С.П.Боткин

Крупозное воспаление легких¹⁾

Источник: Клиническая лекция профессора С.П.Боткина, читанная в Императорской Военно-Медицинской Академии в 1883–88 годах²⁾
(сост. М.В.Яновским). С.-Петербург: Типография А. Пороховщикова; 1899 г.

S.P.Botkin

Croupous pneumonia

Лекция пятая

Изъ предыдущихъ лекцій вы уже знаете, какъ крупозная пневмонія выдѣлилась изъ ряда другихъ легочныхъ заболѣваній, съ которыми ее раньше смѣшивали. Вы помните, что въ первое время не было и рѣчи объ общемъ инфекціонномъ характерѣ этой болѣзни — на нее смотрѣли какъ на чисто мѣстный воспалительный процессъ. Тогда воспаления лѣчили кровопусканиями и тотъ же методъ во всей его строгости примѣнялся и здѣсь. Считалось преступленіемъ не сдѣлать венесекціи крупозному пневмонику. Кровопусканіе считалось средствомъ не только ослабляющимъ интенсивность заболѣванія, но купирующимъ болѣзнь въ самомъ ея началѣ. Такъ какъ и при такой терапіи большинство больныхъ выздоравливало и такъ какъ тогда ставили діагнозъ крупозной пневмоніи часто на основаніи одной крепитации, то не трудно было подыскать примѣры, поддерживавшіе вѣру въ могущественную силу кровопусканій. Ее не могли подорвать даже такіе случаи, какъ, на примѣръ, слѣдующій: я еще засталъ то время, — это было не такъ давно, лѣтъ 30 тому назадъ, — и живо помню бодраго старика, который на своихъ ногахъ, безъ посторонней помощи, пришелъ въ клинику изъ дому, т.-е. продѣлалъ путь, требовавшій около $1/2$ часа ходьбы отъ здороваго человѣка. Пришелъ онъ безъ ясныхъ лихорадочныхъ симптомовъ, жалуясь только на кашель. На основаніи того, что въ нижней долѣ, уже не помню какого именно легкаго, была найдена крепитация, — у него предположили крупозную пневмонію. Вечеромъ тоже же дня ему сдѣлано кровопусканіе. На утро оно было повторено, такъ какъ область крепитации увеличилась; вечеромъ снова пустили кровь въ третій разъ, а въ четвертый этого не сдѣлали только потому, что уже нельзя было — больной умеръ. Повторяю, что даже такіе примѣры не возбуждали сомненій въ пользѣ венесекціи при пневмоніи. Понятно, что % смертности при подобномъ лѣченіи, какъ оказалось впоследствии, былъ громаденъ — отъ 30–40%. Но неудачи легко объяснялись темъ, что были упущены благоприятный моментъ, что кровопусканіе дѣлали поздно. Нуженъ былъ авторитетъ Шкоды и Дитля, чтобы поколебать укоренившіеся взгляды на этотъ вопросъ. Правда, они имѣли въ данномъ отношеніи предшественниковъ въ гомеопатахъ, которые собственно ничѣмъ не лѣчили пневмонію, или, лучше, лѣчили только психическими средствами и тѣмъ не менѣе получали результаты лучшіе, чѣмъ при кровопусканіи. Но, конечно, проповѣди однихъ гомеопатовъ было недостаточно, чтобы пошатнуть вѣру, которую не могли подорвать факты, въ родѣ вышеприведеннаго. Эта заслуга всецело принадлежитъ двумъ названнымъ клиницистамъ. Благодаря имъ кровопусканіе было оставлено очень быстро.

Гораздо дольше удержались другія противовоспалительныя мѣры: банки, каломель, селитра и, въ особенности, рвотный камень, который считался специфическимъ средствомъ. Онъ кое-гдѣ удержался до послѣдняго времени. А прежде, ходя по госпиталю и видя *tartarus stibjatus*, прописанный въ большой дозѣ gr. iij на 6 унц., вы смѣло могли сказать, что дѣло идетъ о крупозной пневмоніи.

Но, по мѣре того, какъ взглядъ на крупозную пневмонію мѣнялся, съ той поры, какъ ее стали считать общимъ инфекціоннымъ заболѣваніемъ, подобно scarlatinѣ, оспѣ, причѣмъ мѣстное пораженіе легочной ткани получило такое же значеніе, какое имѣетъ, на примѣръ, заболѣваніе лимфатическихъ желѣзъ кишечнаго канала въ брюшномъ тифѣ, и все названныя противовоспалительныя средства были понемногу оставлены. Отнестись къ нимъ критически, сдѣлать по отношенію къ нимъ то же, что сдѣлали Шкода и Дитль по отношенію къ кровопусканію, было нетрудно, — слѣдовало только идти по свѣжимъ слѣдамъ названныхъ клиницистовъ. Такимъ образомъ, наконецъ, старой противовоспалительной терапіи было нанесено полное пораженіе.

