническомъ Balanitis (трипперъ крайней плоти) — по преимуществу на внутреннемъ листкѣ крайней плоти, sulcus coronarius, стволѣ; сосочковыя разраженія въ видѣ цвѣтной гаулеты, на ножкахъ, бахромчатые. Онѣ легко кровоточатъ и распространяются на значительную часть половыхъ органовъ. Выскабливать острой ложкой или удалять ножницами, а затѣмъ прижигать (Liq. ferri sesquichlor, адскій камень). При маленькихъ папилломахъ достаточно дважды въ день смачивать Liq. fer. sesquichl., дымящей азотной кислотой (щадить здоровую ткань), acid. trichloroacetico или присыпать:

198. Rp. Summit. Sabin.

Alum. crudi āā 0.5.

Cupri sulfur. 0.1—0.2.

M. f. Pulv.

Послѣ этого Jodol или Europhen.

Глазныя болѣзни.

Очеркъ Dr. Lamhofer'a.

Общія замѣчанія.

Ниже нами будутъ рассмотрѣны лишь тѣ болѣзни, при распознаваніи коихъ не приходится прибѣгать къ главному зеркалу и леченіе которыхъ не требуетъ большаго оперативнаго пособія.

Чаще всего приходится назначать примочки, глазныя капли, компрессы.

Глазныхъ капель не слѣдуетъ прописывать въ сильной концентраціи; 1% растворъ цинковой, свинцовой соли и т. п. уже вызываетъ жженіе; никогда не слѣдуетъ выписывать заразъ болѣе 5.0, ибо на второй недѣлѣ употребленія жидкость уже портится. Растворы серебра должны впускать въ глазъ лишь врачъ. Если на рукахъ больного имѣется даже слабый растворъ серебра, то, впуская по 1—2 капли въ глазъ ежедневно, онъ возвратится черезъ нѣсколько недѣль къ врачу съ темно-сѣрой окраской соединительной ткани (*Argyria*), остающейся навсегда.—*Mydriatica* примѣняются у стариковъ съ большою осторожностью въ виду возможности вызвать у нихъ главному. Для впусканія капель служитъ закругленная съ обѣихъ концовъ стеклянная палочка, которую передъ употребленіемъ слѣдуетъ тщательно вытереть.

Компрессовъ при экцемѣ вѣкъ, соединительной оболочки и роговицы не слѣдуетъ дѣлать. Необходимо лишь тщательно очистить края вѣкъ отъ слизи и нѣсколько

разъ промыть мѣшокъ соединительной оболочки. Излюбленное универсальное средство — свинцовая вода — не должна быть употребляема при кератитахъ съ потерей вещества, такъ какъ она легко осѣдаетъ въ дефектахъ, образуя нерастворимые осадки. Очень холодные компрессы и ледяные компрессы должны быть совершенно изгнаны; они лишь сильно раздражаютъ конъюнктиву и вызываютъ ея опуханіе. Для промыванія мѣшка соединит. оболочки употребляется тепловатая жидкость. Губки для вытиранія глазъ пора забросить; лучше всего кусокъ ваты.

Мази, предназначаемыя лишь для края вѣкъ, тщательно распредѣляются при помощи стеклянной палочки, при чемъ необходимо заботиться о томъ, чтобы мазь не попала черезъ углы вѣка въ конъюнктивальный мѣшокъ, гдѣ она вызоветъ сильное раздраженіе и слѣзотеченіе.

Въ мѣшокъ соединительной оболочки вводятся кусочки мази величиной съ конопляное зерно. Захватываются они концомъ стеклянной палочки. Оттянувъ нижнее вѣко внизъ, вкладываемъ палочку съ мазью, затѣмъ, приказавъ больному закрыть глазъ, медленно извлекаемъ ее. Какъ послѣ впусканія капель, такъ и мазей вѣки нѣсколько времени больной держитъ сомкнутыми.

Чтобы промыть верхнее вѣко, что представляетъ большое затрудненіе у дѣтей и у робкихъ субъектовъ, прибѣгаютъ къ слѣдующему способу. Приложивъ къ верхнему вѣку карандашъ, зондъ и т. п. въ томъ мѣстѣ, гдѣ поперечная складка кожи намѣчаетъ верхній конецъ хряща (при чемъ не слѣдуетъ ни придавливать глаза, ни тащить вѣко вверхъ), другой рукой рѣсницы и край вѣка оттягиваютъ внизъ и при этомъ слегка отдаляютъ отъ глазного яблока (заставляютъ больного смотреть внизъ), затѣмъ вѣко выворачиваютъ вверхъ, придерживая концами пальцевъ.

Для защиты глазъ употребляется: консервы, повязки, козырьки. Консервы сѣраго или синяго цвѣта не должны быть слишкомъ интенсивной окраски; они

служать для защиты глаза отъ яркаго солнечнаго свѣта, вѣтра, непогоды; въ комнатѣ, при чтеніи, писаніи, шитьѣ они снимаются. Козырькомъ служить обыкновенный сѣрый картонъ. Повязка никогда не накладывает-ся непосредственно на глазъ; прежде всего кладутъ на слабо-сомкнутыя вѣки кусокъ полотна, сложеннаго нѣсколько разъ или марли; затѣмъ вату въ количествѣ, достаточномъ для выполненія глазничной впадины, сверхъ нея тонкій бинтъ, охватывающій голову. Не слѣдуетъ при наложеніи повязки пользоваться картономъ или плотной резиной. При согрѣвающимъ компрессѣ кладутъ на полотно кусокъ клеенки; вату берутъ въ бѣльшемъ количествѣ, нежели для простой повязки.

Вѣки.

Blepharitis Blepharo-Adenitis.

Названіемъ *Blepharitis* обыкновенно обозначаютъ всѣ виды воспаления свободнаго края вѣкъ. Наиболѣе частымъ заболѣваніемъ вѣкъ является экцема въ ея разнообразныхъ формахъ. На свободномъ краю вѣка появляются пузырьки, чешуйки и язвочки, глубоко-проникающія въ ткань. По удаленіи корокъ, прочно сидящихъ на поверхности язвъ, обнажается какъ-бы изъѣденная поверхность. Рѣсницы выпадаютъ; при долго дѣющемся процессѣ онѣ вырастаютъ короткими, принимаютъ неправильное положеніе (*Trichiasis*). Въ тяжелыхъ случаяхъ вслѣдствіе постояннаго затеканія слезной жидкости на кожу вѣка, вслѣдствіе воспаления и послѣдующаго рубцеванія кожи, дѣло доходитъ до *Ectropium palpebrarum*.

Чаще всего экцема вѣкъ наблюдается у хилыхъ дѣтей; у взрослыхъ лишь въ тѣхъ случаяхъ, если имѣется слизистое или гнойное отдѣленіе слезнаго мѣшка, равно какъ при продолжительномъ прикладываніи (цѣлыми недѣлями) компрессовъ по поводу какого нибудь глазнаго заболѣванія. Въ послѣднемъ случаѣ съ отмѣной компрессовъ болѣзнь проходитъ. Въ другихъ случаяхъ затягивается на мѣсяцы и годы.

Леченіе у дѣтей по-преимуществу общее. Хорошее питаніе, чистый воздухъ, солёныя ванны, морскія купанья,—вообще леченіе, назначаемое обыкновенно при золотухѣ.

Корки тщательно удаляются со свободнаго края вѣкъ. Часто это сопряжено съ затрудненіями и безболѣзненно. Корки размягчаютъ тепловатой водой, затѣмъ снимаютъ ихъ кусочкомъ ваты или полотна. Ни въ коемъ случаѣ для этого не долженъ служить носовой платокъ. Послѣ снятія корокъ въ край вѣка тщательно втирается мазь (слѣдуетъ избѣгать попаденія мази въ конъюнктивальный мѣшокъ, гдѣ она можетъ вызвать раздраженіе и слезотеченіе). Втираніе производится дважды въ день, утромъ и вечеромъ. Если причиной блефарита является страданіе слезнаго мѣшка, то леченію блефарита должно предшествовать леченіе основного страданія.

Холодныя компрессы при экцемѣ вредны. Для размягченія корокъ употребляется простая или перваренная вода, равно какъ слабыя растворы сулемы и борной кислоты.

Acid. boric. 3.0 : 100 Сулемы 0.03 : 100.0

Мазь: Zinc. oxyd. albi 0.1 : Vaselini 5.0.

199. Rr. Ol. Rusci 0.1

Zinc. oxyd. alb.

Amyl. āā 2.0

Vaselini. 5.0

S. Глазная мазь.

200. Rr. Hydrar. praec alb. 0.05.

Zinc. oxyd. 0.05

Vaselini. 5.0

S. Глазная мазь.

Очень часто воспаляются и нагнаиваются сальные железки и Мейбоміевы железы (*Hordeolum*, ячмень). Въ такихъ случаяхъ свободный край вѣка опухаетъ, замѣчается также *chemosis conj. bulbi*, глаза съ трудомъ раскрываются. Возможно смѣшеніе съ острымъ конъюнктивитомъ. Отличіемъ служитъ ограниченная болѣзненность вѣка въ томъ или другомъ мѣстѣ, припуханіе железъ передъ ухомъ и абсцессы, которые вскрываются на краю вѣка или черезъ конъюнктиву. *Леченіе.* Теплыя примочки, припарки подрядъ цѣлый день, разрѣзъ и опорожненіе гнойничковъ.

При *Chalazion*, представляющимъ небольшую опухоль, сидящую въ хрящѣ вѣка, показуется удаление либо со стороны кожи, либо со стороны слизистой; въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣлаютъ лишь выскабливаніе острой ложкой. При удаленіи со стороны кожи разрѣзъ проводится параллельно свободному краю вѣка, дабы не перерѣзать *m. palpebr.*; при удаленіи со стороны слизистой—перпендикулярно къ нему, дабы не перерѣзать Мейбоміевыхъ желѣзъ.

Molluscum contagiosum представляетъ желтоватаго цвѣта величиной съ булавочную головку узелокъ съ небольшимъ вдавленіемъ въ серединѣ. Сидитъ онъ на краю вѣкъ или въ другомъ мѣстѣ вѣка. Удаленіе содержимаго, антисептика.

Заворотъ (*Entropium*) и Выворотъ (*Ektropium*) въ слабо-выраженныхъ формахъ лечатся при помощи соответствующихъ повязокъ; во всѣхъ остальныхъ случаяхъ оперативное пособіе.

При *Trichiasis* рѣсницы выдергиваются такъ называемымъ рѣсничнымъ пинцетомъ или дѣлается соответственная операція.

Symblerphag. Сращеніе вѣкъ съ глазнымъ яблокомъ наблюдается послѣ дифтеріи, ожоговъ, прижиганій. *Ankyloblephag.* Сращеніе вѣкъ другъ съ другомъ. Операція, пересадка слизистой. *Epicanthus* представляетъ врожденное чрезмерное развитіе на спинкѣ носа кожи, которая покрываетъ внутренний уголъ глаза. *Epicanthus* дѣтей съ возрастомъ исчезаетъ; въ противномъ случаѣ удаленіе.

При параличѣ *n. facialis* замыканіе вѣкъ отчасти или полностью невозможно. (*Lagophthalmus*); при параличѣ *n. oculomotorii* верхнее вѣко опущено и не подымается вверхъ (*Ptoxis*). Лечение основного страданія, операція.

Тоническая и клоническая судорога *m. orbicularis* (*Nictitatio palpebralis*, *Blepharospasmus*) чаще всего бываетъ у дѣтей при страданіяхъ конъюнктивы, роговицы и при *chorea minor*. Иногда миганіемъ вѣкъ заболѣваютъ много школьниковъ заразъ. Въ послѣднемъ случаѣ помогаютъ всякія индифферентныя средства или соответственное внушеніе. При блефароспазмѣ на почвѣ экземы конъюнктивы или роговицы, когда по цѣлымъ днямъ глазъ закрытъ, впускаютъ нѣсколько разъ въ день 2% кокаинъ. Послѣ длительного спазма развивается на время слабость зрѣнія.

При *Herpes zoster* вѣкъ въ области *n. supra-* и *infraorbitalis*, *supratrochlearis* появляются пузырьки, не переходящіе за среднюю линію. Сильная болѣзненность. Пораженная область вѣка, носа и лба не чувствительна; часто заболѣваютъ роговица и радужная оболочка. Пузырьки посыпаются крахмаломъ или при образованіи корокъ смазываются ланолиномъ, вазелиномъ.

При рождѣ вѣка, б. ч. распространяющейся съ лица, часто наблюдалось воспаленіе и атрофія зрительнаго нерва.

Эмфизема вѣка бываетъ послѣ перелома внутренней стѣнки глазницы; особаго значенія она не имѣеть.

Изъ новообразованій вѣка, помимо атеромы, липомы, карциномы, требующихъ оперативнаго вмѣшательства, упомянемъ о *Xanthelasma (uterinum)*. Симметрическія желто-коричневая, слегка возвышающіяся пятна на верхнихъ вѣкахъ; происходятъ вслѣдствіе гипертрофіи соединительной ткани и жирового перерожденія. Обыкновенно у женщинъ въ климактерическомъ періодѣ, очень рѣдко у мужчинъ. Х. нисколько не вредитъ; чисто-косметическую операцію предпринимать у бабушки лишнее.

Слезные органы.

Воспаленіе слезныхъ железъ, *dacryoadenitis*, бываетъ рѣдко. Сравнительно часто при свинкѣ.

Слезные каналы могутъ суживаться, слезныя точки занять неправильное положеніе. Лечение. Расщепленіе канала.

Очень часто встрѣчается *Blenorrhoea saecialis conjunctivalis*, по-преимуществу у женщинъ. Страданіе въ высшей степени длительное. Въ началѣ замѣчается лишь слезотеченіе, потомъ слизистое отдѣленіе, позднѣе гнойное. Болями не сопровождается. Рѣсницы отъ пропитыванія гноемъ склеиваются. Весьма опасна *blenorrhoea* при малѣйшемъ пораженіи роговицы.

Лечение состоитъ въ расщепленіи слезнаго канала и промываніи слезно-носового канала, иногда лишь послѣ предварительнаго зондированія его; больной выдавливаетъ пальцемъ слезный мѣшокъ снизу до внутренняго угла глаза, въ каковой затѣмъ впускается *Zinc. sulf. 0.01 : 5.0*. Если всѣ эти средства оказываются безсильными, то экстирпируютъ мѣшокъ или вызываютъ облитерацию его при помощи раскаленнаго железа или прижигающей пасты. При *Blenorrhoea* у новорожденныхъ достаточно подчасъ сдавить мѣшокъ снаружи или помассировать его короткое время, чтобы гнойное содержимое направилось въ носъ.

Изъ хронической формы воспаления слезнаго мѣшка вслѣдствіе обостренія развивается *Dacryocystitis*. У внутренняго угла глаза сильная припухлость и рожестая краснота. Малѣйшее прикосновеніе болѣзненно. Че-

резь нѣсколько дней гной вскрывается наружу. Лечение *Dacryocystitis* состоитъ въ горячихъ припаркахъ; при флюктуации вскрытіе абсцесса, послѣ чего накладывается іодоформенная повязка. Когда острые явленія прошли, приступаютъ къ расщепленію слѣзныхъ канальцевъ и промыванію слѣзно-носового хода. Рана заживаетъ быстро. Если, наоборотъ, заживленіе идетъ медленно или образуется фистула слѣзнаго мѣшка, то, продолжая промываніе слѣзно-носового хода, прижигаютъ фистулу или рану, каковыя закрываются, какъ только восстановлена проходимость слѣзныхъ путей.

Сильное слезотеченіе, *Stillicidium lacrymagum* наблюдается у стариковъ, а также у молодыхъ анемическихъ слабыхъ субъектовъ, утромъ при выходѣ на воздухъ безъ того, чтобы можно было въ этихъ случаяхъ констатировать какую нибудь болѣзнь глаза или носа. Но всей вѣроятности слезотеченіе въ этихъ случаяхъ стоитъ въ связи съ застоємъ крови и расширеніемъ венныхъ сплетеній. Слезотеченіе тягостно, но не представляетъ никакихъ опасностей. Нѣсколько помогаетъ смазываніе края вѣкъ вазелиномъ, прочія средства лишь раздражаютъ и ухудшаютъ состояніе. Продолжительное слезотеченіе наблюдается также при Базедовой болѣзни.

При параличѣ *n. facialis* прекращается отдѣленіе слезъ слезной железой.

Соединительная оболочка глаза и вѣкъ.

Hyperaemia conjunctivae chronica наблюдается по преимуществу у пожилыхъ людей, страдающихъ вообще расширеніемъ сосудовъ (напримѣръ, на щекахъ). Шаблонное примѣненіе вяжущихъ лишь вредитъ. Соединительная оболочка при *hyperaemia* красного цвѣта.

При всѣхъ заболѣваніяхъ *conjunctivae* необходимо изслѣдовать (и въ случаѣ надобности лечить) слизистую носа.

При *Conjunctivitis catarrhalis acuta* соединительная оболочка глазного яблока равномерно красного цвѣта; соединит. оболочка вѣка, переходная складка и *plica semilunaris* темнокраснаго цвѣта, припухши. Иногда краснота и опуханіе достигаютъ чрезвычайной интенсивности, при чемъ выдѣляется гнойный секретъ

(*Scwellungscatarrh*) Больные жалуются на слезотечение, жжение и покалывание въ глазахъ, на тяжесть верхняго вѣка; у нихъ имѣется ощущение, точно насыпанъ песокъ въ глаза. По утрамъ вѣки нѣсколько склеиваются.

Острый катарральный конъюнктивитъ (не слѣдуетъ при имени „катарральный“ думать лишь о простудномъ процессѣ) бываетъ вмѣстѣ съ сильнымъ насморкомъ при различныхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ; онъ обуславливается также чисто-мѣстной инфекціей, особенно пневмококками. Онъ поражаетъ цѣлыя семьи, школы, казармы и т. д. Болѣзнь заразительна; продолжительность ея 1—2 недѣли.

Въ легкихъ случаяхъ достаточно обмыванія глаза теплой переваренной водой. При сильномъ опуханіи и отдѣленіи гноя примочки изъ *Plumb. acetic.* 0.5 : 100.0, *Acid. boric.* 3 : 100 или *Natr. bibor.* 2 : 100; затѣмъ мѣшокъ соединительной оболочки промывается борной кислотой и въ заключеніе впускаютъ капли съ *Zinc. sulfur* 0.01 : 5.0; на глазъ не должна быть накладываема повязка; консервы полезны уже по одному тому, что они препятствуютъ больному загрязнять глаза носовымъ платкомъ или пальцами.

Самое частое заболѣваніе соедин. оболочки *Conjunctivitis ekzematosa* (*C. phlyctaenulosa*, *C. pustulosa*). Возлѣ края роговицы появляются маленькіе пузырьки (фликтены, пустулки); соединит. оболочка оказывается болѣе или менѣе покраснѣвшей. Пузырьки черезъ нѣсколько дней лопаются, затѣмъ исчезаютъ. Въ большинствѣ случаевъ однако черезъ недѣлю—двѣ высыпаютъ новыя пузырьки, воспаляется роговица (*Eczema corneae*). Болѣзнь наблюдается по-преимуществу у слабыхъ дѣтей; общее леченіе на первомъ планѣ. Глаза обмываются теплой водой. Ежедневно вкладывается въ мѣшокъ *conjunct.* мазь: *Hydrarg. praecip. flav. via humid. parat.* 0.02; *Vaselin* 5.0. Компрессы, какъ вообще при экцемѣ, противопоказаны.

При *Conjunctivitis scrofulosa*, бывающей въ теченіе кори или скарлатины, равно какъ при экцемѣ носа и губъ, не слѣдуетъ отрывать янтарно-желтой

пленки отъ сильно-опухшей, темно-красной, бархатистой конъюнктивы. Избѣгать раздражающихъ растворовъ. Плёнки отторгаются при одномъ обмываніи глаза теплой водой, затѣмъ приступаютъ къ тому-же леченію, что и при *Conjunctivitis catarrhalis*.

При *Conjunctivitis diphtheritica*, заболѣваніи самомъ по себѣ рѣдкомъ, чаще всего являющимся, какъ осложненіе дифтеріи зѣва и носа, наблюдается болѣе или менѣе желтовато-бѣловатаго цвѣта окраска конъюнктивы. Вѣки тверды, какъ доска. Роговица подвергается большой опасности. Леченіе то-же, что и при тяжелой *Blenorrhoea conjunctivae*. Серотерапія и здѣсь даетъ блестящіе результаты.

Противодифтеритическія вырыскиванія рекомендуются и при *S. grouposa*, такъ какъ со времени открытія дифтерійныхъ бациллъ въ крупозныхъ пленкахъ, стали смотрѣть на *S. grouposa*, столь отличную клинически и прогностически отъ *S. diphtheritica*, какъ на дифтеритическое заболѣваніе.

Гнойное воспаленіе *conjunctivae* у новорожденныхъ, *Conjunctivitis blenorrhoica*, *Blenorrhoea neonatorum* представляетъ одно изъ самыхъ серьезныхъ и заразительныхъ заболѣваній глаза.

Оно начинается на 2—4 день жизни незначительной, быстро увеличивающейся краснотой и припуханіемъ вѣкъ. На поверхности темно-красной соединительной оболочки находится янтарно-желтый налётъ, который легко снимается. Съ четвертаго или шестого дня (смотря по началу болѣзни) наступаетъ обильное непрерывное отдѣленіе гноя, продолжающееся 1—2 недѣли. На 8-й день болѣзни припухлость вѣкъ начинаетъ убывать; дѣти на короткое время по вечерамъ открываютъ глаза. Еще черезъ 8 дней можетъ наступить полное выздоровленіе.

Иногда уже въ первые дни болѣзни поражается и роговица. Небольшая въ началѣ ссадина превращается въ глубокую язву; можетъ далѣе произойти прободеніе роговой оболочки, выпаденіе радужной, печальными послѣдствіями чего являются рубцы роговицы, *staphyloma*, полярная катаракта.

Blenorrhoea neonatorum происходитъ отъ зараженія гонококкомъ Neisser'a, попадающимъ изъ влагалища матери на глазъ младенца. Впрочемъ, и другія бактеріи могутъ также вызвать гнойное воспаленіе.

Если раньше прогнозъ при этой болѣзни былъ очень тяжелъ, если большая часть слѣпыхъ преимущественно составлялась изъ лицъ, перенесшихъ бленорею, то виной этому неправильное леченіе, раздраженіе глаза различными медикаментами, примѣненіе такъ называемыхъ народныхъ средствъ и недостаточный уходъ за дѣтьми.

Съ абсолютной увѣренностью предупреждается у новорожденныхъ *Blenorrhoea* посредствомъ способа Crédé. Онъ состоитъ въ слѣдующемъ. Вѣки ребенка очищаются ватой или кускомъ полотна, затѣмъ обмываются тепловатой водой (не изъ ванны). Передъ закутываніемъ ребенку впускается при помощи стеклянной палочки капля 2⁰/₀ раствора *Argent. nitric.* непосредственно на роговицу. Повторять впусканіе *Argent. nitric.* не слѣдуетъ. Продѣлать эту процедуру можетъ и повивальная бабка. Если во время беременности мать страдала сильными бѣлями на почвѣ триппера, которымъ она заразилась, какъ это извѣстно домашнему врачу, отъ мужа, то впусканіе серебра по Crédé должно быть безусловно произведено.

При леченіи *Blenorrhoeae neonatorum* необходимо заботиться: 1. о надлежащемъ питаніи ребѣнка и 2. объ основательномъ обмываніи глаза по возможности нераздражающими средствами. Особенно опасно даже самое незначительное раздраженіе въ теченіе первыхъ дней болѣзни, когда нагноеніе еще ничтожно, а вышеупомянутая плѣнка покрываетъ слегка кровоточащую конъюнктиву.

Съ перваго дня болѣзни до выздоровленія достаточно промывать каждые $\frac{1}{2}$ —1 часъ (помимо тѣхъ часовъ, когда ребенокъ спитъ) мѣшокъ соединит. оболочки 2—3⁰/₀ тепловатой борной кислотой (если нельзя положиться на чистоту простой воды). Вытеревъ комкомъ ваты вѣки ребенка и удаливъ такимъ образомъ выступившій гной,

осторожно раскрываютъ ихъ, чтобы не поранить роговицы; затѣмъ выжимаютъ, намоченную въ растворѣ борной кислоты, вату или впускаютъ жидкость изъ капельницы. Ледяныя примочки, примочки изъ вяжущихъ, впусканіе Arg. nitric. и другихъ растворовъ, раскрываніе глазъ вѣкодержателями противопоказано. Благодаря Arg. nitric. и прижиганію ляписомъ въ первые дни болѣзни, благодаря самымъ ничтожнымъ ссадинамъ роговицы, производимымъ различными манипуляціями, уже не одинъ ребенокъ ослѣпъ (вмѣсто серебра употребляется также protargol 5—10^o/o).

Накладывать повязку на больной глазъ—не правильно; защищать повязкой здоровый—излишне. Глаза тщательно изслѣдуются ежедневно 1—2 раза; всякій разъ здоровый раньше пораженного. Чтобы гной не такъ легко затекалъ на менѣе пораженный глазъ (или здоровый), смазываютъ жиромъ спинку носа. При пораженіи роговицы впускаютъ послѣ промыванія соединит. оболочки Atropin или Physostygmim (1^o/o).

При *Conjunctivitis gonorrhoeica* взрослыхъ, страдающихъ трипперомъ, и у дѣвочекъ съ Fluor albus, наблюдаются тѣже явленія, что и при *C. blenorhoeica*. Теченіе еще болѣе бурное. Роговица подвергается еще большей опасности. При заболѣваніи одного лишь глаза другой защищаютъ при помощи часового стекла, прикрѣпленнаго къ кожѣ ватой, смоченной въ коллодіѣ. Необходимо всежъ тщательно слѣдить за его состояніемъ. Лечение то же, что и при *C. blenorhoeica*.

При *Conjunctivitis follicularis* въ покрасѣвшей соединит. оболочкѣ, по преимуществу нижняго вѣка, находятся многочисленные желтокрасные узелки величиной съ булавочную головку. Если фолликулы вызваны пылью или другимъ подобнымъ раздражителемъ и обусловливаютъ катарральныя явленія, можно дѣлать примочки изъ вяжущихъ и впускать капли; въ противномъ случаѣ лучше всего оставить соединительную оболочку въ покоѣ. Часто приходится видѣть большой величины фолликулы у людей, не испытывающихъ при этомъ никакихъ тяжелыхъ явленій.

Нѣкоторыми авторами *C. follicularis* разсматривается какъ первая стадія *Conjunctivitis granulosa*, трахомы. Такъ какъ *C. follicul.* наблюдается и въ такихъ странахъ, гдѣ никогда не бываетъ трахомы, то возможность такого предположенія мало вѣроятна. При трахомѣ фолликулы разсѣяны по всей соединительной оболочкѣ; въ позднихъ стадіяхъ болѣзни отъ распада фолликуловъ образуются язвы; сосочки рѣзко припухаютъ, образуя на слизистой валики; развивается стѣтъ сосудовъ (*pannus trachomatousus*) на роговицѣ, еще позднѣе образуются рубцы, хрящъ искривляется, рѣсницы измѣняютъ свое направленіе. Вслѣдствіе воспаления и помутнѣнія роговицы зрѣніе значительно падаетъ. Болѣзнь, возбудитель которой намъ еще неизвѣстенъ, заразительна, никогда не протекаетъ остро, а всегда лишь въ хронической формѣ. Въ нѣкоторыхъ частяхъ Германіи (напримѣръ, въ восточныхъ провинціяхъ Пруссіи) она очень распространена среди неимущаго населенія; въ другихъ частяхъ страны (въ Южной Германіи) она неизвѣстна.

