

М. Маттес

**Учебник дифференциальной
диагностики**

Часть 1

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 61(035)
ББК 51.1
М11

М11 **М. Маттес**
Учебник дифференциальной диагностики: Часть 1 / М. Маттес – М.: Книга
по Требованию, 2014. – 496 с.

ISBN 978-5-458-83192-5

ISBN 978-5-458-83192-5

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2014

© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2014

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 первозданном 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.



Серия Книжный Ренессанс

www.samizday.ru/reprint

ПРЕДИСЛОВИЕ К СЕДЬМОМУ ИЗДАНИЮ

Через несколько лет после преждевременной смерти Макса Маттеса мне была предложена переработка его превосходной книги. Это поручение вполне соответствовало моему интересу и многолетнему специальному занятию диагностическими вопросами. Я даже сам имел в виду написать краткую дифференциальную диагностику в виде лекций. Однако несомненно целесообразнее сохранить путем переработки превосходное сочинение Маттеса, чем писать новую книгу.

Особым достоинством книги Маттеса является глубоко личный характер ее изложения. Поэтому мне казалось особенно важным и правильным сохранить этот характер. Между прочим это достигается и тем, что я почти всюду сохранил обращение от первого лица, которое принято Маттесом.

Я стремился ввести в книгу те новейшие достижения науки, которые, с одной стороны, вполне подтвердились, а с другой стороны, важны для врача. Читателю будет легко убедиться в том, что мною введено много нового. Я надеюсь, меня не осудят за то, что во многих главах я привожу собственные работы; наряду с этим мне пришлось опустить многое из предыдущих изданий. Вследствие этого объем книги не увеличился.

Г а н с К у р ш м а н

ОТ ИЗДАТЕЛЬСТВА

Учебник дифференциальной диагностики Маттеса справедливо пользуется исключительной популярностью среди студентов и врачей и выдержал ряд русских изданий. Настоящее первое посмертное издание значительно дополнено и улучшено проф. Куршманом, который ввел чрезвычайно большое количество новых данных. Тем не менее оказалось возможным частично использовать старые переводы, причем для этой цели издательство остановилось хотя и на более старом, но более точном переводе с третьего издания, вышедшем в свет в 1924 году.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие к седьмому изданию	3
От издательства	4
I. Дифференциальная диагностика острых лихорадочных инфекционных болезней	14
А. Дифференциальный диагноз начальных стадий инфекций и инфекций без выраженных местных симптомов	—
1. Центральная крупозная пневмония.	15
2. Начальные стадии некоторых других заболеваний	20
3. Брюшной тиф	25
а) Особенности течения и осложнения тифа, дающие повод к диагностическим затруднениям.	35
б) Изменения картины болезни под влиянием вакцинации	47
в) Формы паратифа, сходного с тифом	50
4. Острый милиарный туберкулез	53
5. Септические и пневмические заболевания	60
6. Острая лейкемия	72
Б. Болезни с возвратным типом лихорадки <i>Febris undulans</i>	76
а) Мальтийская лихорадка	—
б) Ундулирующая лихорадка, вызываемая <i>b. abortus</i> Банга	78
в) Возвратный тиф	80
г) Пятидневная лихорадка	84
д) Малярия	87
В. Болезни с преимущественным участием органов дыхания	98
1. Инфлюэнца	—
2. Коклюш	104
Г. Криптогенетическая лихорадка	106
Д. Заболевания с преимущественным повреждением нервной системы	—
а) Полиневрит	109
б) Острый полиомиелит	107
в) Эпидемический энцефалит	110
Е. Дифференциальный диагноз экзантемы и других поражений кожи при острых инфекционных болезнях	118
1. Скарлатина	121
2. Корь	130

3. Краснуха	134
4. Инфекционная эритема	136
5. Рожа	137
6. Сыпной тиф	138
7. Оспа, ветряная оспа и сыпи, сходные с оспенной	146
8. Эритемы	154
9. Кровоизлияния в кожу	156
10. Пузырьки и пустулы	161
Ж. Дифференциальный диагноз острых лихорадочных воспалений суставов	163
З. Дифференциальный диагноз острых лихорадочных заболеваний мышц	168
И. Дифференциальный диагноз воспаления и налетов зева и полости рта	174
К. Дифференциальный диагноз заболеваний с преобладанием явлений со стороны желудочно-кишечного канала	188
1. Острый гастроэнтерит	—
2. Холера	190
3. Дизентерия	194
4. Болезнь Вейля	203
Л. Раневые инфекции	208
1. Столбняк	—
2. Бешенство	211
3. Сеп	212
4. Сибирская язва	214
М. Проказа	216
II. Дифференциальный диагноз субфебрильных хронических лихорадочных состояний	218
А. Диагноз начального туберкулеза легких	219
Б. Другие хронические лихорадочные состояния	244
III. Дифференциальный диагноз менингитического симптомокомплекса	252
А. Острые формы менингита	—
Б. Хронические формы менингита	271
IV. Дифференциальный диагноз перитонитического симптомокомплекса	277
А. Общие острые перитониты	—
Б. Состояния, сходные с перитонитом	288
В. Острые местные перитониты	300
Г. Дифференциальный диагноз хронических перитонитов	310
V. Дифференциальный диагноз непроходимости кишечника и кишечных стенозов	312
А. Хронические кишечные стенозы	323
Б. Дифференциальный диагноз непроходимости	329
Диагноз местоположения и характера механического илеуса	335
В. Функциональная непроходимость	338
Дифференциальный диагноз между перитонитическим и механическим илеусом	339

