

Цимсен Гуго Вильгельм

**Клинические лекции профессора Цимсена,
директора медицинской клиники в
Мюнхене**

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 34.01
ББК 67.4
Г93

Г93 **Гуго Вильгельм Ц.**
Клинические лекции профессора Цимсена, директора медицинской клиники в Мюнхене / Цимсен Гуго Вильгельм – М.:
Книга по Требованию, 2025. – 44 с.

ISBN 978-5-521-29599-9

ISBN 978-5-521-29599-9

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2025
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2025

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.

Къ патологіи и терапіи скарлатины.

Милостивые Государя!

Въ числѣ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней, которыя распространяются исключительно чрезъ посредство человѣческаго тѣла, первое мѣсто принадлежитъ *скарлатинѣ*. Она заняла его съ тѣхъ поръ, какъ заболѣванія оспой, благодаря предохранительнымъ прививкамъ, уменьшились до минимума и болѣзнь эта потеряла свое прежнее значеніе для народнаго здравія. Старое историческое названіе „острая сыпь“ все больше и больше выходитъ изъ употребленія и этимъ мы обязаны современному развитію нашихъ патологическихъ воззрѣній. Въ былое время сыпь считали самымъ существеннымъ въ болѣзни; теперь же мы смотримъ на нее лишь какъ на одно изъ мѣстныхъ проявленій инфекціоннаго состоянія, какъ на локализацию инфекціоннаго агента въ кожѣ, совершенно аналогичную локализациямъ другихъ инфекціонныхъ зародышей, напр: локализациі въ мягкой оболочкѣ при *meningitis cerebrospinalis*, въ Пейеровыхъ фолликулахъ при брюшномъ тифѣ, на слизистой оболочкѣ ободочной и прямой кишки при кровавомъ поносѣ и др. Если желаютъ въ самомъ названіи этой группы болѣзней сдѣлать особенное удареніе на пораженіе кожи, то можно съ полнымъ основаніемъ говорить объ *острыхъ сыпныхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ*.

Подобно дифтериту, скарлатина имѣетъ голову Януса: мирное выраженіе въ спорадическихъ случаяхъ и въ легкихъ эпидеміяхъ, и съ другой стороны—грозное, воинственное лицо въ злокачественныхъ эпидеміяхъ.

О скарлатинѣ вы не должны, мм. гг., составлять себѣ сужденія по относительно невиннымъ картинамъ болѣзни, которыя вы наблюдаете здѣсь, въ нашей больницѣ, или даже въ дѣтскомъ госпиталѣ. Изучайте эту коварную болѣзнь въ семействахъ и въ особенности въ хижинахъ бѣдняковъ, въ маленькихъ городкахъ и

въ деревняхъ. Здѣсь только вы узнаете всю злокачественность, къ которой способна эта инфекціонная болѣзнь, и научитесь страшиться ея. Въ большихъ городахъ заболѣванія скарлатиной не часто накаплиются въ такихъ размѣрахъ, чтобы импонировать, какъ тяжелая эпидемія. Но въ маленькихъ городкахъ, въ деревняхъ, гдѣ скарлатина появляется, подобно кори и дифтериту, лишь разъ въ 3—4 года, тамъ можно увидѣть, какъ неодинаковъ бываетъ характеръ отдѣльныхъ эпидемій. За очень легкими эпидеміями, дающими смертность въ 2—4%, слѣдуютъ самыя тяжкія, со смертностью въ 20—30%. Я видѣлъ эпидеміи, которыя уносили четвертую часть всѣхъ заболѣвшихъ, уничтожали подростающее поколѣніе, а нѣкоторые семейства лишали всѣхъ ихъ дѣтей. Подобныя эпидеміи, отличающіяся чрезвычайнымъ разнообразіемъ и необыкновенною злокачественностью осложнений, нужно пережить самому, чтобы не повѣрить инымъ авторамъ, утверждающимъ, что скарлатина не злокачественная болѣзнь.