Дальнейшія наблюденія показали, что % смертности колеблется въ весьма широкихъ предѣлахъ при самыхъ индифферентныхъ методахъ лѣченія. Я уже говорилъ вамъ, какъ онъ мѣняется въ зависимости отъ характера эпидеміи. Теперь взгляните, какое вліяніе на него должны имѣть индивидуальныя свойства

¹⁾ Лекции, читанныя в течение осеннего семестра 1885 года.

²⁾ Статья печатается с сохранением оригинальной орфографии.

каждого отдельного случая. Вы видели трех пневмоников. Первому было только 20 лет и вместе с пневмонией у него был значительный плеврит. Второй был 50-летний старик, у которого не найдено ни одного симптома, который указывал бы на поражение плевры. У одного — сердце молодое, сосуды здоровые, у другого — то и другое старчески изменено. Третий больной, кроме пневмонии и сопровождавшего ее плеврита, представлял хронический нефрит, поражение бронхов и гортани.

У всех крупозное воспаление легких, у всех одна кличка, а между тем какое разнообразие. Понятно, что исход заболваний неодинаков, протекает ли пневмония одна без осложнений или же она осложняется перикардитом, менингитом и т. п. Мало того, но все равно — разовьется ли она у человека во всех отношениях до того времени здорового или поразит субъекта истощенного, слабого, — тощего или жирного. Если порыться в прошлое, в наследственности, если взять в расчет, что один больной лечится дома, другой в госпиталь, третий в клинику, что гигиенические условия, уход бесконечно разнообразятся, что больные поступают к вам в разные периоды заболваний; если, повторяю, принять все это в соображение, то вы получите для каждого случая такую сумму наследственных и приобретенных, присущих самому организму и лежащих вне его, условий, которые в подобной комбинации едва ли могут повторяться. Собственно говоря, невозможно найти два совершенно тождественных случая одного и того же заболвания.

Теперь, для того, чтобы судить о действительности какого-нибудь средства, нужно иметь два ряда совершенно одинаковых случаев, причем в одном оно дается, а в другом нет. Только при такой постановке дела можно было бы заметить эффект лечения. Но так как в силу вышеприведенных соображений подобные условия не выполнимы, то мы находимся в большом затруднении при сравнительной оценке наших терапевтических приемов. Вы теперь поймете, почему я не придаю большого значения некоторым методам лечения, которые в иных местах в большом ходу. Когда мне говорят, напр., что в Базельской клинике до лечения ваннами умирало больше пневмоников, чем при лечении ваннами, то это еще не значит, что понижение смертности зависело исключительно от ванн. Тут была масса других условий, которые играли несомненно гораздо большую роль, чем ванны и, кто знает, может быть без них число умерших было бы еще меньше. Я этим не отвергаю пользы ванн при лечении крупозной пневмонии, я только утверждаю, что она далеко не так строго доказана, как думает Юргенсен и его последователи. Не считая доказанным, таким образом, существование не только средств, купирующих крупозную пневмонию, но даже таких, которые бы уменьшали ее продолжительность и понижали % смертности, мы, конечно, не можем сидеть сложа руки у постели больного; мы все-таки лечим, но не пневмонию, а ее симптомы, не болезнь, а больного. Для того, чтобы выработать в этом отношении известный план, необходимо поближе взглянуть на то, как пневмоник выздоравливает и как он умирает.

Наблюдая выздоравливающих пневмоников, — а таких большая часть, — следя за теми изменениями, которые вызываются заболванием в деятельности разных органов, вы убеждаетесь, что организм имеет способность приспособляться к различным неблагоприятным обстоятельствам, обладает средствами восполнять недостаточность известных отправлений. Благодаря этому свойству, он в состоянии бороться с болезненным процессом и, в большинстве случаев, выходит победителем из этой борьбы за существование.

Часть легкого вследствие инфильтрации делается безвоздушной, количество дышащей поверхности его уменьшается. Этот недостаток легко уравнивается расширением остальных здоровых частей легочной ткани и учащением дыхательных движений. Учащение сердцебиений, наступающее одновременно с этим, способствует быстроте кровообращения в малом кругу и с своей стороны ведет к тому же результату — усилению газации крови. Благодаря кашлю, происходит по крайней мере частичное удаление из дыхательных путей воспалительных продуктов. Развивающаяся вместе с плевритом, так часто сопровождающим пневмонию, боль заставляет больного ограничивать дыхательные движения, дабы устранить трение больных частей и избежать, таким образом, лишнего их раздражения. Но все эти, так сказать, чисто механические мероприятия организма остаются целесообразными только до тех пор, пока они не переходят определенной границы. Учащение дыхания может перейти в *dyspnoe*; сердце при сокращениях, очень быстро следующих друг за другом, теряет способность опорожнять свои полости; сильный кашель, особенно в связи с интенсивной болью, только бесполезно ослабляет силы больного. Поэтому, прямая задача врача следить за тем, чтобы увеличение указанных функций происходило бы в той мере, как это полезно, было бы пропорционально требованиям, предъявляемым больным организмом.

Но уже то обстоятельство, что учащение дыхания и сердцебиений часто далеко не соответствует величине пораженного участка легочной ткани, должно обратить ваше внимание, помимо механических, еще и на другие условия. Кроме того, одними механическими моментами вы не объясните ни лихорадки, ни тифозного состояния, ни бьлка в моче и т. д.

