

С.П.Боткин

Крупозное воспаление легких¹⁾

Источник: Клиническія лекціи профессора С.П.Боткина, читанныя въ Императорской Военно-Медицинской Академіи въ 1883–88 годах²⁾
(сост. М.В.Яновскимъ). С.-Петербургъ: Типографія А. Пороховщикова; 1899 г.

S.P.Botkin

Croupous pneumonia

Лекція третья

На этотъ разъ, вы видите предъ собою человѣка уже пожилого, — ему 53 года. Это субъектъ съ хорошо развитой костной и мышечной системами; подкожно-жирный слой мало развитъ. При первомъ взглядѣ на него вамъ ничего не бросается въ глаза, ничто васъ не поражаетъ.

Осматривая его болѣе внимательно, вы находите на кожѣ живота, груди, рукахъ пятна ярко-краснаго цвѣта, приблизительно одинаковой величины — около булавочной головки, съ рѣзкими краями и, болѣе или менѣе, круглой формы. При давленіи они не исчезаютъ; слѣдовательно, это первичныя петехіи, которыя рѣзко отличаются отъ вторичныхъ, наблюдаемыхъ, напр., втеченіе сыпного тифа.

Дыханіе нѣсколько учащено — 28 въ минуту. Типъ его общій; иногда замѣчается участіе въ актѣ вдоха грудино-ключичныхъ мышцъ, но не всегда; большею частью онѣ остаются въ покоѣ. Діафрагма работаетъ правильно. По временамъ выдохъ принимаетъ активный характеръ: здѣсь, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, при этомъ замѣчается сокращеніе брюшныхъ мышцъ и больше справа, чѣмъ слѣва. На шеѣ, кромѣ указанныхъ сокращеній *mm. sterno-cleido-mastoidei*, замѣчается ундуляція венъ.

Во время спокойныхъ вдоховъ, разницы въ движеніи обѣихъ половинокъ груди не замѣчается. При глубокомъ вдыхѣ лѣвая половина расширяется какъ будто меньше правой, но только какъ будто.

Ощупывая животъ, я въ первое время замѣчаю только неравномѣрность сопротивленія мышцъ въ различныхъ его частяхъ, болѣе сильнаго справа, чѣмъ слѣва. Когда больной сдѣлаетъ глубокій вдохъ, я по миллиарной линіи ощущаю выходящій изъ-подъ ложныхъ реберъ край печени. Селезенка не прощупывается ни внѣ, ни во время вдоха.

Сердечный толчекъ невидимъ и не ощупывается. Рука чувствуетъ какое-то диффузное дрожаніе, очевидно, вызываемое дѣятельностью сердца, ритмическое, замѣчаемое почти по всей сердечной области, но нигдѣ не представляющее замѣтнаго усиленія, которое бы напоминало вамъ толчекъ.

При перкуссии въ лежачемъ положеніи — незначительное уменьшеніе звучности подъ лѣвой ключицей; притупленіе у второго ребра по лѣвой парастернальной линіи. Сердце перкуторно не опредѣляется; на мѣстѣ соотвѣтственной тупости вездѣ легочный тонъ.

Печень по правой сосковой съ 6 ребра.

По правой аксиллярной линіи уменьшеніе звучности, начинающееся съ самой подмышечной впадины и простирающееся книзу, но не довольно сильное, чтобы мѣшать здѣсь опредѣленію верхней границы печени, которая выстукивается на своемъ нормальномъ мѣстѣ, на 7-мъ ребрѣ, и подвижна при вдохѣ. Кпереди это притупленіе кончается, не доходя пальца на два до сосковой линіи.

Животъ всюду представляетъ тимпаническій тонъ.

Сзади слѣва надъ лопаткой и на уровнѣ лопатки до ея нижняго угла тонъ замѣтно тупѣй, чѣмъ справа, на тѣхъ же мѣстахъ, а подъ лопатками наоборотъ: подъ лѣвой — нормальный легочный звукъ, а подъ правой — онъ рѣзко притупленъ, и это притупленіе сливается съ тѣмъ, которое мы нашли по правой аксиллярной линіи.

Въ мѣстѣ, соотвѣтствующемъ верхушкѣ сердца, два тона, то-же на *pulmonalis* и на аортѣ. Второй аортальный тонъ акцентуированъ. Въ каротидахъ при первомъ тонѣ шумъ; маленькія артеріи тона не даютъ. Спереди справа и слѣва сверху до низу везикулярное дыханіе. Справа оно короче и дѣлается еще короче по мѣрѣ передвиженія стетоскопа по направленіи аксиллярной линіи и внизъ. Здѣсь являются крепитирующие хрипы, не созвучные, но приобрѣтающіе этотъ характеръ, когда вы передвигаете стетоскопъ ближе къ подлопаточной области; тутъ они слышны всюду, гдѣ найденъ притупленный легочный звукъ. Выше этого мѣста на правой сторонѣ грудной клѣтки, сзади, вездѣ нормальное везикулярное дыханіе. Въ области лѣвой лопатки тоже

¹⁾ Лекціи, читанныя втеченіе осенняго семестра 1885 года.

²⁾ Статья печатается съ сохраненіемъ оригинальной орфографіи.

везикулярное дыхание, но гораздо жестче и с выходом. Под лопаткой оно не представляет ничего ненормального.

К изследованию грудной клетки остается еще прибавить усиление вибрации и бронхофонии, более рѣзкое под правой и менее заметное на лѣвой лопаткѣ.

Кожа горяча на ощупь. Температура под мышкой $39,4^{\circ}$ и довольно равномерно распределена по тѣлу. Пульс 88 в минуту, средней силы. Пульсовая волна средней величины. Артерии прощупываются внѣ пульса, толсты, извилисты. Нѣсколько плевковых мокроты, полученных от больного, имѣют слизисто-гнойный характер; красных кровяных шариков и фибринозных слѣпков не представляют. При соответственной обработкѣ найдено большое количество пнеймококков в каждом препаратѣ. Больной попал на лекции сразу по поступлении в клинику, а потому моча его не могла быть изследована.

Он жалуется на головную боль и слабость. Кромѣ этого, его больше ничего не беспокоит. Только путем тщательнаго выпрашивания удастся узнать, что больной кашляет, что кашель с мокротой, и что он сопровождается болями, локализирующимися не в обычном мѣстѣ, не в боку, гдѣ идет воспалительный процесс, а в подложечной области. По временамъ бываютъ познабливанія.