Т. наз. доброкачественность этой инфекціонной болѣзни имѣемъ въ некоторомъ образомъ традиціонное происхожденіе, и ведетъ начало со временъ *Sydenham*'а, который считается основателемъ ученія о тождествѣ скарлатиннаго заболѣванія. Изъ своихъ наблюденій надъ большими лондонскими эпидеміями въ 1661 и 1675 г. онъ сдѣлалъ заключеніе, что рѣчь идетъ здѣсь о болѣзни *suī generis*, при лѣченіи которой, однако, достаточно, чтобы больной воздерживался отъ мяса и спиртныхъ напитковъ, не выходилъ на свѣжій воздухъ и не оставался постоянно въ постели. При такомъ простомъ лѣченіи эта „*morbi nomen (vix enim altius assurgit) sine molestia aut periculo quovis facillime abigitur*“. Такъ опредѣляетъ эту болѣзнь одинъ изъ самыхъ проникательныхъ и опытныхъ врачей XVII-го столѣтія. Совершенно другого рода отзывы даетъ въ срединѣ XVIII столѣтія *de Haen* о злокачественной эпидеміи, которая наблюдалась въ Голландіи въ 1748 г. Несмотря на это, *Sydenham*'овская легенда о легкости скарлатины страннымъ образомъ продолжаетъ существовать до второй половины XVIII столѣтія, когда рядъ тяжелыхъ эпидемій, свирѣпствовавшихъ почти во всѣхъ странахъ Европы, измѣнилъ взгляды врачей и показалъ имъ, что въ скарлатинѣ мы имѣемъ инфекціонную болѣзнь, эпидеміи которой могутъ представлять различнѣйшія степени злокачественности.

Впрочемъ, слѣдуетъ указать на то, что не *Sydenham*, какъ всѣ думаютъ, первый узналъ и описалъ скарлатину, какъ самостоятельную болѣзнь, а нѣмецкій врачъ и ученый, Виттенбергскій профессоръ *Daniel Sennert*, или, пожалуй, даже *Döring*, котораго

описаніе едва ли не лучше *Sennert*'овскаго и появилось въ одно время съ послѣднимъ, въ 1625 году. Правда, ни одинъ, ни другой изъ названныхъ авторовъ не дали болѣзни названія, какъ это сдѣлалъ *Sydenham*. По *Sennert*'у сыпь распространяется по тѣлу подобно рожѣ, но онъ относитъ ее скорѣе къ кори, такъ какъ она поражаетъ только дѣтей, тогда какъ рожа поражаетъ и взрослыхъ. Быть можетъ, говоритъ *Sennert*, это то страданіе, которое *Forestus* называетъ *Purpura et rubores*, а неаполитанцы, какъ передастъ *Philipp Ingressias*, назвали *rosalia*. *Sennert* совершенно правильно оцѣнилъ всю серьезность этой болѣзни и опасность ея для жизни; тѣмъ болѣе слѣдуетъ удивляться оптимистическому воззрѣнію *Sydenham*'а, который судилъ только на основаніи своихъ собственныхъ наблюденій и, повидимому, не зналъ о работѣ своего крупнаго предшественника *Sennert*'а.

Послѣ чрезвычайно рельефнаго изложенія теченія болѣзни, *Sennert* говоритъ: „*Malum hoc grave, periculosum et saepe lethale est. Nam calor est ferventissimus, sitis inextingibilis, et plerumque pulmonum, faucium et aliorum viscerum inflammationes, deliria et alia mala urgent. In declinatione... cutis squamarum instar decidit; mox pedes ad talos et suras usque intumescunt, hypochondria laeduntur, respiratio difficilior redditur, tandemque abdomen intumescit aegrique non sine magne labore et post longum tempus pristinae sanitati restituuntur, saepe etiam moriuntur*“.

Это превосходное описаніе скарлатины основано на наблюденіяхъ *Sennert*'а въ маленькомъ Виттенбергѣ. Въ большихъ городахъ эпидеміи скарлатины, повидимому, уже въ то время не отличались такой злокачественностью, какъ въ маленькихъ. Это доказывается мнѣніемъ *Sydenham*'а, что скарлатина едва заслуживаетъ названія болѣзни; въ пользу этого говоритъ, далѣе, рассказъ *Trousseau* о многолѣтнихъ наблюденіяхъ *Bretonneau*. Въ теченіе 24-лѣтней практики (1799—1823) *Bretonneau* не имѣлъ ни одного смертнаго случая въ своей громадной практикѣ. Но затѣмъ, на 25-мъ году, онъ былъ свидѣтелемъ столь злокачественной эпидеміи, что взглядъ его на скарлатину, какъ на доброкачественную болѣзнь, потерпѣлъ полное пораженіе.