Все названные симптомы: лихорадка, тифозное состояние, учащение пульса и дыхания — все они, во многих случаях, не представляют ни малейшего параллелизма в степени своего развития. При одинаковом поражении легочной ткани у, повидимому, одинаковых субъектов, у одного — сильное тифозное состояние при сравнительно невысокой температуре, у другого наоборот; наконец, у третьего угрожающая частота и слабость пульса при слабом лихорадочном состоянии и ясном сознании. Очевидно, что указанные явления

не находятся между собою въ причинной связи, а вѣрнѣе суть слѣдствія одной и той же общей причины. Живущій въ больной легочной ткани микроорганизмъ, подобно всякому другому организму, выдѣляетъ извѣстные продукты, какъ результатъ своей жизнедѣятельности. Весьма вѣроятно, что эти вещества, птомаины, поступая въ соки организма, дѣйствуютъ какъ ядъ на нервныя центры: психическіе, дыхательные, сердечные, термическіе и т. д. Извѣстно, что одинъ и тотъ же микрококкъ, одна и та же бацилла можетъ имѣть различную степень ядовитости. Итакъ, смотря по силѣ ядовъ, выдѣляемыхъ въ различныхъ случаяхъ пнеймококками, по количеству этихъ ядовъ и дѣйствіе ихъ должно быть различно. Разъ они поражаютъ нервный аппаратъ сердца, въ другой — психическіе аппараты и т. д. Вотъ почему иной пнеймоникъ умираетъ съ такимъ поражениемъ легочной ткани, которое другимъ легко переносится. Въ случаяхъ двухсторонней пнеймонии, особенно тамъ, гдѣ одно легкое захвачено почти цѣликомъ, всякаго рода механическихъ препятствій, съ которыми организму приходится справляться, гораздо больше, чѣмъ въ тѣхъ, гдѣ поражена только одна доля какого нибудь легкаго, — тѣмъ не менѣе, первые больные иногда выживаютъ, а вторые, наоборотъ, погибаютъ. Такимъ образомъ, механическія причины оказываются недостаточными ни для объясненія прижизненныхъ явленій, ни для объясненія процесса умиранія пнеймоника.

Въ самомъ дѣлѣ, отчего онъ умираетъ? Школьный отвѣтъ гласитъ слѣдующее: отъ слабости сердечной дѣятельности. Благодаря лихорадочному процессу сердечная мышца перерождается, слабѣетъ, теряетъ способность преодолевать препятствія, произведенныя пнеймоніей въ маломъ кругу, и такимъ образомъ парализуется. Я сейчасъ замѣтилъ, что даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ процессомъ занята большая часть легочной ткани, гдѣ, слѣдовательно, препятствія для кровообращенія достигаютъ максимальной величины, смерть наступаетъ далеко не всегда, и, слѣдовательно, параличъ сердца не происходитъ. Еще меньшее вліяніе въ этомъ отношеніи обнаруживаетъ лихорадка. При незначительномъ пораженіи легкаго, при сравнительно невысокой температурѣ (а иногда, какъ брайтики и діабетики и вовсе безъ лихорадки), пнеймоники погибаютъ чаще и въ болѣе короткій срокъ, чѣмъ, напр., больные брюшнымъ тифомъ или хронической пнеймоніей, несмотря на то, что въ обоихъ послѣднихъ процессахъ лихорадочное состояніе длится гораздо дольше, иногда держится на большихъ цифрахъ, а въ случаяхъ хроническаго воспаленія легкихъ комбинируется съ затрудненіями для кровообращенія того же самаго характера, какъ и при разбираемой нами формѣ. Затрудненія эти при туберкулезѣ могутъ быть даже больше, чѣмъ при крупозной пнеймоніи. Причину смерти при послѣднемъ заболѣваніи нужно искать въ природѣ самаго яда, который дѣйствуетъ быстрѣе и интенсивнѣе, чѣмъ туберкулезный или тифозный ядъ. Одной лихорадкой и увеличеніемъ препятствій для кровообращенія нельзя объяснить паралича сердца, еслибы таковой дѣйствительно и наблюдался. Но это-то не всегда и бываетъ. Я, напримѣръ, живо помню консультацию у одного больного пнеймоника, пульсъ у котораго былъ довольно сильный, полный, не особенно частый — словомъ, пульсъ, не внушавшій никакихъ опасеній. Кончивши изслѣдованіе больного, мы перешли въ сосѣдную комнату для совѣщанія. Мы его еще не кончили, какъ намъ пришли сказать, что больной умеръ. Не прошло и получаса съ того времени, какъ мы его оставили. И это не единичный случай. Въ моментъ смерти сердце, конечно, перестаетъ работать, но это уже слѣдствіе ея, а не причина.

