

М. Маттес

Учебник дифференциальной диагностики

Часть 2

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 61(035)
ББК 51.1
М11

М11 **М. Маттес**
Учебник дифференциальной диагностики: Часть 2 / М. Маттес – М.: Книга по Требованию, 2023. – 492 с.

ISBN 978-5-8853-3538-6

ISBN 978-5-8853-3538-6

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2023
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2023

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первоизданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

В особенности трудно отличить от смертельно протекающей сердечной астмы картину полной эмболии легкого, когда больной бледнеет, не может вдохнуть и быстро умирает. Но и эмболии отдельных ветвей легочной артерии могут вызывать приступ внезапной одышки с одновременным чувством стеснения в груди, причем, как почти всегда при эмболиях, пульс становится малым и частым. Такого рода состояния могут быть в высшей степени сходными с приступом сердечной астмы, тем более что к ним могут непосредственно присоединяться явления легочного отека. В таких случаях диагноз инфаркта основывается на внезапном наступлении приступа без предшествующих явлений стеснения в груди; в том же смысле говорит и колюще в боку.

Необыкновенно трудным и даже совершенно невозможным может быть дифференциальный диагноз от нервной псевдоангины, вызываемой судорожным сокращением коронарных сосудов. В пользу такой вазомоторной псевдоангины говорят возраст, вызвавший приступ момент (действие холода, психогенное происхождение, в особенности на половой почве), одновременное присутствие мигрени, возможность внушающих влияний и в меньшей степени наличность каких-либо явлений расширения или сокращения периферических сосудов. Объективно за коронарный склероз говорит повышение кровяного давления во время приступа, а также когда больной тщательно избегает всякого движения, в то время как в случае псевдоангины он очень беспокоен. Во всяком случае у больных, перешедших за 40 лет, всегда следует быть крайне осторожным в своем суждении и окончательно высказывать его только после продолжительного наблюдения и приняв во внимание весь психический облик больного. Дифференциальный диагноз не имеет практического значения, поскольку нервная грудная жаба лишь исключительно редко протекает с астмоподобными явлениями.

Некоторое дифференциально-диагностическое значение может иметь мокрота сердечных больных. Самой характерной является пенистая, богатая белком, мокрота при легочном отеке. Но и при обыкновенных застойных катарах мокрота гораздо богаче белком, чем при других бронхитах; такое свойство можно использовать в дифференциально-диагностическом отношении, но не надо забывать, что много белка содержится и в туберкулезной мокроте. Чрезвычайно характерным для застоя в легких, особенно при митральных стенозах, являются так называемые клетки сердечных пороков как выражение имеющейся бурой застойной индурации легких. По данным Орта их надо рассматривать как альвеолярный эпителий, заключающий в себе железосодержащий пигмент. Распознавание их нетрудно, в сомнительных же случаях можно произвести микроскопическую реакцию (берлинская лазурь).

Мокрота
сердечных
больных

К р о в ь в м о к р о т е сердечных больных указывает на легочную эмболию; небольшая ее примесь часто встречается при сильном застое и отеке легких. (Дифференциальный диагноз см. в отделе о кровохаркании.) Иногда очень сильные профузные кровотечения наблюдаются при стенозе митрального клапана¹, но вообще обильные кровотечения, если не считать случайного прорыва аортальной аневризмы в бронх, явление редкое. Между прочим, надо сказать, что прорыв аневризмы не всегда обязательно смертелен. То же относится и к полной эмболии и тромбозу легочных артерий². При медленно развивающемся закрытии сосуда вместо легочных артерий начинают функционировать бронхиальные, и, по крайней мере, при покойном положении больного в постели кровообращение поддерживается в достаточной степени.

4. ЯВЛЕНИЯ СО СТОРОНЫ ПОЧЕК

Застойная почка

Нередко приходится решать вопрос, является ли альбуминурия следствием сердечного заболевания (главным образом в виде застойной почки) или наряду с расстройством кровообращения имеется также нефрит. Тот или другой ответ на этот вопрос имеет часто решающее значение для терапии, как например при назначении ртутных препаратов в качестве мочегонного; он строго противопоказан при нефрите, при застойной же почке часто действует великолепно. В общем скудное количество мочи высокого удельного веса с незначительным содержанием морфологических элементов (единичные гиалиновые цилиндры и эритроциты) говорит за чистый застой. Но надо иметь в виду, что хотя содержание белка при застойной почке обыкновенно и не высоко, но все же оно может достигать 5—6 pro mille.