Противъ трахомы употреблялись уже всевозможныя средства. Въ настоящее время примѣняются смазываніе конъюнктивы мѣднымъ купоросомъ, промываніе сулемой, растираніе или раздавливаніе и выжиманіе фолликуловъ при помощи ваты, смоченной въ сулемѣ или специальныхъ аппаратовъ. Нѣкоторые прибѣгаютъ къ вырѣзыванію переходной складки.

При весеннемъ катарѣ соединит. оболочка вблизи роговицы сильно утолщена, синевато-краснаго цвѣта, своеобразнаго студенистаго вида съ неровной поверхностью и неправильными очертаніями. *Conjunctiva* верхняго вѣка представляетъ своеобразныя разраженія. Болѣзнь наблюдается почти исключительно у дѣтей, продолжаясь годами, при чемъ улучшается зимой и ухудшается весной и лѣтомъ. Иногда мутнѣетъ край роговицы. Впусканіе капель не приноситъ пользы. При длительности страданія дается *tinct. Fowleri* и предпринимается выскабливаніе конъюнктивы.

Herpesis. Соединит. оболочка глаза въ области глазной щели суха, покрыта чешуйками. Наблюдается при общихъ нарушеніяхъ питанія, часто сопровождается нукталоніей.

Pemphigus соединит. оболочки бываетъ обыкновенно наряду съ *pemphigus*омъ въ другихъ частяхъ тѣла. Небольшія бѣло-

вато-сѣрыя, лишенныя эпителія перепонки (послѣ лопанія пузырей); вполсѣдствіи образуются рубцы. Роговица мутнѣеть. Противъ Pemphigus мы не имѣемъ никакого дѣйствительнаго средства, въ виду этого приходится ограничиваться лишь симптоматическими средствами.

Туберкулезъ соединит. оболочки проявляется или въ видѣ узелковъ большей или меньшей величины, или въ видѣ язвы. Лечение: выскабливаніе язвы острой ложечкой, общія терапія.

Шанвръ соединит. оболочки очень рѣдокъ. Онъ наблюдается то въ самой оболочкѣ, то на краю вѣка; образуется характерная язва съ рѣзкимъ припуханіемъ окружающей ткани и ссѣднихъ железъ. Противосифилитическое лечение.

Pinguescula представляетъ гипертрофію соединит. оболочки въ области глазной щели. Она желтаго цвѣта, разнообразной величины; обыкновенно у стариковъ; противъ этого изъянна не предпринимается никакого леченія.

Pterygium, крыловидная плева представляетъ утолщеніе conj. bulbi. Оно имѣетъ форму треугольника, верхушка котораго прикрѣплена къ роговицѣ. Если значительная часть роговицы занята плевой, то показуется ея удаленіе въ виду того, что она мѣшаетъ ясному видѣнію. Удаляютъ пlevу и въ томъ случаѣ, если она велика и своимъ натяженіемъ затрудняетъ движеніе глаза.

(Въ Мейбоміевыхъ железахъ у пожилыхъ людей образуются небольшія отложенія извести, которыя просвѣчиваютъ черезъ слизистую вѣкъ въ видѣ песчинокъ. Пока они не выступаютъ выше уровня слизистой, они не причиняютъ вреда. Въ противномъ случаѣ необходимо ихъ удалить).

Поврежденіе соединит. оболочки инородными тѣлами, прижигающими веществами, растопленнымъ металломъ, известью и т. д.

Лечение. Удаленіе инородныхъ тѣлъ. При ожогахъ кислотами впускается въ глазъ 1% natr. bicarb., при ожогахъ щелочами, напирямѣръ известью, ни въ коемъ случаѣ вода, а молоко или растворъ сахара. Главное всёже какъ можно болѣе скорое удаленіе попавшаго вещества, въ виду чего рекомендуется въ большинствѣ случаевъ основательно промыть мѣшокъ соединительной оболочки водой, каковую всегда легко достать. Послѣ сильныхъ ожоговъ наступаетъ сращеніе вѣка съ глазомъ.

Вслѣдствіе удара, сильного сгибанія и жиленія, кашля, а особенно при коклюшѣ въ соединит. оболочкѣ глазного яблока появляются кровоизліянія (Sugillatio conjunctivae), нисколько не вредящія здоровью и обыкновенно въ теченіе 5 дней рассасывающіяся. Болѣе серьезны кровоизліянія, бывающія въ соединит. оболочкѣ и въ вѣкѣ послѣ паденія или удара въ голову.

Роговица.

Eczema corneae, *Keratitis phlyctenulosa*, *pustulosa* представляетъ наиболѣе частое заболѣваніе роговицы. При сильномъ слѣзотеченіи и свѣтобоязни (дѣти цѣлыми днями держатъ глаза закрытыми и прячутъ лицо въ подушку) появляются на роговицѣ маленькіе сѣрые пузырьки, быстро изъязвляющіеся (отъ отпаденія эпителия). Излеченіе можетъ наступить черезъ недѣлю, однако вскорѣ появляются новые пузырьки, и болѣзнь затягивается на мѣсяцы. Пузырьки и пустулы могутъ иногда, идя отъ одного края, протянуться поперекъ всей роговицы. Ихъ сопровождаетъ сосудистый пучекъ (*Keratitis fasciculosa*, „пучекъ“ по народному). Въ рѣдкихъ случаяхъ на мѣстѣ пустулы глубокая инфильтрація роговицы, размягченіе и прободеніе роговицы (*k. purulenta*).

Прогнозъ (такъ какъ дѣло идетъ въ такихъ случаяхъ о слабыхъ дѣяхъ, у которыхъ процессъ сильно затягивается), ставится въ томъ смыслѣ, что излеченіе наступитъ лишь спустя долгое время.

Не слѣдуетъ накладывать на глазъ повязку; отъ яркаго свѣта защищаютъ консервами, козырьками. Глаза слѣдуетъ раскрывать осторожно, чтобы не поранить роговицы. Погружать голову ребенка въ холодную воду не рекомендуется. Послѣ впусканія кокаина во внутренній уголъ глаза вѣки удается при нѣкоторомъ терпѣніи раскрыть. Не слѣдуетъ съ самаго начала разрѣшать дѣтямъ проводить время въ темной комнатѣ и лежать, уткнувъ голову въ подушку. Дѣлаютъ промываніе глаза нѣсколько разъ въ день сулемой 1:5000 или борной кислотой 3:100; въ глазъ 1% *Atropin* и 2% кокаинъ 2—3 раза на день; *Atropin* въ томъ лишь случаѣ, если имѣется инфильтрація въ глубокихъ слояхъ роговицы. Оба средства можно вводить также въ видѣ мазей. Рекомендуется также вводить желтую преципитатную мазь или посыпать роговицу каломелемъ съ помощью кисточки. Каломель противопоказанъ въ тѣхъ случаяхъ, когда принимается внутрь іодъ. Иначе образуются сильно-при-

жигающія іодистыя соединенія ртути. Необходимо позаботиться о чистомъ воздухѣ, опрятности и рациональномъ питаніи (принимаемый съ отвращеніемъ рыбій жиръ въ количествѣ 2 чайныхъ ложекъ еще недостаточенъ). Купанія въ морѣ и разсолахъ настоятельно необходимы.

Послѣ болѣзни остаются на роговицѣ маленькія помутнѣнія (*obscuratio, macula corneae* въ противоположность къ глубоко проникающимъ въ ткань рубцамъ роговицы—*scicatrix corneae*). Съ годами помутнѣнія ослабѣваютъ, но никогда не исчезаютъ совершенно, подчасъ сильно отражаясь на остротѣ зрѣнія. При свѣжихъ помутнѣніяхъ можно ежедневно вводить въ глазъ преципитатную мазь, слегка втирая её черезъ вѣко въ роговицу.

- | | |
|---|---|
| <p>201. Rp. Atropin. sulfur. 0.03.
Aq. destil. 5.0.
S. Глазныя капли. Осторожно.</p> | <p>202. Rp. Hydr. oxyd. flavi
v. humid. parat. 0.05.
Vaselini 5.0.
S. Глазная мазь.</p> |
| <p>203. Rp. Cocain. muriat. 0.1.
Aq. dest. 5.0.
S. Кокаиновые капли.</p> | <p>204. Rp. Atropin. 0.03.
Aq. dest. q. s. ad.
solut. Vaselini 5.0.
S. Атропиновые капли.</p> |
| <p>205. Rp. Atrop. sulf. 0.1.
Cocain. muriat 0.1.
Aq. dest. 5.0.
S. Глазныя капли, осторожно!</p> | <p>206. Rp. Calomel subillis. pulv.
(vapore parata) 3.0.
S. Глазной порошокъ.</p> |

При язвѣ роговицы, *Ulcus corneae*, на роговицѣ образуется большой дефектъ съ желто-сѣрымъ дномъ, желтоватаго цвѣта гнойно-инфильтрированными краями и сѣрымъ полосчатымъ помутнѣніемъ въ окружности. Наблюдается почти исключительно послѣ попаданія въ глазъ каменныхъ осколковъ, вѣточекъ, колосьевъ и т. п. Если язва быстро распространяется въ окружности, то мы говоримъ объ *Ulcus serpens*. Если появляется гной въ передней камерѣ—*Hypopyon*.

Прогнозъ тяжелый. При леченіи прежде всего антисептическая повязка, проколъ роговицы, расщепленіе дна язвы, гальвано-каустика, леченіе болѣзни слезнаго мѣшка, являющейся подчасъ причиной пораженія

роговицы; присыпка іодоформомъ, впусканіе капель атропина. При фистулѣ роговицы повязка, эзеринъ, иридектомія.

Исходъ въ большинствѣ случаевъ въ большой плоскій рубецъ роговицы; въ него врослена радужная (*Leucoma adhaerens*). Иногда размягченіе и выпячиваніе роговой оболочки (*Staphyloma corneae*).

Herpes corneae представляетъ рѣдкое заболѣваніе, наблюдающееся при *Pneumonia*, *Influenza*. Чрезвычайно болѣзненно, ощущеніе инороднаго тѣла въ глазу, сильная свѣтобоязнь и слезотеченіе, гиперемія *conjunctivae*, пониженіе внутри-глазного давленія. На роговицѣ отъ спаденія пузырьковъ образуется характеристическій дефектъ, ясно выступающій при впусканіи въ глазъ капля 1—2% *Fluorescin'a* (вслѣдствіе окраски въ зеленый цвѣтъ).

Больной не долженъ первое время выходить. На глазъ накладывается повязка, впускается *Atropin*. Черезъ 2—4 недѣли выздоровленіе; остается ничтожное помутнѣніе роговицы.

Keratitis parenchymatosa, interstitialis, profunda. При цѣлости эпителиальнаго покрова роговица оказывается болѣе или менѣе помутненной. Глубокая перикорнеальная инъекція. Заболѣваніе то одно—, то двустороннее. Небольшіе инфильтраты роговицы могутъ совершенно исчезнуть. Иногда воспаляется радужная оболочка или вся сосудистая.

Нерѣдко приходится видѣть, какъ у дѣтей съ совершенно-здоровыми отъ рожденія глазами на 14 или 16 году жизни вдругъ безо всякой видимой причины появляется *Keratitis interstitialis profunda*. Въ роговицѣ видно большое количество кругловатыхъ инфильтратовъ; на задней поверхности роговицы—преципитаты сѣро-желтаго цвѣта. Съ периферіи роговицы въ видѣ сѣти или стволиковъ идутъ вглубь ткани сосуды. Острота зрѣнія падаетъ настолько, что при двустороннемъ пораженіи больные не могутъ передвигаться безъ посторонней помощи. Причиной болѣзни является почти исключительно *Lues congenita*. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ остается толстый бѣлый рубецъ; въ большинствѣ-же помутнѣнія настолько рассасываются, что лишь при боковомъ освѣщеніи можно распознать очень тонкія мутныя полоски. Острота зрѣнія можетъ возстановиться до прежней величины.

Что касается прогноза, то слѣдуетъ заранее предупредить больного, что излеченія можно ожидать не ранѣе, чѣмъ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ.

Леченіе состоитъ въ впусканіи атропина; накладывается защищающая повязка, позднѣе консервы. Втираіе *ung. cinerei*, какъ при приобрѣтенномъ сифилисѣ, и іодистый калий внутрь. Для споспѣшествованія рассасыванія инфильтратовъ въ позднихъ стадіяхъ рекомендуется массажъ роговицы. Послѣдовательное леченіе (*Nachsug*) въ *Krankenheil'f*, *Tölz'f*, *Hall'f* (въ верхней Австріи).

Парекхиматозное воспаленіе роговицы наблюдается также при склеритѣ и при тяжелыхъ заболѣваніяхъ глазного яблока. Просвѣтленіе помутнѣній въ этихъ случаяхъ бываетъ рѣже.

Keratitis marginalis. У людей среднего возраста или уже пожилыхъ образуется (при явленіяхъ слезотеченія и ощущенія инороднаго тѣла въ глазу) въ теченіе одного дня небольшой дефектъ ткани вблизи края роговицы. Дефектъ съ острыми краями, придающій роговицѣ какъ-бы видъ толстаго стекла, изъ котораго выбитъ поверхностный осколокъ. Въ послѣдующіе дни роговица въ области дефекта мутнѣетъ, затѣмъ развивается ограниченный сосудистый пучокъ, и процессъ излечивается. Часто вслѣдъ за однимъ дефектомъ образуется другой, третій; всегда однако они придерживаются краевъ роговицы.

Леченіе. Промываніе мѣшка *conjunctivae*, повязка, консервы, впусканіе въ теченіе нѣсколькихъ недѣль подрадь *Zin. sulf.* 0 01 : 5.0.

Ulcus rodens. При сильныхъ воспалительныхъ явленіяхъ на краю роговицы образуется язва, которая растетъ далѣе, захватывая всю роговицу. Нагноенія нѣтъ; радужная оболочка воспаляется. Никакія средства не могутъ задержать процесса.—Примѣняется *Atropin*, повязка.

Keratitis vesiculosa и *K. bullosa* образуются на глазахъ съ помутнѣвшей роговицей, а въ особенности при абсолютной глянкомѣ. Развитіе ихъ сопровождается явленіемъ ощущенія посторонняго тѣла въ глазу. На роговицѣ видѣется или множество маленькихъ продолговатыхъ пузырьковъ, придающихъ ей видъ тѣрки, или большой пузырь. Они вскорѣ лопаются и подъ повязкой легко заживаютъ. Особенно часто приходится наблюдать пузырьковый кератитъ на глазахъ, перенесшихъ травматическое поврежденіе роговицы (независимо отъ того, залечилась-ли она при посредствѣ рубца или нѣтъ). Характернымъ явленіемъ бываетъ въ этихъ случаяхъ боль при открываніи глазъ по-утру.

Keratomalacia. Въ роговицѣ образуется ограниченный гнойный инфильтратъ, который распадается, образуя прободеніе роговицы, чрезъ которое выступаетъ хрусталикъ. Наблюдается при очень тяжелыхъ нарушеніяхъ питанія у взрослыхъ и у преждевременно-рожденныхъ дѣтей съ врожденнымъ сифилисомъ и *facies hydropatica*. Къ счастью, почти всѣ эти дѣти вскорѣ умираютъ. — Промывать глазъ сулемой, впускать *Atropin*; кормленіе дѣтей материнскимъ молокомъ или коровьимъ съ прибавленіемъ известковой воды. Незначительная гиперемія, наблюдающаяся при *Keratomalacia*, небольшое припуханіе и нагноеніе предохраняютъ отъ возможности смѣшенія ея *Blenorrhoea*.

Именемъ *K. disciformis* и *K. annularis* обозначаютъ простѣйшія формы *K. traumatica* (*Ulcus serpens*) и *K. parenchymatosa*.

Простые дефекты роговицы, бывающіе послѣ травматическихъ поврежденій, часто трудно усмотрѣть. Вслѣдъ за поврежденіемъ наступаетъ сильное жженіе въ глазу и слезотеченіе. Больнымъ кажется, что у нихъ инородное тѣло въ глазу. Боль исчезаетъ при кокаинизаціи. Черезъ 1—2 дня дефектъ эпителія подъ повязкой заживаетъ.

При подобномъ-же леченіи такъ-же скоро исчезаютъ ожоги роговицы, столь частыя у дамъ, имѣющихъ дѣло съ щипцами для завиванія волосъ. Помутнѣніе занимающее подчасъ половину роговицы, производящее на первый взглядъ впечатлѣніе весьма опаснаго процесса, исчезаетъ въ 24 часа.

Инородныя тѣла въ роговицѣ бываютъ по преимуществу изъ стали и угля. Слесаря, токаря, пытаеся извлечь застрявшее тѣло конскимъ волосомъ, еще болѣе повреждаютъ роговицу въ окружности вибрировавшаго тѣла. Лучше всего извлекать тѣло послѣ кокаинизаціи при посредствѣ специально-предназначенной для сего иглы. Если по удаленіи инороднаго тѣла, остается еще небольшая часть его, то у беспокойныхъ пациентовъ лучше оставить удаленіе оставшейся части на завтра. Послѣ удаленія — повязка. Если инородное тѣло, напримѣръ, металлическія частички, частью проникло въ переднюю камеру, то опасно пытаться удалить его иглой, такъ какъ оно можетъ попасть цѣликомъ въ камеру и вызвать вслѣдствіе этого тяжелое заболѣваніе. Въ такихъ случаяхъ примѣняется электромагнитъ съ одновременной фиксаціей тѣла иглой, введенной сбоку въ переднюю камеру.

Иногда бываетъ отъ рожденія конусообразное выпячиваніе роговицы, которая остается прозрачною или лишь помутнѣла на верхушкѣ конуса — *Keratoconus*. Посредствомъ операціи или стекломъ удастся очень мало улучшить зрѣніе. — *Gerontoxon*, *arcus senilis* представляетъ слабое помутнѣніе краевъ роговицы, происходящее отъ жировой и гліалиновой дегенераціи.

Sclera.

Episkleritis, *Skleritis* встрѣчается по преимуществу у подагриковъ, ревматиковъ, люэтиковъ. На-

разстояніи нѣсколькихъ миллиметровъ отъ роговицы образуется утолщеніе склеры, сопровождающееся сосудистой инъекціей. Черезъ недѣлю воспаленіе можетъ уже исчезнуть; иногда едва лишь зажило одно мѣсто, образуется новый воспалительный очагъ, пока процессъ не обойдетъ всего яблока. При глубокомъ воспаленіи склеры часто вовлекается въ процессъ роговица (склерозирующій кератитъ) и сосудистый трактъ (*Iritis, Choroiditis*, помутнѣніе стекловиднаго тѣла). Отъ смѣшенія съ пустулой *conjunctivae* предохраняетъ выпячиваніе склеры въ видѣ горбика, рѣзкая инъекція сине-краснаго цвѣта и чрезвычайная болѣзненность даже при самомъ легкомъ прикосновеніи къ пораженному мѣсту.

Леченіе: Повязка, кокаинизация глаза, теплыя ножныя ванны; внутрь іодистый калий, салициловый натрій, воды и купанья (*Teplitz, Wilbad, Gastein*).

Радужная оболочка.

Воспаленіе радужной оболочки, *Iritis*. Измѣненіе цвѣта радужной, зрачокъ неправильной формы; перикорнеальная, рѣсничная инъекція, сильныя боли, распространяющіяся выше надбровныхъ дугъ по всей половинѣ головы. При гнойномъ иритѣ замѣчается сѣровато-желтаго цвѣта экссудатъ на радужной, и гной на днѣ передней камеры. Маленькіе сѣровато-желтые узелки, бугорки на радужной бываютъ при *I. tuberculosa*; сѣровато-красные, величиной съ просяное зерно, узелки, сидящіе по-преимуществу близко къ внутреннему краю радужной при *Iritis lueticæ*.

Причины воспаленія радужной оболочки: сифилисъ, туберкулезъ, ревматизмъ, лепра, тяжелья общія заболѣванія; гнойный иритъ бываетъ послѣ пораненій радужной или какъ частичное явленіе воспаленія всей сосудистой оболочки.

Воспаленіе радужной оболочки иногда исчезаетъ безслѣдно, но въ большинствѣ случаевъ вызываетъ страстаніе радужной съ хрусталикомъ и пигментное отложеніе на сумкѣ хрусталика; оно продолжается обыкновенно нѣсколько недѣль. *Леченіе.* Пребываніе въ тем-

ной комнатѣ, *Atropin* для расширенія зрачка и разрыва образующихся сращеній, повязка на глазъ; внутрь при сильныхъ боляхъ морфій (боли по-преимуществу послѣ полуночи), хининъ, слабительныя. Воспрещается трудно-пережевываемая пища, горячіе напитки, алкоголь. На ночь ножныя ванны (столовая ложка соли на кружку воды).

Кровоизвлеченіе (4—6 пьавокъ приставляются къ виску на разстояніи одного пальца отъ наружнаго угла глаза) успокаиваетъ боли на нѣкоторое время. При *Iritis luetica* показано энергичное втираніе сѣрой мази. При *Iritis tuberculosa* общее леченіе и иридектомія. Рецидивы бывають при всѣхъ формахъ ирита. Купанія: Aachen, Tölz-Krankenheil, Hall.

З а м ѣ ч а н і е. Перикорнеальной, цилиарной инъекціей называется лежащая вокругъ роговицы въ области рѣсничнаго тѣла сѣть глубокихъ тонкихъ сосудовъ, имѣющая свѣтло-красную окраску. При надавливаніи пальцемъ инъекція на время исчезаетъ. Въ противоположность этому поверхностная сѣть соединит. оболочки темно-краснаго цвѣта; сосуды толще; инъекція при надавливаніи пальцемъ исчезаетъ не такъ легко; сосуды легко смѣщаемы.

Всѣ явленія ирита наблюдаются и при *Irido-Cyclitis*. Особенно выступаютъ въ этихъ случаяхъ на первый планъ преципитаты на задней стѣнкѣ роговицы. Образуются также экссудаты впереди и позади линзы. Леченіе то-же, что и при *iritis*.

При *Irido-Chorioiditis suppurativa*, бывающей послѣ травматическихъ поврежденій глаза или при пуэрпальной инфекціи, глазъ погибаетъ въ теченіе короткаго времени при явленіяхъ воспаления всего глаза—*Panophthalmitis*.

При тяжелыхъ травматическихъ поврежденіяхъ одного глаза, особенно рѣсничнаго тѣла, при попаданіи инородныхъ тѣлъ (мѣди) появляется *Iridocyclitis*, который вскорѣ (черезъ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ) переходитъ и на другой глазъ (такъ называемое симпатическое воспаление—*Irido-Cyclitis sympathica*). Ранняя энуклеація поврежденнаго глаза предохраняетъ другой глазъ отъ заболѣванія и больного отъ слѣпоты.

Mydriasis, расширение зрачка вслѣдствие паралича сфинктера радужной оболочки, происходитъ отъ дѣйствія ядовъ, введенныхъ въ желудокъ, или непосредственно въ мѣшокъ соединит. оболочки (волбасный, рыбный, змѣиный яды, грибной ядъ; изъ растительныхъ ядовъ—белладона и бѣдена). Далѣе расширение наблюдается при сифилисѣ, раздраженіи мозга, дифтерій. *Anisokogia*, односторонній *mydriasis* при церебральномъ сифилисѣ.

Miosis, суженіе зрачка бываетъ значительно рѣже расширенія. Наблюдается при страданіяхъ спинного мозга, подъ вліяніемъ оніа и впусканія ззерана.

Леченіе мириаза и міоза заключается въ леченіи основного страданія.

Coloboma iridis, одно-или двусторонняя, въ большинствѣ случаевъ въ нижнемъ сегментѣ радужной, наблюдается какъ врожденный порокъ, вслѣдствие неполнаго закрытія фетальной глазной щели. Острота зрѣнія можетъ остаться нормальной.

Кисты радужной наблюдаются послѣ травматическихъ поврежденій *iridis*. Изъ опухолей кромѣ гуммы чаще всего встрѣчается меланосаркома. *Iridodonesis*, дрожаніе радужной оболочки, наблюдается при вывихахъ хрусталика и разжиженіи стекловиднаго тѣла. *Iridodialysis*—отдѣленіе радужной отъ ея мѣста прикрѣпленія у рѣсничнаго тѣла наблюдается при контузіяхъ глаза.

Выпаденіе радужной, грыжа ея. Непосредственно послѣ выпаденія можно ее вправить или отрѣзать часть ея. Застарѣлое выпаденіе требуетъ подчасъ повторныхъ операцій.

Membrana pupillaris perseverans. Иногда остатки эмбриональной зрачковой перепонки остаются на всю жизнь въ видѣ тонкихъ нитей, идущихъ отъ одного края радужной оболочки къ другому.

Исслѣдованіе подвижности радужной, столь важное при діагнозѣ сухотки спинного мозга, прогрессивнаго паралича и т. п., дѣлается слѣдующимъ образомъ. Обѣ ладони исслѣдующаго помѣщаются передъ открытыми глазами исслѣдуемаго, находящагося противъ свѣта. Удаливъ быстро одну руку, наблюдаютъ, наступило-ли суженіе зрачка и какъ скоро оно наступило (реакція зрачка на свѣтъ). Затѣмъ прикрывъ ладонью лишь одинъ глазъ, наблюдаютъ, суживается-ли зрачокъ открытаго глаза при отнятіи ладони отъ другого (сочувственная реакція). Для исслѣдованія аккомодативной реакціи заставляютъ больного сначала смотрѣть вдаль, а затѣмъ на очень близкій предметъ.

Сосудистая оболочка, *Chorioidea*.

Объ остромъ хоріоидитѣ уже упомянуто нами при *Irido-Chorioiditis*.

Хроническій хоріоидитъ (*Ch. disseminata, areolaris*) вмѣстѣ съ ретинитомъ (*Choreo-retinitis*) наблюдается при

врожденномъ или приобрѣтенномъ сифилисѣ и туберкулезѣ. Острота зрѣнія, несмотря на множество атрофическихъ очаговъ, можетъ долгое время оставаться нормальной. Общее леченіе. Бугорки сосудистой наблюдаются при милиарномъ туберкулезѣ. Изъ опухолей встрѣчается саркома.

Глявкома

рѣдко наблюдается ранѣе 40 лѣтъ. Приступъ глявкомы можетъ иногда появиться вдругъ среди ночи, и совершенно здоровый до того глазъ можетъ къ утру ослѣпнуть. Глазное яблоко дѣлается плотнымъ, роговица мутнѣетъ, зрачокъ расширенъ, неподвиженъ, сѣро-зеленаго цвѣта; сосуды соединит. оболочки расширены; боль въ глазу и во лбу очень сильная, иногда рвота. Припадокъ глявкомы можетъ нагнать вдругъ безъ всякихъ предвѣстниковъ (*Glaucoma fulminans*). Часто однако ему предшествуютъ видѣніе радужныхъ круговъ вокругъ пламени и съ нѣкоторыхъ поръ все увеличивающаяся потребность въ болѣе сильныхъ выпуклыхъ стеклахъ. Если констатируется этотъ симптомъ, то нужна величайшая осторожность..

При леченіи иридектомія и склеротомія занимаютъ первое мѣсто. Если операція не можетъ быть выполнена тотчасъ, то впускаютъ *Eserin sulfur. 0.05:5.0*. Если операція предпринимается непосредственно за припадкомъ, то можно рассчитывать на возвращеніе зрѣнія.