Больной, о которомъ я сейчасъ упомянулъ, былъ въ безсознательномъ состояніи. Вообще, я не помню ни одного пнеймоника, который бы умеръ безъ тифознаго состоянія. Оно обыкновенно замѣчается за нѣсколько дней, дня за три, за четыре до смерти и нарастаетъ до послѣдней минуты. Наиболѣе рано является и сильнѣе всего выражено оно какъ разъ у пнеймококковъ, которыхъ мы наичаще теряемъ, — именно, у тѣхъ, у которыхъ пнеймонія переходитъ въ гангрену. Замѣчательно, что смерть при крупозной пнеймоніи наступаетъ обыкновенно тогда, когда являются въ легкомъ субкрепитирующіе хрипы, когда воспалительное гнѣздо дѣлается проходимымъ для воздуха, когда, слѣдовательно, препятствія для кровообращенія въ легкомъ уменьшаются. Но одновременно съ этимъ, или, лучше, благодаря этому облегчается поступленіе въ кровь продуктовъ взаимодействія болезнетворнаго агента и легочной ткани. Продукты эти, вѣроятно, чисто химическаго характера, какіе нибудь птомаины, и служатъ ближайшею причиною смерти такихъ больныхъ.

Конечно, все это гипотеза. Но и параличъ сердца тоже гипотеза. Я избираю ту, которая объясняетъ большее число клиническихъ фактовъ. Школьная гипотеза оставляетъ для меня непонятнымъ тифозное состояніе и диспропорцію между мѣстнымъ процессомъ и другими симптомами. Примѣры подобной несообразности наблюдаются, какъ вы помните, особенно рѣзко у нефритиковъ, діабетиковъ, алкоголиковъ. Это именно тѣ больные, которые даютъ наибольшую смертность. Крупозная пнеймонія есть реакція организма на вредное начало, попавшее въ него извнѣ. Я требую, чтобы эта реакція была нормальна, чтобы число дыхательныхъ движеній отвѣчало дѣйствительной потребности въ кислороде, чтобы число, сила и ритмъ сердечныхъ сокращеній не уклонялись бы далеко отъ нормы, чтобы кашель и боль не утомляли больного. Если при этомъ тифозное состояніе ничтожно, больной спитъ, отправленія кишечника правильны, выдѣлительные органы — почки и печень — дѣйствуютъ исправно, — то больного можно предоставить собственнымъ силамъ. Онъ выздоровѣетъ самъ собою при соблюденіи однѣхъ гигиеническихъ мѣръ. Ваше вмѣшательство потребуется только тогда, когда обнаружится диспропорція симптомовъ, уклоненіе отъ типическаго теченія.

Лекція шеста

Изъ прошлой лекції вы помните, что современное ученіе о крупозной пневмоніи видитъ наибольшую опасность при этой болѣзни въ слабости сердечной дѣятельности, — слабости, приписываемой, главнымъ образомъ, высокой температурѣ. Съ этой точки зрѣнія лихорадка есть именно тотъ симптомъ, который прежде всего, подлежитъ устраненію. На борьбу съ нимъ и его послѣдствіями были направлены почти всѣ силы терапевта. Я уже привелъ нѣкоторые соображенія, которыя, такъ сказать, косвеннымъ образомъ говорятъ противъ состоятельности указаннаго взгляда. Теперь я ставлю вопросъ прямо и спрашиваю, дѣйствительно ли высокая температура такъ губительна, какъ это принято обыкновенно думать? Смотря на клиническую картину крупозной пневмоніи, какъ на реакцію организма, вслѣдствіе внѣдренія въ него извѣстнаго ядовитаго агента, усматривая въ ея симптомахъ цѣлесообразность въ смыслъ компенсаціи произведенныхъ имъ въ тѣлѣ разстройствъ, невольно остановишься на томъ, почему именно одна лихорадка должна подлежать исключенію изъ общаго правила. Почему мы должны иначе относиться къ повышенію температуры, чѣмъ напр., къ увеличенію числа дыхательныхъ движеній, и учащенію сердечныхъ сокращеній? На какомъ основаніи послѣднія явленія считаютъ полезными для организма, а на первое, напротивъ, смотреть какъ на неблагоприятный, требующій устраненія, симптомъ? Каждый врачъ спокойно смотритъ на пневмоника съ высокой температурой, чѣмъ на того, у котораго пневмонія протекаетъ на низкихъ цифрахъ.