Застойная почка

Более сильное повышение кровяного давления в большинстве случаев можно считать признаком первичного заболевания почек. Однако в нескольких случаях, наблюдавшихся мною в Кельне (описаны Гюртером), я находил значительное повышение кровяного давления при множественных почечных эмболиях без нефритических изменений. Больные страдали первичными поражениями сердца со всеми свойственными им симптомами (цианоз, одышка, сердечные отеки). Вполне понятно, что вследствие значительного напряжения почечной капсулы застойные почки часто сопровождаются болями в почечной области.

То же самое бывает и при почечных эмболиях. Всякая небольшая или более крупная эмболия сопровождается

¹ Например von Schwarz, Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13, 1907.

² Случай Hart, Dtsch. Arch., том 84, 85.

более или менее сильными болями, а часто и гематуриями. Последние могут вызывать боли не только в одной почечной области, но, например, и в области червеобразного отростка. Мне известен случай, в котором полная эмболия правой почки была ошибочно принята за аппендицит и больной оперирован. Очень редко встречаются двусторонние эмболии почечных артерий, быстро ведущие к смерти вследствие полного прекращения секреции мочи (Шмидт, Ортнер).

Поскольку можно судить по случайным находкам на вскрытии, почечные инфаркты могут протекать без всяких симптомов. Боли в почечной области могут быть очень значительными, но не иррадируют, как боли при почечнокаменной колике; яички на пораженной стороне тоже нечувствительны, и потягивание за семенной канатик боли не вызывает. Боли появляются внезапно, носят постоянный, а не коликообразный характер и через несколько дней постепенно проходят. Давление на почечную область и в особенности постукивание по ней, а также кашель, глубокое дыхание и выпрямление согнутого бедра их усиливает. Иногда можно найти ясную гиперестетическую зону Гедд, максимум которой лежит кнутри от верхушки XII ребра и на животе соответствует пункту, расположенному на 3—4 см кнаружи и на 2 см ниже пупка. Эта зона строго локализована лишь в начале заболевания. При больших эмболиях боли могут одновременно сопровождаться колапсом, рвотой, метеоризмом, задержкой стула и мочи, словом, всеми явлениями ложного *ileus*; можно найти даже напряжение мышц в почечной области. При септических инфарктах ко всему этому может присоединиться повышение температуры, ознобы и даже высокая лихорадка. Почти постоянная гематурия была уже упомянута, часто ее удается доказать лишь микроскопически.

Почечные
инфаркты

Других форменных элементов обыкновенно не бывает. Очень часто имеется олигурия. Большие почечные инфаркты всегда вызывают ясное учащение пульса.

Картину, подобную описанной, могут давать и инфаркты селезенки. Иногда они тоже протекают без всяких симптомов, но большей частью сопровождаются такими же постоянными, не меняющимися в своей интенсивности болями. Часто они усиливаются при дыхании. Имеется и геддовская зона, но она расположена выше. В дальнейшем течении иногда удается констатировать периспленитические шумы трения. Иногда после инфаркта селезенки в крови появляется множество ядродержащих эритроцитов, а если инфаркт поражает лейкоэмическую селезенку, то и много миелобластов (Негели, Моравиц).

Инфаркт
селезенки

Необходимо упомянуть еще о редко встречающихся очень сильных кровотечениях в почечное ложе, которые происходят от различных отчасти еще мало известных причин; чаще всего они наблюдались при своеобразном заболевании сосудов—ре-

Крово-
течение в
почечном
ложе

riarteriitis nodosa. Болезнь дает такие же симптомы, как и тяжелая почечная эмболия в соединении с симптомами внутреннего кровотечения. Она доступна диагнозу, если узловатые утолщения удастся констатировать и на периферических сосудах.