При такъ называемой *Glaucosimplex chronica* мало по малу безъ рѣзко-выраженныхъ воспалительныхъ явленій постепенно падаетъ острота зрѣнія до полной слѣпоты. Экскавация соска зрительнаго нерва значительна. Плотность глаза нѣсколько повышена, зрительный нервъ атрофиченъ. Иридектомія и склеротомія оказываютъ пользу лишь въ началѣ болѣзни; позднѣе можетъ и повредить. Въ новѣйшее время стали экстирпировать при *G. Simplex Ganglion cervicale supremum*.

При вывихѣ хрусталика, при набуханіи его и послѣ иридоциклита, вызывавшаго полное сращеніе радужной съ хрусталикомъ, наступаетъ вторичная глявкома.

Необходимо быть чрезвычайно осторожнымъ съ примѣненіемъ *mydriatica* (*Atropin*, *Belladonna*, *Kokain*) у стариковъ, такъ какъ одной капли, на примѣръ, атропина достаточно, чтобы вызвать припадокъ глѣзкомы.

Замѣчаніе. Плотность глаза изслѣдуется такимъ образомъ, что черезъ слабо сомкнутыя вѣки фиксируется верхушкой указательнаго пальца глазное яблоко у одного конца, а указательнымъ пальцемъ другой руки, оказывая легкое надавливаніе, испытываютъ, насколько стѣнки его поддаются.

Хрусталикъ.

Помутнѣніе хрусталика, катаракта бываетъ въ слѣдующихъ формахъ. Слоистая *Cataracta lamellaris*; старческая катаракта, *Cataracta senilis*, послѣ 50 лѣтъ; травматическая катаракта, *Cataracta traumatica*, послѣ поврежденія хрусталика; кромѣ того катаракта бываетъ при тяжелыхъ страданіяхъ глаза, какъ слѣдствіе нарушенія питанія линзы. При помощи бокового освѣщенія черезъ собирательное стекло съ фокуснымъ разстояніемъ, равнымъ 2—3 дюймамъ, пропускаютъ свѣтъ отъ лампы; направляя свѣтъ на зрачекъ можно ясно различать помутнѣніе хрусталика особенно при нѣсколько расширенномъ фармакологическими средствами зрачкѣ. Лечение оперативное (*Extractio lentis* у взрослыхъ, *Discisio lentis* у дѣтей). При раннихъ катарактахъ необходимо изслѣдовать мочу на сахаръ. Дѣти съ катарактой долгое время принимаются за близорукихъ, пока, наконецъ, страданіе правильно діагностируется и дисцизіей излечивается. При прободеніи язвы роговицы появляется помутнѣніе передняго полюса хрусталика, *Cataracta polaris anterior*.

Cataracta secundaria представляетъ болѣе или менѣе рѣзкое помутнѣніе сумки хрусталика, оставшейся послѣ *extractio lentis*. Сумка разѣкается иглой или ножницами.

Luxatio lentis бываетъ въ переднюю камеру, въ стекловидное тѣло и подъ соединительную оболочку наблюдается при сильномъ травмѣ.

Ectopia lentis—врожденное смѣщеніе хрусталика въ сторону.

Стекловидное тѣло. *Corpus vitreum*.

Абсцессъ *corporis vitrei* наблюдается послѣ травматическаго поврежденія глаза, при *uveitis*. При боковомъ освѣщеніи зеленожелтый рефлексъ. Исходъ: *Panophthalmitis* или постепенный *Phtisis bulbi*.

Кровоизліяніе въ стекловидное тѣло происходитъ послѣ травмы, при неправильностяхъ менструаціи въ періодъ полового созрѣванія, при общихъ заболѣваніяхъ. При боковомъ освѣщеніи темнокрасный рефлексъ, сильная слабость зрѣнія. Полное излеченіе возможно. Общее леченіе. При травмѣ защищающая повязка.

Разжиженіе стекловиднаго тѣла—при хроническомъ страданіи сосудистой оболочки, при сильной близорукости. Наблюдается уменьшеніе плотности глазного яблока, дрожаніе радужной.

Mouches volantes, летающія мушки. Такъ называются воспринимаемыя нами ощущенія движенія точекъ, нитей, пѣней при смотрѣніи на равномерно освѣщенную поверхность. Наблюдается при близорукости и при приливахъ къ головѣ и глазамъ.

Помутнѣніе стекловиднаго тѣла наблюдается при заболѣваніяхъ сосудистой. Объективно констатируются то легкоподвижныя, то фиксированныя помутнѣнія въ видѣ точекъ, нитей и хлопьевъ. Субъективно ощущеніе летанія мушекъ.—Иодистый калий, гидротерапія.

Сѣтчатая оболочка, ретина.

Съ увѣренностью можно поставить діагнозъ заболѣваній ретины съ помощью глазного зеркала. Безъ глазного зеркала можно лишь съ вѣроятностью предполагать *Retinitis albuminurica* при остромъ и хроническомъ нефритѣ, при нефритѣ беременныхъ (необходимы преждевременные роды). На сѣтчаткѣ образуются экссудаты въ области *maculae*. Не смотря на множество экссудатовъ и кровоизліяній зрѣніе остается достаточно хорошимъ. Замѣчаются лишь частичные дефекты поля зрѣнія, с к о т о м ы. Прогнозъ и леченіе сообразно основному страданію. Экссудаты и кровоизліянія наблюдаются въ сѣтчаткѣ также при лейкэмii, диабетѣ.

Отслоеніе сѣтчатки, *Solutio retinae*. При рѣзко-выраженномъ отслоеніи сѣрый рефлексъ изъ глубины зрачка при боковомъ освѣщеніи глаза. Внезапное ограниченіе поля зрѣнія, передъ глазами больному представляется какъ-бы движущееся облако. Подобно тому какъ гиперметропическіе глаза предрасположены къ главному, такъ сильно-близорукіе часто представляютъ отслойку сѣтчатки. Въ такихъ случаяхъ въ macula появляются еще ограниченныя кровоизліянія (при чтеніи строки кажутся искаженными, передъ глазами при фиксациі предметовъ темная точка). При отслойкѣ сѣтчатки накладывается повязка, необходимъ покой, пребываніе въ постели, потѣніе.

Внезапная слѣпота настукаетъ при Эмболии или тромбозѣ *arter. centralis retinae*, при атероматозѣ, у сердечныхъ больныхъ, родильницъ.—Рекомендуется массажъ глаза.

Изъ опухолей самая важная—гліома сѣтчатки, по преимуществу у маленькихъ дѣтей. Зрачекъ неподвиженъ. Сѣрый рефлексъ изъ дна глаза (амаврогическій кошачій глазъ). Необходимо возможно болѣе раннее удаленіе глаза. Экссудаты стекловиднаго тѣла симулируютъ подчасъ гліому (псевдогліома).

Зрительный нервъ.

Застойный сосокъ. Сосокъ припухаетъ при воспаленіи или нагноеніи въ мозгу. Зрѣніе страдаетъ. Подчасъ при сильномъ припуханіи соска замѣчается лишь незначительное разстройство зрѣнія или не замѣчается никакого разстройства. Исходъ: совершенное излеченіе или атрофія зрительнаго нерва.—Втираніе, іодистый калий, гидротерапія.

Neuritis retrobulbaris наблюдается при отравленіи алкоголемъ, свинцомъ, сѣроуглеродомъ, хининомъ. Больные жалуются, что все поддѣрнуто передъ глазами дымкой, появляются центральныя скотомы. Излеченіе возможно. Лечение смотря по причинному моменту.

Atrophia n. optici при *Tabes*ѣ; постепенное суженіе поля зрѣнія; уменьшеніе центральной остроты зрѣнія и цвѣтоощущенія. Всѣ эти явленія могутъ долгое время оставаться стаціонарными, какъ и самая сухотка, вызвавшая ихъ. Душевные и тѣлесныя напряженія, дурное питаніе, рутныя втиранія сильно ухудшаютъ подчасъ процессъ.

Hemianopsia. Выпаденіе половины поля зрѣнія въ обоихъ глазахъ. Наблюдается при опухоляхъ хіазмы или тронта зрительнаго нерва, при кровоизліяніяхъ и нагноеніи въ мозгу.

Неметалорія. Очень плохое видѣніе ночью; бываетъ временно при недостаточномъ питаніи вмѣстѣ съ *xerosis*, при беременности; какъ врожденная болѣзнь при заболѣваніи сѣтчатки и зрительнаго нерва (*Retinitis pigmentosa*); *Нусталорія* противоположна геметалоріи.

Амауросис partialis fugax, мерцающая скотома. Внезапно появляется скотома, передъ глазами мерцаютъ въ видѣ зигзагообразныхъ свѣтовыхъ лучей, молній, односторонняя головная боль. Въ глазу измѣненій существенныхъ нѣтъ. Является какъ предвѣстникъ мигрени, быстро исчезаетъ.

Глазные мускулы.

Strabismus convergens и *divergens* представляетъ отклоненіе одного глаза отъ другого при фиксаціи предмета (въ первомъ случаѣ внутрь, во второмъ кнаружи). Движенія глаза сохранены во всѣхъ направленіяхъ. *Str. convergens* наступаетъ обыкновенно между 3 и 6 годомъ жизни, находясь въ связи съ гиперметропіей. *Str. divergens* наблюдается почти исключительно у близорукихъ или при слѣпотѣ одного глаза. *Str. convergens* у близорукихъ—рѣдокъ. Глазъ коситъ также при параличѣ мускула.

Леченіе. Тенотомія и перемѣщеніе сухожилія кзади перемѣщеніе сухожилія антагониста кпереди, коррекція аномаліи рефракціи стеклами, стереоскопическія упражненія глаза, воспрещеніе работы вообще.

Параличъ глазныхъ мускуловъ. Парализуется одинъ мускулъ или нѣсколько заразъ. Если парализованы *m. ciliaris* и *sphincter iridis*, говорятъ объ *Ophthalmoplegia interna*. *Ophthalmoplegia externa* представляетъ параличъ всѣхъ наружныхъ глазныхъ мускуловъ съ *m. palpebralis superior* включительно. Изъ наружныхъ мускуловъ чаще всего парализуется *m. rectus externus* (n. abducens), *m. rectus internus* *m. levator palpebrae* (n. oculomotorius), *m. obliquus superior* (n. trochlearis). Главный симптомъ параличей—двоеніе предметовъ при смотрѣніи обоими глазами. Кромѣ того ограниченіе подвижности глаза и косоглазіе.

Исслѣдованіе двоенія производится слѣдующимъ образомъ. На разстояніи 2 метровъ передъ больнымъ ставится свѣча на которую больной фиксируетъ свой взоръ. Для точнаго опредѣленія, какое

изображеніе соответствуетъ каждому глазу въ отдѣльности, рекомендуется передъ здоровымъ глазомъ помѣстить красное стекло, придающее изображенію тотъ-же цвѣтъ. Только при параличахъ *m. recti. externi* и *interni* двойныя изображенія стоятъ рядомъ; при параличѣ прочихъ мускуловъ одно изображеніе находится выше или ниже другого. При параличѣ *m. extern. obliq. sup.* и *infer.* диплопія одинаковая. При всѣхъ прочихъ параличахъ диплопія перекрестная. При одновременномъ параличѣ нѣсколькихъ мускуловъ изслѣдованіе чрезвычайно затрудняется.

Параличи глазныхъ мышцъ по-преимуществу центрального происхожденія. *Ophthalmoplegia interna* часто наблюдается у дѣтей при дифтеріи. При сифилисѣ наблюдается параличъ глазныхъ мускуловъ въ позднихъ стадіяхъ. Встрѣчаются параличи также при ревматизмѣ, тифѣ, диабетѣ. Указываютъ еще на сквозники, какъ этиологическій моментъ.

Леченіе симптоматическое и кромѣ того направлено на основное страданіе. Можно примѣнять мѣстный массажъ, электризацію. При ревматизмѣ—потѣіе, при сифилисѣ ртуть и іодистый калий. Чтобы избавить больного отъ тягостнаго ощущенія видѣнія предметовъ въ двойномъ количествѣ рекомендуется либо носить повязку на косящемъ глазу, либо одѣвать очки, въ которыхъ стекло, соответствующее больному глазу, дѣлается непрозрачнымъ.

Недостаточность внутреннихъ прямыхъ мышцъ проявляется тѣмъ, что при фиксациі обоими глазами предмета—зрительныя линіи глазъ не могутъ быть сведены въ теченіе необходимаго времени на предметъ фиксациі. Если закрыть одинъ глазъ больного, а другимъ заставить фиксировать предметъ на разстояніи метра, то закрытый глазъ отклоняется внаружи. При инсufficiенціи часто бывають болѣзненные ощущенія при фиксированіи предметовъ вблизи и боли въ надглазничной области. Работа вблизи должна быть въ такихъ случаяхъ воспрещена; необходимо корригировать недостаточность выпукло— или вогнуто-призматическимъ стекломъ.

Nystagmus, дрожаніе глаза. Движенія совершаются то въ горизонтальномъ направленіи, то въ вертикальномъ, діагональномъ или вокругъ переднезадней оси. (*N. oscillans, rotatorius*). Бываетъ врожденнымъ или приобретеннымъ послѣ заболѣваній мозга, болѣзней глаза, встрѣчается также у рудокоповъ, горныхъ жителей. У рудокоповъ болѣзнь излечима.

Exophthalmus. Выпячиваніе глазного яблока наблюдается при *Morbus Basedowii*, при флегмонѣ глазничной клетчатки, опухоляхъ и кровоизліяніяхъ позади глазного яблока. Пульсирующій *exophthalmus* наблюдается при *aneurysma sin. cavernos.*, послѣ удара въ голову или паденія. *Леченіе*. Разрѣзь, удаленіе опухоли. Перевязка *art. carotis communis*.

Enophthalmus. Западение глазного яблока внутрь бываетъ при тяжелыхъ поврежденіяхъ, при такъ называемой невротической атрофіи лица, при зболѣваніяхъ симпатическаго нерва.

Buphthalmus (Hydrophthalmus) представляетъ равномерное увеличеніе размѣровъ глазного яблока съ увеличеніемъ его плотности. Появляется въ первые годы жизни.

Luxatio bulbi бываетъ при тяжелыхъ поврежденіяхъ глаза: глазное яблоко безъ особаго поврежденія мускуловъ и нервовъ можетъ цѣликомъ выступить изъ глазной щели. Необходимо осторожное вправленіе, иногда приходится для этого нѣсколько расширить снаружи глазную щель, повязка.

Флегмона орбитальной кѣтъчатки бываетъ при пораненіяхъ, послѣ операциі надъ глазомъ, при попаданіи въ глазъ инородныхъ тѣлъ, при *periostitis*, при рожѣ лица, при *meningitis*, скарлатинѣ. Вѣки и соединит. оболочка сильно опухаютъ. Глазное яблоко вытягивается. Высокая лихорадка. Разстройство сознанія. *Леченіе.* Ледяныя примочки, операциа.

Если воспаленіе глазничной кѣтъчатки наступаетъ послѣ *periostitis* стѣнки глазницы, бывающаго по преимуществу у дѣтей при врожденномъ сифилисѣ, то спустя нѣсколько недѣль наблюдается отторженіе костныхъ обломковъ (носа и альвеолярнаго отростка); въ костномъ краю глазницы образуется дефектъ. При послѣдующемъ рубцеваніи вѣка и приращенія его къ краю глазницы наступаетъ *ектропион*.

Опухоли орбиты. Затрудненіе подвижности глаза.— Удаленіе опухоли. Если можно, сохраняютъ глазъ. Дѣлается резекціа виѣшней стѣнки орбиты.

Врожденные дермоиды бываютъ большей частью у верхне-внутренняго угла глаза и верхне-наружнаго. Удалять, если они достигаютъ большихъ размѣровъ и продолжаютъ расти.

Острота зрѣнія изслѣдуется пробными шрифтами по Snellen'у, Jäger'у и т. д. Результатъ изслѣдованія выражается дробью, числитель которой показывается, на какомъ разстояніи различается глазомъ извѣстный шрифтъ, фигуры, цифры и т. п., а знаменатель— разстояніе, съ какого данный шрифтъ различается нормальнымъ глазомъ. Напримѣръ $\frac{6}{60}$ означаетъ, что глазъ различаетъ на разстояніи 6 метровъ шрифтъ, который долженъ быть различаемъ нормальнымъ глазомъ на разстояніи 60 метровъ. Дробь $\frac{6}{60}$ не должна быть сокращаема. При коррекціи зрѣнія помощью стеколъ необходимо изслѣдовать отдѣльно каждый глазъ. При изслѣдованіи зрѣнія вдаль, начинаютъ съ самыхъ слабыхъ

стеколь (convex и concave), для близи съ самыхъ слабыхъ выпуклыхъ стеколь, при чемъ приписать для ношенія нужно самое слабое стекло съ помощью котораго еще хорошо различается самый мелкй печатный шрифтъ. Это правило примѣняется какъ при близорукости, такъ и дальнорукости, какъ для очковъ, предназначенныхъ для близи, такъ и для дали,—словомъ, для вогнутыхъ и выпуклыхъ стеколь. При значительной анизотропйи корригируется лучше видящй глазъ. Близорукимъ дѣтямъ для близи (чтеніе, письмо) очень рѣдко даются очки. Не слѣдуетъ никогда въ такихъ случаяхъ полностью корригировать міопію, такъ какъ главная цѣль ради которой и даются очки, (а именно, чтобы нѣсколько отдалить ближайшую точку яснаго зрѣнія) нисколько этимъ не достигается. Ребенокъ продолжаетъ по-прежнему приближать книгу къ себѣ при чтеніи. Гораздо легче и полезнѣе регулировать прямое держаніе головы, тетради и заставлять писать прямымъ почеркомъ; при близорукости значительной степени можно удалить хрусталикъ.

Вѣрнѣе всего можно опредѣлить преломленіе глаза помощью скіаскопйи и офтальмометра.

Большія выпаденія поля зрѣнія, скотомы, равно какъ суженія поля зрѣнія можно констатировать и безъ периметра, посадивъ больного спиной къ источнику свѣта и вода передъ изслѣдуемыхъ глазомъ (другой прикрывается) рукой (вверхъ, внизъ, вправо, влѣво); такимъ путемъ опредѣляется разстояніе, на которомъ она еще ясно различается; при этомъ больной фиксируетъ свой правый глазъ на нашъ лѣвый и наоборотъ.

Близорукость, міопія характеризуется тѣмъ, что дальнѣйшая точка яснаго зрѣнія находится въ конечномъ разстояніи отъ глаза, а параллельные лучи собираются передъ сѣтчаткой, въ то время какъ при эмметропйи дальнѣйшая точка яснаго зрѣнія находится въ бесконечности и параллельные лучи соединяются на самой сѣтчаткѣ. При гипетропйи дальнѣйшая точка зрѣнія находится въ конечномъ разстояніи позади гла-

за. Пресбіопія наступаетъ около 45 лѣтъ, аккомодативная способность ослабѣваетъ, и мелкій шрифтъ для яснаго различенія долженъ быть отодвигаемъ отъ глаза. Астигматизмомъ называется рефракція глаза, неодинаковая въ различныхъ меридіанахъ. Аномаліи рефракціи должны быть скоррегированы при одновременномъ изслѣдованіи глазнымъ зеркаломъ.

Нормальный глазъ нуждается въ выпукломъ стеклѣ послѣ 45, самое послѣднее 48 лѣтъ. Иногда приходится и молодымъ людямъ съ нормальной рефракціей пользоваться временно выпуклыми стеклами, а именно при ослабленіи аккомодации (послѣ острыхъ болѣзней, родовъ, желудочныхъ страданій, хлороза) для чтенія и вообще для работы вблизи.

Нормальному глазу для яснаго различенія мелкаго шрифта на разстояніи 25—30 сантиметровъ или 3—10 дюймовъ нужны слѣдующія стекла:

Возрастъ.	Стекло.
45	+ $\frac{1}{40} = 1$ Діоптрія
50	+ $\frac{1}{30} = 1.5$ „
55	+ $\frac{1}{20} = 2$ „
60	+ $\frac{1}{15} = 2.5$ „
65	+ $\frac{1}{12} = 3.5$ „
70	+ $\frac{1}{10} = 4$ „
75	+ $\frac{1}{8} = 5$ „

При афакіи для близи 20 діоптрій, для дали 10 діоптрій.

Цвѣтоощущеніе изслѣдуется такимъ образомъ, больному даютъ пучекъ окрашенной шерсти и предлагаютъ распредѣлить отдѣльные волокна по опредѣленнымъ цвѣтамъ (по Holmgren'у). Пользуются также таблицами Daas или Stilling'a. Чаше всего наблюдается слѣпота на красный и зеленый цвѣта.

Отношеніе глазныхъ болѣзней къ болѣзнямъ другихъ органовъ.

Здѣсь нами будутъ лишь названы самыя частыя страданія нѣкоторыхъ органовъ и общія болѣзни организма, обуславливающія заболѣванія глаза.

При кори и скарлатинѣ соединит. оболочка глаза почти всегда воспаляется; при кори воспаление появляется съ самаго начала болѣзни, и имѣется сильная свѣтобоязнь. При тѣхъ-же болѣзняхъ нерѣдко бываетъ тяжелое гнойное воспаление роговицы, часто наблюдающееся также при оспѣ. При дифтеріи прямой переходъ процесса съ зѣва и носа происходитъ рѣдко; обыкновенно спустя нѣсколько недѣль послѣ исчезновенія дифтеритическихъ явленій въ зѣвѣ появляются наряду съ параличами въ различныхъ областяхъ тѣла параличи аккомодаци и нѣкоторыхъ наружныхъ глазныхъ мускуловъ. При конъюнктивѣ наблюдаются кровоизліянія подъ соединит. оболочку. При пневмоніи, тифѣ, инфлюэнцѣ: — *Herpes corneae*. При инфлюэнцѣ кромѣ того катарръ соединит. оболочки. При остромъ ревматизмѣ — воспаление склеры и эписклеральной ткани, рѣже сосудистой оболочки. При піэміи, септицеміи (пуэрперальная лихорадка) вслѣдствіе септической эмболии наступаетъ *Panophthalmitis*. При свинкѣ — воспаление слезной железы. При гоноррѣй вслѣдствіе заноса гноя въ глазъ образуется гнойное воспаление роговицы; иногда наряду съ воспаленіемъ сустава образуется гонорройный иритъ.

По-преимуществу глазныя заболѣванія наблюдаются при золотухѣ, главнымъ образомъ различными формами экземы въѣтъ, соедин. оболочки и роговицы. При туберкулезѣ — гнойный кератитъ, узелковый иритъ, воспаление всей сосудистой оболочки. При сифилисѣ могутъ заболѣвать всѣ оболочки глаза. Рѣже бываютъ заболѣванія роговицы; очень часто *iritis* съ отдѣльными гуммами и параличи глазныхъ мышцъ. Далѣе *Hyalitis*, *Chorioretinitis*, *Neuritis specifica*. При *Lues congenita* наступаютъ продолжющіяся цѣлыми мѣсяцами воспалительныя заболѣванія глаза (обыкновенно послѣ 10 года жизни, очень рѣдко послѣ 20 лѣтъ).

При *Trichinosis* съ самаго начала болѣзни опухаютъ вѣки. При цѣпочныхъ глистахъ — цистицеркъ подъ соединительной оболочкой и въ стекловидномъ тѣлѣ.

При анеміи и лейкоэміи появляются иногда кровоизліянія въ стекловидномъ тѣлѣ и экссудаты въ сѣтчаткѣ. При диабетѣ — катаракта и воспаление сѣтчатки. При *Morbus Basedowii*: *exophthalmus*. При скорбутѣ бываетъ гемералопія, т. е. пониженіе остроты зрѣнія при ослабленіи освѣщенія.

При воспаленіи и опухоляхъ мозга, при *Hydroserphalus* наблюдается воспаление зритель. нерва, застойный сосокъ, суженіе поля зрѣнія, геміанопсія, параличи глазныхъ мускуловъ. При *Tabes* и *Paralysis progressiva* параличи мускуловъ и атрофія зрительнаго нерва. Весьма важна рефлекторная неподвижность зрачка, бывающая уже въ раннихъ стадіяхъ сухотки. При *Meningitis basilaris* въ смертельныхъ случаяхъ — буторки на сосудистой. При такъ называемомъ дѣтскомъ семейственномъ амавротическомъ идиотизмѣ на *macula* имѣются совершенно бѣлаго цвѣта экссудаты.

При Мигрени мерцающая скотома, мерцаніе передъ гла-

зами фигуръ въ видѣ молній, дефекты поля зрѣнія. Всѣ эти явленія въ большинствѣ случаевъ передъ припадкомъ. При истеріи параличъ вѣкъ, слабость зрѣнія, суженіе поля зрѣнія.

При порокахъ сердца вслѣдствіе эмболии въ *art. centralis retinae* можетъ наступить внезапно слѣпота. При *Bronchitis catarrhalis* *Herpes corneae*. При хроническихъ страданіяхъ желудка, какъ и вообще при всѣхъ болѣзняхъ, сопровождающихся сильнымъ упадкомъ питанія,—астенія, ослабленіе аккомодациі. При болѣзняхъ печени желчная окраска соединит. оболочки, воспаленіе сѣтчатки. При болѣзняхъ почекъ *Retinitis albuminurica*; иногда ретинитъ является первымъ клиническимъ симптомомъ болѣзни. Въ случаѣ беременности наличность *Retinitis albuminuricae* показываетъ необходимость преждевременныхъ родовъ. При аномаліяхъ менструаціи кровоизліянія въ стекловидное тѣло, особенно въ годы полового развитія и угасанія.

При злоупотребленіи табакомъ и алкоголемъ—амблиія, суженіе поля зрѣнія, центральная скотома на всѣ цвѣта (осевой ретробульбарный невритъ).

Изъ медикаментовъ—хининъ, морфій, опій, *extractum filicis maris*, рѣже салициловый натрій,—въ большихъ (а иногда и въ малыхъ) дозахъ обуславливаютъ невзлечимую слѣпоту. При отравленіи сантониномъ всѣ видимые предметы представляются окрашенными въ желтый цвѣтъ.

Нѣкоторыя указанія къ распознаванію и леченію наиболѣе частыхъ ушныхъ болѣзней.

Соотвѣтственно анатомическому дѣленію уха ушныя болѣзни могутъ быть раздѣлены на:

I. Otitis externa (заболѣваніе наружнаго слухового прохода):

- a) заболѣванія кожи (экцема, фурункулезъ),
- b) инородныя тѣла, cerumen obturans, экзостозы и т. д.

II. Myringitis (воспаленіе барабанной перепонки):

- a) traumatica,
- b) idiopathica,
- c) secundaria.

III. Otitis media (заболѣваніе средняго уха).

- a) catarrhalis:
 1. acuta,
 2. chronica hypertrophica,
 3. sclerotica;

b) purulenta:

1. acuta non perforativa и 2. perforativa.