Заболѣлъ 11 дней назадъ, началось сильнымъ знобомъ, потомъ явилась головная боль и слабость. Четыре дня перемогался; на пятый долженъ былъ слечь в постель, вслѣдствіе общей слабости. Втеченіе болѣзни нѣсколько разъ замѣчалъ кровь в мокротѣ, впрочемъ в незначительномъ количествѣ. По ночамъ не бредит; спитъ спокойно, силы порядочныя; втеченіе дня встаетъ и прохаживается по комнатѣ.

Вы, конечно, догадываетесь уже, с чѣмъ мы тутъ имѣемъ дѣло. Мы нашли уменьшеніе звучности, усиленіе вибрации, бронхофонию и трескучіе крепитирующие хрипы в нижнихъ частяхъ правой половины грудной клетки. Всѣ эти данныя указываютъ на присутствіе в альвеолахъ экссудата, частью жидкаго, такъ какъ онъ позволяетъ воздуху проникать в легочные пузырьки, стѣнки которыхъ при этомъ разлипаются и такимъ образомъ производятъ упомянутые мелко-пузырчатые хрипы, — частью твердаго, о чемъ можно заключать по созвучному характеру хриповъ. Выпотъ занимаетъ почти всю нижнюю долю легкаго, слѣдовательно, это процессъ лобарный и притомъ острый, ибо продолжается только 11 дней. В виду такой давности заболѣванія вѣроятно крепитация, которую мы замѣтили, есть возвратная, *crepitatio redux*, — результатъ обратнаго развитія воспалительнаго процесса, хотя, конечно, возможно, что онъ только еще начинается, что выпотъ продолжаетъ образовываться и что крепитация эта первичная. Послѣднее мало вѣроятно. В настоящее время мы рѣшить этого вопроса не можемъ. Онъ выяснится впоследствии, смотря по тому, что будетъ дѣлаться с бронхальнымъ выдохомъ. Если выдохъ станетъ усиливаться, придется допустить первичную крепитацию, и наоборотъ — возвратную при его исчезаніи.

Къ какому бы заключенію мы ни пришли по этому поводу, сочтемъ-ли мы тѣ явленія, которыя найдены нами в нижней долѣ праваго легкаго, за начало или за конецъ воспалительнаго процесса, — и в томъ и в другомъ случаѣ нужно будетъ признать, что онъ затянулся дольше обыкновеннаго. вмѣсто того, чтобы кончиться на 5—7 сутки, онъ продолжается вотъ уже 11-й день. вмѣстѣ с тѣмъ остается и лихорадочное состояніе. В виду этого обстоятельства получаютъ особое значеніе результаты объективнаго изследованія в лѣвой лопаточной области. Вы помните, что в этомъ мѣстѣ мы нашли уменьшеніе звучности, усиленіе вибрации и голосового дрожанія и, наконецъ, выдохъ. Весьма вѣроятно, что это слѣды, которые оставилъ послѣ себя оставшійся крупозный продуктъ, что все заболѣваніе началось именно здѣсь. В то время, когда процессъ в лѣвомъ легкомъ протекалъ своимъ обычнымъ порядкомъ, явился новый фокусъ в правомъ легкомъ — тотъ, с которымъ мы имѣемъ дѣло в настоящее время.

Вы видѣли теперь два случая крупозной пнеймоніи. Обратите вниманіе на ту разницу, которую они представляютъ, не смотря на одну и ту же форму заболѣванія.

Первый больной стоналъ отъ боли, постоянно кашлялъ, задыхался, давая 40 дыхательныхъ движеній в минуту, при частомъ пульсѣ, — вообще, представляя рѣзкія явленія расстройства газации крови.

Второй — на боль и кашель почти не жалуется, дѣлаетъ в минуту только 28 дыханій и при этомъ субъективно не чувствуетъ совсѣмъ недостатка в воздухѣ, пульсъ его учащенъ очень незначительно, — словомъ, онъ переноситъ заболѣваніе чрезвычайно легко.

Я уже имѣлъ случай замѣтить, что старики переносятъ крупозное воспаленіе легкихъ гораздо труднѣе, чѣмъ молодые субъекты.

Здѣсь, повидимому, какъ разъ наоборотъ. Но это противорѣчіе только кажущееся. Оно находитъ свое объясненіе, прежде всего, в мѣстныхъ особенностяхъ процесса в томъ и другомъ случаѣ.

Въ первомъ былъ довольно значительный плевритъ, который, с одной стороны, сдавливалъ легкое, а с другой — давалъ боли, — два неблагоприятныхъ условія, препятствовавшихъ больному глубоко вздохнуть. Дѣйствительно, онъ дышалъ весьма поверхностно. Напротивъ, во второмъ случаѣ плевритъ совсѣмъ не опредѣляется, по крайней мѣрѣ, клинически. Его можно допустить только на томъ основаніи, что у больного крупозная пнеймонія. Боли здѣсь отсутствуютъ и больной можетъ дѣлать глубокіе вздохи совершенно безпрепятственно.

Кромѣ того, у предыдущаго больного при выслушиваніи груди всюду в мѣстахъ, незанятыхъ крупознымъ продуктомъ, слышались сонорные и свистящіе хрипы. Затѣмъ, в тѣхъ областяхъ, гдѣ былъ выпотъ, одновременно с крепитацией замѣчалась и субкрепитация; другими словами, крупозный процессъ в альвеолахъ

тамъ сопровождался распространеннымъ бронхитомъ. Ничего этого нѣтъ въ теперешнемъ нашемъ случаѣ. Такъ что, относительно мѣстнаго процесса, этотъ больной, сравнительно съ прежнимъ, находится въ болѣе благоприятныхъ условіяхъ. Помимо указанныхъ мѣстныхъ причинъ, есть еще общія причины, благодаря которымъ здѣсь крупозная пневмонія даетъ менѣе бурную картину, чѣмъ у молодого субъекта: это старческий возрастъ больного. Старческая нервная система менѣе воспріимчива, менѣе возбудима, труднѣе реагируетъ на всякаго рода вліянія. Поэтому, старикъ жалуется гораздо меньше, субъективно переноситъ заболѣваніе несравненно легче, чѣмъ юноша. Это еще далеко не значитъ, чтобы тяжесть случая совпадала съ тяжестью субъективныхъ симптомовъ. Бываютъ пневмоніи, которыя при жизни не даютъ никакихъ почти явленій, которыя, тѣмъ не менѣе, служатъ непосредственною причиною смерти и открываются сюрпризомъ только на вскрытіи. Подобнымъ характеромъ отличаются въ особенности вторичныя пневмоніи, присоединяющіяся къ какому-нибудь другому заболѣванію, напимѣръ, тифу, и называющаяся такъ въ отличіе отъ первичныхъ, поражающихъ вполнѣ здоровыхъ субъектовъ.