Мы не можемъ объяснить себѣ этой смѣны въ характерѣ эпидеміи, а то, что нѣкоторыми приводится какъ объясненіе, опровергается статистикой. Самое ходячее мнѣніе заключается въ томъ, что, какъ и при кори, эпидеміи тѣмъ злокачественнѣе, чѣмъ рѣже поражается ими населеніе, чѣмъ, стало-быть, больше промежутокъ между двумя эпидеміями, тѣмъ выше каждый разъ цифра

имѣющагося контингента дѣтей, предрасположенныхъ къ заболѣванію. Наблюденія показываютъ, однако, что этого отнюдь нельзя считать общимъ правиломъ. Такъ, напр., *Köstlin* рассказываетъ, что хотя эпидемія, развившейся въ Штутгартѣ въ 1846 г., предшествовало цѣлыхъ 16 лѣтъ (1830—45), совершенно свободныхъ отъ скарлатины, тѣмъ не менѣе она не сопровождалась ни однимъ смертнымъ случаемъ. Точно также и послѣдовательныя эпидеміи въ началѣ 50-хъ годовъ не отличались особенной злокачественностью.

Время года, атмосферныя вліянія, возрастъ и полъ также не имѣютъ очевиднаго вліянія на характеръ заболѣваній и намъ ничего не остается, какъ допустить здѣсь, какъ мы дѣлаемъ это при косвенно-контагіозныхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, вліяніе *мѣстности* въ самомъ широкомъ смыслѣ слова на большую или меньшую ядовитость инфекціоннаго зародыша. Замѣчательно во всякомъ случаѣ—и мнѣ часто приходилось наблюдать,—что въ нѣкоторыхъ семействахъ, resp. жилищахъ, болѣзнь уносила всѣхъ дѣтей съ безпримѣрною яростью, тогда какъ въ то же время, въ той же самой тяжелой эпидеміи въ другихъ семействахъ наблюдаемы были лишь отдѣльныя легкія заболѣванія.

Предрасположеніе къ заболѣванію скарлатиной, очевидно, представляетъ весьма большія индивидуальныя различія. Грудныя дѣти очень мало предрасположены къ воспринятію контагіи и даже въ наиболѣе предрасположенномъ возрастѣ, отъ 2 до 5 лѣтъ, нѣкоторыя дѣти совершенно избѣгаютъ заболѣванія и довольно часто остаются свободными на всю остальную жизнь. Мнѣніе, что предрасположеніе кроется въ особенностяхъ конституціи, столь же мало можетъ быть доказано, какъ и допускаемое многими вліяніе бѣдности и благосостоянія: наблюдаемы были эпидеміи, гдѣ дѣти достаточныхъ родителей давали большее число жертвъ, нежели потомки семействъ, живущихъ въ бѣдности.

Что взрослые вообще меньше подвержены опасности заболѣванія скарлатиной, нежели дѣти, этого оспаривать нельзя; но я видѣлъ также среди взрослыхъ рядъ смертельно протекавшихъ случаевъ. Такъ, напр., изъ 492 случаевъ скарлатины, которые были лѣчимы въ Мюнхенской общей больницѣ отъ 1865 до 1887 г. и касались почти исключительно взрослыхъ, смертность распределялась слѣдующимъ образомъ: 1865—1875: 113 заболѣваній и 13 смертныхъ случаевъ (11,5%); 1876—1887: 379 заболѣваній и только 5 смертныхъ случаевъ (1,3%).

Перенесеніе скарлатины предохраняетъ чловѣческій организмъ на всю остальную жизнь отъ новой инфекціи. Исключе-

ніа изъ этого правила рѣдки и наблюдаются обыкновенно у лицъ, которые въ молодости перенесли скарлатину и у которыхъ впоследствии заболѣваетъ этою болѣзною кто нибудь изъ братьевъ или сестеръ, изъ дѣтей или питомцевъ: скарлатина проявляется у нихъ тогда въ легкой или рудиментарной формѣ (безлихорадочная сыпь, лихорадочная angina).

Болѣзнетворный агентъ, инфекціонное вещество еще не извѣстно. Едва ли можетъ быть сомнѣніе въ томъ, что это Contagium vivum, представителемъ котораго являются мельчайшія живыя существа. Несмотря на положительный результатъ, который дали прививки крови и содержамаго пузырьковъ скарлатинозныхъ больныхъ здоровымъ, до сихъ поръ не удалось, однако, открыть опредѣленный видъ дробянокъ, который можно было бы признать за носителя скарлатиннаго контагіа.