IV. Otitis interna (заболѣваніе полукружныхъ каналовъ и лабиринта).

Группировка болѣзней по физиологической функціи на болѣзни звукопроводящаго аппарата и воспринимающаго—клинически не удобна. **Изслѣдованіе** ушныхъ больныхъ производится по слѣдующей схемѣ:

1. Анамнезъ и субъективныя жалобы больного (инфекціонныя страданія, конституціональныя [діабетъ] заболѣванія сосудовъ и нервной системы, тугоухость, шумъ въ ушахъ, головокруженіе, боли).
2. Осмотръ ушной раковины, ея окружности, *meatus auditorii externi* безъ помощи инструментовъ, (каковыя при припухлости слухового прохода и при инородныхъ тѣлахъ лишь могутъ причинить боль или повредить, а въ присутствіигноя, ушной сѣры и крови безцѣльны, такъ какъ нисколько не увеличиваютъ поля зрѣнія).
3. Отоскопія, т. е. осмотръ уха при помощи отраженнаго свѣта чрезъ воронку, которая будучи введена въ слуховой проходъ, расширяетъ и выпрямляетъ его, позволяя видѣть вслѣдствіе этого и барабанную перепонку.
4. Изслѣдованіе функціи уха. Оно обнимаетъ слухъ вообще, равно какъ способность перцепціи отдѣльных тоновъ и продолжительность ихъ воспріятія, проводимость воздушная и костно-тимпаническая (опыты Вебера, Ринне, Швабаха).
5. Изслѣдованіе носа и носовой полости, такъ какъ болѣзни носа являются причиной очень многихъ страданій уха.
6. Въ особыхъ случаяхъ приходится изслѣдовать проходимость Евстахіевой трубы катетеризаціей и подвижность барабанной перепонки и молоточка посредствомъ воронки Зигля.

Изъ **симптомовъ** ушныхъ заболѣваній имѣютъ особую важность для практическаго врача слѣдующіе:

1. Припуханіе раковины, наружнаго слухового прохода и области сосцевиднаго отростка. Оно обусловливается *otitis externa*, *otitis media purulenta acuta* или *chronica*, рѣдко опухольями или экзостозами.

Otitis externa furunculosa и *ekzematosa* приводитъ къ суженію просвѣта слухового прохода; при мѣстонахожденіи фурункула на передней стѣнкѣ слухового прохода часто опухаетъ *tragus*, при чемъ припухлость захватываетъ отчасти область около-ушной железы. При пораженіи задней стѣнки прохода припухаетъ мѣсто прикрѣпленія ушной раковины сзади, такъ-что легко симулируется заболѣваніе сосцевиднаго отростка. Дифференціально-діагностическимъ признакомъ при фурункулахъ служитъ нѣкоторая отѣчность припуханія.

При заболѣваніи кости послѣ гнойнаго катарра средняго уха наблюдается припуханіе, которое смотря по степени его и мѣстоположенію костнаго процесса, болѣе ло-

кализируется у верхушки или основанія сосцевиднаго отростка (*Fossa mastoidea*). Особенную важность представляет припуханіе позади сосцевиднаго отростка, соответствующее мѣсту выхода *emissarium mastoideum*; оно возбуждаетъ подозрѣніе на тромбозъ синусовъ при наличности хроническаго гноетеченія изъ уха. Сѣуженіе слухового прохода, поскольку оно зависитъ отъ западенія верхней стѣнки его, является результатомъ каріаса костныхъ клѣтокъ *recessus epitympanici* и *processus mastoidei*. Диффузная припухлость всего слухового прохода наблюдается при періоститѣ костнаго прохода, сопутствующемъ каріасу сосцевиднаго отростка.

II. Измѣненія барабанной перепонки указываютъ на заболѣваніе самой перепонки или на заболѣваніе средняго уха. Измѣненія могутъ касаться окраски, выпячиванія, положенія, образованія дефектовъ.

1. Нормальный сине-сѣрый цвѣтъ перепонки измѣняется при:

а) сосудистой инъекціи вслѣдствіе травмы или остраго воспаленія наружнаго прохода, барабанной перепонки и средняго уха. Легкая степень красноты наблюдается подчасъ при введеніи ушной воронки у совершенно здоровыхъ лицъ. Нужно различать поверхностную и глубокую инъекцію, изъ которыхъ первая происходитъ отъ сосудовъ наружнаго прохода, вторая беретъ начало въ сосудахъ средняго уха. Обѣ сосудистыя системы анастомозируютъ между собой. Поверхностная инъекція свѣтло-краснаго цвѣта, глубокая отличается отъ нея мутно-фіолетовымъ отгѣнкомъ. При травмахъ и остромъ воспаленія барабанной перепонки наблюдается первая форма, при *otitis media acuta*—вторая.

б) Опуханіи, помутнѣніи, объизвѣстленіи, атрофіи, образованіи рубцовъ. Барабанная перепонка теряетъ свой нормальный блескъ. Означенныя измѣненія являются результатомъ остраго хроническаго катарра уха или перенесеннаго нагноенія средняго уха. Сами по себѣ 4 первыхъ измѣненія не имѣютъ особаго значенія, какъ какъ наблюдаются при различныхъ заболѣваніяхъ.

в) Накопленія жидкости за барабанной перепонкой.

При гноѣ—желтаго цвѣта, крови—сине-чернаго цвѣта серозной жидкости—янтарно-желтаго цвѣта. Изліянія въ промежуткѣ между слоями перепонки (*Meningitis bullosa, haemorrhagica* и т. д.) рѣдки.

2. Аномаліи положенія перепонки наблюдаются по преимуществу въ видѣ:

а) втяженій барабанной перепонки (ретракція) при неравенствѣ воздушнаго давленія въ среднемъ ухѣ и наружномъ. Особенно часто при *otitis media catarrhalis*, какъ результатъ спаденія проводящей воздухъ Евстахіевой трубы.

б) въ видѣ выпячиваній бараб. перепонки впередъ вслѣдствіе присутствія гноя или экссудата въ среднемъ ухѣ.

3. Перфорация:

а) травматическая вслѣдствіе силы, дѣйствующей либо непосредственно на ухо, либо отражено. Свѣжая инъекція краевъ раны, отсутствіе припуханія барабанной перепонки, отсутствіе секрета свидѣтельствуютъ въ пользу травмы и противъ различныхъ формъ нагноенія средняго уха.

б) прободенія при остромъ и хроническомъ воспаленіи средняго уха. Мѣсто перфорации и ея величина различны въ разныхъ случаяхъ. Однако въ нѣкоторыхъ случаяхъ мѣстоположеніе перфорации имѣетъ діагностическое значеніе. Такъ, на примѣръ, при долго-длящемся нагноеніи въ среднемъ ухѣ прободеніе шрапнелевской перепонки указываетъ на скопленіе гноя въ пространствѣ Пруссака и каріезѣ молоточка; перфорация въ верхне-заднемъ квадрантѣ указываетъ на нагноеніе *resesus epitympanici* или на каріезѣ наковальни.

III. Истеченіе изъ уха:

1. обильное отдѣленіе жидкой ушной сѣры,

2. гноетеченіе изъ наружнаго слухового прохода (*otitis externa*) или изъ средняго уха. Въ послѣднемъ случаѣ имѣется и перфорация бараб. перепонки. Впрочемъ, гной можетъ переложить дорогу, образовавъ фистулу въ верхней стѣнкѣ слухового прохода. Для гноя, происходящаго изъ средняго уха, характерно:

- a) содержаніе слизи (слизистыя пити),
- b) содержаніе воздушныхъ пузырей.

Кромѣ того при нагноеніи въ среднеть ухѣ наблюдается

c) влѣдствіе пульсаціи гноя пульсирующій рефлексъ на поверхности жидкости, находящейся въ наружномъ слуховомъ проходѣ.

3. Истеченіе крови. Однократное истеченіе крови изъ уха чаще всего бываетъ послѣ травмы слухового прохода, барабанной перепонки или основанія черепа; рѣже въ началѣ остраго воспаления средняго уха (напримѣръ, при инфлюэнцѣ).

Рецидивирующія кровоистеченія при хроническихъ нагноеніяхъ средняго уха, бывающія особенно часто послѣ промыванія уха, указываютъ на присутствіе грануляцій.

4. Истеченіе цереброспинальной жидкости при травмѣ лабиринта или черепной коробки.

IV. Такъ называемые ушные полипы представляютъ грануляціонныя выросты слизистой средняго уха, проростающіе при хроническомъ нагноеніи средняго уха чрезъ перфорированную барабанную перепонку въ слуховой проходѣ.

Злокачественныя образования въ началѣ также нѣрѣдко являются подъ видомъ полиповъ.

V. Боль особенно сильна при otitis externa и при остромъ нагноеніи въ среднемъ ухѣ, равно какъ при распространеніи процесса на кость. Изслѣдованіе боли при давленіи должно производиться тщательно, такъ какъ при поверхностномъ осмотрѣ можно легко смѣшать болѣзненную точку, свойственную mastoiditis, а именно верхушку сосцевиднаго отростка съ болѣзненной точкой, характерной для otitis externa, соответствующую задней стѣнкѣ слухового прохода. Очень часто при заболѣваніяхъ сосѣднихъ частей боль локализуется въ ухѣ (caries зубовъ, воспаление шейныхъ железъ, страданія зѣва и гортани).

VI. Меньеровскій симптомокомплексъ, состоящій въ глухотѣ, шумѣ въ ушахъ и головокруже-

ни, указываетъ на страданіе лабиринта или центральныхъ нервныхъ путей (если только функціональное исследование уха говоритъ также въ пользу этого).

Терапевтическія манипуляціи, которыми всякій практической врачъ долженъ овладѣть, суть слѣдующія:

I. Промываніе уха теплыми антисептическими растворами (борная 2^o/о кислота, 1¹/₂^o/о сулема, перекись водорода 1:10, хлорная вода 1:20), промываніе дѣлается для:

1. удаленія, закупоривающей просвѣтъ ушного хода сѣры. Если съ перваго раза не удастся ее удалить вслѣдствіе затвердѣнія, то надо попытаться размягчить ее при помощи масла (миндального), глицерина (борнаго) или воды.

2. удаленія инородныхъ тѣлъ изъ слухового прохода. Если тѣло небольшой величины и недавно лишь попало въ слуховой проходъ, то подъ вліяніемъ промыванія оно можетъ почти всегда быть удалено. Не слѣдуетъ, особенно неопытному врачу, прибѣгать къ инструментальному извлеченію, такъ какъ этимъ путемъ лишь глубже вталкивается тѣло въ проходъ, а подчасъ можно вызвать и прободеніе перепонки. Если въ слуховомъ проходѣ находится тѣло, которое сильно набухло (напримѣръ, горохъ), то лучше попытаться его извлечь при помощи тупого загнутаго тонкаго зонда или при помощи маленькой ложечки, которую вводятъ осторожно позади тѣла. Не слѣдуетъ пользоваться пинцетами, которыми лишь вталкивается тѣло вглубь.

3. Для очищенія уха отъ секрета при хроническихъ, гнилостныхъ и холестеатомныхъ нагноеніяхъ.

Избѣгаютъ промыванія при свѣжихъ пораненіяхъ уха и остромъ нагноеніи среднего уха.

II. Примѣненіе тепла и холода въ формѣ пузыря со льдомъ, Лейтеровскихъ трубокъ, Присницевскихъ компрессовъ при остромъ воспаленіи среднего уха и сосцевиднаго отростка, равно какъ при воспаленіи наружнаго прохода. При послѣдней болѣзни благо-

приятнѣе дѣйствуютъ теплыя припарки и термофоры. Всегда необходимо защищать слуховой проходъ отъ попаданія въ него холодной воды. Въ виду успокаивающаго дѣйствія всѣхъ этихъ процедуръ дѣлаются излишними прежде столь часто примѣнявшіеся мѣстно морфій, опій и кровоизвлеченіе.

III. Вдуваніе воздуха въ среднее ухо чрезъ Евстахіеву трубу при помощи:

1. способа Полицера,
2. катетеризаціи трубы.

Эти методы примѣняются при:

- a) втяженіяхъ барабанной перепонки вслѣдствіе катарра трубы (*otitis media catarrhalis acuta et chronica*),
- b) при экссудативномъ катаррѣ безъ рѣзкихъ воспалительныхъ явленій,
- c) при хроническомъ катаррѣ средняго уха, обнаруживающемъ склонность къ образованію соединительной ткани и сращеній,
- d) по окончаніи остраго нагноенія средняго уха для ускоренія рассасыванія экссудата и предупрежденія образованія сращеній.

IV. Парацентезъ барабанной перепонки дѣлается при *otitis media acuta* когда имѣется опуханіе, покраснѣніе и выпячиваніе перепонки. При равномерномъ выпячиваніи дѣлается дуговой разрѣзъ въ задне-нижнемъ квадрантѣ; при частичномъ прорѣзывается наиболѣе выдающееся мѣсто.

Парацентезъ должно дѣлать по возможности раньше, такъ какъ особенно у людей пожилыхъ съ мало-податливой перепонкой легко появляются тяжелыя осложненія (заболѣваніе кости). Такъ какъ рана, нанесенная иглой, склеивается, то прорѣзывается чтобы предупредить слипаніе, рокомендуется повторить вновь парацентезъ или съ самаго начала прижечь края *ас. chromico* либо *ас. trichloroacetico*. Слишкомъ раннее производство парацентеза менѣе повредить, чѣмъ позднѣе.

V. Удаленіе грануляцій петлей или посредствомъ прижиганіемъ хромовой кислотой.

VI. Медикаментозное лечение:

а) при otitis externa. Посредствомъ ватныхъ тампоновъ или кусочковъ марли вводятся въ ухо Alum. acet. 2—3%, 1% сулема, сулемовый алкоголь, 3% борный глицеринъ, Буровъ растворъ (Alum. acet. 1.0, Plumb. acetic. 5.0, Aq. dest. 100.0). Противъ частыхъ рецидивовъ, равно какъ для купирования воспаления примѣняется 0.5—10% карболовый глицеринъ, сулемовый алкоголь (Hydrarg. mur. corros. 0.05—0.1: Spirit. vini rectific. 50.0).

б) при хроническомъ нагноеніи среднего уха.

1. промываніе уха 3% борной кислотой, перекисью водорода, хлорной водой, сулемой.

2. примѣненіе вяжущихъ при грануляціяхъ среднего уха:

α) впускание капель съ Alcohol. absol.

β) прижиганіе 5—10% трихлоруксеной кислотой или хромовой.

γ) прижиганіе чистой хромовой или трихлоруксеной кислотой.

3. Для вдуханій примѣняется борная кислота (pulverisata). Ее можно лишь примѣнять въ небольшомъ количествѣ при хроническихъ нагноеніяхъ въ случаѣ большого перфорационнаго отверстія; при небольшомъ отверстіи и при остромъ нагноеніи вдуханіе борной кислоты противопоказуется, ибо она можетъ лишь способствовать закрытію отверстія и задержкѣ гноя.

Важнѣйшія главы гинекологіи.

Составлено докторомъ J. Donat.

I. Источники и леченіе кровотеченій изъ женскихъ гениталій.

Кровотеченія изъ женскихъ половыхъ органовъ бываютъ столь часто и требуютъ столь скорого медицинскаго пособія, что соотвѣтственно общей цѣли нашей книги имъ должно быть здѣсь уделено мѣсто.

Первымъ дѣломъ врача, призваннаго къ постели женщины, страдающей кровотеченіемъ изъ гениталій, должно быть опредѣленіе источника кровотечения. Только лишь самое тщательное изслѣдованіе приводитъ къ діагнозу, открывающему путь къ леченію. Безъ изслѣдованія невозможно поставить діагноза, а безъ послѣдняго невозможна рациональная терапия. Ни въ какомъ другомъ случаѣ шаблонное отношеніе къ вещамъ не можетъ столь повредить, какъ при кровотеченияхъ; съ другой стороны слѣдуетъ помнить, что своевременное распознаваніе источника кровотечения дѣлаетъ возможнымъ не только временную помощь.

а) кровотечения во время беременности, родовъ и послѣродовомъ періодѣ.

Если у женщины наступаетъ кровотеченіе въ первые мѣсяцы беременности, то можно предполагать возможность предстоящаго выкидыша. Кровотеченіе въ этомъ случаѣ происходитъ въ полости матки; причину его и леченіе мы разсмотримъ ниже (см. стр. 418).

Маточныя кровотеченія **помимо** абортовъ рѣдки, обыкновенно непродолжительны, необильны и прекращаются при лежаніи больной въ постели. Если причиной ихъ является сифилисъ, то отъ примѣненія ртути онѣ прекращаются. Небольшія, часто повторяющіяся, кровотечения въ поздній періодъ беременности возбуждаютъ подозрѣніе на *placenta praevia*. Изъ лопнувшихъ варикозныхъ расширеній влагалищнаго входа, рѣже влагалища, могутъ наступить сильныя кровотечения. Лечение ихъ заключается въ сжиманіи или, что лучше, въ обкалываніи кровоточащаго мѣста. Иглы должны быть введены по возможности глубже. При кровотеченіи вблизи мочеиспускательнаго канала необходимо въ виду возможности пораненія его иглой предварительно ввести металлическій катетеръ.

Слизистые полипы шейки матки даютъ кровотечения во время беременности. Ихъ удаленіе легко.

Рѣже причиной кровотечения во время беременности бываютъ эрозіи на маточномъ рыльцѣ или язвы на *portio vaginalis*.

Если въ этихъ случаяхъ дѣло не идетъ, какъ мы ниже увидимъ, о злокачественныхъ новообразованіяхъ, то лечение просто. Подъ руководствомъ зеркала (*Neugebauer, Simon, Sims*) *portio* или рыльце тампонируется, прижигается химическимъ веществомъ или пакеденомъ. *Liquor ferri* лучше употреблять по возможности рѣже. Хорошее кровоостанавливающее средство представляетъ ватный тампонъ, смоченный въ 8% уксуснокисломъ глиноземѣ и хорошо выжатый.

Нѣсколько слоевъ такихъ тампоновъ, сдерживаемыхъ не слишкомъ большими тампонами изъ стерилизованной ваты или іодоформеннаго газа достаточны для остановки кровотечения.

Въ началѣ родовъ иногда наступаютъ легкія кровотечения вслѣдствіе надрывовъ наружнаго *orificiі* или вслѣдствіе отдѣленія нижняго полюса яйца. Сильныя кровотечения наблюдаются лишь при *Placenta praevia*. Рѣже — при преждевременномъ отдѣленіи нормально-прикрѣплен-

ной плаценты. *Лечение* кровотечений, вызываемых placenta praevia, различно смотря по доступности входа въ матку и по силѣ кровотечений. Рѣдко шейка такъ узка и ригидна, что является необходимость прибѣгнуть къ введенію набухающихъ палочекъ. Чаще всего orificium настолько широкъ, что можетъ быть легко введенъ въ сложенномъ видѣ Metreurynter (Barnes-Fehling). Затѣмъ каучуковый пузырь наполняется стерилизованной водой или антисептическимъ растворомъ. Дѣйствіе его кровоостанавливающее и одновременно возбуждающее перистальтику. Привѣсивъ къ наружному концу его грузъ въ одинъ фунтъ, мы можемъ черезъ нѣсколько часовъ значительно расширить каналъ. Этотъ методъ можетъ быть вполне рекомендованъ, такъ какъ при немъ прогнозъ лучше какъ для матери, такъ и для младенца, ибо болѣе способствуетъ роженію живого ребенка, нежели при поворотѣ по Braxton Hicks'у. Правда, при послѣднемъ способѣ вставляющаяся ножка тампонируетъ кровоточащее мѣсто, но въ виду слабости потугъ роды идутъ медленно, и жизнь ребенка подвергается большой опасности. Ускореніе же родовъ безъ достаточной предварительной подготовки путей можетъ явиться источникомъ новаго кровотечения вслѣдствіе надрывовъ шейки. Ту-же опасность представляетъ слишкомъ спѣшное расширеніе шейки или orificii externi посредствомъ дилататора Bossi и его модификацій, ибо хотя расширеніе и получается достаточное, однако дѣло не обходится безъ пораненій мягкихъ частей. Въ виду этого особенно при placenta praevia слѣдуетъ быть осторожнымъ съ этимъ способомъ.

Раннее отдѣленіе нормально сидящей плаценты (нефритъ, травма) ведетъ преимущественно къ внутреннимъ кровотечениямъ въ полость матки; иногда кровь показывается и въ наружныхъ половыхъ частяхъ, однако преобладаютъ явленія внутренняго кровоизліянія. Необходимо ускореніе родовъ, при чемъ показуется даже глубокое разсѣченіе шейки, если orificium оказывается еще неподатливымъ. Если симптомы внутренняго кровотечения отсутствуютъ, то подчасъ и въ этихъ случа-

яхъ достаточно для ускоренія родовъ введенія каучуковаго пузыря.

Разрывъ матки во время беременности бываетъ очень рѣдко и происходитъ обыкновенно подъ вліяніемъ травмы. Разрывъ наблюдался также самопроизвольно послѣ перенесеннаго раньше кесарскаго сеченія; чаще всего онъ является результатомъ попытки къ преступному выкидышу. Наружное кровотеченіе наблюдается въ этихъ случаяхъ рѣдко (также, какъ и при разрывахъ матки во время родовъ); на первый планъ выступаютъ явленія внутренняго кровотечения (замираніе, боли въ животѣ, блѣдность и ускореніе пульса при нормальной температурѣ).

Послѣ родовъ чаще всего кровотеченіе бываетъ при задержкѣ плаценты. Что эти кровотечения при правильномъ веденіи третьяго періода родовъ должны отсутствовать, не подлежитъ сомнѣнію. Своевременное примѣненіе соотвѣтствующихъ мѣръ въ связи съ полнымъ опорожненіемъ содержимаго матки предохраняетъ отъ позднѣе наступающей атоніи. Плацента не должна быть выжимаема ранѣе получаса послѣ родовъ. Профилактически рекомендуется давать въ концѣ періода изгнанія, когда въ виду слабости потугъ можно ожидать осложненій, *Secale cornutum*. Дальнѣйшими источниками кровотеченія являются *atonia uteri*, надрывы шейки, пораненія влагалища, *vulvae* и промежности.

Атонія лечится массажемъ, круговымъ растираніемъ дна матки, бимануальнымъ сжиманіемъ, искусственной антефлексіей, горячими влагалищными, рѣже внутриматочными душами, большими дозами *Secale* (лучше всего подкожно). Если несмотря на все перечисленные средства, матка остается расслабленной, то многими рекомендуется тампонада по *Dührssen*'у. Матка изводится во влагалище; посредствомъ коринцанга вводятся полоски іодоформеннаго газа до дна матки; такъ наполняется вся полость матки. Спустя 24 часа газъ удаляется. По новѣйшимъ наблюденіямъ уже одного изведе-
нія матки при посредствѣ 2 пулевыхъ щипцовъ доста-

точно для пріостановки кровотеченія. Можно еще присоединить къ этому закручиваніе нижняго отдѣла матки щипцами, благодаря чему сжимаются кровотокащія сосуды.

Если кровотеченіе происходитъ при хорошо-сократившейся маткѣ, то можно источникъ кровотеченія предполагать лишь въ шейкѣ и во влагалищѣ, если только наружный осмотръ обнаруживаетъ цѣлость промежности, *virvae* (клитора, мочеиспускательный валикъ). При разрывахъ шейки лучше всего наложить шовъ; впрочемъ, кровотеченія въ этомъ случаѣ могутъ пріостановиться и отъ одной тампонады шейки и влагалища. Сильныя кровотеченія отъ надрывовъ влагалища, пораненія влагалищнаго входа и промежности останавливаются наложеніемъ швовъ. Легкіе надрывы слизистой останавливаются отъ прижиманія.

Сильныя кровотеченія происходятъ также при задержкѣ части плаценты, т. н. *placenta succenturiata*. Чѣмъ раньше открывается этотъ источникъ кровотеченія (всегда слѣдуетъ осмотрѣть плаценту!), тѣмъ легче лечение. Остатокъ плаценты долженъ быть сейчасъ-же рукой удаленъ. Рекомендуются одѣть на вводимую руку резиновую стерилизованную перчатку. Остатки *deciduae*, куски яйцевыхъ оболочекъ, застрѣвая въ маткѣ, вызываютъ также небольшія кровотеченія. Выдѣленіе оболочекъ происходитъ самопроизвольно въ первые дни послѣродового періода (тщательное измѣреніе температуры, промываніе влагалища растворомъ лизола, содержаніе въ чистотѣ наружныхъ гениталій посредствомъ дезинфицирующихъ обмываній и прикрыванія стерильной ватой).

Въ послѣродовомъ періодѣ различаются, раннія и позднія кровотеченія. Раннія кровотеченія, если исключена задержка плаценты, являются результатомъ атоніи матки, наступившей послѣ родовъ, нецѣлесообразнаго поведенія родильницы (слишкомъ много движеній въ постели), сильнаго наполненія мочевого пузыря съ отодвиганіемъ матки въ сторону и кверху, недостаточной облитерации маточныхъ сосудовъ и ранняго отторженія нормально-образующихся

тромбовъ въ сосудахъ матки. Всѣ эти кровотеченія маточнаго происхожденія; онѣ въ большинствѣ случаевъ незначительны. *Леченіе.* Способствовать сокращенію матки массажемъ, *Secale*; противодействовать смѣщенію матки своевременнымъ опорожненіемъ пузыря и прямой кишки; необходимо настоятельно рекомендовать родильницѣ покойно лежать въ постели. Позднія кровотеченія являются результатомъ медленной инволюціи матки, что легко распознается двойнымъ изслѣдованіемъ (матка соотвѣтственно данному періоду слишкомъ велика, мягка, растянута; *portio vaginalis* коротка и мягка). *Леченіе.* Покой, пребываніе въ постели, *Ergotin*, горячіе души. Далѣе *extract. fluid. Hydrastis* и *radix Gossypii* (1—2 чайныя ложки на чашку чаю). Имѣющіяся смѣщенія матки лечатся соотвѣтствующими пессаріями. Наконецъ, прижиганемъ эндометрія іодалколемъ (*Jodi 1, Iodkali 2, Spirit. vini 6*) вызываютъ сильныя маточныя сокращенія. Рекомендуются также протираніе полости матки 30—50% формалиномъ. Если послѣднія прижигающія средства, примененныя вторично черезъ 6—8 дней, не помогаютъ, то приступаютъ къ обследованію полости матки пальцемъ, затѣмъ дѣлають выскабливаніе.

Причиной кровотеченій у беременныхъ, роженицъ и родильницъ являются также злокачественныя новообразованія.

Міомы при беременности могутъ повести при наличности эндометрита къ кровотеченію и аборту. Субсерозныя міомы на ножкѣ или міомы шейки не имѣютъ никакого вліянія на ходъ беременности. Во время родовъ міомы рѣже вызываютъ кровотеченія, нежели въ послѣродовомъ періодѣ; при интерстиціальнымъ міомахъ кровотеченіе происходитъ отъ разрыва капсулы, къ чему толчкомъ служатъ роды; ноделизистыя міомы отслаиваютъ слизистую матку и въ видѣ полиповъ выступаютъ изъ полости матки. Наряду съ кровотеченіемъ появляется лихорадка вслѣдствіе инфекции и спада міомы.

Карциномы влагалища и шейки матки вызываютъ кровотеченія во время беременности лишь въ тѣхъ

случаяхъ, если имѣется мозговая или язвенная форма. *Терапія* сообразуется съ періодомъ беременности и развитіемъ раковаго процесса. До 4-го мѣсяца, если процессъ ограничивается одной лишь маткой, предпринимается тотальная экстирпация матки. Позднѣе дѣлается предварительно абортъ. Во второй половинѣ беременности, если карцинома не можетъ быть радикально удалена, а жизнь матери находится въ опасности влѣдствіе кровотеченій и гнилостнаго распада, рекомендуется частичное удаленіе, выскабливаніе, прижиганіе. Если опасность матери не грозитъ, то слѣдуетъ въ интересахъ плода ждать конца беременности. Раскрытіе мягкихъ частей во время родовъ идетъ легко; рѣдко приходится глубоко разсѣкать шейку. Если нѣтъ надежды въ этихъ случаяхъ на рожденіе живого ребенка, то дѣлается *sectio caesarea abdominalis* или *vaginalis*. Къ этому присоединяется и тотальное удаленіе матки, если только можно ожидать отъ этого спасенія матери.