Слѣдуетъ замѣтить, что крупозное воспаленіе легкихъ, подобно рожѣ, особенно часто присоединяется къ разнымъ инфекционнымъ заболѣваніямъ, въ противоположность тифу, который, напротивъ, выбираетъ здоровыхъ людей.

Присоединяясь къ какой-нибудь лихорадочной формѣ, напимѣръ, къ брюшному тифу въ его началѣ, крупозная пневмонія клинически становится на первый планъ и затемняетъ явленія основной формы и, наоборотъ, иногда совсѣмъ клинически не проявляется, развиваясь въ концѣ того же брюшного тифа. Я не говорю о тѣхъ формахъ центральныхъ пневмоній, гдѣ перкуторныя и аускультативныя явленія могутъ совершенно отсутствовать въ продолженіе нѣсколькихъ дней и гдѣ діагнозъ устанавливается по общему состоянію больного, по мокротѣ, этиологическимъ моментамъ и т. д. Въ подобныхъ случаяхъ, вѣроятно, будетъ выручать изслѣдованіе мокроты на пневмококки. Какъ бы то ни было, но повторяю, что иногда пневмоніи, проявляющіяся самыми ничтожными симптомами, нисколько не легче тѣхъ, которыя даютъ очень бурную картину.

Чтобы закончить сопоставленіе нашихъ двухъ случаевъ, мнѣ остается только указать на отсутствіе у перваго больного той сыпи изъ первичныхъ петехій, которая въ такомъ обиліи покрывала кожу живота и груди у втораго. Кромѣ того, замѣчу, что оба они представляли довольно сильную иктерическую окраску склеръ.

Передъ вами еще больной, съ той формой, которою мы въ настоящее время занимаемся. Въ этомъ, какъ и въ первомъ случаѣ, васъ, прежде всего, поражаетъ затрудненіе дыханія, но только, на этотъ разъ, затрудненіе выражено еще сильнѣе, еще рѣзче. Больной дышетъ съ открытымъ ртомъ, при большомъ участіи грудино-ключичныхъ мышцъ, чего въ предыдущихъ случаяхъ не было. Дыханіе громкое, частое, 32 въ минуту; слѣдовательно, меньше, чѣмъ у перваго больного. Тѣмъ не менѣе, чувство недостатка воздуха здѣсь несомнѣнно больше, только оно удовлетворяется не числомъ дыхательныхъ движеній, а ихъ объемомъ. Каждое дыханіе, въ этомъ случаѣ, глубже, благодаря болѣе энергичной работѣ дыхательныхъ мышцъ. Размахи грудной клѣтки, сравнительно, очень значительны. Типъ дыханія общій. Выдохъ производится активно — всякій разъ вы ясно видите при этомъ сокращеніе брюшныхъ мышцъ.

Въ двухъ межреберныхъ промежуткахъ, между 4, 5 и 6 ребрами, вы замѣчаете — и глазомъ, и рукой — сердечный толчекъ вправо отъ соска. Пульсъ даетъ 104 удара въ минуту. Волны равномѣрны по величинѣ, силѣ и ритму. Какъ и въ первомъ случаѣ, пульсъ представляетъ скачущій характеръ — *pulsus celer*, хотя менѣе рѣзко выраженный. Артеріи прощупываются внѣ пульсовой волны. Температура на ощупь повышена, термометръ даетъ 39,2°. Кожа на животѣ и на рукахъ изрѣдка усыяна первичными петехіями. Языкъ обложенъ грязнымъ налетомъ. Слизистая оболочка зѣва ярко-краснаго цвета, представляется набухшею. Язычекъ утолщенъ. Шейныя лимфатическія железы слегка увеличены съ обѣихъ сторонъ, но не болятъ. Склеры рѣзко иктеричны.

При внимательномъ осмотрѣ правая половина груди дышетъ какъ будто слабѣе лѣвой.

При перкуссіи въ лежачемъ положеніи небольшое уменьшеніе звучности подъ правой ключицей. По лѣвой парастернальной съ 3-го ребра притупленіе перкуторнаго тона, соотвѣтствующее верхней границѣ сердечной плоскости. Нижняя граница перкуссіей неопредѣлима. Вправо уменьшеніе звучности, принадлежащее сердцу, доходить до срединной линіи. По лѣвой аксиллярной звучность слегка ослаблена. Съ 8-го ребра книзу идетъ тимпаническій тонъ, маскирующий селезенку. Печеночная тупость по правой мамиллярной линіи съ 6 ребра, слегка подвижна при глубокихъ вдохахъ.

Между верхнею границею печени и нижнимъ краемъ *musculi pectoralis majoris* довольно сильное притупленіе тона, которое простирается чрезъ *axillar*-ную линію на заднюю поверхность грудной клѣтки.

Печень не прощупывается, можетъ быть, благодаря напряженію брюшныхъ мышцъ. Напряжение ихъ значительнѣе справа.

Сзади легкое уменьшеніе звучности надъ лѣвой лопаткой, которое внизу исчезаетъ. Ясный легочный звукъ выше правой лопаточной ости; подъ нею вполне феморальный тонъ, занимающей сзади всю правую половину груди до низу. Подъ лѣвой лопаткой тонъ тоже притупленъ, но такъ какъ у насъ нѣтъ для сравненія нормальнаго звука на соотвѣтственномъ мѣстѣ справа, то судить о степени тупости мы не можемъ. И сзади правая сторона расширяется слабѣе, чѣмъ лѣвая.

При выслушивании у верхушки сердца два тона; то-же на сосудах, вторые тоны на аорте и на легочной артерии с акцентами. Аускультация сердечных тонов сильно затрудняется сухими хрипами. Эти хрипы слышны как справа, так и слева по всей передней поверхности грудной клетки сверху до низу.

Сзади, с правой стороны, над лопаткой сухие хрипы, близкие к сонорным. Они здесь менее обильны, чем спереди. Начиная с лопаточной ости до низу, рѣзкое бронхиальное дыхание при вдохе и выдохе. Вправо оно простирается вплоть до аксиллярной линии и здесь вдруг рѣзко оканчивается, сменяется сонорными хрипами. Всюду, где выслушивается бронхиальное дыхание, слышна крепитация. Она обильнее всего на границах области тупого тона.