Понятно, что все описанные формы тяжелых эмболий и кровотечений приходится дифференцировать от перитонита, непроходимости и каменистой болезни. (Подробности в этом отношении см. в соответствующих главах.) Что касается случаев без явлений перитонита или непроходимости, то для дифференциального диагноза необходимо принимать во внимание все процессы, протекающие с острыми болями в почечной области. Если взять лишь наиболее часто встречающиеся, то сюда относятся опять-таки камни, интермиттирующий гидронефроз, острые пиелиты, в большинстве случаев обусловленные своим происхождением инфекцией кишечной палочкой, некоторые формы туберкулеза почек и, как уже было указано, аппендициты. Если обращать тщательное внимание на все другие, свойственные этим заболеваниям симптомы, то отграничение их вполне возможно. За инфаркт, кроме описанного симптомокомплекса, говорит, конечно, наличие сердечного страдания как источника эмбола. Он особенно часто встречается при аортальных эндокардитах, например, при *sepsis lenta*.

5. ЯВЛЕНИЯ СО СТОРОНЫ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

●очаговые
заболе-
вания

Как известно, очаговые заболевания головного мозга, как-то: апоплексии или эмболии и тромбозы, очень нередки в пожилом возрасте как следствие артериосклеротических изменений мозговых сосудов и особенно часто встречаются при гипертониях. Дифференциально-диагностический интерес представляют только гемиплегии, появляющиеся раньше 40 лет. Они обыкновенно обуславливаются или сифилитическим заболеванием сосудов, или эмболией на почве сердечного заболевания (большой частью *endocarditis lenta* или *ulcerosa*) или, наконец, нефритом, сопровождающимся гипертонией. Но все же и у более молодых людей иногда встречаются гемиплегии, которые нельзя отнести на счет органов кровообращения, и зависящие в свою очередь от энцефалитов, множественного склероза или опухолей мозга.

Сосуди-
стые
шумы

Некоторые очаговые заболевания, зависящие от местных изменений сосудов, дают себя знать ясными, доступными прослушиванию, большей частью систолическими шумами в области головы. Такие шумы слышны при травматических аневризмах (мне приходилось наблюдать их после огнестрельных повреждений), при сифилитических изменениях сосудов (в связи с одновременной аневризмой а. *apopulcae*). В исключительных



Рис. 69. Недостаточность аорты.

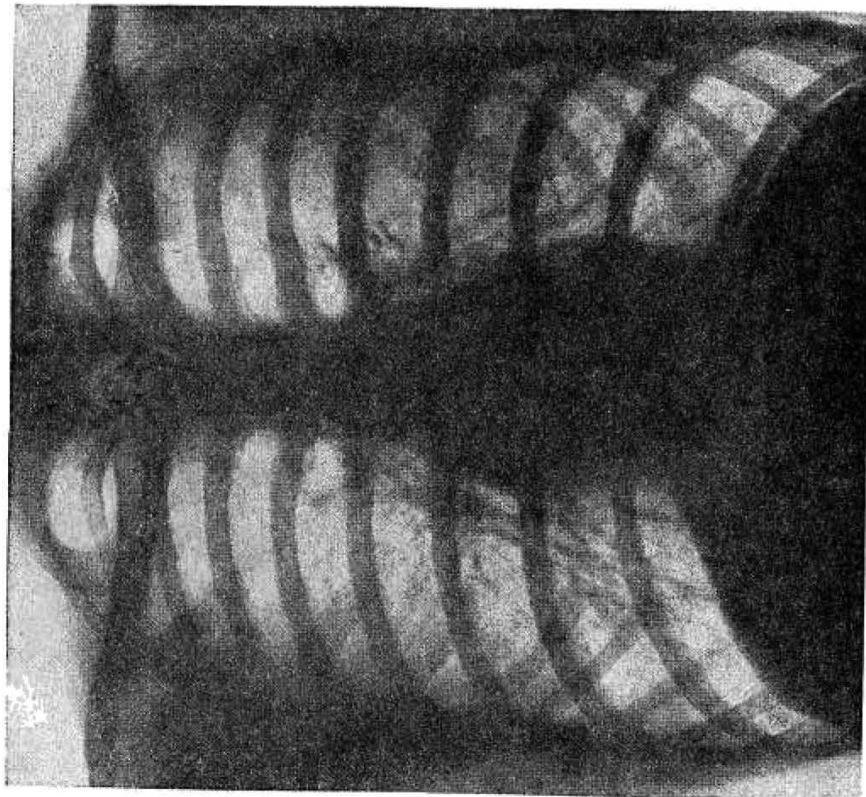


Рис. 70. Капельное сердце.