Если карцинома діагностируется лишь въ послѣродовомъ періодѣ, то леченіе направляется соотвѣтственно распространенію процесса и состоянію силъ больного.

Прежде чѣмъ перейти къ разсмотрѣнію источниковъ кровотеченія, не связанныхъ съ *puerperium*, мы должны сказать нѣсколько словъ объ эктопической (внѣматочной) беременности, которая является также причиной атипическаго маточнаго кровотеченія. Въ анамнезѣ указаніе на отсутствіе мѣсячныхъ (одинъ или нѣсколько разъ). Среди внезапно наступившаго кровотеченія извергается *decidua*; иногда кровотеченіе присоединяется къ нормальнымъ мѣсячнымъ. Въ присутствіи этихъ симптомовъ требуется точное изслѣдованіе. Увлеченіе матки, смѣщеніе ея, раскрытіе шейки, пустая полость матки, прощупываемый эластическій *tumor* сбоку и позади матки, находящійся въ связи съ маткой — вотъ данныя, которыя свидѣтельствуютъ въ пользу внѣматочной беременности.

Разрывъ въ беременной трубѣ вызываетъ на ряду съ наружнымъ кровотеченіемъ значительное кровоизліаніе въ брюшную полость, ведущее къ смерти, если не будетъ оказано своевременно оперативное по обіе. Разрывъ трубы протекаетъ при явленіяхъ внутренняго кровоизліанія и перитонита. Сильныя боли въ животѣ, рвота, замираніе, ускореніе пульса при отсутствіи лихорадки. При *tubarномъ* абортѣ внутреннее кровотеченіе происходитъ постепенно, являясь въ видѣ *перитубарной* *Hämatorocele* и *Hämatorocele retrouterina*. Наряду съ внутреннимъ кровотеченіемъ происходитъ и наружное, обусловленное частичнымъ

перерожденіемъ и отпаденіемъ deciduae uterinae. Въ терапію эктопической беременности, исключительно оперативную, мы входить здѣсь не станемъ.

в) Непуэрперальныя кровотеченія.

Причины кровотеченій внѣ puerperium не менѣе многочисленны, чѣмъ пуэрперальныя. Лечение ихъ во многихъ случаяхъ затруднительнѣе и сложнѣе. Всякая женщина, страдающая кровотечениями изъ гениталій, должна быть тщательно изслѣдуема.

Кровотеченія могутъ происходить изъ vulva, vagina, portio vaginalis, cervix и corpus uteri. Кровотеченія изъ vulva и introitus vaginae рѣдки и происходятъ отъ травмы.

Такъ, онѣ наблюдаются при coitus'ѣ, паденіи на острый предметъ. Разрывы дѣвственной плевы подчасъ сильно кровоточатъ; еще сильнѣе кровоточатъ corpora cavernosa clitoridis.

Самое вѣрное средство для *остановки кровотечения* обкалываніе или наложеніе шва на кровоточащее мѣсто. Varices внѣ беременности рѣдки, наблюдаются при большихъ тазовыхъ и брюшныхъ опухоляхъ; разрываясь varices сильно кровоточатъ.

Vagina также бываетъ источникомъ кровотечения при травмахъ; однако кровотеченія изъ влагалища наблюдаются рѣдко, особенно у молодыхъ женщинъ. У старыхъ женщинъ Colpitis senilis нерѣдко бываетъ причиной кровотеченій, въ особенности если склеившіяся стѣнки влагалища разрываются отъ coitus'a, ручнаго или инструментальнаго изслѣдованія. При этихъ обыкновенно незначительныхъ кровотеченияхъ рекомендуется покой, пребываніе въ постели, тампонада влагалища, промываніе таниномъ и прижиганіе ляписомъ (0/0). Вслѣдствіе продолжительнаго ношенія нецѣлесообразныхъ пессаріевъ появляются гранулирующія язвы (decubitus) влагалища, иногда кровоточація. Пессаріи должны быть удалены. Язвы излечиваются при индифферентномъ промываніи влагалища.

Чаще причиной кровотеченій изъ влагалища являет-

ся злокачественное новообразование. Очень рѣдко наблюдается саркома, чаще карцинома (первичная), еще чаще вторичная карцинома при первичномъ ракъ матки или шейки. Чаще процессомъ новообразования занята задняя стѣнка, рѣже вся периферія влагалища. *Терапія* стоитъ въ соответствіи съ распространенностью процесса и переходомъ его на окружающую ткань. Если тотальная экстирпация опухоли невозможна, и приходится ограничиться выскабливаніемъ прижиганіемъ термокаутромъ и химическими веществами.

Изъ *portio vaginalis uteri* и маточныхъ губъ кровотеченіе бываетъ при эрозіяхъ. При помощи зеркала Симон'а или Neugebauer'а можно различить кровоточащую эрозію. Кровотеченіе усиливается послѣ промываній влагалища и совокупленій. *Леченіе* заключается въ примѣненіи вяжущихъ или прижигающихъ средствъ (древесный уксусъ, уксусно-кислый глиноземъ, ляписъ, хлористый цинкъ, азотная кислота). Если все средства оказываются безсильными, примѣняется пакедентъ.

Съ эрозіями весьма сходенъ начинающійся ракъ *portionis vaginalis*, именно та форма его, которая протекаетъ какъ ограниченное поверхностное заболѣваніе. Часто различеніе его отъ простой эрозіи представляетъ большія трудности. Діагностически важно то, что раковая язва не только кровоточитъ, но и обнаруживаетъ хотя-бы поверхностный распадъ, что она часто рѣзко отдѣляется отъ пограничной здоровой ткани и лежитъ не всегда на одномъ уровнѣ съ послѣдней. Отсутствие, столь многочисленныхъ при эрозіи, *ovula Nabothi*, также подозрительно. Окончательно вопросъ рѣшается микроскопическимъ изслѣдованіемъ вырѣзанныхъ или выскобленныхъ кусочковъ ткани. Поверхностные раковые узлы *portionis vaginalis* кровоточатъ, лишь распадаясь. При констатированіи рака *portionis vaginalis* показуется тотальная экстирпация матки.

Дальнѣйшая стадія развитія канкрова влагалищной части въ видѣ цвѣтной явусы легко диагностируется при ручномъ изслѣдованіи. Посредствомъ зеркала точно опредѣляется мѣсто его расположенія и протяженности процесса. Подчасъ наблюдаются

сильныя кровотеченія. Новообразование въ этой стадіи легко переходитъ (по преимуществу съ задней губы) на влагалище и рагаметриум; вотъ почему раннее констатированіе процесса даетъ болѣе шансовъ на радикальное излеченіе. Если тотальная экстирпация болѣе невозможна (см. учебники гинекологіи о показаніяхъ къ ней), то предпринимается выскабливаніе, вырѣзываніе опухоли, термокаутеризация съ послѣдующимъ прижиганіемъ различными фармакологическими средствами. Изъ многочисленныхъ рекомендованныхъ для сей цѣли средствъ упомянемъ *tinctura Jodi fortior*, которой прижигаютъ разъ въ 2—3 дня, а затѣмъ тампонируютъ іодоформнымъ газомъ. Новообразующіеся разращенія прижигаются концентрированной карболовой, дымящей азотной кислотой или 50% хлористымъ цинкомъ.

Сифилитическія язвы *portiois vaginalis* иногда также симулируютъ эрозіи и подаютъ поводъ къ кровотеченіямъ. Прижиганіе дѣйствуетъ на нихъ мало. Необходимо противосифилитическое леченіе.

Иногда при старыхъ разрывахъ шейки эктропированныя маточныя губы симулируютъ язву *p. vaginalis*, именно вывернутая слизистая матки, подчасъ кровоточащая, производитъ впечатлѣніе язвы. Наиболѣе вѣрная *терапия*—эмметовская операція или клиновидная эксцизія губъ.

При закрытомъ *orificio externo* и нормальной по величинѣ шейкѣ трудно отыскать источникъ кровотеченія, скрывающійся въ послѣдней. Часто причиной кровотеченія являются слизистые полипы и цервикальный катарръ. Подчасъ можно увидѣть полипа лишь послѣ расширенія шейки или во время менструальнаго періода. Полипы удаляются ножницами. Большіе бородавчатые полипы перевязываются и откигаются. Нормальная слизистая шейки не кровоточитъ при прикосновеніи къ ней; поэтому если отмѣчается кровоточивость, должно обратить вниманіе на возможность злокачественнаго новообразованія.

Карцинома шейки бываетъ либо поверхностной, исходящей изъ эпителия или железъ, либо глубокой, которая образуется въ самомъ веществѣ *servicis* и имѣетъ склонность къ распаду. Въ первомъ случаѣ слизистая шейки имѣетъ часто полипозный характеръ или равномерно инфильтрирована; во второмъ случаѣ образуются узлы. Для ранняго діагноза карциномы необходимо микроскопическое изслѣдованіе выскобленныхъ кусочковъ.

Если шейка при закрытомъ *orificio externum* шаровидно расширена, *congrus uteri* мало или совсѣмъ не увеличенъ, а между тѣмъ источникомъ кровотечения является шейка, то возможенъ цервикальный абортъ (см. стр. 420) или миоматозный полипъ въ шейкѣ. Въ обоихъ случаяхъ расширяютъ *orificium externum* и удаляютъ яйцо или полипъ. Небольшія миомы стѣнки шейки также могутъ вызвать при наличности соответствующаго эндометрита кровотеченіе.

Самый частый и важнѣйшій источникъ всѣхъ кровотеченій изъ гениталій—*congrus uteri*. При маточныхъ кровотеченияхъ необходимо точно констатировать путемъ объективнаго изслѣдованія величину матки, положеніе, форму, консистенцію, состояніе окружающей матку ткани и ея придатковъ. Анамнестически констатируется, наступаютъ-ли кровотечения только во время менструаціи *) или внѣ ихъ, и

*) Мы не можемъ здѣсь ближе входить въ разсмотрѣніе физиологическихъ колебаній менструальныхъ кровотеченій. Упомянемъ лишь о постпонирующемъ типѣ менструаціи въ началѣ половой зрѣлости. Сильныя 8-дневныя кровотечения у созрѣвшихъ женщинъ не могутъ считаться ненормальными, пока они отдѣлены 4-недѣльными промежутками. Только лишь когда мѣсячныя кровотечения продолжаютъ быть столь-же интенсивными, а промежутки суживаются, необходимо медицинское изслѣдованіе. Заслуживаютъ также упоминанія кровотечения въ климактерическомъ періодѣ. Климактерій наступаетъ обыкновенно послѣ 40 лѣтъ, хотя, впрочемъ, не рѣдки случаи, когда женщина менструируетъ и послѣ 50. Рѣдко наступаетъ внезапная менопауза; обыкновенно мѣсячныя дѣлаются скудными, промежутки между *menstruationes* удлиняются. Довольно часто приходится наблюдать въ началѣ антепонирующій типъ кровотеченій, при чемъ мѣсячныя обильны и отдѣлены другъ отъ друга небольшими промежутками времени. Нерѣдко и въ промежуткахъ наблюдается слабое кровотеченіе. Иногда спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ менопаузы наступаетъ вдругъ обильное кровотеченіе. Обильныя кровотечения климактерическаго періода находятъ свое объясненіе въ ломкости маточныхъ сосудовъ и недостаточной сокращающей способности матки, однако необходимо всякій разъ тщательное изслѣдованіе, особенно при наступленіи кровотеченій послѣ менопаузы, ибо фунгозный эндометритъ съ эксцентрической гипертрофіей матки, равно какъ новообразованія въ слизистой и мышечной оболочкѣ матки въ періодѣ

не измѣнился-ли самый характеръ менструаціи. Почти всѣ заболѣванія внутреннихъ половыхъ органовъ вызываютъ значительныя измѣненія въ ихъ типѣ.

Чрезвычайно обильныя и частыя мѣсячныя называются меноррагіями; маточныя кровотеченія, наступающія независимо отъ менструацій, называются метроррагіями.

Послѣ этихъ предварительныхъ замѣчаній мы можемъ перейти къ разсмотрѣнію отдѣльныхъ источниковъ кровотеченій.

Иногда мѣсячныя кровотеченія чрезвычайно обильны, хотя матка вполне здорова, именно послѣ родовъ или нормального аборта первое мѣсячное очищеніе бываетъ иногда профузно. Въ періодъ полового созрѣванія наблюдаются обильныя мѣсячныя у хлоротическихъ дѣвушекъ; обильныя меноррагіи наблюдаются также при заболѣваніяхъ сердца и легкихъ. Метроррагіи вызываются заболѣваніями придатковъ матки и окружающей матку ткани благодаря застою крови и гипереміи маточныхъ сосудовъ. Сюда относится oophoritis, кистовидная дегенерация яичниковъ, заболѣваніе трубы, воспаленіе тазовой клетчатки и брѣшины, сопровождающееся образованіемъ экссудатовъ и кровоизліянiami въ полость peritonei или внѣ его.

Леченіе должно соответствовать обуславливающей кровотеченіе причинѣ; помимо того при меноррагіяхъ употребляются еще слѣдующія средства: покой, пребываніе въ постели, лёдъ, опій при боляхъ и лихорадкѣ, Secale и Ergotin (extr. fluid), extr. fluid. *Hydrgastis canadensis* (3 раза по 25 капель), *radix Gossypii* (1—2 чайныя ложки на чашку воды), *tinctura Hamamelis virginica* (нѣсколько разъ въ день по $\frac{1}{2}$ чайной ложкѣ). Многочисленные удачныя результаты, полученные со *Stypticin*омъ при кишечныхъ

climacis, далеко не рѣдки. Климаксъ не предрасполагаетъ къ особымъ заболѣваніямъ матки; наоборотъ, маточныя заболѣванія при немъ дѣлаются не столь очевидны; будучи скрыты за явленіями, свойственными этому періоду; вотъ почему многія болѣзни матки въ такихъ случаяхъ распознаются далеко не своевременно. При всякомъ кровотеченіи климактерическаго періода необходимо искать какую-либо паталогическую основу; лишь послѣ тщательнаго повторнаго изслѣдованія можно успокоиться.

кровотеченіяхъ, даютъ право испробовать его дѣйствіе и при маточныхъ кровотеченіяхъ. При несложненныхъ меноррагіяхъ, при климактерическихъ кровотеченіяхъ, при кровотеченіяхъ рефлекторнаго происхожденія и нерѣдко миомахъ *Stypticin* оказывалъ дѣйствіе. Дается онъ въ таблетахъ (Меркль) по 0.05 пять-шесть разъ въ сутки. При большихъ потеряхъ крови показуется тампонада влагилица и матки. Въ этихъ случаяхъ приходится прибѣгать и къ вырывиванію въ полость матки крове-останавливающихъ веществъ.

Обильныя кровотеченія приходится наблюдать также у женщинъ, много рожавшихъ. Въ этихъ случаяхъ дѣло идетъ объ атоніи матки, нерѣдко комбинирующей съ эндометритомъ. При атоніи матки (мягкая растянутая матка) примѣняются горячіе влагилицные души, *Ergotin* и *Hydrastis* внутрь. Въ тяжелыхъ случаяхъ рекомендуется постоянный токъ. Положительный полюсъ вводится въ матку (зондъ), отрицательный ставится на симфизисѣ. Сила тока небольшая, однако такова, чтобы больная чувствовала. Продолжительность сеанса 5 минутъ, 2 раза въ недѣлю.

Хорошо дѣйствуетъ при атоніи протираніе полости матки 2% азотно-кислымъ серебромъ или продолжительное пребываніе въ полости матки Playfair'овскаго зонда, обернутаго ватой, смоченной *liquor ferri sesquichlorati*; необходима строгая асептика.

Смѣщенія матки, особенно кзади, равно какъ фиксація матки посредствомъ сращеній вызываютъ также обильныя кровотеченія вслѣдствіе застоя крови и ослабленія мускулатуры. Подъ наркозомъ пытаются привести матку въ нормальное положеніе, тупымъ путемъ разрываютъ сращения, фиксирующія ее, и затѣмъ удерживаютъ данное положеніе при помощи пессаріевъ. Если это не удастся сдѣлать, то рекомендуется *Alexander-Adam'овская* операція или *ventrifixura uteri* (или *vagino-vesico-fixura uteri*).

Если источникъ кровотеченій лежитъ въ заболѣваніяхъ самой матки, то мы большею частью имѣемъ дѣло съ эндометритомъ и новообразованіями матки. Кромѣ того источникомъ кровотеченій можетъ быть задержанная плацента. Относительно прогноза и леченія см. главу „абортъ“ (стр.

418). Здѣсь мы упомянемъ лишь, что при кровотеченіяхъ изъ полости матки наиболѣе предохраняетъ отъ ошибокъ искусственное расширеніе цервикальнаго канала, дающее возможность изслѣдовать пальцемъ полость матки. Расширеніе оказывается полезнымъ и для успѣховъ дальнѣйшаго леченія.

Чаще всего кровотеченіе бываетъ при хроническомъ гиперпластическомъ, такъ называемомъ фунгозномъ эндометритѣ. Процессъ заключается то въ гиперплазіи железистаго аппарата (и расширеніи железъ), то гиперплазіи срединительно-тканыхъ элементовъ. Иногда наблюдается то и другое вмѣстѣ. Матка часто увеличена, мягкой консистенціи, полость ея расширена, при пальпаціи чувствительность. Слизистая шероховата, при помощи зонда констатируются неровности и выступы. Шейка въ большинствѣ случаевъ раскрыта. Мѣсячныя антепонирующаго типа, обильны, держатся цѣлую недѣлю или 8—10 дней, затѣмъ кровотеченіе дѣлается скуднымъ, не прекращаясь всё-же совершенно, пока вновь не наступаетъ профузная менструація и т. д. Если каналъ шейки недостаточно открытъ, приходится расширить его ламинаріей или толстыми металлическими дилататорами. Послѣ расширенія канала матка промывается чрезъ катетеръ Fritsch-Vogelmana 1% содовымъ растворомъ, затѣмъ слабымъ сулемовымъ. Затѣмъ лишь производится выскабливаніе матки; въ заключеніе опять промывается и влагалище тампонируется іодоформнымъ газомъ. На 5-й или 6-й день послѣ выскабливанія (паціентка находится еще въ постели) цѣлесообразно прижечь новообразующуюся слизистую. Благодаря раскрытію зѣва прижиганіе удается легко сдѣлать посредствомъ Playfair'овскаго или простаго серебряннаго зонда подъ руководствомъ двойнаго зеркала. Пользуются крѣпкимъ алкогольнымъ растворомъ іода (Jod 1.0, Kali jodati 0.5; Spir. vini 6.0) или крѣпкимъ феноломъ; нѣкоторые авторы рекомендуютъ прижигать слизистую, по преимуществу іодомъ, непосредственно вельдъ за выскабливаніемъ.

Казь разь именно при фунгозномъ эндометритѣ нерѣдко наблюдаются рецидивы, дѣлающіе необходимымъ повтореніе выскабливанія и прижиганія, при рецидивирующихъ кровотеченияхъ эндометритическаго происхожденія всегда нужно помнить о возможности злокачественнаго новообразованія, безразлично рождала-ли женщина или нѣтъ, стара или молода. Новѣйшія наблюденія показываютъ, что и у молодыхъ женщинъ злокачественныя новообразования совсѣмъ не составляютъ рѣдкости. Рецидивирующія кровотечения у женщинъ климактерическаго періода патогномичны для карциномы. Помимо кровотеченій карцинома характеризуется еще бѣлями и схваткообразными болями въ животѣ. Въ раннихъ стадіяхъ *diatosis* ставится при помощи микроскопа на основаніи изслѣдованія вырѣзанныхъ кусочковъ ткани. Въ позднѣйшихъ стадіяхъ развитія тѣло матки увеличено, раковая инфильтрація распространяется на окружающую ткань, шейку и влагалище. Ранняя тотальная экстирпація мат и является единственнымъ спасеніемъ больного; если въ процессъ вовлечена уже тазовая кѣлѣчатка, то остается лишь палліативное леченіе. Кровотеченіе бываетъ въ поздній періодъ развитія ракового процесса. Изъ всѣхъ радикальныхъ операций при рагѣ матки лучше всѣхъ полная экстирпація. Карциномы шейки дають лучшій прогнозъ нежели карциномы *portionis vaginalis*; впрочемъ, первыя раньше дѣлаются неоперативными, нежели вторыя.

Наряду съ карциномой саркома матки также является источникомъ метрорагій. Различаютъ 2 формы саркомъ, саркома слизистой оболочки и саркома самой ткани. Последняя образуется на почвѣ имѣющейся подслизистой міомы; растетъ какъ фиброма на ножкѣ, выходя изъ шейки во влагалище; наклонности къ распаду она не обнаруживаетъ; кровотечения бываютъ обильныя, рѣдко дурно-пахнуція. Саркома слизистой (кругло-кѣлочная или веретенообразно-кѣлочная) образуетъ ворсинчатыя опухоли, прорстающія ткань матки и показывающіяся во влагалищѣ. Упомянемъ здѣсь еще объ *Adenoma* и *Adeno-sarcoma*; относительно подробностей см. учебники гинекологіи. Скажемъ еще нѣсколько словъ объ очень злокачественной опухоли, которую въ послѣднее время моего описывали и изучали—*Chorio-epithelioma malignum*, строеніе коей сильно разнится отъ карциномы. Несомнѣнно доказана связь этой быстро-растущей, дающей множественныя метастазы, опухоли съ предшествовавшими родами, абортами, пузырьными заносами. Остатки *deciduae* и материнская плацента являются исходными пунктами развитія ея. Кровотеченія обильны. Только лишь ранняя полная экстирпація матки можетъ гарантировать излеченіе. Въ противномъ случаѣ смерть наступаетъ очень рано.

Наконецъ, причиной кровотеченій является и *mioma* матки. Чаше однако при ней наблюдаются боли, дисменорея и явленія сдавленія сосѣднихъ органовъ. Крово-

теченія собственно являются результатомъ сопутственно-заболѣвающей эндометрїи (*Endometritis interstitialis et glandularis*). Особенно часто наблюдаются кровотечения при подслизистыхъ міомахъ и образующихся изъ нихъ фиброзныхъ полипахъ; довольно часто при интерстиціальныхъ, когда таковыя врастаютъ въ полость матки. Кровотеченія рѣдко бываютъ внезапныя; обыкновенно раньше всего наблюдается измѣненіе типа менструаціи; крови выдѣляется больше обычнаго, продолжительность менструаціи большая, онѣ антепонирующаго типа; въ промежуткахъ между отдѣльными мѣсячными кровь не перестаетъ выдѣляться, хотя-бы въ скудномъ количествѣ; позднѣе наступаютъ длительныя неправильнаго типа метроррагіи.

Леченіе кровотеченій въ этихъ случаяхъ предполагаетъ леченіе самой міомы, на чемъ мы здѣсь останавливаться не можемъ. Мы укажемъ лишь на нѣкоторыя средства, которыя должны быть въ такихъ случаяхъ примѣнены.

Въ препаратахъ *Secale* мы имѣемъ средство, длительное примѣненіе коихъ въ видѣ подкожныхъ инъекцій даетъ благоприятные результаты. Мягкія, не слишкомъ большія, по-преимуществу интерстиціальныя міомы задерживаются въ своемъ развитіи, уменьшаются, кровотечения приостанавливаются. Первоначально *Ergotin* вводится ежедневно, затѣмъ черезъ 2—3 дня. Ожидать успѣха можно не ранѣе, чѣмъ сдѣлано 50—100 инъекцій. Продолжать инъекціи можно въ томъ случаѣ, если *Ergotin* хорошо переносится и замѣчается благоприятное дѣйствіе его на маточный процессъ. Въ такомъ случаѣ *Ergotin* съ частыми перерывами на нѣсколько мѣсяцевъ примѣняется годами. Изъ множества препаратовъ мы рекомендуемъ *Ergotinum biperuratum* по 0.2—0.3 на инъекцію и *Ergotin Bombelon* и *Jwon Sick* (*Injectio ergotini Sick*). Чтобы имѣть постоянно свѣжій препаратъ, лучше выписывать небольшими количествами; необходимо тщательно заботиться объ асептикѣ. Употребленіе *Ergotin*'а въ капляхъ, пилюляхъ и суппозиторїяхъ оказываетъ болѣе слабое дѣйствіе. Въ новѣйшее время стали съ успѣхомъ примѣнять *Stypticin*.

Въ рѣдкихъ случаяхъ при внезапномъ и очень обильномъ кровотеченіи приходится тампонировать матку; въ другихъ случаяхъ удается на время остановить кровотеченіе при помощи горячихъ влагалищныхъ душей. Прижиганіе слизистой матки растворомъ Ferrî sesquichloratî слѣдуетъ избѣгать; предпочтительно прижиганіе іодной тинктурой. Abrasio mucosae приноситъ пользу при міомахъ небольшой величины, по преимуществу соединительно - тканыхъ. Абразіи должно предшествовать самая тщательная дезинфекція, расширение шейки и въ крайнемъ случаѣ изслѣдованіе полости матки пальцемъ. При подслизистыхъ, вдающихся въ полость матки, міомахъ, слизистая, покрывающая міому, должна быть щадима во избѣжаніе некротизированія.

Мы выше уже упомянули, что міомы на ножкѣ вызываютъ сильныя кровотечения. Необходимо оперативное удаленіе, какъ только установленъ діагнозъ. Оперативное удаленіе показуется также при упорныхъ кровотеченияхъ на почвѣ интерстиціальныхъ міомъ, сидящихъ на широкомъ основаніи, и при множественныхъ міомахъ. Дальнѣйшее показаніе къ оперативному пособію составляютъ боли при непрестанномъ ростѣ опухоли и явленія сдавленія сосѣднихъ органовъ (пузырь, мочеточники, прямая кишка). Результаты міомотоміи и міомектоміи въ настоящее время столь удовлетворительны, что при сильномъ кровотеченіи у женщинъ, далекихъ отъ климактеріи (при которомъ наступаетъ иногда самопроизвольное излеченіе) слѣдуетъ предпринять операцію. Вслѣдствіе продолжительныхъ кровотеченій страдаетъ общее состояніе здоровья; особенно страдаетъ мускулы сердца, который подвергается жировой дегенсраціи и бурой атрофіи, что впоследствии сильно ухудшаетъ прогнозъ при операціи.

II. Выкидышъ.

Выкидышемъ называется преждевременное прекращеніе беременности до 28 недѣли, когда плодъ еще нежизнеспособенъ.

Причины выкидыша лежатъ или въ болѣзняхъ яйца, или матки. Чаще всего выкидышъ наступаетъ вслѣдствіе смерти плода. Смерть является результатомъ заболѣванія *deciduae* и *chorionis*. Въ большинствѣ случаевъ имѣется кровоизліаніе между *decidua serotina* и *chorion*, рѣже къ смерти приводитъ заболѣваніе одного лишь хоріона. Далѣе смерть наступаетъ при переходѣ инфекціонныхъ зародышей съ материнскаго организма черезъ поврежденную плаценту въ тѣло зародыша, при высокой лихорадкѣ; очень часто смерть плода наступаетъ при сифилисѣ. Воспаленіе почекъ благодаря вторичному заболѣванію плаценты также является причиной смерти плода. Смѣщенія матки, опухоли матки и въ окружности ея, *placenta praevia* являются также причиной абортовъ. Травмы приводятъ къ выкидышу значительно рѣже, чѣмъ это думаютъ.