Сзади слева на лопатке очень жесткое дыхание, потерявшее характер везикулярного; а начиная с нижнего угла лопатки вниз, ясный бронхиальный выдох, хотя менее рѣзкий, чем справа, и усиливающейся по мере передвижения стетоскопа к правой половине груди; вероятно, он образуется в правой нижней доле, а в левую только проводится. Во время выслушивания этой области больной закашлялся, и после кашля бронхиальный выдох значительно усилился. Кроме того, при некоторых дыхательных движениях мне удалось уловить крепитирующие хрипы, которые потом снова исчезли. Вибрация голоса усилена на местах тупого звука и больше справа, чем слева.

При ларингоскопическом исследовании найдена общая краснота и припухлость всех частей гортани, в том числе и истинных голосовых связок. Ординатор больного заподозрил было отек гортани, чтобы объяснить затруднение дыхания, на которое я уже обратил ваше внимание. Я тогда же высказал сомнение в правильности такого объяснения, так как удушье здесь имеет совершенно другое происхождение и, действительно, вторичное исследование, сделанное на этот раз специалистом, показало, что вход в трахею достаточно широк, чтобы пропускать необходимое количество воздуха и что, не смотря на набухлость голосовых связок, здесь не может быть и речи об их отеке.

Мокрота выделяется больным в ничтожном количестве, она красного цвета от примеси крови и содержит большое количество пнеймококков.

Мочи за сутки собрано всего только 200 к. с. Часть ее, очень незначительная, потеряна при испражнениях. Она светлая, чем в обоих предыдущих случаях, и имеет почти нормальную окраску; мутна, уд. в. 1012 — не велика, содержит большое количество бѣлка. Осадок ее под микроскопом оказывается состоящим, главным образом, из красных кровяных шариков, с примесью безцветных тѣлец. Последние встречаются в большем количестве, чем слѣдовало бы ожидать, если бы присутствие их здесь было обусловлено исключительно одной геморрагией. Без счета, прямо на глаз, видно, что на каждое бѣлое тѣлце красных приходится несравненно меньше, чем в нормальной крови. Наконец, она содержит большее количество кровяных и мелкозернистых цилиндров. Хлоридов в моче 0,56 grm., мочевины 2,4 grm. Громадное уменьшение, которое не может быть объяснено ни ничтожными потерями мочи, во время испражнений, ни легким поносом, который наблюдается в этом случае, — тем более, что самый понос, может быть, составляет не причину, а слѣдствие падения количества мочевины в моче.

Больной жалуется на одышку, кашель, потерю голоса и сильную головную боль. Боль в правом боку является только при кашле и при глубоких вдохах, но так незначительна, что он заявляет о ней только при разговорах.

Захворал больной 18 дней тому назад: у него явился отек ног. Чтобы полѣчиться, он отправился в баню, и после этого почувствовал боль в горле и потерял голос. В течение двух недель отек ног исчез, но охриплость осталась, не смотря на то, что больной все это время находился в постели. Пять дней назад, ко всему, что было раньше, присоединилось затруднение дыхания. Бывшая и раньше слабость усилилась. На другой день, слѣд за этим ухудшением, больной поступил в клинику. Раньше он долго хворал перемежающейся лихорадкой.

Во время разговора, попутно, вы могли отметить еще один факт, относящийся собственно к области объективного исследования, а именно, ненормальность психики больного. Он напоминает с большим трудом, рассказывает безсвязно; приходится повторять по нескольку раз один и тот же вопрос, чтобы получить на него ответ. Начиная отвѣчать, больной часто не доканчивает того, что хотѣл сказать, и погружается в то безучастное, близкое к полусознательному, состояние, в котором он обыкновенно находится и из которого выводится только какими-нибудь сильными впечатлениями.

Нам остается дополнить собранные данные еще тем, что наблюдалось в течение последних 5 дней, когда больной находился в клинике.

При поступлении к нам, у него наблюдались почти все те симптомы, которые указаны мною сегодня, за исключением явлений в легких. В то время было только едва замѣтное притупление на всей правой лопатке ниже ее ости. В груди, особенно в правой ее половине, всюду были слышны сухие хрипы. Влажные субкрепитирующие, да и то в ничтожном количестве, выслушивались при первых глубоких вдохах на месте указанного уменьшения звучности. Легкие были всюду проходимы для воздуха. Тем не менее, одышка уже существовала в такой же самой степени, как и теперь. На слѣдующий день, тупость перкуторного тона на правой лопатке значительно усилилась, явилось рѣзкое бронхиальное дыхание и увеличилось количество субкрепитирующих хрипов, которые приобрели трескучий характер. Спустя еще сутки, область тупого тона, бронхиального дыхания, усиленной вибрации голоса — словом, область, занятая воспалительным

экссудатомъ, возрасла до тѣхъ размѣровъ, какіе она представляетъ въ настоящее время. Такъ что сегодня прибавилось только явленіе, отмѣченное нами подъ угломъ лѣвой лопатки.

Что касается до теченія болѣзни за тѣ три дня, что больной находится у насъ, то, оставляя въ сторонѣ цифры, которыя получены въ день поступленія въ клинику, такъ какъ на нихъ обыкновенно отражается вліяніе перѣзда, перемѣны мѣста и тому подобныхъ условій, значеніе которыхъ ближе опредѣлить невозможно, — мы видимъ, что 3 дня назадъ, приблизительно на 3—4 сутки послѣ начала легочнаго заболѣванія, температура утромъ 39,2, вечеромъ она поднялась до 39,9. На слѣдующій день, не смотря на распространеніе процесса, она падаетъ на 38,8 утромъ и ровно на 38,0 вечеромъ. Все это совершилось съ одной стороны безъ всякаго участія терапевтическихъ мѣръ, а съ другой — безъ улучшенія общаго состоянія, безъ особенной потливости, такъ что не можетъ быть и рѣчи о кризисѣ. Одновременно съ этимъ постепенно падаетъ и количество пульсовыхъ ударовъ съ 108 до 100 и число дыхательныхъ движеній отъ 36 до 30, и то, и другое незначительно, но все-таки падаетъ. Вѣроятно всего, что мы здѣсь имѣемъ ослабленіе реакціи организма подъ вліяніемъ задержки въ тѣлѣ продуктовъ метаморфоза.