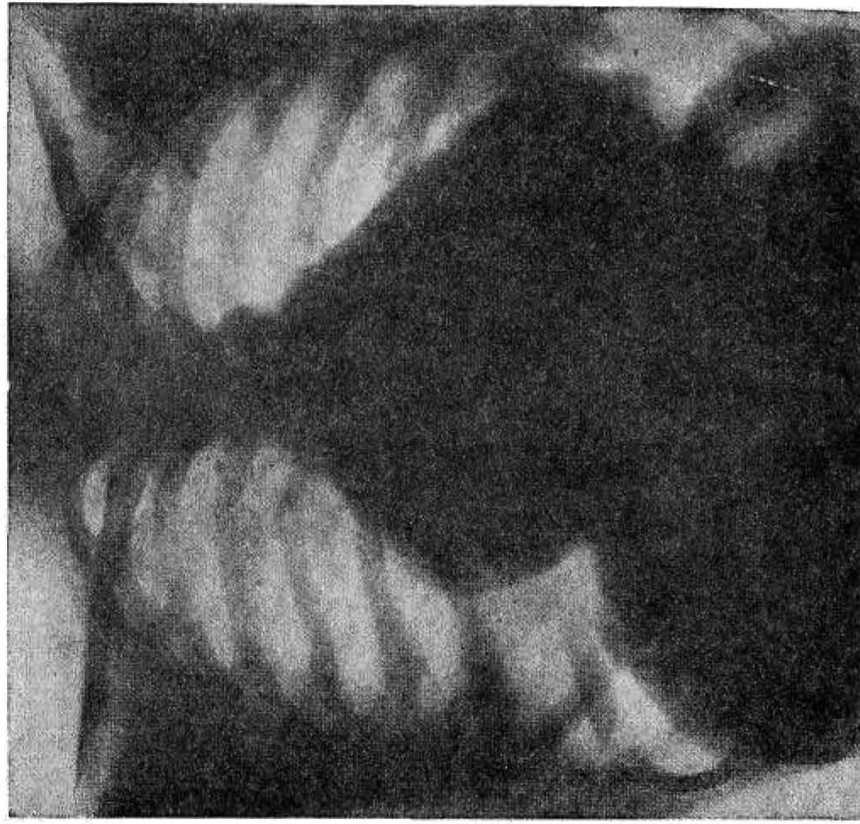


Рис. 71. Декомпенсированная митральная недостаточность и стеноз с реаким расширением правого предсердия.

случаях слышны стенозирующие шумы, когда опухоль сдавливает какую-нибудь большую внутричерепную артерию или, как в случае Мейера¹, они по неизвестной причине возникают в обильно васкуляризированной мозговой опухоли. Но при наличии таких доступных выслушиванию шумов наиболее вероятным является диагноз аневризмы внутричерепного сосуда. Наконец, ясный черепной шум можно слышать при очень редкой, *aneur. cirsoïdes* мозговых сосудов (большей частью сосудов мягкой мозговой оболочки). Иногда благодаря своеобразной группировке симптомов эта аневризма доступна диагнозу, и вызываемые ею явления могут быть улучшены или даже устранены путем перевязки приводящего сосуда. Поэтому будет нелишним вкратце привести характерные для нее симптомы. В большинстве случаев в анамнезе можно установить однократную или повторные травмы черепа. Очень медленно развиваются явления суживающего внутричерепное пространство процесса, причем почти всегда наблюдается застойный сосок, и очаговые симптомы в виде джексоновской эпилепсии или гемипарезов. Болезнь тянется десятилетиями, причем церебральные явления удивительно колеблются в своей интенсивности, часто давая очень продолжительные произвольные ремиссии. На черепе можно слышать довольно распространенный сосудистый шум. Все эти симптомы, за исключением замечательно длительного и непостоянного течения, могут встречаться и при обыкновенных аневризмах и опухолях, но в дальнейшем течении диагноз *aneur. cirsoïdes* становится более определенным, когда наряду с ними появляется расширение приводящего сосуда (например сонной артерии на одной стороне) и развивается левосторонняя гипертрофия сердца; причина этой гипертрофии не вполне ясна, но при *aneur. cirsoïdes* она наблюдается почти всегда. Кроме расширения артерий описаны и расширения вен, которые потом образуют опухолевидные образования на поверхности черепа. Наконец, диагностическое значение могут иметь и телеангиэктазии на других частях тела (подробное описание и литературу по вопросу об *aneur. cirsoïdes* см. у Изеншмидта²).