Чѣмъ поздиѣ происходитъ выкидышъ, тѣмъ теченіе его болѣе сходно съ нормальными родами. Плацента болѣе развита, отдѣленіе яйца отъ *decidua* совершается легче, мускулатура матки сильнѣе и легче извергаетъ содержимое матки. Механизмъ выкидыша въ первые мѣсяцы беременности слѣдующій. Благодаря маточнымъ сокращеніямъ яйцо отдѣляется; разрывающіяся маточные сосуды вызываютъ свопленіе крови между материнской плацентой и дѣтской, способствуя тѣмъ еще большему отдѣленію плода и возбужденію потугъ, при помощи которыхъ яйцо, окруженное *decidua reflexa*, наконецъ, вставляется въ маточную шейку. Все далѣе и далѣе проникающее во влагалище яйцо благодаря влеченію, оказываемому имъ, отдѣляется *deciduam vagam* (отдѣленіе ея происходитъ и вслѣдствіе маточныхъ сокращеній). Этотъ типъ отхожденія яйца измѣняется смотря ко мѣсту прикрѣпленія плаценты. При глубокомъ вѣдреніи ея, при совершившемся уже срощеніи *deciduae reflexae* съ *vaga* яйцо можетъ быть извергнуто цѣликомъ. Отклоненія отъ описаннаго механизма довольно часты. Наиболѣе благоприятный исходъ наблюдается при внезапно наступающемъ выкидышѣ, напримѣръ, при инфекціонныхъ болѣзняхъ, высокой лихорадкѣ. Въ такихъ случаяхъ умѣренная кровотоеря, выкидышъ протекаетъ быстро. Иначе обстоитъ дѣло, когда отъ яйца отрывается *decidua vega* цѣликомъ или по частямъ и застрѣваетъ въ полости матки; случается также, что плодъ выдѣляется одинъ, а разорвавшіяся плодная оболочка остаются въ маткѣ, выдѣляясь лишь спустя нѣкоторое время, когда въ складкахъ ихъ собирается значительное количество крови, выдѣлившейся изъ стѣнокъ матки. Наблюдаются кровотеченія, выкидышъ происходитъ медленно; остающіяся оболочки представляютъ опасность въ смыслѣ инфекціи. Въ большинствѣ случаевъ съ подобнымъ теченіемъ имѣется заболѣваніе матки или яйца. Наконецъ, упомянемъ еще, что вслѣдствіе ригидности маточной шейки яйцо, совершенно отдѣлившееся отъ матки (родившееся), можетъ быть задержано въ полости, пока расширеніе шейки, естественное или искусственное, не дастъ возможности ему выйти наружу (цервикальный абортъ).

Главнымъ симптомомъ выкидыша является кровотеченіе. Оно настолько господствуетъ въ картинѣ болѣзни, что потуги, слѣдующій важный симптомъ, отступаютъ, особенно въ первые мѣсяцы беременности, на задній планъ. Наличие этого второго симптома имѣетъ большое прогностическое значеніе. Если въ теченіе беременности появляются кровотечения, то можно опасаться выкидыша; если при томъ наблюдаются еще схватки, то выкидышъ дѣлается весьма вѣроятнымъ. Говорятъ объ „угрожающемъ абортѣ“, если имѣются кровотечения, *portio vaginalis* не измѣнена, цервикальный каналъ не раскрытъ. Абортъ непредотвратимъ, если наряду съ кровотечениями и потугами наступило значительное отслоеніе яйца, нижній сегментъ коего можно уже прощупать черезъ расширенный цервикальный каналъ. Въ этомъ случаѣ *діагнозъ* выкидыша несомнѣненъ. Труднѣе *діагнозъ* при неполномъ абортѣ, т. е. если плодъ родился, въ полости матки остались плодные оболочки, и *osificium* вновь закрылся. Руководствоваться нужно въ такихъ случаяхъ тѣмъ, что величина матки не соотвѣтствуетъ предполагаемому мѣсяцу беременности, что анамнестически констатируется отхожденіе или плода, или частей оболочекъ, между тѣмъ на лицо остаются тянущія боли въ крестцѣ, кровотечения не прекращаются и общее состояніе здоровья плохое. Осмотръ извергнутыхъ частей облегчаетъ *діагнозъ*.

Діагносцированіе смерти плода, задержавшагося въ маткѣ, и пузырнаго заноса представляетъ подчасъ большія трудности и возможно лишь послѣ продолжительнаго наблюденія. Если матка не увеличивается соотвѣтственно съ даннымъ мѣсяцемъ беременности, наоборотъ, даже нѣсколько уменьшена, если консистенція ея плотна, то *діагнозъ* несомнѣненъ. Послѣ 18—20 недѣли положительное заключеніе можно вывести на основаніи отсутствія сердцедвиженій плода, ощущенія тяжести въ животѣ, зноба, тошноты.

Діагнозъ „цервикальнаго“ аборта ставится, если при кровотеченияхъ и сильныхъ потугахъ изслѣдующій палецъ констатируетъ шарообразное расширеніе шейки

выше суженнаго orificiі externi, а надъ шейкой прощупывается плотное тѣло матки.

Чѣмъ раньше призываютъ врача при выкидышѣ, тѣмъ легче его діагностировать, такъ какъ доступъ къ полости матки свободнѣе. Если orificium замкнулся или закрытъ сгустками крови, то діагнозъ дѣлается затруднителенъ и при томъ тѣмъ болѣе, чѣмъ меньше осталось въ полости матки остатковъ плода. Въ большинствѣ случаевъ терапия также свидѣтельствуемъ въ пользу діагноза.

Леченіе. При угрожающемъ абортѣ необходимо позаботиться о прекращеніи потугъ. Больную укладываютъ въ постель, назначаютъ narcotica въ видѣ suppositoria. Этого иногда бываетъ достаточно для предотвращенія выкидыша. Въ постели проводить болѣе 8 дней не слѣдуетъ. Если послѣ этого кровотеченіе не прекращается и потуги не ослабѣваютъ, то нѣтъ надежды на задержаніе плода. Если послѣ перваго обильнаго кровотечения повторяется въ теченіе нѣсколькихъ дней кровянистое отдѣленіе, то беременность наврядъ-ли продлится. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при скудномъ отдѣленіи изъ гениталій приходится надолго укладывать въ постель (цѣлыми мѣсяцами). Это особенно относится къ женщинамъ, страдающимъ привычнымъ абортomъ, не вызваннымъ сифилисомъ и эндометритомъ.

Если выкидышъ уже начался, то при незначительномъ кровотеченіи рекомендуется выжидательное леченіе. Женщину укладываютъ въ постель, заботятся о дезинфекціи наружныхъ гениталій. Пока кровотеченіе необильно, нѣтъ нужды мѣшать естественному выходу яйца. Какъ только послѣднее свершилось, яйцо подвергаютъ тщательному осмотру, дабы убѣдиться въ томъ, что decidua извергнута. Если часть ея отсутствуетъ, то показано искусственное удаленіе, такъ какъ въ противномъ случаѣ возникающій на почвѣ задержанія оболочекъ децидуальный эндометритъ вызываетъ самъ по себѣ сильныя кровопотери.

Если кровотеченіе весьма обильно, то при закрытомъ orificiо показуется тампонада влагалища,

которая задерживаетъ кровотеченіе и усиливаетъ потуги. Само собою разумѣется, что должна быть соблюдена строгая асептика. Обмывъ наружныя гениталіи водой съ мыломъ, проспирцовавъ влагалище 3% карболовой кислотой или 1% лизоловымъ растворомъ, наполняютъ влагалище вплоть до сводовъ полосками іодоформеннаго газа, въ заключеніе вкладывается во влагалище стерильная вата. Производится тампонированіе на поперечной постели подъ руководствомъ зеркала Simon'a. И въ боковомъ положеніи можно тампонировать, пользуясь С и м о в ы м ъ зеркаломъ.

Больше 12 часовъ не слѣдуетъ держать тампоны во влагалищѣ; послѣ удаленія ихъ оказывается, что яйцо уже выступило изъ шейки или *orificium* настолько раскрылся, что полость матки дѣлается доступной. Въ послѣднемъ случаѣ приступаютъ къ опороженію матки отъ ея содержимаго. Мы предпочитаемъ ручное удаленіе, при которомъ въ виду болѣзненности манипуляцій приходится прибѣгать къ наркозу. Заслуживаютъ также вниманія особые инструменты для захватыванія и удаленія содержимаго матки. Больную помѣщаютъ въ боковомъ положеніи на столъ, вставляютъ маточное рыльце въ зеркало (двойное), затѣмъ подъ руководствомъ глаза вводятъ щипцы въ раскрытый *orificium*. При этомъ способѣ дѣло обходится и безъ наркоза. Если введенный въ полость матки палецъ натывается на остатки *deciduae* и отдѣляетъ ихъ отъ стѣнки матки, то окончательное извлеченіе ихъ можно опять-таки предпринять при помощи щипцовъ. Въ противномъ случаѣ примѣняется широкая острая ложка.

Если послѣ повидимому закончившагося аборта кровотеченія не прекращаются, то можно съ увѣренностью предположить задержку частей яйца, главнымъ образомъ децидуальной оболочки.

Въ такихъ случаяхъ приходится предварительно расширить шейку ляминаріей, послѣ чего пальцемъ изслѣдуется полость матки; впрочемъ, опытный врачъ и безъ расширенія шейки можетъ съ помощью зонда найти задержавшіяся части и выскоблить ихъ острой ложкой.

Въ рѣдѣе все же изслѣдованіе матки пальцемъ. При разложившемся содержимомъ необходимо выскабливанію предпослать промываніе матки дезинфицирующимъ растворомъ (не сулемой); дезинфицированіе матки должно вообще производиться послѣ всякой манипуляціи, производимой въ ея полости. При цервикальномъ абортѣ всего лучше произвести кровавое расширеніе *orificiі externі* (двустороннее разсѣченіе, затѣмъ швы).

Задержаніе умершаго плода въ полости матки само по себѣ не требуетъ никакого терапевтическаго воздѣйствія, если только общее состояніе женщины при этомъ не страдаетъ.

III. Гоноррея женскихъ половыхъ органовъ.

Послѣ нуэрперальной инфекціи гоноррея составляетъ самую частую причину заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ. Возбудителемъ гонорреи является, какъ извѣстно, гонококкъ *Neisseria*, который вызываетъ воспаленіе въ различныхъ эпителиальныхъ тканяхъ и соединительной ткани. Въ большинствѣ случаевъ процессъ ограничивается самымъ поверхностнымъ эпителиемъ. Нахожденіе гонококковъ въ секретѣ въ свѣжихъ случаяхъ не представляетъ затрудненій; иногда удается ихъ констатировать и въ хроническихъ случаяхъ; во всякомъ случаѣ отсутствіе гонококковъ въ хроническихъ случаяхъ отнюдь не говоритъ за отсутствіе инфекціоннаго процесса, такъ какъ секретъ подолгу можетъ быть свободенъ отъ нихъ. Для дифференцированія гонококковъ необходимо окрасить препараты (по Gram'у). Помимо бактериологическаго изслѣдованія мы имѣемъ рядъ клиническихъ симптомовъ (см. ниже), пользуясь которыми мы можемъ констатировать трипперное зараженіе.

Съ несомнѣнностью установлено, что трипперъ у мужчины въ большинствѣ случаевъ является хроническимъ заболѣваніемъ, что послѣ излеченія остраго стадія болѣзни, не давая никакихъ особыхъ явленій, продолжается годами, не теряя своей инфицирующей силы. Этимъ объясняется переходъ болѣзни съ повидимому совершенно здоровыхъ мужчинъ на женщину.

У женщинъ не всегда можно строго различать острую гоноррею и хроническую. Острый стадій иногда можетъ совершенно отсутствовать; при хроническомъ трипперѣ по-временамъ появляются обостренія, которыя могутъ производить на насъ впечатлѣніе свѣжей инфекціи. «Латентной» гонорреи не бываетъ ни у мужчины, ни у женщины.

Течение триппера, локализація его.

Главнымъ образомъ гоноррея поражаетъ у женщины мочеиспускательный каналъ и его лакуны, затѣмъ *servix uteri*, рѣже *vulvam* и *vaginam*. При зараженіи во время беременности бываетъ сильное истечение изъ мочеиспускательнаго канала и шейки, подчасъ абсцедируются Бартолиновы железы. При *vaginitis granulatis* беременныхъ гонорройное происхожденіе процесса дѣлается достовѣрнымъ лишь при нахожденіи гонококковъ. Послѣ родовъ гонококки сильно размножаются, не вызывая въ началѣ никакихъ особыхъ осложнений; лишь въ концѣ послѣродового періода вслѣдствіе прониканія гонорройнаго секрета въ полость матки, тяжело заболѣваютъ яичники и брюшина. У новорожденныхъ помимо гонорройнаго конъюнктивита выступаетъ на первый планъ *vulvovaginitis*. Наблюдалась также гоноррея полости рта, носа, средняго уха и синовиальныхъ оболочекъ. Ректальная гоноррея у взрослыхъ не въ рѣдкость.

Острая гоноррея у женщины не всегда сопровождается тѣми тяжелыми явленіями, которыя обычны у мужчинъ; у особенно-чистоплотныхъ женщинъ первые симптомы болѣзни даже легко просматрѣть. *Vulva* можетъ заболѣть первично, хотя обычно она инфицируется отдѣляемымъ шейки и мочеиспускательнаго канала. Въ большинствѣ случаевъ гонорройный процессъ не подымается выше внутренняго зѣва; противное замѣчается въ томъ случаѣ, если оттокъ секрета изъ шейки по направленію книзу затрудненъ или если *orificium internum* широко раскрытъ (менструація, роды, послѣродовой періодъ); причиной дальнѣйшаго распространенія является также зараженіе полости матки при изслѣдованіи (пальцемъ или зондами), прижиганіи. Когда эндометрій вовлеченъ въ страданіе, процессъ можетъ перейти и на трубы (восходящая гоноррея). Если абдоминальное отверстіе трубы зарастаетъ, то обыкновенно образуется *Pycosalpinx*; послѣ проникновенія гонококковъ черезъ эпителій трубы развивается *Perisalpingitis*. Если абдоминаль-

ное отверстіе остается открытымъ, то вслѣдствіе періодическаго поступленія гноя въ брюшную полость появляется воспаленіе яичника и брюшины. Гонорройное заболѣваніе трубъ, яичниковъ и peritonei носитъ общее названіе „гоноррея придатковъ“. Мы не станемъ здѣсь входить въ дальнѣйшія подробности.

Симптомы. Тяжелыя явленія наблюдаются лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда въ процессъ вовлечены vulva и urethra. Женщины жалуются на жженіе во влагалищѣ и vulva, боли при ходьбѣ и сидѣніи, боли во время мочеиспусканія и послѣ того; отдѣленіе обильное, гнойное, жгучее. При объективномъ изслѣдованіи констатируется покраснѣніе и припуханіе слизистой vulvae, сильная чувствительность introitus vaginae, острья кондиломы, покраснѣніе валика мочеиспускательнаго канала и въ окружности его. При надавливаніи на мочеиспускательный каналъ удается выжать гнойный секретъ. Бартолиновы железы очень часто на той и другой сторонѣ инфицируются; въ выводномъ протокѣ ихъ собирается гнойный секретъ, образуя псевдоабсцессы или ретенціонныя кисты. Впрочемъ, наблюдаются и абсцессы бартолиновыхъ железъ. По минованіи первыхъ острыхъ явленій триппера на долгое время еще остаются слѣды въ видѣ продолжительнаго воспаленія мочеиспускательнаго канала, красноты возлѣ выводнаго отверстія бартолиновыхъ железъ, красноватыхъ пятенъ на слизистой vaginae и vulvae. При катаррѣ шейки отдѣляемое обильно, тягучее или чисто-гнойное; эрозіи наблюдаются не всегда. При гонорройномъ пораженіи маточныхъ придатковъ (включая и тазовую брюшину), наряду съ меноррагіями появляются боли въ животѣ и симптомы перитонита. Женщина дѣлается безплодной, общее состояніе здоровья сильно страдаетъ; продолжительная хворость и полная неспособность къ труду завершаютъ болѣзнь.

Излеченіе даже въ тяжелыхъ формахъ можетъ наступить спустя много лѣтъ и безъ хирургическаго вмѣшательства. Къ оперативному пособію приходится прибѣгать въ случаѣ гонорройнаго пораженія у женщинъ,

соціальное положеніе коихъ не позволяетъ имъ отдаваться исполненію всѣхъ предписаній консервативнаго леченія.

Діагнозъ гонорреи при совокупности описанныхъ симптомовъ, клиническаго теченія и объективнаго изслѣдованія нетруденъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи находятъ гонококки, располагающіеся интрацеллюлярно, по Грам'у гонококки обезцвѣчиваются.

Врачъ можетъ много сдѣлать въ смыслѣ *профилактики*, разъясняя пациенткамъ опасность, представляемую болѣзью, и ея трудную излечимость. Какъ въ случаѣ сифилиса, такъ и триппера, мужчина долженъ остерегаться вступать въ бракъ до тѣхъ поръ, пока еще имѣются хоть незначительные слѣды болѣзни, а послѣ женитьбы онъ долженъ показываться время отъ времени къ врачу для освидѣтельствованія своего здоровья.

Терапія. Главная цѣль—уничтоженіе гонококковъ и предупрежденіе вторичной инфекціи. Само собою разумѣется, что мужъ, пораженный трипперомъ, долженъ лечиться. Излеченіе тѣмъ легче, чѣмъ ранѣе обращаются за совѣтомъ къ врачу. Въ такихъ случаяхъ удается задержать переходъ процесса на внутреннія гениталии. Въ остромъ стадіи триппера мѣстное леченіе не должно быть примѣняемо; необходимо лишь заботиться о чистотѣ, предупрежденіи новаго зараженія, покоѣ, нераздражающей діетѣ и нормальномъ отправленіи кишечника. Симптоматическое леченіе (ледъ, narcotica) умѣстно. Специфическаго средства противъ триппера нѣтъ.

При *Vulvitis* и *Pruritis vulvae* примѣняются обмываніе, примочки и смазыванія. Для обмываній примѣняется 1% сулема, отваръ дубовой корки. Для смазыванія: 10% ихтіоловый глицеринъ, таннинъ съ глицериномъ (3:10) или 5% метиленовая синька. Острые кондиломы удаляются ножницами или пакеленомъ. Легкая степень катарра Бартолиновыхъ железъ излечивается при одновременномъ леченіи вульвита. Абсцессы вскрываются; рецидивирующія воспали-

нiя и нагноенiе железъ радикально излечивается путемъ экстирпации.

При *Urethritis* слишкомъ энергическое лечение противопоказуется во избѣжанiе заноса инфекци въ пузырь. Наряду съ вырыскиванiями азотнокислаго серебра 0.5—1:1000, 1—2^o/_o argonin'a, ichthyola 1—5:100 примѣняются внутрь: копайскiй бальзамъ, терпентинъ, минеральныя воды. При катаррѣ пузыря помимо только-что упомянутыхъ средствъ употребляются инъекци *Argentum nitricum* (1:1000—500), *Plumb. aceticum* (1:1000), сулема (1:10.000). При рѣзкихъ катарральныхъ явленiяхъ въ мочеиспускательномъ каналѣ—прижиганiя болѣе крѣпкими растворами, смазыванiе *Arg. nitr.* 1:30, iодоформенныя палочки, бужи, смазанныя ихтиоломъ; при стриктурахъ—дилататоры.

При катаррѣ шейки, сопровождающемся обильнымъ отдѣленiемъ, показуются прижиганiя. Въ случаѣ если каналъ шейки или *osificium externum* сужены, предпринимается предварительно ихъ расширение. Передъ примѣненiемъ прижигающихъ веществъ секретъ изъ влагалища и *osificium externum* долженъ быть тщательно удаленъ. Изъ прижигающихъ средствъ примѣняются: 1—5^o/_o *Arg. nitr.* или *Argonin*, 5—10^o/_o *Ichthyol*; 20—50^o/_o хлористымъ цинкомъ пользуются лишь для смачиванiя сильно эрозированныхъ частей. Прижиганiе дѣлается подъ руководствомъ зеркала посредствомъ палочекъ, обернутыхъ ватой и смоченныхъ въ тотъ или другой растворъ. Слѣдующее прижиганiе дѣлается не ранѣе, чѣмъ образовавшiйся струйъ отпадетъ. Въ промежуткахъ между прижиганiями промывается влагалище $\frac{1}{2}$ ^o/_o сулемой, или $\frac{1}{2}$ ^o/_o хлористымъ цинкомъ. Острый гонорройный эндометритъ ни въ коемъ случаѣ не долженъ быть мѣстно лечимъ. При хроническомъ предварительно расширяють шейку, затѣмъ въ теченiе недѣли подрядъ ежедневно промывается полость матки сулемой или хлористымъ цинкомъ. Затѣмъ примѣняются упомянутыя нами прижигающiя вещества. Вмѣсто хлористаго цинка для этой цѣли въ послѣднее время пользуются и 30—50^o/_o формалиномъ. Нѣкоторые

при цервикальномъ катаррѣ съ профилактической цѣлью заблаговременно лечатъ эндометрій. Для предупрежденія слипанія orificii externi въ шейку вкладываютъ стеклянную канюлю или полоску йодоформ. газа.

Выскабливанія матки противопоказуются.

При остромъ катаррѣ влагалища гонорройнаго происхожденія (рѣдкая форма) поступаютъ въ случаѣ отсутствія беременности слѣдующимъ образомъ. Вставивъ влагалищное круглое зеркало, промываютъ влагалище сулемовымъ растворомъ до тѣхъ поръ, пока вытекающая жидкость не дѣлается совершенно прозрачной, затѣмъ тампонируютъ влагалище йодоформеннымъ газомъ или тампонами, смоченными въ йодоформенномъ глицеринѣ. Рекомендуются также смазываніе слизистой влагалища 5⁰/₀ Ichthyol-glycerin'омъ послѣ предварительнаго промыванія сулемой, затѣмъ асептическая тампонада. Дальнѣйшее леченіе сводится къ тампонированію дважды въ недѣлю ватой, смоченной 10⁰/₀ Ichthyol'омъ, спринцеванія идутъ особо.

Въ случаѣ беременности вмѣсто представляющей извѣстную опасность сулемы употребляется $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ⁰/₀ хлористый цинкъ или 5⁰/₀ ихтіоль.

Vulvovaginitis дѣтей обыкновенно на гонорройной почвѣ. Зараженіе рѣдко посредствомъ coitus'a, чаще всего благодаря переносу (бѣлье, губки, ванна, пальцы). У дѣтей, какъ и у взрослыхъ, гоноррея часто локализуется въ началѣ въ мочеиспускательномъ каналѣ.

Леченіе состоитъ въ обмываніи vulvae, вяжущихъ, примочкахъ, ежедневномъ спринцеваніи vaginae водой, $\frac{1}{2}$ —1⁰/₀₀ сулемой, $\frac{1}{4}$ ⁰/₀ хлористымъ цинкомъ. Черезъ нѣсколько недѣль спринцуютъ 1—1.5⁰/₀ азотнокислымъ серебромъ (разъ въ 3 дня). Мѣстное леченіе urethritis представляетъ у дѣтей большія трудности; въ этомъ, впрочемъ, рѣдко представляется надобность. Гоноррея у дѣтей излечивается въ общемъ скоро. Восходящая гоноррея у нихъ въ высшей степени рѣдко наблюдается.

При остромъ заболѣваніи придатковъ и тазовой брюшины рекомендуется покой, пребываніе въ

постели, ледъ на животъ, внутрь опій. Позднѣ примѣняются способствующія разсасыванію эксудата средства, исключая массажъ. Показанія къ оперативной помощи въ послѣднее время все болѣе суживаются.

IV. Эндометритъ и его лечение.

Эндометритъ является самой частой болѣзью женской половой сферы. Мы не станемъ входить въ подробное описаніе этой болѣзни, сообщимъ лишь нѣкоторыя общія замѣчанія, которыя могутъ быть полезны практическому врачу, и укажемъ точку зрѣнія, которой долженъ держаться врачъ при терапіи ея.

Благодаря подробнымъ паталого-анатомическимъ и бактериологическимъ изслѣдованіямъ, мы въ настоящее время точно освѣдомлены о сущности и объ этиологій болѣзни. Различаютъ септический эндометритъ, пuerperальный (септический, гнилостный), гонорройный, туберкулезный, дифтеритическій). Благодаря бактериологическимъ изслѣдованіямъ мы также знаемъ, что большая часть хроническихъ эндометритовъ не инфекціоннаго происхожденія. Сюда относятся простые катарры матки, возникающіе вслѣдствіе гипереміи и застоя въ тазовыхъ органахъ, а именно эндометритъ при смѣщеніяхъ матки, при новообразованіяхъ въ ея субстанціи, при стенозѣ шейки и ея пораненіяхъ, при неполной инволюціи матки послѣ родовъ и послѣ выкидышей (*E. decidua* и *E. hyperplastica polyposa*), *orthogen*ныя заболѣванія эндометрія, *E. fungosa interstitialis* и *glandularis* (двѣ послѣднія формы отличаются упорными кровотечениями). Въ эту-же группу включается еще этиологически мало выясненный *E. exfoliativa* (прежде *Dysmenorrhea membranacea*). Помимо эндометритовъ, вызванныхъ бактеріями, существуютъ формы, обусловленныя грибами и амебами. Наконецъ, наблюдаются эндометриты при острыхъ инфекціяхъ (холера, скарлатина, тифъ, инфлюэнца, оспа), обнаруживающіе сильную склонность къ кровотечениямъ; механизмъ ихъ происхожденія еще не выясненъ.

Болѣе всего предрасположена женщина къ заболѣванію эндометритомъ со времени половой зрѣлости. Совокупленіе, беременность, роды, послѣродовой періодъ являются причинными моментами. Въ дѣтствѣ эндометритъ наблюдается весьма рѣдко; нѣсколько чаще въ періодъ полового созрѣванія, когда къ періодическимъ гипереміямъ на почвѣ менструаціи присоединяются еще другіе раздражители, какъ-то мастурбація, нецѣлесообразная одежда, несоотвѣтствующій образъ жизни и т. д.

Въ климактерическій періодъ и послѣ того эндометритъ встрѣчается также. Наряду съ фунгозной формой въ этомъ періодѣ наблюдается и старческая, атрофическая. Кромѣ того въ послѣ—климактерическомъ періодѣ эндометритъ появляется вторично на почвѣ смѣщенія матки и новообразованій ея.

Какъ ни разнообразна этиологія эндометрита, *клиническія явленія* представляемыя имъ, въ общемъ одни и тѣже. Прежде чѣмъ сообщить о главнѣйшихъ симптомахъ, наблюдающихся при эндометритѣ, мы должны еще указать на частый переходъ воспалительнаго процесса съ эндометрія на міометрій. Почти всегда при хроническомъ эндометритѣ находятся явленія метрита. При инфекціонныхъ заболѣваніяхъ переходъ процесса объясняется, какъ это въ настоящее время доказано, прониканіемъ бактерій (стрептококки, стафилококки, гонококки) въ ткань матки; отсюда бактерии могутъ перейти въ субперитонеальную ткань и самую полость брюшины.

Симптомы. Клинически различаютъ съ давнихъ поръ острый эндометритъ и хроническій. Хроническій наблюдается чаще остраго.