Относительно количества мочи и мочевины, мы не можемъ дать совершенно точныхъ цифръ. Собрать все суточное количество мочи у тяжелаго больного, находящагося почти въ безсознательномъ состояніи, представляетъ громадныя затрудненія. Часть ея онъ теряетъ подъ себя, часть смѣшивается съ испражнениями и т. п. Но почти всегда мы можемъ сказать, много-ли ея потеряно или мало. Въ нашемъ случаѣ потеря была ничтожна въ сравненіи съ тѣмъ, что собрано. А самое большое количество собранной втеченіе сутокъ мочи было 400 к. с. Содержаніе мочевины въ ней — 6,2. Это за первыя сутки пребыванія въ клиникѣ. За вторыя собрано еще меньше, всего 200 к. с. — съ 2,4 ggm. мочевины. Эти явленія объясняются состояніемъ почечной ткани у нашего больного.

При микроскопическомъ изслѣдованіи мочи, въ ней найдена примѣсь красныхъ и бѣлыхъ шариковъ и разнообразныя почечныя цилиндры, — данныя, указывающія на острый паренхиматозный нефритъ. Такъ какъ, не смотря на явленія паренхиматознаго процесса, не смотря на лихорадку, удѣльный вѣсъ мочи все-таки сравнительно невысокъ, то слѣдуетъ думать, что паренхиматозная форма здѣсь явилась вслѣдствіе обостренія хронической интерстиціальной. А эта развилась подъ вліяніемъ перенесенной имъ малярійной инфекціи. Такимъ образомъ мы имѣемъ въ данный моментъ воспалительный почечный процессъ, поразившій одновременно и интерстиціальную ткань, и паренхиматозныя элементы, т. е. диффузную форму нефрита.

Этотъ нефритъ ничѣмъ не заявлялъ о себѣ, пока не присоединилась какая-то лихорадочная форма, въ высшей степени вѣроятія гриппозная (ею теперь страдаетъ $\frac{1}{3}$ Петербурга), не имѣющая ничего общаго съ крупозной пневмоніей. У больного явились отеки, которые, впрочемъ, скоро прошли. Только спустя двѣ недѣли отъ начала заболѣванія развилась крупозная форма, и мы здѣсь имѣемъ дѣло со вторичной пневмоніей, поразившей брайтика.

Я уже говорилъ вамъ, какъ легко она присоединяется къ тифу, рождѣ, септицеміи, вообще ко многимъ инфекціоннымъ заболѣваніямъ. Такъ же легко поражаются ею и нефритики. Подобная пневмонія можетъ протекать на сравнительно низкихъ цифрахъ. Въ извѣстныхъ стадіяхъ брайтовой болѣзни иногда идутъ безъ лихорадки обширныя флегмоны, хроническія пневмоніи. Конечно, низкую температуру въ такихъ случаяхъ никоимъ образомъ нельзя считать благопріятнымъ признакомъ. Вы здѣсь, между прочимъ, видите, неосновательность взгляда, который придавалъ лихорадкѣ такое исключительное значеніе въ теченіе разныхъ заболѣваній. Процессомъ въ почкахъ и его результатомъ — недостаточнымъ выдѣленіемъ продуктовъ обмѣна, объясняется еще одинъ выдающійся симптомъ у нашего больного. Одышка въ этомъ случаѣ несравненно больше, чѣмъ въ двухъ предыдущихъ. Я уже обратилъ ваше вниманіе на то обстоятельство, что она наблюдалась уже при поступленіи больного въ клинику, когда оба легкія были вполне проходимы для воздуха. Слѣдовательно, не въ нихъ слѣдуетъ искать объясненія. Можно было бы предположить препятствіе для дыханія въ суженіи голосовой щели, вслѣдствіе отека. Но вы слышали, что, не смотря на набухлость голосовыхъ связокъ, разстояніе между ними достаточно широко для прохода необходимаго количества воздуха. Слѣдуетъ, поэтому допустить, что состояніе *dyspnoe*, въ которомъ находится дыхательный центръ, вызывается не недостаткомъ кислорода и не обилиемъ углекислоты въ крови, а присутствіемъ въ ней какого-то другого агента, который далеко не безразлично относится и къ остальнымъ участкамъ нервной системы. Мы встрѣтились въ данномъ случаѣ съ жестокою головною болью и съ рѣзкимъ пораженіемъ психической сферы, выражающимся апатією, полусознательнымъ состояніемъ, сонливостью. Указанное состояніе нервныхъ центровъ здѣсь составляетъ индивидуальную фізіономію случая и объясненія для нея слѣдуетъ искать въ томъ, чѣмъ онъ отличается отъ другихъ случаевъ. Самая характерная его особенность — недостатокъ выдѣленія продуктовъ метаморфоза почками, почечная недостаточность. Поэтому, не удовлетворяясь объясненіемъ одышки пораженіемъ легочной ткани, слѣдуетъ допустить астму — и астму уремическаго характера.

По отсутствіи явленій плеврита, по отсутствіи субкрепитирующихъ хриповъ, тутъ больше сходства со вторымъ разобраннымъ нами случаемъ. Въ обоихъ поражены, главнымъ образомъ, альвеолы; бронхи свободны отъ крупознаго выпота.

Бронхитъ, особенно крупныхъ вѣтвей, здѣсь, правда, выраженъ очень рѣзко, какъ объ этомъ можно судить по обилию сонорныхъ хриповъ, но то процессъ катаральный, не имѣющій ничего общаго съ крупознымъ. Въ этомъ отношеніи теперешній больной больше напоминаетъ первый представленный вамъ случай.

Сдѣлавъ, такимъ образомъ, оцѣнку явленій у нашего больного и разставаясь съ нимъ, я долженъ васъ предупредить, что, въ данномъ случаѣ, мы должны быть готовы къ самому худшему. Имѣя дѣло съ вторичной двухсторонней крупозной пневмоніей, осложнившей хроническую брайтову форму, обострившей почечный процессъ до такой степени, что развились симптомы уреміи, мы, конечно, не должны ждать многого отъ нашихъ терапевтическихъ мѣръ.

Лекція четвертая

На прошлой лекціи я представилъ вамъ больного, у котораго были найдены несомнѣнные данныя, указывавшая на крупозный процессъ въ легкихъ. Мы имѣли дѣло съ острой лихорадочной формой, причемъ на нашихъ глазахъ развились явленія оплотнѣнія въ нижнихъ доляхъ, — сначала въ правой, а потомъ, хотя въ гораздо болѣе слабой степени, и въ лѣвой. Въ соответственныхъ мѣстахъ грудной клѣтки было замѣчено уменьшеніе звучности, крепитация, усиленіе голосового дрожанія, бронхофонія и, наконецъ, бронхіальное дыханіе. Слѣва оно было очень слабо и по мѣрѣ передвиженія уха къ противоположной сторонѣ усиливалось, такъ что его слѣдовало счесть проведеннымъ сюда справа. Въ мокротѣ была значительная примѣсь крови и большое количество пнеймококковъ.