Изъ свойствъ инфекціоннаго вещества эмпірія установила прежде всего *стойкость* его. Оно можетъ мѣсяцами оставаться на платьяхъ, постельныхъ принадлежностяхъ, домашней утвари, на составныхъ частяхъ жилища, не теряя своей заразительности. Обыкновенные способы дезинфекціи жилья, мебели и т. д. оказываются здѣсь безсильными. На полное уничтоженіе контагіа можно рассчитывать лишь въ томъ случаѣ, если платье и мебель подвергаемы были въ теченіе долгаго времени дѣйствію текущаго водяного пара.

Если передача инфекціоннаго вещества черезъ платье, книги и неодушевленные предметы не подлежитъ никакому сомнѣнію, то слѣдуетъ допустить также, что и здоровыя лица, приходящія въ болѣе тѣсное соприкосновеніе съ больными, могутъ переносить на здоровыхъ зародышъ болѣзни, который они унесли отъ больного на рукахъ, въ волосахъ, или въ одеждѣ. Заболѣваніе лицъ, передающихъ заразу, отнюдь не составляетъ необходимости; обыкновенно оно даже невозможно, такъ какъ по большей части это взрослые индивидуумы, которые уже раньше перенесли скарлатину. Въ этомъ отношеніи наиболѣе подвержены опасности, повидимому, семьи врачей. Точно также, частота зараженія скарлатиною въ школахъ, безъ натяжки, объясняется этой стойкостью контагіа. Не тѣ дѣти, которыя находятся въ начальномъ періодѣ болѣзни, передаютъ заразу своимъ здоровымъ школьнымъ товарищамъ, а реконвалесценты, заносящіе стойкое инфекціонное вещество въ чешуйкахъ эпидермы, въ волосахъ, или въ одеждѣ. Свѣже-заболѣвающія дѣти не долго соприкасаются съ прочими учениками, такъ какъ съ наступленіемъ начальныхъ бурныхъ явленій ихъ обыкновенно тотчасъ отсылаютъ домой. При томъ еще вопросъ, передаетъ ли скар-

латинозный болевой дѣйствительно инфекціонное вещество уже въ началѣ продромальнаго стадія? Въ этомъ отношеніи скарлатина существенно отличается отъ коревого заболѣванія. При послѣднемъ существуетъ продромальный стадій, который длится нѣсколько дней и въ теченіе котораго дѣтей, хотя и одержимыхъ лихорадочнымъ катарромъ, посылаютъ еще довольно часто въ школу. Къ тому же несомнѣнно, по имѣющимся даннымъ, что отдѣленія и выдѣленія коревыхъ больныхъ обладаютъ контагіозностью уже въ продромальномъ періодѣ.

Что касается продолжительности *инкубационнаго* или *скрытаго періода*, то немногія безупречныя наблюденія говорятъ въ пользу того, что самымъ обыкновеннымъ срокомъ его слѣдуетъ считать 7 дней, но что встрѣчаются также случаи, въ которыхъ скрытый періодъ имѣетъ вдвое большую продолжительность и, наконецъ, такіе, гдѣ болѣзнь обнаруживается уже черезъ нѣсколько дней послѣ инфекціи. У насъ нѣтъ объясненія для этой неодинаковой продолжительности скрытаго періода и мы должны представить его будущимъ изслѣдованіямъ. Во всякомъ случаѣ скарлатина стоитъ въ этомъ отношеніи, насколько мы можемъ до сихъ поръ судить, довольно изолированно. Такъ какъ внѣшнія и индивидуальныя вліянія играютъ роль и въ другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, имѣющихъ типическій скрытый періодъ, и потому не могутъ имѣть другого значенія и относительно скарлатины, то причину слѣдуетъ искать въ измѣнчивой способности развитія скарлатиннаго яда.

Въ продромальномъ стадіѣ зараженный не представляетъ, обыкновенно, никакихъ болѣзненныхъ явленій. Какъ исключеніе, наблюдаются легкія общія явленія, а также *angina*.