Артериосклеротические расстройства центральной нервной системы, не имеющие очагового характера, как известно, в легких случаях выражаются в головных болях, головокружении, в постепенно усиливающейся неспособности к умственной работе и подавленном душевном настроении. В более тяжелых случаях часто развиваются множественные очаги размягчения, а в связи с этим — спутанность сознания, параличи, главным образом в области мозговых нервов, и более продолжительные расстройства психической деятельности.

Артериосклеротические расстройства

¹ Charitéannalen N. F., том 14.

² Münchn. med. Wochenschr., Nr. 5, 1912.

Такие симптомы церебрального артериосклероза необходимо отличать: 1) от уремических состояний (см. главу о болезнях почек), 2) от сифилитических и метасифилитических состояний, в особенности от начальных стадий прогрессивного паралича, 3) от бульбарных и псевдобульбарных параличей и 4) в легких случаях от болезненных явлений неврастенического характера.

Здесь будет вполне достаточным лишь указать на все эти возможности, предоставив подробную их оценку дифференциальному диагнозу нервных болезней.

Хронический сердечный больной часто очень легко возбуждается, но вместе с тем его психические силы быстро истощаются и он постоянно находится в несколько угнетенном настроении, что еще больше усиливается от сознания неизлечимости его болезни. Но иногда, особенно в стадии расстройств компенсации, встречаются и психические расстройства, в особенности состояния буйного возбуждения с склонностью к бегству и насильственным действиям. Якоб, подробно исследовавший такие состояния, чаще всего находил их при декомпенсированных пороках клапанов и в качестве анатомического субстрата мог констатировать венозную гиперемия и периваскулярную инфильтрацию, а также дегенерации ганглиозных клеток мозговой коры. Между прочим такие психические расстройства наблюдались после чересчур быстрого устранения больших отеков, так что, следовательно, при первых же их признаках необходимо тотчас же отменить мочегонно действующие лекарства.

Из расстройств периферических сосудов надо иметь в виду лишь артериальные эмболии и тромбозы, а также и те, которые зависят от изменений артерий и появляются в виде припадков, как, например, интермиттирующая хромота. Такие состояния, *dyskinesia intermittens*, как их называют по предложению Детермана, бывают и в руках, и даже в желудочно-кишечной области (Ортнер) и языке¹.

Подобные же состояния, зависящие от спазма сосудов и встречающиеся чаще на ногах, бывают также у неврастеников. Для дифференциального диагноза таких случаев важно установить: 1) наличие как общих артериосклеротических изменений, так и изменений периферических сосудов (с помощью пальпации и рентгеновского снимка); 2) меньший по объему или отсутствующий пульс соответствующей артерии, также и вне припадков и 3) наличие ведущих к таким расстройствам хронических интоксикаций, в особенности злоупотребления табаком.

Интермиттирующую хромоту просмотреть трудно. После нескольких шагов внезапно появляется такая слабость конечности, которая вынуждает больного сесть или, по крайней мере, остановиться. Вместе с тем обыкновенно на-

¹ Литература у O e h l e r, Dtsch. Arch. f. klin. Med., том 92.

ступают и расстройства чувствительности, чаще в виде парестезий, реже—болей. После кратковременного отдыха все эти явления исчезают до тех пор, пока опять не наступит момент, когда кровоснабжение данной области окажется недостаточным. Интермиттирующая хромота иногда является предвестником дистальной артериосклеротической гангрены. Так как кроме старческого артериосклероза, к ней предрасполагает также и легкий диабет, то, имея перед собой случай интермиттирующей хромоты, нелишне подумать и о возможности диабета. Но если в моче найдется сахар, то надо остерегаться смешать ее с диабетическими невритами, протекающими под картиной двустороннего *ischias*. Перемежающаяся хромота может появляться на одной или обеих сторонах и большей частью поражает одну ногу сильнее, чем другую. Некоторое сходство с односторонней перемежающейся хромотой могут иметь симптомы медленно развивающегося церебрального тромбоза. И при некоторых заболеваниях спинного мозга, особенно при последствиях сифилитических заболеваний сосудов грудной и поясничной части, наблюдались синдромы, напоминающие интермиттирующую хромоту (так называемая *Claudication intermittente de la moelle épinière*, Déjerine).