Какъ ни велики были явленія въ легкихъ, тѣмъ не менѣе, ими одними никоимъ образомъ нельзя было объяснить той сильной одышки, которая поражала васъ при первомъ взглядѣ на больного. Это было невозможно уже по тому одному, что она существовала въ такой же почти степени еще въ то время, когда легкія были вполне проходимы для воздуха. Несмотря на сильный катарръ гортани, отека голосовой щели спеціалистъ не нашель, слѣдовательно, и здѣсь не усматривалось достаточной причины для одышки.

Перкуторно размѣры сердца не представляли отклоненій отъ нормы, за исключеніемъ правой его границы, которая доходила до срединной линіи. Его, конечно, слѣдовало предполагать увеличеннымъ уже по тому одному, что оно не казалось уменьшеннымъ, прикрытымъ легкими при такой степени одышки. Кромѣ того, мы имѣли небольшой артеріосклерозъ и пораженіе почекъ — процессы, ведущіе къ гипертрофіи сердечной мышцы. При аускультациі вездѣ выслушивались ясные тоны безъ шумовъ. На второмъ тонѣ легочной артеріи былъ найденъ акцентъ, который объяснялся затрудненіями въ легочномъ кровообращеніи вслѣдствіе крупознаго процесса. Второй аортальный тонъ былъ акцентуированъ, какъ этого и слѣдовало ждать у больного, представлявшаго диффузный нефритъ и нѣкоторую степень артеріосклероза. Пульсъ былъ нѣсколько учащенъ — 104 въ минуту, сильный, полный, ритмичный, безъ перебоевъ. Словомъ, и со стороны сердца не усматривалось, чѣмъ бы можно было объяснить сильную одышку нашего больного.

Въ виду всего этого, я долженъ былъ свести ее на особенное состояніе дыхательнаго центра, вызванное раздраженіемъ его кровью, содержащую избытокъ продуктовъ метаморфоза, которые не могли, какъ слѣдуетъ, выдѣляться, благодаря пораженію почекъ. Эти органы представляли картину хроническаго обострившагося нефрита, развивавшагося подъ влияніемъ маляріи, которою больной страдалъ раньше. Дальнѣйшее теченіе только подтвердило высказанное предположеніе. Въ такихъ случаяхъ астма обыкновенно возрастаетъ, пока не смѣнится судорогами или коматознымъ состояніемъ, въ которомъ больные и погибаютъ. Дѣйствительно, къ вечеру того дня, когда онъ былъ разобранъ на лекціи, больной вполне потерялъ сознаніе, развилась *coma*. По утру были замѣчены подергиванія въ правой верхней конечности, потомъ въ лѣвой половинѣ лица; наконецъ, общія клоническія судороги всего тѣла. Все это смѣнилось снова коматознымъ состояніемъ, которое не прекращалось до самой смерти. Послѣдняя, конечно, не была для насъ неожиданностью. Я еще на прошлой лекціи указывалъ на особенную тяжесть этого случая. Вѣрнѣе было его назвать безнадежнымъ.

Сегодня вы имѣете предъ собою органы покойнаго.

Нижняя доля праваго легкаго найдена въ состояніи сѣраго опечененія. Съ разрѣза соскабливается мутная жидкость — очевидно, наступилъ уже процессъ разрѣшенія. Верхняя и средняя доли въ состояніи отека, который особенно рѣзокъ при сравненіи съ верхними частями лѣваго легкаго, не представляющими ничего ненормальнаго. Но нижняя доля и съ этой стороны оказалась патологически измѣненной. Правда, при микроскопическомъ изслѣдованіи здѣсь была замѣчена только сильная гиперемія. Всюду на разрѣзѣ ножомъ соскабливалась пѣнистая жидкость, и можно было думать, что ткань легкаго вездѣ проходима для воздуха. Тогда бы слѣдовало объяснить явленія, найденныя при жизни подъ лѣвой лопаткой, пропагацией справа. На самомъ дѣлѣ, мы съ нашими клиническими методами были ближе къ истинѣ, чѣмъ это позволяютъ грубые анатомическіе приемы. Съ помощью микроскопа удалось потомъ доказать, что многія альвеолы были выполнены плотнымъ крупознымъ экссудатомъ, но только такіе легочные пузырьки лежали въ перемежку съ другими, изъ которыхъ воздухъ еще не былъ вытѣсненъ и, такимъ образомъ, маскировались при микроскопическомъ изслѣдованіи.

Сердце увеличено — длинникъ и поперечникъ его равны 11 сант. Толщина стѣнки лѣваго желудочка 1,5 сант., праваго—3 мм. Мускулатура блѣдна, плотна, клапаны безъ измѣненій.

Почки увеличены, корковый слой не утолщенъ, устья желтыми пятнами, блѣденъ, ткань почки рыхла. По даннымъ микроскопическаго изслѣдованія, нужно было допустить одинъ паренхиматозный процессъ, но микроскопъ обнаружилъ, помимо того, очень значительное разращеніе соединительной ткани.

Картина уреміи не оставляет послѣ себя постоянныхъ, во всѣхъ случаяхъ однихъ и тѣхъ же, слѣдовъ. Часто ихъ совсѣмъ нѣтъ. Патолого-анатомъ никогда не можетъ сказать, представлялъ-ли данный субъектъ при жизни картину уреміи, не справившись съ исторіей его болѣзни. Зная, что нашъ больной передъ смертью далъ почти всѣ явленія уреміи, мы къ посмертному ея выраженію должны отнести находки въ головномъ мозгу, отечность мягкой мозговой оболочки, особенно съ правой ея стороны, большое содержаніе влаги въ мозговой ткани, присутствие обильнаго количества жидкости въ желудочкахъ мозга и, наконецъ, точечныя кровоизліянія въ бѣломъ веществѣ и на поверхности полушарій мозга.

Очень рѣзкія патологическая измѣненія найдены въ селезенкѣ. Она оказалась значительно увеличенной и, будь больной въ другомъ состояніи — дыши онъ поглубже, но рѣже, не будь такого напряженія брюшныхъ стѣнокъ, — мы бы ее могли прощупать. Ткань этого органа представляла всѣ характерныя черты диффузнаго интерстиціального и паренхиматознаго процесса, толчокъ которому былъ данъ малярійной инфекціей. На капсулѣ замѣчены легкія помутненія, утолщенія и рубцы — явленія *perilienit'a*.

Печень плотна на разрѣзѣ представляетъ глинистый видъ — словомъ, такой же диффузный процессъ, только въ гораздо болѣе слабой степени.