Начало болѣзни или *періодъ продромовъ* какъ обыкновенно выражались въ то время, когда сыпь еще играла главную роль, представляетъ весьма рѣзкую картину. *Рвота, angina, лихорадка*— вотъ тріада, открывающая сцену. Начало лихорадки можетъ быть различно: потрясающій ознобъ встрѣчается рѣдко; чаще наблюдается познабливаніе или общее поблѣднѣніе. Весьма рѣдко вмѣсто потрясающаго озноба у дѣтей наблюдается, въ качествѣ начальнаго симптома, судорожный приступъ. У дѣтей мы видимъ это не только при скарлатинѣ, но при всѣхъ вообще лихорадочныхъ процессахъ съ острымъ началомъ, и особенно часто при крупозной пневмоніи.

Температура тѣла быстро повышается и въ тотъ же день доходитъ до 40—40,5° Ц. Пульсъ необыкновенно ускоренъ и у дѣтей часто быстро достигаетъ 140—150. Этимъ тяжкимъ раз-

стройствамъ въ центральныхъ органахъ, регулирующихъ дѣятельность сердца и температуру тѣла, соответствуетъ, обыкновенно, состояніе прочей первой системы. Ребенокъ не только очень скоро просится въ постель, но представляетъ также, обыкновенно, нѣсколько омраченное сознаніе, вялость, слабость и вообще производитъ на приглашеннаго врача впечатлѣніе тяжело больного.

Въ этомъ періодѣ, когда еще нѣтъ сыпи, *диагнозъ* можетъ быть часто поставленъ лишь съ вѣроятностью, если это первый случай въ семействѣ. Я желалъ бы еще разъ обратить вниманіе на діагностическую важность упомянутой тріады начальныхъ симптомовъ. Обыкновенно дѣло происходитъ такимъ образомъ: ребенокъ возвращается домой до обѣда, изъ школы или изъ сада, жалуюсь на боль въ горлѣ и затрудненное глотаніе. Онъ просится въ постель, блѣднѣетъ; его познабливаетъ и рветъ. Врачъ, измѣривъ температуру тѣла, находитъ уже значительное повышеніе ея, рядомъ съ значительнымъ учащеніемъ пульса и тяжелымъ общимъ состояніемъ. Обыкновенно уже вечеромъ перваго дня или на второй день появляется сыпь, которая разсѣиваетъ всѣ сомнѣнія относительно того, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. Но въ виду того, что можетъ понадобиться отдѣленіе здоровыхъ отъ больныхъ, чрезвычайно важно имѣть уже въ самомъ началѣ заболѣванія увѣренность, что это—скарлатина. Въ этомъ отношеніи я всегда придавалъ высокое діагностическое значеніе повторной рвотѣ, ничѣмъ инымъ необъяснимой, если только полное отсутствіе симптомовъ со стороны легкихъ и плевры давало право исключить пневмонію. Однако, рвоты можетъ иногда не быть; точно также лихорадка или общес страданіе могутъ держаться въ умѣренныхъ границахъ, анги́на же представляться неясно выраженною. Въ подобныхъ случаяхъ необходимо выждать съ диагнозомъ до появленія сыпи, для безопасности же все-таки отдѣлить больного отъ здоровыхъ.

Сыпь показывается уже вечеромъ перваго дня или, во всякомъ случаѣ, на второй день. Вначалѣ она бываетъ лучше всего выражена на шеѣ, груди и спинѣ, тогда какъ лицо остается обыкновенно свободнымъ. Этимъ скарлатина весьма существенно отличается отъ кори и оспы. Правда, щеки, а равно виски и уши обыкновенно покрыты яркой лихорадочной краснотой, а нерѣдко также сыпью, но окружность рта и подбородокъ поразительно блѣдны и представляютъ живой контрастъ съ интенсивною пятнистою краснотой на шеѣ. Этотъ признакъ чрезвычайно характеристиченъ. Начинающій, для котораго распознаваніе острыхъ сыпныхъ болѣзней вообще представляетъ затрудненія, — затрудненія,