Острый эндометритъ, вызванный гнойной, гнилостной или гонококковой инфекціей, начинается лихорадкой (часто ознобъ) и явленіями воспаленія. Матка чувствительна, припухша, отдѣляетъ мутный секретъ въ обильномъ количествѣ. Больныя жалуются на боли въ крестцѣ, животѣ, усиливающіяся тѣмъ болѣе, чѣмъ мѣнѣе выдѣляются секрета. Дизурія, запоръ, вздутіе кишекъ, тошнота, рвота—частые симптомы. Всѣ описанные явленія продолжаются лишь нѣсколько дней, затѣмъ процессъ переходитъ въ хроническій стадій. Секрція дѣлается обильной, появляются кровотечения, боли, измѣненія менструаціи; къ это-

му присоединяются явленія со стороны сосѣднихъ органовъ (пузырь, прямая кишка) и, наконецъ, цѣлый рядъ нервныхъ симптомовъ, каковыя всегда на лицо при болѣе или менѣе продолжительномъ теченіи процесса. Чтобы точно различать паталогическій секретъ при эндометритѣ, замѣтимъ, что нормальный секретъ шейки бѣлаго цвѣта, стекловидно-слизистый, тягучій; секретъ матки жидкій, схожій нѣсколько съ лимфой. При эндометритѣ въ началѣ отдѣляемое обильно, подчасъ кровависто, позже слизисто-молочнаго вида; при бактеріальныхъ формахъ—гнойное; что касается цвѣта, то оно либо бѣзцвѣтно, либо желтаго, зелено-желтаго цвѣта, часто слегка коричневаго вслѣдствіе примѣси крови. Въ большинствѣ случаевъ отдѣляемое не отличается особымъ запахомъ; при гнилой инфекціи—душно пахнущее; подчасъ отдѣляемое пѣнистое вслѣдствіе присутствія газо-образующихъ бактерій. Зная свойства нормальнаго отдѣляемаго полости матки и шейки, мы изъ характера секрета при эндометритѣ можемъ сдѣлать заключеніе о мѣстѣ пораженія; (при этомъ мы должны отмѣтить, что изолированный катаръ шейки встрѣчается чаще, нежели катаръ тѣла матки, и что въ большинствѣ случаевъ процессъ поражаетъ одновременно какъ шейку, такъ и тѣло); такъ, тягучій слизистый секретъ съ примѣсью гноя наблюдается при эндометритѣ шейки; при жидкомъ гниломъ отдѣляемомъ въ процессъ вовлечена и матка. Болѣе точныя свѣденія мы получаемъ при изслѣдованіи зеркалами и пробнымъ тампономъ по Schultze.

Истеченіе изъ гениталій усиливается передъ мѣсячными и послѣ нихъ. Мѣсячныя въ нѣкоторыхъ случаяхъ неизмѣнены; въ другихъ случаяхъ дѣлаются продолжительны и приобрѣтаютъ антенонирующій типъ. Болѣзненность наблюдается лишь при осложненіи метритомъ (периметритомъ) или при затрудненномъ оттоктѣ. Кровотеченія при эндометритѣ наблюдаются довольно часто. Онѣ бывають особенно обильны не только во время менструацій, но подчасъ и въ межменструальный періодъ, по-преимуществу при децидуальномъ эндометритѣ и интерстиціальномъ, сопровождающемся сосудистой гиперплазіей.

Боли обуславливаются частью застояваніемъ секрета, частью припуханіемъ воспаленной субстанціи матки (*Metritis*). Больныя жалуются на давленіе и тяжесть въ животѣ, боли въ крестцѣ, частые позывы на мочеиспусканіе, боли при *coitus*'ѣ. При долго длящихся боляхъ описаннаго характера слѣдуетъ остановиться на мысли о возможности перехода процесса на трубы и *perimetrium*. У невропатическихъ и истерическихъ женщинъ слѣдуетъ оцѣнивать болевые ощущенія съ большою осторожностью; особенное вниманіе должно быть обращено на истерическія стигмы и гистерогенныя зоны.

При *E. exfoliativa* во время менструаціи наблюдается при сильныхъ боляхъ отторженіе всей или части слизистой матки. Возможно смѣшеніе съ *decidua* беременной матки; продолжительное наблюденіе предохраняетъ отъ ошибокъ.

Диагнозъ эндометрита опирается на анамнезъ, субъективныя жалобы и данныя гинекологическаго изслѣдованія. Особенно цѣннымъ является послѣднее. Оно точно констатируетъ мѣсто пораженія и направляетъ терапію на истинный путь. При объективномъ изслѣдованіи не слѣдуетъ ограничиваться лишь шейкой, маткой, влагалищемъ, но необходимо составить себѣ точное представленіе о состояніи всѣхъ тазовыхъ органовъ. Такимъ лишь путемъ можно себя предохранить отъ терапевтическихъ ошибокъ.

Новѣйшее направленіе въ леченіи эндометрита—консервативное. Кромѣ того необходимо варьировать методы, смотря по отдѣльнымъ формамъ болѣзни. Такъ, не всякій эндометритъ долженъ быть лечимъ прижиганіями и выскабливаніемъ; на примѣръ, при эндометритѣ, осложняющемъ инфекціонныя болѣзни, достаточно общаго леченія. Оперативное пособіе показуется лишь тамъ, гдѣ медикаментозное леченіе не дало никакихъ результатовъ.

Леченіе. При остромъ пuerperальномъ эндометритѣ каждые 2—3 часа производится спринцеваніе влагалища слабыми растворами лизола, карболовой кислоты или тимола. Если спустя 24 часа лихорадка не падаетъ,

то нужно проспринцевать полость матки 2—3 литрами тѣхъ-же растворовъ. Для вырыскиванія пользуются катетеромъ Fritsch'a или простымъ маточнымъ наконечникомъ; при этомъ необходимо слегка надавливать на матку черезъ брюшные покровы (что усиливаетъ маточныя сокращенія), слѣдить за пульсомъ и за истеченіемъ промывной жидкости. Повторить промываніе полости матки можно черезъ 12—24 часа, и то въ случаѣ, если послѣ перваго раза температура пала и процессъ остался чисто-мѣстнымъ. При сепсисѣ, переметритѣ и перитонитѣ спринцеванія противопоказаны. Изъ внутреннихъ средствъ примѣняется опій, Ergotin. При эндометритѣ въ послѣ-родовомъ періодѣ, образующемся вслѣдствіе задержки части плаценты или яичевыхъ оболочекъ (также и при выкидышѣ), необходимо непосредственно послѣ внутриматочнаго спринцеванія обследовать пальцемъ полость матки и, если возможно, удалить задержавшіеся остатки. Въ противномъ случаѣ предпринимается выскабливаніе широкой ложкой. Затѣмъ матка протирается іодной тинктурой, карболовой кислотой или вводится іодоформенная палочка. Въ дренажѣ нѣтъ необходимости.

При остромъ, не пuerperальномъ, септическомъ эндометритѣ, обусловленномъ загрязненными зондами, дилататорами, изслѣдованіемъ нечистыми руками и т. п., прежде всего необходимо удалить изъ матки поддерживающую процессъ причину, какъ-то тампонъ, зондъ и т. д.; далѣе полость матки протирается и дезинфицируется какимъ-нибудь антисептическимъ веществомъ. Промываніе матки дѣлается лишь въ случаяхъ задержки секрета. Больная должна оставаться въ постели. Ледъ на животъ, внутрь опій.

Мѣстное леченіе гонорройнаго эндометрита начинается лишь по минованіи острыхъ явленій. Острый эндометритъ при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ не требуетъ особаго леченія.

Прежде чѣмъ сказать о леченіи хроническаго эндометрита, мы вновь напомнимъ, что въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ врачъ долженъ опредѣлить *этиоло-*

ию болѣзни для того, чтобы наряду съ мѣстнымъ леченіемъ эндометрія бороться съ вызвавшимъ болѣзненный процессъ факторомъ. Такъ, при эндометритѣ отъ смѣщенія матки дѣлается репозиція. При эндометритѣ отъ болѣзней придатковъ, міомъ и т. д. направляютъ свое вниманіе на эти основные процессы. Одно мѣстное леченіе въ этихъ случаяхъ столько-же поможетъ, что и мѣстное леченіе эндометрита при общихъ конституціонныхъ заболѣваніяхъ.

При остромъ метритѣ, периметритѣ, остромъ заболѣваніи придатковъ, параметритѣ и перитонитѣ **противопоказано** какое-бы то ни было мѣстное леченіе матки.

При манипулированіи въ полости матки должна быть соблюдаема осторожность. Vulva, vagina и маточная шейка очищается сообразно правиламъ антисептики. Руки врача тщательно обмываются дезинфецирующими растворами. Зеркала, зонды, металлическіе или стеклянные дилататоры вывариваются въ 1% содовомъ растворѣ. Палочки ляминарии на 2 минуты погружаются въ кипящій 5% карболовый растворъ, затѣмъ въ 10% іодоформенно-эфирно-спиртовой растворъ или въ 1% сулемовый алкоголь. Отсюда переносятся въ стеклянные цилиндры, герметически закрывающіеся, гдѣ и сохраняются впредь до употребленія. Еще разъ повторимъ: чѣмъ тщательнѣе врачъ будетъ соблюдать всѣ правила антисептики и асептики, тѣмъ менѣе подвергается опасности больная.

Для внутриматочнаго леченія необходимо предварительно расширить каналъ шейки; зондами пользуются для этой цѣли лишь въ случаяхъ скоро-преходящаго скопленія секрета въ полости матки; зонды могутъ быть еще употребляемы для опредѣленія хода маточнаго канала (при Endometritis colli примѣненіе зондовъ абсолютно противопоказано). Вѣрнѣе и болѣе устойчиво расширеніе канала при помощи набухающихъ палочекъ. При мягкихъ маточныхъ стѣнкахъ (пуэрперальныхъ) можно пользоваться и расширителями Hegar'a

Послѣдніе умѣстны и при кровотеченіяхъ, требующихъ быстрого вмѣшательства.

Какія формы эндометрита требуютъ по-преимуществу мѣстнаго леченія?

Главнымъ образомъ тѣ, которыя сопровождаются обильными кровотеченіями, а именно *Endometritis deciduae* послѣ родовъ и абортонъ (послѣднее рѣже) и железисто-интерстиціальныи эндометритъ.

Терапія заключается во введеніи кровеостанавливающихъ веществъ *per os* или подкожно. Въ случаѣ отрицательнаго результата—*abrasio mucosae*, о техникѣ которой см. стр. 415. Какъ прежде уже было упомянуто, мы прижигаемъ новообразующуюся слизистую на 5 или 6-й день послѣ выскабливанія. Другіе протираютъ непосредственно послѣ абразіи іодной тинктурой или посыпаютъ іодоформомъ. Тампонада матки нужна лишь въ случаѣ сильнаго кровотеченія и атоніи. Спринцеваніе влагалища примѣняется лишь при лихорадкѣ и дурно-пахнущемъ отдѣляемомъ. Нерѣдко приходится повторить абразію матки, особенно при *oophorogen*'ныхъ эндометритахъ и въ климактеріи. Въмѣсто абразіи въ настоящее время рекомендуется *Atmokausis* и *Zestokausis*. Мы можемъ ее особенно рекомендовать лишь при преклимактерическихъ кровотеченіяхъ и при *E. senilis*.

При *E. exfoliativa*, при которой кровотеченія бывають рѣже, показуется также *abrasio mucosae*.

Хроническіе катарральные эндометриты (значительная часть ихъ на инфекціонной почвѣ), характеризующіеся гнойнымъ отдѣленіемъ и болями, лечатся помощью прижиганій, вяжущихъ и дезинфицирующихъ средствъ.

Для введенія жидкихъ средствъ въ настоящее время употребляются по-преимуществу Playfair'овскія палочки либо тонкія, гибкія серебрянныя палочки или никелевыя. При примѣненіи серебрянныхъ и никелевыхъ палочекъ нѣтъ нужды фиксировать переднюю губу. Палочки обертываются въ большемъ или меньшемъ количествѣ ваты,

смотря по ширинѣ orificiі. Вату слѣдуетъ брать изъ цѣлаго пласта, а не отдѣльными клоками. Дабы въ случаѣ примѣненія гладкихъ палочекъ вата не оставалась въ полости матки, при извлеченіи нужно захватывать ее корнцангомъ. На Playfair'овскихъ палочкахъ вата сидитъ прочно. Палочки изъ дерева и каучука также годятся.

Внутриматочныя прижиганія не должны быть дѣлаемы слишкомъ часто; прижиганія крѣпкими растворами дѣлаются не чаще, чѣмъ черезъ 16—20 дней. Слишкомъ частыя прижиганія слабыми растворами оказываютъ раздражающее дѣйствіе, слишкомъ частыя прижиганія крѣпкими растворами не даютъ возможности отпасть образовавшемуся струпу, вызываютъ стенозъ и нервозность.

Изъ прижигающихъ веществъ мы назовемъ алкогольные растворы іода (1:5, 1:10), растворы ляписа (5—25%), фенола (50%) и хлористаго цинка (10—20—50%); хлористый цинкъ наиболѣе сильное прижигающее средство; его не должно примѣнять при узкомъ каналѣ шейки и въ началѣ леченія.

Средствомъ, по силѣ не уступающимъ хлористому цинку и не представляющимъ его неудобствъ, является по Menge 30—50% Formalin. Его вводятъ въ полость матки посредствомъ палочекъ изъ плотнаго каучука, на концѣ обернутыхъ ватой. Сохраняютъ палочки въ стеклянномъ цилиндрѣ, на половину наполненномъ упомянутымъ формалиновымъ растворомъ.

Скажемъ нѣсколько словъ объ *Endometritis colli uteri*.

Диагнозъ *E. colli* можно съ достаточной увѣренностью поставить на основаніи двойного изслѣдованія и изслѣдованія зеркалами. Находятъ припуханіе, красноту и раздраженіе слизистой оболочки шейки. Шейка вслѣдствіе размноженія интерстиціальной ткани гипертрофирована. Наблюдаются эрозіи въ различныхъ стадіяхъ развитія, слизистые полипы, фолликулярныя кисты (*Ovula Nabothi*), надрывъ шейки; отдѣленіе обильное, слизисто-гнойное.

Леченіе чисто мѣстное. Больной предписывается сприн-

цеваніе влагалища для удаленія секрета и съ цѣлью воздѣйствія на больную слизистую. Для сирицеваній берутся растворяющія слизь средства (сода, соль), дезинфицирующія (сулема, лизоль, карболовая кислота) и вяжущія (квасцы, танинъ). Кромѣ того производится очищеніе orificiі externi и шейки отъ секрета, посыпаятъ сухимъ іодоформомъ или танниномъ, бисмутомъ, борной кислотой, прижигаютъ какимъ-нибудь вышеупомянутымъ средствомъ, накладывая послѣ того глицериновый ватный тампонъ. При гипереміи и гипертрофій шейки дѣлается скарификація и насѣчка слизистыхъ фолликуловъ; гипертрофированная слизистая и эрозіи могутъ быть удалены посредствомъ острой ложечки или ихъ можно прижечь накаленнымъ. Полипы удаляются ножницами. Далѣе, подчасъ могутъ быть умѣстны эксцизія слизистой, клиновидное изсѣченіе губъ, операція Эммета и Trachellographia. О нихъ смотрѣть въ спеціальныхъ учебникахъ гинекологіи.

Максимальныя дозы

по Россійской Фармакопеей изданія 1902 г.

(Если врачъ назначаетъ больше означенной въ Фармакопеей дозъ, то онъ долженъ поставить восклицательный знакъ (!), иначе аптекарь не имѣетъ права отпустить лекарство).

	Высшій однократ. пріемъ.	Высшій суточный пріемъ.
Acetanilidum	0,5	2,0
Acidum arsenicosum	0,005	0,02
Acidum carbolicum	0,06***	0,31***
Agaricinum	0,1	—
Amylenum hydratatum	3,75***	7,50***
Apomorphinum hydrochloricum	0,01	0,05
Aqua Amygdal. amarum	1,87	7,50
Argentum nitricum	0,03	0,187
Atropinum sulfuricum	0,001	0,003

Дозы, помѣчен. знакомъ ***, взяты изъ россійск. фармакопей 1899 г.

Bromum	0,015...	0,06 ...
Cantharides	0,03	0,10
Chloratum formamidatum	3,75...	7,50...
Chloralum hydratum	2,0	6,00
Chloroformium	0,5	1,0
Cocainum hydrochloricum	0,03	0,12
Codeinum phosphoricum	0,1	0,4
Coffeino-Natrium salicyl.	0,5	2,0
Coffeinum	0,2	1,0
Cuprum sulfuricum (какъ рвотное)	0,5	—
Extract. Belladonae	0,03	0,2
Extract. Colocynthis	0,06	0,25
Extract. Hyoscyami	0,06	0,3
Extract. Opii	0,1	0,5
Extract. Strychni spirit.	0,03	0,12
Folia Belladonae	0,2	0,6
Folia Digitalis	0,1	0,8
Folia Stramonii	0,1	0,3
Fructus colocynthis	0,187	0,93
Gummi-Gutti	0,31...	0,62...
Herba Conii	0,31...	0,93...
Herba Hyoscyami	0,4 *	1,2 *
Herba Lobeliae	0,5...	3,75...
Homatropinum hydrobromic.	0,001...	0,003...
Hydrargyrum bichloratum	0,01	0,06
Hydrargyrum bijodatum	0,02	0,06
Hydrargyrum cyanatum	0,01	0,05
Hydrargyrum oxydatum	0,02	0,06
Hydrargyrum oxydat. v. h. p.	0,02	0,06
Hydrargyrum salicylicum	0,015	0,06
Hydrastinum hydrochloric.	0,03 *	0,1 *
Jodoformium	0,1	0,6
Jodum	0,01	0,05
Kreosotum	0,5	2,0
Liquor Kalii arsenicosi	0,2	1,00
Methylsulfonalum	2,0 *	4,0 *
Morphinum hydrochloricum	0,03	0,1
Oleum Crotonis	0,05	0,1
Opium	0,06	0,5
Paraldehydum	3,0	8,0
Phenacetinum	1,0	4,0
Phosphoris	0,001	0,005
Physostyginum salicylic.	0,001	0,003
Pilocarpinum hydrochloricnm	0,02	0,05
Plumbum aceticum	0,06	0,25
Podophyllinum	0,05	0,4
Pulvis Ipecacuanhae opiatu	1,0	3,73

Дозы, помѣченныя знакомъ *, взяты изъ германской фармакопей.

Santoninum	0,1	0,4
Scopolamin. hydrobromic.	0,001 *	0,003 *
Semen Strychni	0,1	0,2
Strychninum nitricum	0,003	0,01
Sulfonalum	2,0	6,0
Tartarus stibiatus	0,1	0,5
Theobrominum natrio-salicyl.	1,0 *	6,0 *
Tinctura Aconiti	0,62...	1,56...
Tinctura Cantharidum	0,2	0,6
Tinctura Colchici	1,87...	5,6...
Tinctura Colocynthis	1,0...	3,0...
Tinctura Digitalis	0,90	2,7
Tinctura Jodi	0,25	1,0
Tinctura Lobeliae	1,0	5,0
Tinctura Opii crocata	0,62	2,5
Tinctura Opii simplex	0,62	2,5
Tinctura Strophanthi	0,5	1,5
Tinctura Strychni	1,0	3,0
Veratrinum	0,005	0,015
Vinum Colchici	1,87...	5,0...
Zincum sulfuricum (какъ рвотное)	0,5	—

Таблица возрастания вѣса тѣла.

Выношенный ребенокъ мужскаго пола вѣситъ при рожденіи въ среднемъ 3200,0; дѣвочка вѣситъ 3000,0; не рѣдко наблюдаются значительныя отступленія отъ означенныхъ цифръ. Въ первые 3—4 дня жизни, ребенокъ теряетъ около 222,0 и лишь на 9-й день достигаетъ своего первоначальнаго вѣса. Въ дальнѣйшемъ возрастаніи вѣса идетъ по Nähner'у такъ:

	Вѣсъ:	Ежедневное прибыв. вѣса.
1 мѣсяць	3835,0	24,5
2 >	4930,0	36,5
3 >	5540,0	20,3
4 >	6010,0	15,6
5 >	6680,0	22,3
6 >	7005,0	10,8
7 >	7680,0	22,5
8 >	8100,0	14,0
9 >	8370,0	9,0
10 >	8680,0	10,3
11 >	9170,0	16,3
12 >	9470,0	10,0

Какъ видно изъ таблицы, въ концѣ 4-го мѣсяца ребенокъ въ два раза тяжелѣе, нежели при рожденіи; въ концѣ года въ трижды; въ 1½ года ребенокъ въ четыре раза тяжелѣе, нежели при рожденіи. Понятно что означенныя цифры лишь приблизительны. Дѣти, выкармливаемые грудью, развиваются лучше и правильнѣе, чѣмъ искусственно вскармливаемыя. Одно только правильное увеличеніе въ вѣсѣ не можетъ считаться достаточнымъ показателемъ состоянія ребенка; очень большое значеніе въ этомъ отношеніи имѣютъ рѣзвость ребенка, мышечная сила, правильное прорѣзываніе зубовъ, своевременное обученіе стоянію и хожденію.

Въ концѣ второго года ребенокъ вѣситъ 11.5—12 Kilo, въ концѣ третьяго 12.5—13.0; въ 6 лѣтъ 17.5—18.0; въ 12 лѣтъ 34.5—35.0 Kilo. Итакъ въ 6 лѣтъ ребенокъ въ два раза тяжелѣе, чѣмъ въ концѣ перваго года; въ 12 лѣтъ въ два раза тяжелѣе, нежели въ 6 лѣтъ.

У взрослого вѣсъ существенно зависитъ отъ длины тѣла. Человѣкъ средняго сложенія вѣситъ въ среднемъ столько вѣло, сколько сантиметровъ останется, если изъ длины тѣла отнять одинъ метръ; на примѣръ, при длинѣ въ 165 ст. вѣсъ равняется 65 Kilo, при длинѣ въ 175 ст. вѣсъ 75 Kilo. При недостаточномъ питаніи оказывается ниже; при тучности значительно выше по сравненію съ представленнымъ расчетомъ. Правило это, особенно важное при страхованіи жизни, выведено для лицъ, находящихся между 30 и 50 годами жизни. Ниже 30 вѣсъ подчасъ бываетъ значительно меньше, выше 50 обыкновенно больше. Женщины въ виду слабаго развитія костнаго скелета вѣсятъ въ большинствѣ случаевъ меньше мужчины.

Въ отдѣлѣ „Отравленія“ на 243 стр. пропущено:

Карболовая кислота. Боли въ животѣ, рвота, кома, темнозеленаго цвѣта моча, ожоги рта, пищевода и желудка.

Леченіе. Промываніе желудка помощью зонда, *Calcaria saccharata* или известковое молоко и *Natr. sulfuric.* 10.0 : 150.0 по столовой ложкѣ черезъ каждыя 1—2 часа.

Регистръ.

- Абазія 233.
Абортъ 418.
Абсцессъ заглоточный 57.
— легкихъ 47.
— мозга 218.
— печени 93.
— поддиафрагмальный 99.
— ретроtonsиллярный 55.
Abducens n. Параличъ 180.
Ацетонъ 150, 249.
Ацетоуксусная кислота 150, 249.
Acetum-Scillae 9.
Achyilia gastrica 62, 70.
Acidum benzoicum 30.
— camphoratum 58.
— carbolicum 19, 119, 137.
— hydrochlor. см. muriat.
— hyperosmic. 193.
— lacticum 23.
— muriaticum 63, 64, 74.
— pyrogall. 271.
— salicyl. 270, 285.
— tannic. 22, 72, 75, 130, 242, 266.
— thymic. 86, 153, 257.
Acne rosacea 289.
— vulgaris 287.
Acrodynia 295.
Acromegalia 223.
Acusticus n. Параличъ 183.
Адиссона болѣзнь 164, 313.
Agaricin 45.
Agathin 193.
Agoraphobia 231.
Аграфія 215.
Агринія 228.
Агурия 9.
Актиномикозъ 139, 297.
Альбуминурия 102, 246.
— циклическая 107.
Алкоголь 40.
Алкоголизмъ 242.
Алкогольный невритъ 190.
Алексія 215.
Aloe 77.
Alopecia 306.
— areata 299.
Alsol 19, 263.
Alumen 22.
Alumen. aceto-tartar. 19, 263.
Alumen. aceticum. 255, 263.
Amylenhydrat 229.
Amylnitrit 15, 237.
Амилондъ печени 95.
— почки 107.
— селезенки 96.
Analgen 193, 225.
Analgesia 169.
Анаптрія 209.
Anchylostomum 86.
Ангиома 317.
Ангина 55.
Angina pectoris 14.
Аневризма аорты 16.
Анемія 144.
— злокачественная 144.
Anilin. Отравленіе 242.
Anthracosis pulmonum 46.
Anthrax 135, 296.
Antidotum Arsenici 243.
— Phosphori 245.
Antifebrin 160, 193, 225.
Antinervin 225.
Antinosin 111.

- Antipyrin 34, 160, 193, 225.
 Антистрептококковая сывор. 135.
 Аорты аневризма 16.
 — пороки впаивановъ 4.
 Apomorphin 30, 241.
 Apoplexia cerebri 212.
 — bulbaris 209.
 Appendicitis 78.
 Aqua Kummerfeld 288.
 Arbutin 112.
 Area Celsi 299.
 Argentamin 353.
 Argent. colloidalе 135.
 Argent. nitricum 22, 74, 206.
 Argonin 353, 427.
 Argyria 206, 314.
 Артериосклерозъ 11, 212.
 Arthralgia saturnina 244.
 Arthritis deformans 160.
 — uratica 155.
 Arthropathia при гломатозѣ 208.
 — при сухоткѣ 206.
 Асцитъ 101.
 Ascaris lumbricoides 85.
 Аспиринъ 50, 160, 193, 225.
 Астазія 233.
 Астма 34.
 Астигматизмъ 391.
 Асфиксія мѣстная 282.
 Атаксія мозжечковая 223.
 — наследственная 207.
 Атероматозъ 11, 212.
 Атонія матки 405.
 — желудка 68.
 Атропинъ 82, 210, 376.
 — отравленіе 242.
 Афазія 214.
 Axillaris n. Параличь 187.
 Balsamum copaivae 354.
 — peruv. 30, 301.
 Banting'a способъ 154.
 Barlow'a болѣзнь 147.
 Bartholinitis 425.
 Базедова болѣзнь 163.
 Безсонница 228.
 Belladonna 77, 113, 129, 193, 237.
 — отравленіе 242.
 Benzol 141.
 Беременность виѣматочная 408.
 Biermer'ovo измѣненіе звука 52.
 Бисмутоза 72.
 Bismuth. salicyl. 72, 83.
 — subhall. см. Dermatol.
 — subnitr. 67, 72, 267.
 Bland'a пиллюли 144.
 Bleorrhoea conjunctiv. 370.
 — sacci lacrymal. 367.
 Blepharitis 364.
 Blepharospasms 366.
 Borax 54, 56.
 Böttcher'a проба 248.
 Bothriosephalus 84.
 Botulismus 243.
 Brachialis pl. Невралгія 195.
 Bradycardia 3.
 Броженія проба 248.
 Bromipin 237.
 Бромистый калий 22, 33, 231.
 Bromoform 33.
 Бронхіальная астма 34.
 Bronchiectasia 32.
 Bronchitis acuta 29.
 — capillaris 31.
 — chronica 31.
 — crouposa 32.
 — foetida 32.
 Bronchoblenorrhoea 31.
 Bronchopneumonia 36.
 Бронзовая кожа 313.
 Brown-Séguard'a параличь 208.
 Бульбарный параличь 209.
 Бульбарная апоплексія 210.
 Бутиль хлористый 194.
 Бѣлокъ. Реакція 246.
 Calcaria saccharata 243.
 Calomel 72, 123, 130, 351, 376.
 Camphora 10, 19.
 Camphor. monobrom. 231.
 Camphochian. lign. 75.
 Captol 308.
 Carcinoma cutis 318.
 — hepatis 94.
 — intestini 79.
 — laryngis 26.