Въ подвздошной кишкѣ найдены пигментированными Пейеровы бляшки — очевидно, слѣды давняго брюшного тифа, который тоже, подобно маляріи, могъ быть причиной вышеописанныхъ измѣненій паренхиматозныхъ органовъ.

Вотъ все, что найдено при вскрытіи. Теперь является вопросъ, отъ чего умеръ больной? Конечно, не отъ недостатка дышащей поверхности. Часто больные выживаютъ при гораздо большихъ пораженіяхъ легочной ткани. Собственно говоря, данныя аутопсіи не рѣшаютъ поставленнаго вопроса. Смерть наступила при нарастаніи явленій уреміи, — другими словами, вслѣдствіе задержки въ организмѣ продуктовъ, которые обыкновенно выдѣляются почками.

Итакъ, летальный исходъ былъ вызванъ самоотравленіемъ организма продуктами бѣлковаго метаморфоза. Въ этомъ отношеніи, нашъ случай очень поучителенъ, такъ какъ онъ наталкиваетъ на мысль искать аналогичную причину смерти и тамъ, гдѣ почки совершенно здоровы и гдѣ пневмоникъ умираетъ, несмотря на то, что пораженіе легочной ткани не больше чѣмъ въ легкихъ, которыя находятся теперь передъ вашими глазами. Умираетъ онъ иногда въ періодъ разрѣшенія, когда значительная часть легочной ткани дѣлается проходимою для воздуха, когда дѣятельность сердца настолько хороша, что даетъ право практическому врачу дѣлать еще недурное предсказаніе, температура понижается, а между тѣмъ отправленія психики не возстановляются, больной остается въ безсознательномъ состояніи и нерѣдко при хорошемъ пульсѣ наступаетъ смерть. Въ такихъ случаяхъ остается возможнымъ сдѣлать предположеніе о самоотравленіи организма какими-нибудь продуктами, можетъ быть, развивающимися подъ вліяшемъ жизни пневмококковъ, задерживающимися въ организмѣ и, такимъ образомъ, вызывающими пораженіе нервныхъ центровъ. Почему одинъ разъ такое отравленіе кончается смертью, а другой нѣтъ — это, конечно, зависитъ, прежде всего, отъ силы патогенныхъ свойствъ пневмококковъ. Я уже замѣтилъ въ первой лекціи, что степень этой силы очень разнообразна. Разнообразіе проявляется здѣсь какъ въ качественномъ, такъ и въ количественномъ отношеніи, какъ въ распространенности, такъ и въ интенсивности заразы.

Подобно всякой другой инфекціонной формѣ, крупозная пневмонія часто представляетъ эпидемическій характеръ. Такъ, были годы, когда я не могъ показать своимъ слушателямъ ни одного крупознаго пневмоника. Я, правда, встрѣчалъ отдѣльные случаи въ частной практикѣ или въ какой-нибудь больницѣ, но вообще ихъ въ городѣ было такъ мало, что въ клинику они не попадали вовсе. Въ другое время, напр., въ прошломъ году, ихъ было такъ много, какъ никогда. По крайней мѣрѣ, мнѣ лично ни разу не приходилось видѣть такого большого количества пневмониковъ. Въ городской барачной больницѣ, напр., одновременно бывало по 60 случаевъ, а теперь ихъ тамъ только 11. Величина распространенія эпидеміи колеблется въ весьма широкихъ предѣлахъ: разъ она занимаетъ цѣлыя громадныя области; а въ другой — ограничивается однимъ домомъ (домовыя эпидеміи).

То же слѣдуетъ сказать и о силѣ заболѣванія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Иногда вы видите много случаевъ затяжныхъ, неразрѣшающихся, иногда переходящихъ въ гангрену и кончающихся летально. Напротивъ, въ другомъ рядѣ случаевъ вы наталкиваетесь почти на однѣ легкія, абортивныя формы, кончающаяся на 4-й, 3-й день, человекъ только зачихорадилъ, мѣстныя явленія едва выражены; вы не находите вовсе притупленія, не слышите и слѣда бронхіальнаго дыханія, а только въ концѣ глубокаго вздоха попадаютъ крепитирующие хрипы, — и заболѣваніе быстро окончивается критическими явленіями: температура круто падаетъ, является сильный потъ, на лицѣ высыпаетъ *herpes labialis*; смертность понижается до 6%.

Иногда я годами не видѣлъ гангрены легкихъ, а въ прошломъ году я встрѣтилъ нѣсколько такихъ случаевъ.

Да и теченіе одной и той же эпидеміи, въ разное время интенсивность заболѣваній меняется; такъ, напр., въ слѣдующей таблицѣ доктора Кувшинскаго представлены колебанія въ числѣ поступившихъ и умершихъ крупозныхъ пневмониковъ для каждаго года и мѣсяца за все время существованія городской Александровской барачной больницы.

Больных крупозной пневмонией:

Поступило въ 1882 году		78	умерло	5	% смертн.	6,4
" 1883		201	"	23	"	11,0
" 1884	м.	277	"	33	"	11,4
	ж.	75	"	17	"	22,0
" 1885	м.	308	"	36	"	11,6
	ж.	77	"	13	"	16,8

По мѣсяцамъ:

	Поступило:						Умерло:					
	1882	1883	1884	1885	Итого.	% ко всему числу.	1882	1883	1884	1885	Итого.	% смертности къ поступившимъ
Въ январѣ	0	5	39	65	109	10,2	0	0	3	5	8	7,3
" февралѣ	0	18	34	57	109	10,2	0	0	4	10	14	12,8
" мартѣ	0	25	68	71	164	15,4	0	3	7	8	13	10,9
" апрѣлѣ	6	38	30	76	150	14,0	0	4	5	7	16	10,6
" маѣ	15	21	27	59	122	11,4	0	5	6	9	20	13,3
" июнѣ	8	13	21	48	90	8,4	0	3	5	5	13	14,4
" июлѣ	6	9	2	20	37	3,4	0	1	1	3	6	16,2
" августѣ	2	4	20	20	46	4,3	0	0	7	2	10	21,7
" сентябрѣ	7	6	17	18	48	4,5	0	1	0	0	0	0
" октябрѣ	11	16	15	×	40	3,7	1	1	3	×	5	12,5
" ноябрѣ	6	11	11	×	30	2,1	1	1	1	×	3	10,0
" декабрѣ	17	35	68	×	120	11,2	3	3	8	×	14	11,66
Итого	78	201	352	434	1065	—	5	23	50	49	127	11,9
<i>Pneum. croup, et mening. cerebro-spin.</i> } 12												
1077											139	12,9