весьма чувствительно отражающіяся на зарождающейся практикѣ, особенно если приходится дѣйствовать на глазахъ чуткихъ родителей—можетъ, обыкновенно, съ увѣренностью поставить діагнозъ, основываясь на одномъ этомъ контрастѣ въ окрашиваніи въ связи съ продромальными явленіями. Къ этому присоединяется характеристическій для скарлатины цвѣтъ сыпи, цвѣтъ малиноваго сока, который ясно распознается даже при ламповомъ освѣщеніи. Образование сыпи изъ первоначально мельчайшихъ пятенъ, не возвышающихся надъ уровнемъ неокрашенной кожи, быстро сливающихся, но все таки оставляющихъ между собою блѣдныя островки кожи; далѣе относительно быстрое распространеніе на туловище и конечности, обыкновенно совершающееся въ теченіе двухъ дней,—вотъ явленія, которыя исключительно свойственны скарлатинѣ. Для того, чтобы лучше рассмотретьъ и опредѣлить сыпь, выбираютъ мѣста кожи наименѣе прикрытыя, особенно на спинѣ, и, быстро обнаживъ ихъ, рассматриваютъ на нѣкоторомъ разстояніи. При этомъ полезно, надавливаніемъ пальцами, на время прогнать воспалительную гиперэмію. Даже при относительно слабомъ развитіи сыпи, напр. въ случаяхъ тяжелой инфекціи, ясно бросается въ глаза своеобразная, темная и мелко-мраморная краснота. Сосудодвигательные и въ особенности сосудосуживающіе нервы находятся, несмотря на явное расширеніе сосудовъ, въ состояніи высокой механической возбудимости. Всякое проведеніе твердаго предмета вызываетъ въ соотвѣтственныхъ сосудистыхъ областяхъ реакцію въ формѣ судорожнаго суженія. Нѣсколькими штрихами мы можемъ воспроизвести на скарлатинозной кожѣ буквы и числа. *Bouchut* считаетъ это явленіе патогномическимъ для скарлатины. Дѣйствительно, ни при какой другой формѣ воспалительной гиперэміи кожи оно не наблюдается въ столь высокой степени.

Шелушеніе, которое обыкновенно начинается на шестой день съ шеи и отсюда спускается соотвѣтственно способу высыпанія, отличается величиною пластовъ эпидермы, отдѣляющихся въ связи. Такое „пластинчатое“ или „перепончатое“ шелушеніе патогномично для скарлатины и даетъ возможность распознавать болѣзнь *ex post* по истеченіи многихъ недѣль, что чрезвычайно важно, какъ для констатированія, такъ и для прогностической оцѣнки нефрита скарлатинознаго происхожденія. Сильнѣе и дольше всего шелушеніе замѣтно на рукахъ и ногахъ и притомъ, какъ на ладонныхъ поверхностяхъ и подошвахъ, такъ и на пальцахъ. За интенсивнымъ высыпаніемъ всегда слѣдуетъ значительное шелушеніе. Въ особенности у взрослыхъ кожа на ладони часто

сходитъ въ видѣ одного куска, а на отдѣльныхъ пальцахъ она иногда отторгается *in toto*, на подобіе перчаточнаго пальца.

Продолжительность періода шелушенія различна. Онъ можетъ длиться недѣлями и часто испытываетъ терпѣніе больного и врача, ибо, пока шелушеніе, несмотря на ванны, не окончено, не слѣдуетъ возвращаться къ обычнымъ занятіямъ.

Angina составляетъ, обыкновенно, первый симптомъ заболѣванія и вначалѣ не отличается отъ картины простой катарральной ангины: совершенно равномерная или мелкопятнистая инъекція и припухлость слизистой оболочки *Isthmi faucium*, болѣе или менѣе далеко распространяющаяся на нѣбо; умѣренная припухлость миндалевидныхъ железъ и угловыхъ лимфатическихъ железъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ припухлость можетъ достигать весьма значительной степени и у дѣтей въ первые годы жизни вызывать серьезныя затрудненія дыханія, вслѣдствіе стуженія входа въ зѣвъ. Если присоединяется неполное закрытіе носоглоточнаго пространства, то голосъ принимаетъ носовой оттѣнокъ и, при глотаніи, жидкости попадаютъ въ носъ.

Процессамъ, совершающимся на слизистой оболочкѣ зѣва, соотвѣтствуетъ своеобразное измѣненіе на языкѣ, которое можно считать патогномическимъ для скарлатины: сильная инъекція и припухлость, какъ грибовидныхъ, такъ и нитевидныхъ сосочковъ; послѣдніе выступаютъ, на кончикѣ и краяхъ языка, надъ эпителиальнымъ покровомъ, въ формѣ нѣжныхъ, блестящихъ, красныхъ жемчужинъ. Получается весьма красивая картина, на основаніи которой языку скарлатинозныхъ дали названіе *малиноваго языка*. *кошачьяго языка*. При извѣстныхъ условіяхъ, этотъ признакъ можетъ пріобрѣсти діагностическое значеніе.