- oesophagi⁴ 58.
- pancreatis 97.
- peritonei 99.
- pleurae 52.
- pulmonis 52.
- uteri 411, 416.
- ventriculi 67.
- Cardialgia 65.
- Cascara sagrada 77.
- Cataracta 384.
- Chalazion 366.
- Chalico is pulmonum 46.
- Charta nitrata 35.
- Cheirpompholyx 286.
- Chinin 33, 133, 193, 225, 226.
- Chloasma 313.
- Chloralamid 229.
- Chloralhydrat 193, 229, 257, 277.
- отравление 246.
- Chlorosis 142.
- Cholelithiasis 89.
- Cholera asiatica 129.
- infantum 72.
- nostras 73.
- Chorea 238.
- Chorioiditis 382.
- Chromidrosis 286.
- Chrisarobin 270, 299.
- Cinae flores 85.
- Cirrhosis hepatis 91.
- pulmonum 42, 46.
- Citrophen 193, 225.
- Clavus 275.
- hystericus 232.
- Cocain 19, 65, 81.
- отравление 243.
- Codein 30, 45.
- Coffein 9, 123, 225.
- Colchicium 156.
- отравление 243.
- Colica mucosa 76.
- saturnina 244.
- Collargol 135.
- Colombo 75.
- Coloquintha 77.
- Coma 227.
- diabeticum 153.
- uraemicum 104.
- Condyloma острая 361.
- Condurango 64.
- Conjunctivitis 368.
- Cor adiposum 11.
- Coryza 18.
- Craniotabes 157.
- Credé мазь 135.
- Cruralis n. Параличь 188.
- Cuprum sulfuricum 241.
- Cysticercus 84.
- Cystitis 359.³
- Дакриоциститис** 367.
- Darier болѣзнь 320.
- Двойныя изображения 388.
- Decubitus 199.
- Decoct. Zittmanni 346.
- Дегенерация восходящая 173.
- нисходящая 173.
- Delirium tremens 38, 242.
- Dementia paralytica 220.
- Dermatitis exfoliativa 280.
- herpetiformis 278.
- Dermatol 72.
- Diabetes insipidus 154.
- mellitus 150.
- Дицетоуксусная кислота 153, 249.
- Диазореакция Эрлиха 259.
- Digitalis 8.
- отравление 244.
- Digitoxin 8.
- Dilatatio ventriculi 68.
- Dionin 30, 45.
- Diphtheria 126.
- Diplopia 387.
- Diuretica 8, 49.
- Diuretin 8.
- Дивертикуль пищевода 57.
- Dormiol 229.
- Доверовъ порошокъ 45, 72.
- Duotal 45.
- Durand'a средство 91.
- Duroizier'a шумъ 5.
- Dysarthria 209.
- Dysenteria 128.
- Dysidrosis 286.

- Dyspepsia nervosa 69.
 Dysphagia 58.
 Dystrophia muscul. 202.
 Eclampsia infantum 237.
 Ectropium 366.
 Eczema 261.
 — conjunctivae 369.
 — corneae 375.
 — marginatum 392.
 Elephantiasis 303.
 Emetica 241.
 Emphysaema 35.
 Empyema pleurae 49.
 Encephalitis infantum 216.
 Encephalopathia saturnina 244.
 Endocarditis simplex 3.
 — ulcerosa 134.
 Endometritis 429.
 Enophthalmus 389.
 Enteritis acuta 71.
 — chronica 74.
 — membranacea 76.
 Enteroptosis 108.
 Entropium 366.
 Enuresis nocturna 113.
 Eosot 44.
 Epidermolysis hered. 281.
 Epididymitis 357.
 Epilepsia 235.
 — кортикальная 237.
 Episcleritis 379.
 Epistaxis 19.
 Ergotin 46, 148, 417.
 — отравление 245.
 Erysipelas 131.
 Erythema exsudat. 258.
 — nodosum. 259.
 — simplex 253.
 — urticatum 305.
 Erythrasma 299.
 Eserin 383.
 Eucalypti oleum 146.
 Exalgin 193, 225.
 Exophthalmus 389.
 Expectorantia 30.
 — перекрестн. параличь 166.
 Favus 297.
 Febris hectica 41.
 — intermittens 131.
 — recurrens 124.
 Ferratin 144.
 Fibroma cutaneum 314.
 — laryngis 26.
 Filaria medinensis 303.
 Filicis radix 85.
 Framboesia 295.
 Frangulae cortex 77.
 Fremitus pectoralis 28.
 Gangraena pulmonum 46.
 — cutis 281.
 Gastrectasia 68.
 Гастрические кризы 205.
 Gastritis 63.
 Gelsemium sempervirens 194.
 Geosot 44.
 Gerhard'ta изменение звука 42.
 — реакция 249.
 Glaucoma 383.
 Glénard'a болезнь 108.
 Gliomatosis 208.
 Glossopharyngeus n. Параличь 183.
 Глазныхъ мускуловъ параличи 387.
 Glutaeus n. Параличь 188.
 Глицеринъ 76, 109, 141.
 Голосовой щели спазмъ 157.
 Гоноррея у женщины 423.
 — у мужчины 352.
 Gossypii radix 407.
 Головная боль 223.
 Гранатовый корень 85.
 Grindelia robusta 35.
 Гриппъ 125.
 Guajaceticin 44.
 Guajacol 44.
 Guajacol carbon. 44.
 Gumma lueticum 332.
 Гуттаперчево-пластырная марля 265.
 Haemalbuminum 144.
 Haematemesis. 66

- Haematocoele 408.
 Haematogen 144.
 Haematoporphyrinuria 102, 230.
 Haematuria 111.
 Haemin'овая проба 251.
 Haemogallol 144.
 Haemol 144.
 Haemoglobinuria 149.
 Haemophilia 148.
 Haemoptoe 45.
 Hager'a средство 19.
 Hammamelis virginica 112, 413.
 Hedonal 229.
 Helminthiasis 84.
 Hemianopsia 181, 386.
 Hemisrania 224.
 Hemiplegia 212.
 — cruciata 174.
 — infant. spastica 216.
 Hepar adiposum 95.
 Hepatitis interstitialis 91.
 — suppurativa 93.
 — syphilitica 92.
 Heroin 30, 33.
 Herpes corneae 377.
 — iris 259.
 — labialis 284.
 — genitalis 284.
 — tonsurans 298.
 — zoster 283.
 Hetol 45.
 Гидатидъ дрожаніе 94.
 Hodgkins'a болѣзнь 146.
 Hordeolum 365.
 Hydrarg. bichlor. 343, 347, 365.
 — chlorat. см. Calomel
 — oxydat. flav. 376.
 — praecipit. album 365.
 — salicyl 342.
 — sozodolic 19.
 — tannic. 344.
 Hydrastis canadensis 45, 413.
 Hydrocephalus 222.
 Hydronephrosis 109.
 Hydrophobia 136.
 Hydrothorax 51.
 Hyoscin 240.
 Hyperaciditas 70.
 Hypersecretio 70.
 Hyperidrosis 285.
 Hypertrichosis 308.
 Hypnotica 229.
 Hypoglossus п. Параличь 183.
 Hypopyon 376.
 Jackson'a эпилепсія 237.
 Jalapa 77.
 Ichthyol 131, 267, 426.
 Ichthyosis 275.
 Jcterus catarrhalis 87.
 — infectiosus 89.
 — neonatorum 89.
 Извилины мозговые 165.
 Ileos 80.
 Impetigo contag. 268.
 — herpetiform. 278.
 Indican 250.
 Инфарктъ легкаго 47.
 — селезенки 96.
 Influenza 124.
 Infraorbitalis п. Невралгія 194.
 Иородный тѣла въ глазу 374,
 379.
 — въ ухѣ 399.
 — въ носу 20.
 Инсультъ апоплект. 212.
 Intercostalis п. Невралгія 195.
 Intermittens 131.
 Иттокеникаци 241.
 Иттусуспенція 81.
 Иивагинація 81.
 Jodalbacid 346.
 Jodalcohol 407, 415.
 Jodeigon 346.
 Jodglycerin 22.
 Jodipin 346.
 Jresacuanha 30, 241.
 Jrido-cyclitis 381.
 Jritis 380.
 Jschiadicus п. Параличь 188.
 Jschias 195.
 Желатина 18.
 Желудка катарръ 63, 64.
 Желѣзо 143.
 Желчные камни 89.
 Жиръ рыбій 44, 162, 165.

- Kalium aceticum* 9.
 — bromat. 23, 33, 164, 231, 236.
 — chloric 53, 111, 117, 345.
 — jodat. 23, 32, 35, 346.
 — permang. 53, 245.
Kalomel см. *Calomel*
Kamala 85.
 Карболовая кислота. Отравле-
 ніе 440.
 Карлебальская соль 67, 69.
 Каверны симптомы 41.
Keratitis phlycten. 375.
 — *profunda* 377.
Keratomalacia 379.
 Кишечъ катарръ 71, 74.
 — язвы 82
 — паразиты 84.
 — ракъ 79.
 Кислоты. Отравленіе 243.
 Кислотности опредѣленіе 61.
 Кишечныя кровотеченія 83, 123.
 Клапановъ пороки 4.
 Клизмы питательныя 58.
 — масляныя 76.
 Клоушь стопы 170.
 Колбасный ядъ. Отравленіе 243.
 Колиба свинцовая 244.
 — почечная 108.
 — желчная 89.
 Корь 113.
 Крови проба 251.
 — изслѣдованіе 141.
Koffein 9, 123, 225.
 Компенсаци разстройство 8.
 Конвульси 235, 237.
 Когуза 18.
 Крапивница 255.
Kraurosis vulvae 305.
Kreosot 44.
Kreosotal 44.
 Кризы табетиковъ 205.
Kryophin 193, 225.
 Кубеба 354.
Kusso 85.
Lactophenin 123, 193, 225.
Lagophthalmus 179, 366.
Laryngitis catarrhalis 21.
 — *sup'ilit.* 23.
 — *tuberculosa* 22.
Laryngospasmus 158.
 Ландри параличь 207.
Lentigo 312.
 Лентецъ 84.
Lepra 293.
 Лейкэмія 145.
 Лейкоцитозъ 142.
Leukodermia syphilit. 312.
Liantral 265.
Lichen pilaris 274.
 — *ruber* 272.
 — *serophulosor.* 274.
 Лихорадка железистая 57.
Liniment. exsiccans 264.
Liparin 158.
Lipomatosis 154.
Liq. amon. anisat. 30.
Liq. Kalii acet. 9.
Liq. Kalii arsenic. 133, 145 271.
Lobelia 35.
Lumbago 160.
Lupus erythemat. 289.
 — *vulgaris* 291.
Lyssa 136.
Lyso 422.
Magnesia c. rheo 77.
 Максимальныя дозы 437.
Mal perforant. 206.
Malakin 193, 225.
Malaria 131.
Malleus 136.
Manna 77.
 Миндалины воспаленіе 55.
 — абсцессъ 55.
Medianus n. Параличь 186.
Mediastini tumor 52.
Menièr'a болѣзнь 228, 398.
Meningitis epidemica 137.
 — *purulenta* 211.
 — *spinalis* 197.
 — *tuberculosa* 210.
Menthol 193, 257.
Mercyismus 69.
 Метиль хлористый 193.

- Метиленова синь 133, 193.
 Мигрень 224.
 Миллярный туберкулёзъ 138.
Milium 316.
 Miosis 382.
 Мирбаноно масло. Отравленіе 244
 Мозжечка заболѣванія 223.
 Мокрота 29.
 Молочная кислота 23.
 — нахождение 61.
 Монофазія 214.
 Моноплегія 166.
 Morgbilli 113.
 Morb. Adissonii 164.
 — Basedowii 163.
 — Graewssii 163.
 — maculosus 148.
 — Parkinsonii 240.
 — Reichmann. 70.
 — Weillii 89.
 Morphaea 282.
 Морфій 23, 30, 45, 90, 193.
 — отравленіе 243.
 Морган'а болѣзнь 209.
 Моча. Изслѣдованіе 246.
 Моча кровавая 111.
 Мочевина 50.
 Мочи недержаніе 113.
 Мышцловъ атрофія 201.
 Мышцловый ревматизмъ 160.
 Мышцловое чувство 169.
 Mycosis fungoides 320.
 — intestinalis 135.
 Myelitis 198.
 — bulbaris 209.
 Myocarditis 10.
 Myoma uteri 416.
 Myopia 390.
 Myotonia 240.
 Myrtol 32.
 Мухоedema 162.
 Мышьякъ. Отравленіе 243.
 Мыла медицинскія 267, 308.
 Мухоморъ. Отравленіе 243.

Naphthalin 72, 86.
Naphthol 267, 277, 288, 299,
 301.
 Насморкъ 18.
Natr. biborac. см. Borax.
 — bicarb. 30, 65.
 — chlorat 20, 30, 50.
 — nitros. 15.
 — salicyl. 50, 110, 159, 193,
 225.
 Некрозъ жировой 97.
 Нефритъ 103.
Nephrolithiasis 108.
Nephrophtisis 110.
 Нервные бодѣзніи 165.
 Нервная диспенсія 69.
 Невралгія 192.
 Невритъ 190.
 Неврозы сердца 14.
 — желудка 69.
Neurosis traumatica 233.
 Nitrobenzol. Отравленіе 244.
Nirvanin 193.
 Ногтей заболѣванія 310.
 Носовыя кровотеченія 19.
Nux vomica 25, 69.
 Nylander'a реактивъ 248.
Nystagmus 219, 388.

Obstipatio 76.
Obturatorius п. Параличъ 188.
Oculomotorius п. Параличъ 180.
 — перекрестн. параличъ 173.
Oedema circumscriptum 256.
 Oertel'я способъ 155.
 Ожирѣніе 154.
Ol. Cadinum 264.
 — *Eucalypti* 146.
 — *Jecor. Aselli* см. жиръ ры-
 бий.
 — *Juniperi* 265.
 — *olivarum* 76, 91.
 — *pini pumil.* 21.
 — *rusci* 264.
 — *santali* 354.
 — *terebinthin.* 30, 40, 196, 245.
Onychomycosis 310.
Oophorin 231.
Ophthalmoplegia 387.
 Онія 72, 79, 154, 276.
 — отравленіе 243.

- Опухоль мозга 216.
 Орбиты флегмона 389.
 Orexin 64.
 Orphol 72.
 Orthoform 23.
 Oena 118.
 Osteomalacia 161.
 Otitis 114, 395.
 Ovaraden 231.
 Oxyamphora 9, 104.
 Oxyuris 86.
 Ozaena 19.

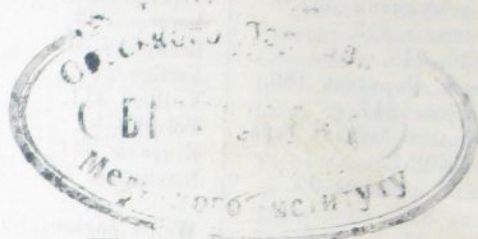
 Pachydermia cutis 303.
 Pachymeningitis cervic. 197.
 Paget'a болѣзнь 320.
 Palpitatio cordis 14.
 Pankreatis заболѣванія 97.
 Pankreon 70, 97.
 Panophthalmitis 381.
 Papilloma cutis 314.
 — laryngis 25.
 — recti 80.
 Paraldehyd 229.
 Параличь восходящій 207.
 — прогрессивный 220.
 — половинный 208.
 — перифер. нервовъ 178.
 Параличи. Диагнозъ ихъ 172.
 Параличь дѣтскій cerebrал. 216.
 — синнал. 201.
 Paralysis agitans 240.
 — bulbaris 209.
 Paraplegia 167.
 Paraphasia 214.
 Parotitis 54.
 Pasta Guarana 225.
 Pasta Zinci 264.
 Pectoralfremitus 28.
 Pectoriloquia 28.
 Pediculi 302.
 Peliosis rheumatica 260
 Pellagra 294.
 Pemphigus 279.
 Pepsin 64.
 Pericarditis 15.
 Perihepatitis 93.
 Peritonitis 98.

 Perityphlitis 78.
 Pegoceus n. Параличь 189.
 Печень зернистая 91.
 Перерожденія реакція 168.
 Перигепат. гиперпласт. 92.
 Pharyngitis 20.
 Phosphor 158, 161.
 — отравленіе 245.
 Phthisis laryngis 22.
 — pulmonum 40.
 Phtrii 302.
 Пигмента аномалии 311.
 Пигменты желчные 250.
 Pilocarpin 104, 226.
 Pil. aloët. ferrat. 96, 144.
 — asiaticae 145.
 — Blaudii 144.
 — itálicae 144.
 — Valetti 143.
 Pinguecula 374.
 Piperin 146.
 Pityriasis rosea 300.
 — rubra 227.
 — versicolor 299.
 Пищевода суженіе 57.
 Pix liquida см. Ol. roscei.
 Placenta, задержаніе ея 405.
 — преждеврем. отдѣленіе 403.
 — praevia 404.
 Pleuritis 48.
 Plexus brach. Параличь 187.
 Plumb. aceticum 111, 123.
 Pneumonia 37.
 Pneumonokoniosis 46.
 Pneumothorax 51.
 Podophyllin 77.
 Подagra 155.
 Poikilocytosis 142.
 Polienccephalitis sup. 181.
 — infer. 210.
 Поле зрѣнія, суженіе 390.
 Позилъ гортани 25.
 — recti 80
 Поясничныи провооль 137, 211,
 223.
 Pons, его пораженія 167.
 Почка зернистая 105.
 Presbyopia 391

- Prosopalgia 194.
 Prostatitis 357.
 Protargol 353.
 Prurigo 276.
 Pruritus 276.
 Pseudohypertrophia мышць 202.
 Псевдопеченочный циррозъ см.
 перигепат. гиперпласт.
 Псевдолейкемия 146.
 Proriasis 270.
 Psorospermosis cutis 320.
 Pterygium 374.
 Ptosis 178.
 Pulv. Kurellae 77, 84.
 — Doveri 45, 72.
 — Magn. с. Kleo 77.
 — pector. s. Kurellae.
 Purpura 259.
 Pustula maligna 135, 296.
 Pyaemia 133.
 Pyelitis 109.
 Pyoctanin 54.
 Pyopneumothorax 52.
 Пирамидныя пути 165.
 Pyrosis 59.
 Radialis n. Параличь 183.
 Расширеніе желудка 68.
 Размягченіе мозга. 212.
 Раунауд'а болѣзнь 282.
 Recurrens n. Параличь 24.
 Ren mobilis 108.
 Resorein 74, 267, 307.
 Retina 385.
 Rhachitis 157.
 Rhamnus frangula 77.
 — cathart. 77.
 Rheum 77.
 Rheumatismus 158.
 — gonorrh. 360.
 Реакція зрачка на свѣтъ 382.
 Rhinitis 18.
 Rhinoscleroma 295.
 Рожа 131.
 Romberg'а симптомъ 205.
 Rubeola 115.
 Ruminatio 69.
 Rupia luetica 326.
 Рвота кровью 66.
 — каломъ 81.
 Рвотный орѣхъ. Отравленіе 245.
 Рвотныя средства 241.
 Рыбный ядъ. Отравленіе 243.
 Sabinae summitat. 361.
 Saccharin 153.
 Sal. Carol. factit. 67, 69.
 Sal Emsens. factit. 30.
 Salacetol 110, 160.
 Салицилов. кислоты см. натръ
 салицила.
 Saligenin 156.
 Salipyrin 125, 160, 193, 225.
 Salol 54, 110.
 Salophen 160, 193, 225.
 Salpingitis 424.
 Santonin 86.
 Sapo Jalarinus 76.
 Сапъ 136, 296.
 Саркома кожи 319.
 — легкыхъ 52.
 Scabies 300.
 Scarlatina 115.
 Сморщенная почка 105.
 Сѣроводородъ. Отравленіе 245.
 Scillae acetum 9.
 Sclerema neonatorum 283.
 Sclerodermia 283.
 Склерозъ множественный 219.
 — амиотрофическій 203.
 Scoliosis ischiadica 196.
 Scorbnt 147.
 Scopolamin 240.
 Скрофулезъ 161.
 Seborrhea 288.
 Secale em. Ergotin.
 Senega 30.
 Septicopyaemia 133.
 Serratus m. Параличь 187.
 Сердца гипертрофія 12.
 Сердце. Заболѣваніе мышць 10.
 Селезенки увеличеніе 96.
 Сибирская язва 135, 296.
 Siderosis pulmonum 46.
 Sidonal 157.

- Синильная кислота. Отравле-
 ние 245.
 Simarubae cortex 129,
 Sirolin 44.
 Skotoma 390.
 Соединител. оболочка глаза 368.
 Сознанія потеря 227,
 Sol. Fowleri 133, 145, 271.
 Sol Vlemingx 288.
 Somnal 229.
 Soor 54.
 Sozjodol 19, 117, 128.
 Spasmus glottidis 157.
 Species diureticae 9.
 — laxantes 77.
 Спинальный спастическій пара-
 личь 201.
 Спирали Curschmann'a 29.
 Stellwag'a симптомъ 163.
 Stenocardia 14.
 Стенозъ аорты 6.
 — кишекъ 80, 83.
 — митрал. клапана 5.
 — легочной артеріи 6.
 — пищевода 57.
 Stomatitis catarrhalis 53.
 — aphotosa 53.
 Strabismus 387.
 Stramonium 35.
 Strictura urethrae 360.
 Strychnin 25, 69, 181, 204,
 241.
 — отравленіе 245.
 Styraх 301.
 Stypticin 413.
 Сулема см. Hydrarg. bichl.
 Succussio Hippocratis 52.
 Sulfonal 2:9.
 Sulfur praecip. 84, 267, 277,
 288, 307.
 Supraorbitalis n. Параличъ 179.
 Sycosis 298.
 Syphilis 321.
 — наследственный 349, 352.
 — печени 92.
 — гортани 23.
 — мозговыхъ оболочекъ 197.
 Syringomyelia 208.
 Syrup. ferri iodati 107, 162
 — Mannae 77.
 — Rhamni catharticae 77.
 Свиинець. Отравленіе 244.
 Свиинцовыя волики 244.
 Свѣтлительный газъ. Отравлен. 245.
 Сыръ. Отравленіе 243.
 Tabes dorsalis 204.
 — Friedreich'a 207.
 Tachycardia 14.
 Taenia 84.
 Tannalbin 72
 Tannigen 72.
 Tannin 22, 72, 75, 130, 241.
 Tannocol 72.
 Tannoform 72.
 Tannopin 72.
 Tartarus depur. 84.
 — stibiat. 30, 241.
 Tenesmus 110, 128.
 Терпентин.масло 30, 40, 196, 245
 Terpinhydrat 30.
 Tetania 240.
 Tetanus 136.
 Тѣла вѣсь 439.
 Thiocol 44.
 Thioform 72.
 Thomsen'a болѣзнь 240.
 Тромбозъ мозговыхъ артерій 213.
 Thymol 86, 153, 257.
 Thyreoidin 163, 283.
 Thyrojodin 163.
 Tibialis n. Параличъ 190.
 Tic doulouereux 194.
 Tinct. nuc. vomic. 25, 69.
 — Chinae 231.
 — Colchici 156.
 — Strophanti 9, 123.
 Tonsillitis 55.
 Torticollis 160.
 Trachoma 373.
 Trichiasis 366.
 Trichinosis 140.
 Трихлоруглеусн. кислота 20, 109.
 Trichorrhexis 309.
 Trigemini n. Параличъ 182.
 — Невралгія 194.

- Trional 229.
 Тришперъ у мужчины 352.
 — у женщины 423.
 Trismus 136, 245.
 Trochlearis n. Параличъ 180.
 Троммера проба 247.
 Туберкулезныхъ бактерий окра-
 шиваніе 251.
 Туберкулезъ брюшины 99.
 — кишекъ 83.
 — гортани 23.
 — легкихъ 40.
 — надпочечниковъ 165.
 — почекъ 110.
 Tamenol 265.
 Tumor cerebri 216.
 Tussis convulsiva 33.
 Typhlitis 78.
 Typhus abdominalis 119.
 — exanthematicus 123.
 — recurrens 124.
 Угарный газъ. Отравленіе 244.
 Ulcus duodeni 83.
 — durum 322.
 — rodens 318.
 — ventriculi 66.
 Ulnaris n. Параличъ 186.
 Ung. Collargoli 135.
 — Diachylon 263.
 — Ruci 264, 365.
 — Vaselini plumb. 263.
 Уремія 104.
 Urea 50.
 Urethan 229.
 Uricedin 156.
 Urobilin 250.
 Urol 157.
 Urosin 157.
 Urotropin 111.
 Urticaria 255.
 Uva Ursi 111.
 Vaginitis gonorrhoeica 424.
 — senilis 409.
 Vago-accessorius n. Параличъ 183.
 Varicella 117.
 Variola 118.
 Veratrin'овая мазь 193.
 Verucae 314.
 Веснушки 312.
 Vertigo 226.
 Vitilligo 311.
 Volvulus 81.
 Втираніе 341.
 Выкидышъ 418.
 Weil'a болѣзнь 89.
 Weir-Mitchell'a способъ 231
 Werlhof'a болѣзнь 260.
 Williams'a трахеальный тонъ
 27, 48.
 Wintrich'a измѣненіе звука 41.
 Xanthoma 316, 367.
 Xeroderma pigmentosum 319.
 Xeroform 72.
 Yohimbin 231.
 Zincum chloratum 428.
 — oxydat. 261.
 — sozodol. 19.
 — sulfuric. 369.
 Цинковая паста 264.
 Цитмана девоктъ 346.
 Чиханіе 19.
 Шанкръ 321.
 Щавелевая кислота. Отравле-
 ніе 246.
 Щелочи. Отравленіе 246.
 Эбштейна способъ 155.
 Эгофонія 28.
 Эмболія легкихъ 47.
 — мозга 213.
 Эмевая соль 30.
 Этиль хлористый 193.
 Эхинококкъ печени 94.
 Эфиръ 91, 193.



Проспектъ.

Выпуская въ свѣтъ настоящую, весьма популярную среди германскихъ врачей и студентовъ—медиковъ, книгу Schmidt'a и Friedheim'a, книгоиздательство „СОТРУДНИКЪ“ открываетъ ея серію намѣченныхъ къ изданію краткихъ руководствъ по различнымъ отраслямъ медицины, представляющихъ большую цѣнность для практическихъ врачей, которые не имѣютъ возможности пользоваться объемистыми справочными трудами.

Руководящимъ принципомъ „СОТРУДНИКА“ являются требованія практическаго врача, для котораго важно имѣть весь необходимый матеріаль въ сжатой, ясной и точной формѣ изложенія.

Въ Германіи этимъ требованіямъ удовлетворяютъ много прекрасныхъ vademecum'овъ составленныхъ выдающимися учеными и практическими врачами.

6969

Издание „СОТРУДНИКА“ въ Кіевѣ.

Вышла изъ печати новая книга:

Проф. Максъ Ланге.

Краткій учебникъ
акушерства

съ 125 автотип. и 12 цвѣт. рис.

Перев. съ 3 нѣмец. изданія д-ра И. Д. Бернштейна
подъ редакц. и съ дополн. д-ра мед. В. С. Перлиса.

Цѣна 2 р. 50 к.

(Форматъ книги—обычный).

Рис. 47. Ненормальный поворотъ подбородка назадъ при
лицевомъ предлежаніи.