Мнѣ лично при низкой температурѣ приходилось наблюдать только случаи, имѣвшіе неблагоприятное теченіе. Такъ какъ большая часть случаевъ крупозной пневмоніи, идущихъ съ низкими цифрами, относится къ категории такъ называемыхъ вторичныхъ и наблюдается обыкновенно у браитиковъ, то неблагоприятный исходъ ихъ, конечно, можно отнести на счетъ основной болѣзни, приписать поражению почекъ. Въ виду этого, она не годится для рѣшенія вопроса, что было бы съ легочнымъ экссудатомъ и со всѣмъ процессомъ, еслибы онъ протекалъ безъ лихорадки. Отвѣчать на него мы не могли до самаго послѣдняго времени. Но нѣсколько лѣтъ назадъ были указаны средства, съ помощью которыхъ удастся понизить лихорадочную температуру до нормы, не вызывая никакихъ побочныхъ тяжелыхъ явленій. Къ числу такихъ средствъ принадлежитъ, напр., антипиринъ. Онъ сильно и на продолжительное время понижаетъ температуру, не производя коллапса. Въ прошломъ году я предложилъ доктору С. Посадскому, ординатору Александровской городской барачной больницы, заняться даннымъ вопросомъ: сравнить теченіе пневмоніи, протекающей, благодаря антипирину, при низкихъ цифрахъ, съ тѣмъ, какъ она идетъ подъ вліяніемъ каломеля — средства, не дѣйствующаго на температуру, обладающаго только дезинфицирующимъ, желчегоннымъ и слабительнымъ дѣйствіями. Я уже указывалъ на то, какія затрудненія представляетъ подобнаго рода изслѣдованіе. Для этого прежде всего было необходимо имѣть два одинаковыхъ ряда случаевъ крупозной пневмоніи, чтобы потомъ, назначая въ одномъ рядѣ случаевъ антипиринъ, а въ другомъ каломель, получить сравнимыя между собою величины. Строго выполнить это условіе, собственно говоря, невозможно, но, насколько позволяютъ наши средства, оно здѣсь было соблюдено и во всякомъ случаѣ болѣе строго и послѣдовательно, чѣмъ это обыкновенно дѣлается въ различныхъ вопросахъ по медицинской статистикѣ. Брались для сравненія больные одного и того же состоянія (чернорабочіе), приблизительно одинаковаго возраста, съ одинаковыми мѣстными явленіями въ легкихъ. Всѣ случаи принадлежали къ одной и той же эпидеміи, назначеніе средствъ начиналось въ одинъ и тотъ же день болѣзни и происходило при равныхъ условіяхъ, такъ какъ сравниваемые субъекты помѣщались въ одномъ и томъ же баракѣ одновременно, въ перемежку другъ съ другомъ.

Средства примѣнялись:

антипиринъ
въ 25

каломель
въ 23 случаяхъ.

Первый назначался въ дозахъ отъ 8 до 32 грановъ на пріемъ и отъ 16 гранъ до $2\frac{1}{4}$ драхмъ въ сутки; второй всегда давался четыре раза въ день по $\frac{1}{8}$ грана.

Средній возрастъ больныхъ для

антипирина
27,5

каломеля
25,6 лѣтъ.

По локализациі болѣзненнаго процесса случаи распредѣлялись такимъ образомъ изъ всего числа получавшихъ:

	антипиринъ	каломель
правостороннюю пневмонію имѣли	60%	60,9%
лѣвостороннюю	40%	34,7%
двухстороннюю	0	4,3%.

Слѣдовательно, для антипирина взяты нѣсколько болѣе легкіе случаи.

Отъ начала заболѣванія до поступленія въ больницу протекало въ среднемъ для тѣхъ, которымъ назначался

антипиринъ
2,8

каломель
3,3 дня.

Опять распределение не в пользу каломеля; такъ, процессъ идетъ тѣмъ благопріятнѣе, чѣмъ меньше больной остается дома.

Лѣчение начиналось въ среднемъ для

	антипирина	каломеля	
спустя	4,6	4,9	сутокъ послѣ наступленія заболѣваній.

И здѣсь антипиринъ поставленъ въ болѣе выгодныя условія, чѣмъ каломель.

Не смотря на то, что лѣченію антипириномъ подвергались болѣе легкіе случаи, лихорадка въ среднемъ продолжалась:

при антипиринѣ	при каломелѣ
8,1	7,1 сутокъ.

Разница оказывается еще значительнѣе, если принять въ расчетъ срокъ, по истеченіи котораго въ томъ и другомъ случаѣ совершается обратное развитіе мѣстнаго процесса. Для обоихъ средствъ съ этою цѣлью опредѣлялось время, когда исчезаетъ бронхиальное дыханіе. Это происходило:

съ антипириномъ	съ каломелемъ	
спустя	13,4	9
		сутокъ отъ начала заболѣванія.

Въ обоихъ рядахъ случаевъ было по одному летальному исходу. Кромѣ того, умеръ одинъ больной, который получалъ оба средства. Сначала ему былъ назначенъ каломель, спустя нѣсколько дней онъ обезлихорадился, затѣмъ температура поднялась снова, и стали давать антипиринъ. Смерть во всѣхъ трехъ случаяхъ наступила вслѣдствіе осложненія пнеймоніи перикардитомъ. Число дыхательныхъ движеній и пульсовыхъ ударовъ и отношеніе между ними при томъ и другомъ средствѣ было слѣдующее:

	антипиринъ	каломель	
дых.	отъ 20—48 среднее 33	отъ 16—48 сред. 32	въ м.
пульсъ	„ 58—120 „ 94	„ 60—122 „ 94	„
отнош. пульса къ дых.	2,85	2,93	

Осложненія наблюдались:

при антипиринѣ	при каломелѣ
52	31 разъ.
Вѣсъ падалъ 131,43	151,77 золотн. въ сутки.

Разница въ пользу антипирина на 20,34 золотника, но за то послѣдствіи, при дальнѣйшемъ выздоровленіи, вѣсъ у больныхъ, получавшихъ каломель, поднимался и доходилъ до нормы гораздо быстрѣе, чѣмъ у тѣхъ, которые принимали антипиринъ.