Порядокъ мѣсяцевъ за всѣ 4 года

По количеству поступившихъ:	По числу умершихъ, %:
1. Мартъ = 164	1. Августъ 10—21,7
2. Апрельъ = 150	2. Июнь 6—16,2
3. Май = 122	3. Июль 13—14,4
4. Декабрь = 120	4. Май 20—13,3
5. Январь = 109	5. Февраль 14—12,8
6. Февраль = 109	6. Октябрь 5—12,5
7. Июнь = 90	7. Декабрь 14—11,6
8. Сентябрь = 48	8. Мартъ 18—10,9
9. Августъ = 46	9. Апрельъ 16—10,6
10. Октябрь = 40	10. Ноябрь 3—10
11. Июль = 37	11. Январь 8—7,3
12. Ноябрь = 30	12. Сентябрь 0—0

По локализациі процесса:

	Было въ				Итого	%
	1882	1883	1884	1885		
<i>Pneumon. duplex</i>	9	15	20	29	73	6,8
" <i>dextra</i>	39	113	202	290	644	60,4
" <i>sinistra</i>	22	68	115	143	348	32,6
	70	196	337	462	1065	—

Мало того, къ вамъ могутъ явиться одновременно двое больныхъ изъ одного и того же дома, изъ одной семьи, одного возраста и приблизительно одинаковаго сложенія, но, тѣмъ не менѣе, представляющихъ громадную разницу въ силѣ заболѣванія. У одного абортивная форма, а у другого поражены оба легкая, у него кровавая моча, онъ желтъ, какъ лимонъ,— *pneumonia biliosa*. Въ обоихъ случаяхъ одно и то же заболѣваніе, а между тѣмъ, тяжесть заболѣванія, прогнозъ представляетъ громадную разницу. Процента смертности при

биліозной пнеймоніи, конечно, гораздо больше, чѣмъ въ обыкновенныхъ случаяхъ, и тяжесть заболѣванія такъ велика, что изъ нея думали сдѣлать отдѣльную форму. На самомъ дѣлѣ, она отличается отъ ординарныхъ пнеймоній только количественно. Вспомните, мы встрѣтили иктеричность склеръ во всѣхъ трехъ разобранныхъ случаяхъ. Особенно сильно она была выражена у послѣдняго больного. Нетрудно представить, да и на самомъ дѣлѣ встрѣчаются случаи крупознаго воспаления легкихъ, гдѣ желтуха еще интенсивнѣе — они составляютъ незамѣтный переходъ къ пнеймоніи биліозной.

Такъ вотъ какую громадную разницу въ силѣ заболѣванія представляютъ отдѣльные случаи крупозной пнеймоніи. Эта разница, вѣроятно, зависитъ отъ большей или меньшей степени злокачественности патогеннаго агента. Какъ мы уже говорили на первой лекціи, и пнеймококки разъ вызываютъ у животного при введеніи его въ организмъ пнеймоніи, въ другой — нѣтъ. То-же и съ чѣловекомъ. Сегодня пнеймококкъ представляетъ *toximit* ядовитости и вызываетъ пнеймоніи съ исходомъ въ гангрену, завтра онъ измѣняется и даетъ абортивную форму, а послѣ завтра онъ можетъ вовсе потерять свои патогенныя свойства и не произвести въ организмъ ровно никакихъ болѣзненныхъ явленій. Остальные этиологическіе моменты суть только причины, болѣе или менѣе ослабляющія организмъ въ его борьбѣ съ заразнымъ началомъ. Вотъ почему первые два больныхъ не могли указать никакой причины и только третій обвинялъ простуду. Дѣйствительно, простуда долгое время считалась почти единственнымъ этиологическимъ моментомъ для крупознаго воспаления легкихъ. Оно часто развивается вслѣдъ за сильнымъ и быстрымъ охлажденіемъ тѣла, особенно, если челоѣкъ раньше былъ въ разгоряченномъ состояніи: вышелъ потный на улицу и его продуло, провалился сквозь ледъ, напился холодной воды и т. п. И въ самомъ дѣлѣ, пнеймонія часто является вслѣдъ за простудой, но далеко не всегда. Всѣ опыты, имѣвшіе цѣлью вызвать ее охлажденіемъ у животныхъ, дали отрицательный результатъ.

Съ другой стороны, такую же, если не большую, роль играетъ простуда и въ этилогіи другихъ инфекціонныхъ заболѣваній. Если какой-нибудь болѣзнетворный агентъ разъ вызываетъ одно заболѣваніе, въ другой — другое, а иногда и вовсе ничего не вызываетъ, то, слѣдовательно, здѣсь нѣтъ прямой причинной связи. Очевидно, простуда въ такихъ случаяхъ является только предрасполагающимъ моментомъ. Нельзя отвергать, что холодъ, нарушая регуляцію тепла въ тѣлѣ или можетъ быть разстраивая потоотдѣленіе, въ состояніи вывести здоровый организмъ изъ стойкаго равновѣсія, ослабить его и сдѣлать такимъ образомъ восприимчивее къ заразѣ; чрезъ пищеварительные и дыхательные пути въ наше тѣло постоянно проникаютъ всевозможные носители заразы, и туберкулезныя и тифозныя бациллы, и пнеймококки, и скарлатинозная и коревая инфекции. До поры до времени мы легко съ ними справляемся; но они осиливаютъ, какъ только являются условія, ослабляющія организмъ.

Такъ дѣйствуетъ не одинъ холодъ. То же можетъ произвести и нравственное потрясеніе, особенно угнетающаго характера. Иной вамъ скажетъ, что заболѣлъ крупозной пнеймоніей потому, что сильно заработался, усталъ. Въ этихъ случаяхъ крупозное воспаление легкихъ встрѣчается для себя почву не менѣе благодарную, чѣмъ, напримѣръ, у субъекта, страдающаго тифомъ или, какъ въ послѣднемъ нашемъ случаѣ, нефритомъ. Поэтому холодъ можетъ быть названъ причиной пнеймоніи съ такимъ же правомъ, какъ тифозная бацилла и т. д. Все это только союзники вѣроятнаго виновника даннаго заболѣванія — пнеймококка, о которомъ у насъ уже была рѣчь на первой лекціи. Съ одной стороны, онъ встрѣчается только при этой формѣ, а съ другой — не было еще случая крупозной пнеймоніи, гдѣ бы онъ не былъ найденъ.

Продолжение — в № 5 / 2013 г.

УДК 616.24-002