Полное прекращение доступа крови к периферическим артериям вследствие эмболий или тромбозов, как известно, вызывает внезапную сильную ишемическую боль и судорогу мышц пораженной области и одновременно анестезию и парез или паралич в моторной области. Иногда на параличных местах развиваются болезненные контрактуры и получается характерная картина *anesthesia dolorosa*. Бледность и похолодание пораженного члена (реже цианоз), отсутствие артериального пульса и дальнейшее течение (отек и образование гангрены) очень скоро рассеивают все диагностические сомнения. Такого рода дистальные гангрены наблюдали при диабете, в старческом возрасте и при многих инфекционных болезнях, особенно при сыпном тифе, но иногда и при эмболиях на почве сердечных пороков.

В дифференциально-диагностическом отношении важен симптомом комплекс, вызываемый закупоркой брюшной аорты, потому что его можно принять за поперечный миелит. В большинстве случаев закупорка происходит ниже места отхождения почечных артерий, незадолго до деления, так как просвет аорты здесь уже значительно суживается. Явления закупорки те же, что и при стеносовском опыте: сильнейшие боли в нижних конечностях, чувствительные и двигательные параличи, пузырьные расстройства, большей частью в виде *ischuria paradoxa*. В дальнейшем течении отеки и пролежни. Если место закупорки находится выше, над *tricus Halleri*, то к картине болезни присоединяются явления закупорки мезентериальных сосудов или почечного инфаркта.

Закупорка
сосудов

Закупорка
брюшной
аорты

Закупорка аорты может также развиваться постепенно, путем тромбозирования; тогда начальные боли отсутствуют, и все явления развиваются тоже постепенно. Именно такие-то случаи и могут давать повод к смешению с первичным заболеванием спинного мозга, если не обратить должного внимания на свойства артериального пульса в пораженной области. При этом не следует забывать, что при закупорке аорты могут наблюдаться и повышения температуры; они, следовательно, не говорят против предположения эмболического или тромботического процесса. В некоторых случаях может наблюдаться довольно значительное улучшение всех явлений, вследствие развития коллатерального кровообращения. Понятно, что при исследовании обыкновенно находят в сердце или самой аорте первичные изменения, вполне объясняющие существующие эмболии или тромбоз.

6. ЯВЛЕНИЯ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Значение явлений со стороны органов пищеварения в дифференциально-диагностическом отношении отчасти было уже изложено в отделе о жалобах больных, а отчасти найдет место в главе о болезнях органов пищеварения.

Е. ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ОТНОШЕНИИ

Осмотр Относительно общих признаков сердечной недостаточности, обнаруживаемых при осмотре, как-то: цианоза, одышки и отеков, мы уже говорили выше. Кроме этого, при осмотре необходимо обращать внимание на общее телосложение и в особенности на форму грудной клетки. Наличие ожирения, особенно длинной, плоской или эмфизематозной грудной клетки, сколиоза и воронкообразной груди имеет, как мы увидим ниже, большое значение для толкования рентгеновской картины сердца; вместе с тем надо отмечать и местные отклонения от нормального строения, например сердечный горб, существование которого прямо указывает на увеличение сердца.

Ненормальные пульсации тотчас же дают известное направление диагнозу и указывают на определенные изменения. Пульсация вправду от верхнего конца грудины всегда заставляет думать об аневризме аорты или, по крайней мере, об опухоли в этой области, проводящей пульсации. Напротив, пульсация над областью легочной артерии может наблюдаться и у здоровых худощавых людей. О пульсации на шее и специально о венозном пульсе мы уже говорили подробно в главе об аритмиях. Положение и характер сердечного толчка, равно как и пульсации в подложечной области, дают определенные дифференциально-