Итакъ, несмотря на то, что для антипирина выбирались менѣе тяжелые случаи, число лихорадочныхъ дней при немъ больше, обратное развитіе мѣстнаго процесса происходитъ медленнѣе, осложненія встрѣчаются чаще и выздоровленіе совершается не такъ быстро, какъ при каломелѣ. Болѣзненный процессъ затягивается. Такое дѣйствіе антипирина еще раньше было замѣчено нѣкоторыми вѣнскими клиницистами, но они систематическихъ изслѣдованій въ этомъ направленіи не дѣлали, а судили по впечатлѣнію, производимому пнеймониками, получавшими названное средство. Мнѣ самому пришлось наблюдать одинъ случай, гдѣ разрѣшеніе затянулось на двѣ недѣли, повидимому, въ зависимости отъ пріемовъ антипирина.

Еслибы лихорадка составляла центръ тяжести заболѣванія, тогда, конечно, слѣдовало бы ждать результатовъ совершенно противоположныхъ. Поэтому, становится въ высшей степени вѣроятнымъ, что повышеніе температуры при крупозной пнеймоніи такъ-же выгодно для организма, какъ, напр., учащеніе дыхательныхъ движеній. Это справедливо, конечно, только до извѣстныхъ предѣловъ. Я вовсе не хочу сказать, что для больного безразлично, какъ бы высока ни была его температура. Увеличеніе числа дыханій, напр., можетъ вести иногда къ тетанусу дыхательныхъ мышцъ; тогда оно теряетъ свою цѣлесообразность и должно быть лѣчимо. То же и съ лихорадкой. Каждый разъ, какъ только она переходитъ извѣстные цифры — 40°, ее слѣдуетъ умѣрять жаропонижающими средствами. Здѣсь именно антипиринъ находитъ свое разумное примѣненіе. Но не слѣдуетъ стараться довести температуру непремѣнно до нормы; совершенно достаточно, если она держится около 38°. Съ этой же цѣлью можно употреблять и другія жаропонижающія средства: таллинъ, большія дозы хинина и салициловые препараты. Замѣчу, что самъ я въ такихъ случаяхъ хининъ не назначаю. Давать драхму или полторы драхмы хинной соли больному съ нервной системой, и безъ того находящейся въ состояніи угнетенія, не совсѣмъ рационально, хотя я не стану особенно возражать, если какой нибудь врачъ пожелаетъ прописать даже такіе пріемы. Правда, большая часть нашихъ клиническихъ больныхъ получаютъ хининъ, но въ такомъ незначительномъ количествѣ, что здѣсь не можетъ быть и рѣчи о жаропонижающемъ дѣйствіи; онъ дается у насъ какъ *tonicum*.

Салициловая кислота и салициловокислый натрь умѣстнѣ при менѣ высокихъ температурахъ, не превышающихъ 39,5, особенно, въ случаяхъ съ рѣзко выраженнымъ плевритомъ или гдѣ пнеймонія была вызвана охлажденіемъ, у субъектовъ, страдающихъ ревматизмомъ.

Что касается холодныхъ ваннъ, предложенныхъ также для пониженія температуры, то жаропонижающее дѣйствіе ихъ далеко уступаетъ дѣйствию тѣхъ средствъ, о которыхъ только-что была рѣчь.

Въ первое время послѣ того, какъ при крупозной пнеймоніи были предложены холодныя ванны, я былъ очень остороженъ въ ихъ примѣненіи, главнымъ образомъ, въ виду возможности вызвать сокращеніе кожныхъ сосудовъ, усилить этимъ препятствія для кровообращенія и увеличить такимъ образомъ работу сердца. Да и впослѣдствіи, когда и благодаря литературнымъ даннымъ, и собственнымъ опытомъ я убѣдился, что эта опасность не такъ велика, какъ можно было бы думать съ перваго взгляда, я все-таки больше смотрѣлъ, какъ другіе дѣлали ванны пнеймоникамъ, чѣмъ самъ ихъ дѣлалъ. Гораздо чаще я примѣнялъ холодъ въ видѣ обертываній или даже холодныхъ душъ. При этомъ я имѣлъ въ виду не столько жаропонижающее, сколько возбуждающее вліяніе холодной воды. Дѣйствіе холодной ванны очень сложно, оно не ограничивается однимъ отнятіемъ тепла. Благодаря температурному раздраженію нервовъ кожи, приходятъ въ возбужденное состояніе различные нервныя центры: сердечные, сосудистые, дыхательные, психическіе. Подобный эффектъ желателенъ у больныхъ, которымъ угрожаетъ коляпсъ. Поэтому я всѣ вышеназванныя процедуры съ холодной водой назначаю въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ я имѣю дѣло съ ослабѣвшей сердечной дѣятельностью, съ сильнымъ угнетеніемъ нервныхъ центровъ, съ рѣзко выраженнымъ тифознымъ состояніемъ, и т. д. Послѣ ванны, обертываній или душъ такой субъектъ часто приходитъ въ себя, дѣлаетъ болѣе глубокіе вздохи, сердце его начинаетъ работать энергичнѣе, пульсъ дѣлается рѣже и вмѣстѣ съ тѣмъ полнѣе, сильнѣе. Практическіе врачи приведутъ вамъ примеры гдѣ такимъ образомъ возвращались къ жизни больные, которые до этого были въ отчаянномъ состояніи. Обертываніе и души въ такихъ обстоятельствахъ умѣстнѣе, такъ какъ возбуждающее ихъ дѣйствіе сильнѣе чѣмъ дѣйствіе ваннъ. Ванны я назначаю въ другой формѣ и съ другой цѣлью. При крупозной пнеймоніи, гдѣ такую важную роль играетъ выведеніе продуктовъ обратнаго метаморфоза, не слѣдуетъ пренебрегать средствами, усиливающими секреторную дѣятельность разныхъ органовъ. Сюда относятся, между прочимъ, кожныя железы, именно потовыя. Въ ваннахъ мы имѣемъ одно изъ лучшихъ средствъ, чтобы поднять дѣятельность кожи, но для этого температура ихъ не должна быть очень низка, обыкновенно около 28 градусовъ. Не слѣдуетъ думать, что эффектъ такой ванны исчерпывается ея мѣстнымъ дѣйствіемъ на кожу, — она оказываетъ также отдаленное вліяніе на нервныя центры, иногда даже болѣе могучее, чѣмъ холодная ванна. Результатъ далеко не пропорціоналенъ количеству отнятаго тепла.