Гнойное воспаленіе слизистой оболочки носа очень часто сопровождаетъ болѣе тяжкіе случаи скарлатины. Но не всегда легко бываетъ опредѣлить, имѣемъ ли мы дѣло съ гнойнымъ катарромъ или съ дифтеритомъ слизистой оболочки носа. Во всякомъ случаѣ, подобнаго рода насморкъ, поскольку онъ является выраженіемъ интенсивнаго воспаленія въ носоглоточномъ пространствѣ и въ носу, считается неблагоприятнымъ признакомъ.

Лихорадка держится обыкновенно 2—3 дня на высотѣ, до которой она поднялась въ первый или второй день (между 40 и 41°) и затѣмъ постепенно падаетъ. По истеченіи 4—5 дней температура становится нормальной. Нерѣдко, однако, легкія вечернія повышенія температуры удерживаются до третьей недѣли, въ продолженіе всего періода шелушенія. Во многихъ случаяхъ причиною этой послѣдовательной лихорадки является, повидимому, рас-

пространенный десквамативный процессъ; но, съ другой стороны, въ причинной связи съ этими субфебрильными состояніями могутъ находиться также процессы возстановленія во внутреннихъ органахъ, особенно въ железистыхъ аппаратахъ и др.

Соучастіе *нервной системы* можетъ быть весьма различно, но оно никогда не отсутствуетъ. Оно, во первыхъ, различно, смотря по первному предрасположенію индивидуума: у первыхъ дѣтей тотчасъ же появляется живой бредъ; наоборотъ, флегматическія дѣти представляютъ лишь умѣренную степень сонливости. Оно измѣняется, далѣе, очевидно, смотря по заразительности болѣзнетворнаго яда, дѣйствіе котораго на первную систему можетъ, при извѣстныхъ условіяхъ, оказаться прямо разрушительнымъ. Я еще вернусь къ этому пункту при описаніи аномалій теченія и осложненій.

Такъ протекаетъ настоящій скарлатинный процессъ, даже въ легкихъ случаяхъ довольно бурный, въ 6—8 дней; вся же болѣзнь, со включеніемъ періода шелушенія, отъ начала заболѣванія до возвращенія къ обычнымъ занятіямъ (посѣщеніе школы) длится по меньшей мѣрѣ 3—4 недѣли.

Распознаваніе нормально протекающихъ случаевъ не представляетъ никакихъ затрудненій, если мы сопоставимъ всѣ моменты. Но насколько легко опредѣленіе болѣзни въ обыкновенныхъ случаяхъ, настолько же оно можетъ сдѣлаться труднымъ у постели больного, если мы лишены анамнестическихъ точекъ опоры, и если отсутствуютъ сопутствующіе симптомы. Въ нѣкоторыхъ подобнаго рода случаяхъ положительно невозможно бываетъ распознать болѣзнь по одной только сыпи, которая часто бываетъ недостаточно развита. Тѣмъ не менѣе, я не могу достаточно настойчиво рекомендовать вамъ, м. г., чтобы вы по возможности точно изучали сыпь: тогда вы въ состоявіи будете извлечь изъ этого признака все, что онъ можетъ дать. Дабы приобрѣсти въ этомъ извѣстную увѣренность, вы должны видѣть какъ можно больше сыпей и имѣть возможность сравнивать ихъ между собою. Превосходный случай для этого представляютъ большія больницы и клиники, особенно отдѣленія для кожныхъ больныхъ въ Вѣнскихъ госпиталяхъ. При этомъ поставьте себѣ, м. г., за правило, при изученіи всякой сыпи стараться воспринять сперва глазомъ и осязаніемъ (проходя по ней концами пальцевъ) общее впечатлѣніе и затѣмъ уже изслѣдовать *начальныя формы* сыпи на периферіи, съ цѣлью установить свойство ея: пятна ли это, узелки и пр. При этомъ я не могу не указать на недостатки, которыми страдаетъ клиническое преподаваніе въ большинствѣ германскихъ уни-