Этимъ я заканчиваю разборъ жаропонижающихъ средствъ и перехожу къ изложенію другихъ терапевтическихъ мѣръ, примѣняемыхъ въ томъ случаѣ, когда реакція организма на патогенный агентъ дѣлается чрезмѣрной, и болѣзненные симптомы развиты сильнѣе, чѣмъ это необходимо для компенсаціи вызванныхъ пнеймоніей расстройствъ.

Здѣсь, прежде всего, обращаютъ на себя вниманіе одышка, кашель и боль.

Чувство недостатка воздуха мучительно само по себѣ. Кромѣ того, оно имѣетъ еще и другую неблагоприятную сторону: если оно очень велико, то ведетъ къ ненормальности дыхательныхъ движеній. Подъ вліяніемъ тетаническаго сокращенія дыхательныхъ мышцъ, грудная клѣтка расширяется иногда до максимальныхъ предѣловъ, актъ пассивнаго выдыханія при этомъ сильно затрудняется и, какъ компенсаторное явленіе, при этомъ наблюдается активное сокращеніе выдыхателей. Такое расстройство дыханія затрудняетъ циркуляцію крови въ маломъ кругу. То же слѣдуетъ сказать и о кашлѣ. Въ умѣренной степени онъ полезенъ, такъ какъ, благодаря ему, удаляется изъ воздухоносныхъ путей часть эксудативныхъ массъ. Напротивъ, сильный кашель, съ одной стороны, беспокоитъ больного, утомляетъ дыхательныя мышцы и, вообще, бесполезно ослабляетъ его силы, а съ другой, нарушая механизмъ дыханія, такъ-же какъ и сильная одышка, увеличиваетъ препятствія для легочнаго кровообращенія. Боль, въ большинствѣ случаевъ, только усугубляетъ неблагоприятныя послѣдствія кашля и одышки. Вы легко можете уменьшить интенсивность названныхъ симптомовъ назначеніемъ наркотическихъ средствъ. Давая внутрь опій, белладонну, *hyosciamus*, хлоральгидратъ, или дѣлая подкожныя впрыскиванія морфія, кокаина, вы можете успокоить больного, дать ему возможность спать и такимъ образомъ сохранить его силы для дальнѣйшей борьбы съ болѣзнетворнымъ агентомъ. Не доводите только больного до сильного наркоза, не прописывайте большихъ дозъ, иначе вы достигнете совершенно обратныхъ результатовъ, чѣмъ тѣ, которые вы имѣете въ виду.

Хотя я не придаю состоянію сердечной дѣятельности такого исключительнаго значенія, какъ школа нѣмецкая, хотя хорошій пульсъ для меня еще не составляетъ ручательства за благопріятный исходъ болѣзни, тѣмъ не менѣе, пульсъ слабый, частый, аритмичный есть симптомъ, въ высшей степени, опасный. Не такъ давно его старались предотвратить назначеніемъ наперсточной травы. На нее смотрѣли, какъ на *tonicum* для сердца, давали поэтому съ самаго начала болѣзни и притомъ въ большихъ дозахъ. Какъ-разъ у такихъ больныхъ я чаще всего встрѣчался съ упадкомъ сердечной дѣятельности, вѣроятно, благодаря кумулятивному дѣйствию средства. Поэтому я назначалъ его въ гораздо меньшихъ пріемахъ; въ формѣ настоя отъ 6—10—12 гранъ на шесть унцій — по ложкѣ черезъ два часа. Но и въ такой формѣ я его не считалъ обязательнымъ при крупозной пнеймоніи. Вовсе не доказано, чтобы при немъ теченіе болѣзни было благопріятнѣе, чѣмъ безъ него.

Гораздо умѣстнѣе, чѣмъ *digitalis*, другія сердечныя средства, не имѣющія кумулятивнаго дѣйствія, напримѣръ, *adonis* и *convallaria*.

Сюда относится также и калийная селитра. Это одно изъ самыхъ древнихъ средствъ. Старые врачи, считавшіе пневмонію за мѣстный воспалительный процессъ, назначали ее здѣсь какъ противо-воспалительное. Послѣ того, какъ мы познакомились съ вліяніемъ калийныхъ солей на сердце, въ этомъ именно свойствѣ и слѣдуетъ искать объясненія ея полезнаго дѣйствія при данномъ заболѣваніи. Выгода селитры состоитъ въ томъ, что, дѣйствуя благоприятно на сердце, она быстро выводится изъ организма, почему и не представляетъ кумулятивнаго эффекта. Кромѣ того, селитра обладаетъ сильнымъ мочегоннымъ дѣйствіемъ, которое должно играть очень полезную роль въ выведеніи изъ организма различныхъ вредныхъ веществъ, о которыхъ у насъ уже была рѣчь раньше. Тотъ же эффектъ можетъ быть достигнутъ и назначеніемъ другихъ сердечныхъ средствъ, такъ какъ всѣ они обладаютъ мочегонными свойствами.

Разстройство сердечной дѣятельности иногда ведетъ къ отеку легкихъ. Этотъ симптомъ представляетъ индикацію къ венесекціи. Очень вѣроятно, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ происхожденіе отека зависитъ отъ неравномѣрной дѣятельности обѣихъ половинъ сердца, лѣвая половина котораго работаетъ недостаточно, а правая усиленно, — быстрое извлеченіе крови изъ венознаго сосуда можетъ восстановить болѣе правильное распределеніе крови въ обоихъ желудочкахъ и повести къ быстрому всасыванію выпота.

Мнѣ, въ моей практической медицинской дѣятельности приходилось прибѣгать къ кровопусканіямъ очень рѣдко, причемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ результатъ былъ блестящій, въ другихъ отекъ нисколько не уменьшался: не смотря на кровопусканіе, даже нарасталъ и больные погибали.

Если жидкіе продукты скопляются въ бронхахъ, назначаются средства, усиливающая экспекторацію: апо-морфинъ, ипекакуана, сенегъ.

Наконецъ, я долженъ еще упомянуть объ одномъ методѣ лѣченія, который постепенно былъ забытъ, но который приходится припомнить послѣ того, какъ, благодаря открытію пневмококковъ, паразитарный характеръ крупозной пневмоніи сталъ внѣ всякаго сомнѣнія.

Этотъ методъ состоялъ въ примѣненіи одного изъ наиболѣе сильныхъ дезинфицирующихъ средствъ — ртути. Самымъ яркимъ партизаномъ такого лѣченія у насъ, въ Россіи, былъ покойный профессоръ Эккъ. Назначая ртутную мазь, онъ говорилъ, что этимъ онъ „стираетъ легочный эксудатъ“. Для втиранія обыкновенно назначались полуунцовыя дозы за разъ. Въ такихъ же сравнительно большихъ количествахъ онъ давалъ ртуть и внутрь въ формѣ сулемы: отъ 2—3 гранъ на 6 унцій бѣлочной микстуры, которая давалась втеченіе 3—4 дней до самаго кризиса. По его словамъ, онъ такимъ образомъ спасалъ больныхъ. Можетъ быть, въ нѣкоторыхъ случаяхъ такъ и было на самомъ дѣлѣ. Способъ этотъ существовалъ еще за долго до открытія пневмококковъ, и въ настоящее время выдвигается снова. Въмѣсто сулемы я назначаю каломель — меньше риска вызвать саливацію и разстройство кишечника. Если есть задержка желчи и кала, то даю $\frac{1}{2}$ грана нѣсколько разъ въ день, въ противномъ случаѣ уменьшаю дозу до $\frac{1}{6}$ грана и повторяю ее, но не больше 3 разъ въ сутки.

Въ самое послѣднее время явилось предложеніе вводить сулему въ заболѣвшіе участки легкаго. Заявлены случаи, гдѣ съ помощью Правацевскаго шприца въ инфильтрированную ткань легкаго вводилось до 25 к. с. раствора, содержавшаго 1 часть двухлористой ртути на 4000 частей воды, якобы вслѣдъ за этимъ получалось улучшеніе мѣстнаго процесса.

Во всемъ остальномъ при лѣченіи крупозной пневмоніи вы будете поступать, какъ и при лѣченіи другихъ инфекціонныхъ формъ. Такъ, когда явятся симптомы, указывающее на приближающейся коляпсъ, вы назначите вино, арнику, камфору, мускусъ.

На все время теченія болѣзни, вы, конечно, поставите больного въ наивозможно лучшія гигиеническія условия: позаботитесь о надлежащей вентиляціи воздуха, которымъ онъ дышетъ, дадите ему легкую, удобоваримую пищу, напримѣръ, молоко, мясной настой, предложите ему спокойное положеніе въ постели, и т. д.

УДК 616.24-002