VI. Дифференциальный диагноз болезни гортани и трахеи	344
VII. Дифференциальный диагноз заболеваний легких и плевры	357
А. Гемоптозе	—
Б. Патологические изменения дыхания	360
В. Дифференциальный диагноз астмы	362
Г. Дифференциальный диагноз процессов, сопровождающихся инфильтрацией легочной ткани	367
1. Дифференциальный диагноз острых инфильтраций	368
а) Крупозная пневмония	—
б) Бронхопневмония	374
2. Дифференциальный диагноз хронических инфильтраций	377
Д. Дифференциальный диагноз образования полостей в легких	389
Е. Дифференциальный диагноз легочных опухолей	392
Ж. Эхинококк легких	394
VIII. Дифференциальный диагноз заболеваний плевры	397
А. Сухой плеврит	—
Б. Дифференциальный диагноз плевритических выпотов	399
В. Дифференциальный диагноз плевральных тяжей и сращений	416
Г. Дифференциальный диагноз пневмоторакса	420
IX. Дифференциальный диагноз болезней органов кровообращения	427
А. Введение	—
Б. Субъективные жалобы	429
В. Функциональное исследование	435
Г. Дифференциальный диагноз расстройств ритма	442
1. Экстрасистолические аритмии	446
2. Дифференциальный диагноз расстройств проводимости	456
3. Мерцание предсердий	459
4. Дифференциальный диагноз пароксизмальной тахикардии	464
5. Влияние сердечных нервов на расстройства ритма	469
6. Дифференциальный диагноз брадикардий	471
7. Респираторная аритмия	473
8. Pulsus alternans	474
9. Pulsus paradoxus	476
Д. Дифференциальный диагноз некоторых явлений, сопутствующих болезням органов кровообращения	478
1. Цианоз	—
2. Отеки	479
3. Явления со стороны легких	480
4. Явления со стороны почек	486
5. Явления со стороны нервной системы	488
6. Явления со стороны органов пищеварения	492
Е. Данные объективного исследования сердца и сосудов в дифференциально-диагностическом отношении	—
1. Дифференциальный диагноз врожденных пороков сердца	516
2. Дифференциальный диагноз поражений сердца без пороков клапанов	521
3. Дифференциальный диагноз некоторых редких заболеваний	568
4. Дифференциальный диагноз поражений сердца при несчастных случаях	570

XVIII. Дифференциальный диагноз невралгии и невралгических бо- лей	946
А. Дифференциальный диагноз ишиаса	947
Б. Некоторые другие невралгии ног ;	952
В. Дифференциальный диагноз межреберной невралгии	953
Г. Дифференциальный диагноз невралгий плечевого сплетения	954
Д. Дифференциальный диагноз невралгий тройничного нерва .	956
XIX. Дифференциальный диагноз головной боли	958
Предметный указатель	965

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ЛИХОРАДОЧНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

При достаточно резко выраженных симптомах большая часть острых лихорадочных инфекционных болезней дает очень характерную и определенную картину. Каждый врач без затруднений поставит правильный диагноз типичного случая скарлатины, вполне развитой крупозной пневмонии или типичного тифа.

Поэтому в задачи настоящей книги не может входить описание таких ясных картин болезней; она посвящена обсуждению лишь таких симптомов и их комплексов, которые могут быть истолкованы по-разному и отличаются своей многозначностью. Такой неопределенный характер может иметь начало каждого острого лихорадочного заболевания, потому что развитие некоторых характерных клинических признаков, как, например, экзантемы, требует определенного времени. То же самое встречаем мы и при тех инфекционных болезнях, при которых на первый план выступают общие явления, как, например, милиарный туберкулез, сепсис и тиф.

Таким образом, соображения дифференциально-диагностического характера имеют место главным образом в начальных стадиях инфекций и при заболеваниях без резко выраженных местных симптомов. Кроме того, будет очень полезно остановиться на тех осложнениях, которые встречаются не так часто и дают повод врачу сомневаться в правильности поставленного им диагноза.

А. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ ИНФЕКЦИЙ И ИНФЕКЦИЙ БЕЗ ВЫРАЖЕННЫХ МЕСТНЫХ СИМПТОМОВ

Представим себе такой случай, что врач приглашен к лихорадящему больному, который внезапно заболел и у которого при обычном клиническом исследовании, кроме повышенной температуры и общих симптомов, вроде головной боли, недомо-

гагия, потери аппетита не обнаруживается ничего, что позволило бы немедленно поставить определенный диагноз. Имея перед собой такой случай, опытный врач даже и при отрицательных результатах исследования отдельных органов все-таки получит более или менее определенное впечатление о картине болезни; но лучше и правильнее не увлекаться этим впечатлением, а систематически взвесить все те заболевания, при которых исследование может дать незначительные или даже отрицательные результаты.

При собирании анамнеза всегда следует помнить, что многие лихорадящие больные, даже если они находятся в полном сознании, или не жалуются на неприятные и болезненные ощущения, которые собственно должны у них быть, или говорят о них только после настоятельных расспросов. Еще в меньшей степени можно ожидать ценных анамнестических указаний от детей и психически неполноценных лиц. Анамнез очень важен и при инфекционных болезнях. У этих больных всегда надо спрашивать, отчего по их мнению возникла болезнь. Особенно важно установить наличие однородных заболеваний в семье и в окружении больного; кроме того, важно знать, где возникла инфекция (например дома или во время путешествия, возможно, в тропиках). Всегда надо точно определять начало болезни, на основании чего можно сделать ценные диагностические выводы.

Но вместе с тем, избегая подходить к больному с каким-либо предвзятым мнением, надо, с другой стороны, всегда помнить твердо установленное диагностическое правило, что наиболее вероятным является самое простое; отступать от этого правила можно лишь тогда, когда для этого имеются веские данные. Если, например, начинает лихорадить роженица, то уже а priori гораздо вероятнее, что она заболела родильной горячкой, а не тифом.

Прежде чем перейти к изложению дифференциальной диагностики картин отдельных болезней, мы считаем необходимым вкратце указать на некоторые методы, крайне важные в дифференциально-диагностическом отношении, которые каждый врач должен применять у постели больного.

В каждом случае неясного лихорадочного заболевания данные обычного исследования следует регулярно пополнять о **п р е д е л е н и е м ч и с л а и х а р а к т е р а л е й к о ц и т о в**.

Негели совершенно прав, говоря, что во многих случаях подсчет лейкоцитов является более тонким показателем, чем температурная кривая, и это еще в большей степени относится к детальной картине крови, которую развешивает перед нами определение характера лейкоцитов. На основании определения видов лейкоцитов, их зернистости, а особенно формы ядра, можно делать дифференциально-диагностические выводы, и поэтому картина крови в известной мере отражает патологические, в частности инфекционные, процессы, давая представление об их течении в каждый данный момент. Мы не будем здесь останавливаться на некоторых

моментах, остающихся еще спорными. Укажем лишь, что значение формы ядра впервые было отмечено Арнетом, что затем был предложен ряд упрощений сложной арнетовской классификации, стремившихся сделать ее более удобной для диагностических целей. Из этих модификаций наибольшее распространение получила гемограмма Шиллинга. Еще Арнет установил так называемый сдвиг ядра влево—в сторону миелоцитов, и вправо—в сторону полиморфноядерных гранулоцитов, и указал диагностическое значение этого явления. Затем Шиллинг подразделил клетки, известные раньше под названием метамиелоцитов, на клетки с широким, четко очерченным колбасообразным ядром, и на клетки с темным палочкообразным ядром; он полагает, что только первые из них являются молодыми формами, в то время как палочкоядерные представляют продукт плохого развития или ранней дегенерации. Он подчеркнул, что при сдвиге влево в первую очередь увеличивается число палочкоядерных клеток. Кроме того Шиллинг указал, что при инфекциях можно различать полинуклеарную фазу борьбы, моноцитарную фазу преодоления и лимфоцитарную фазу выздоровления. Таким образом, наблюдая сдвиги ядра, можно определять тяжесть инфекции, а следя за формами лейкоцитов, оценивать характер ее течения.

Уже раньше различным зернистостям присваивали диагностическое значение; это относилось к эозинофильным зернышкам, так как эозинофильная грануляция заметно увеличивается при некоторых инфекционных заболеваниях, как, например, при трихинозе, скарлатине и злокачественной грануломе. С другой стороны, она исчезает при других болезнях и возвращается лишь как послеинфекционное явление. Однако лишь в новейшее время токсической зернистости было приписано прямое дифференциально-диагностическое значение. Так, например, Негели говорит, что токсические изменения зернистости характерны для септических, в частности для кокковых, инфекций. По его словам, нередко достаточно одного взгляда на мазок крови для того, чтобы поставить диагноз коккового сепсиса, в то время как другие инфекции, например болезни Гейне—Медина, эпидемический энцефалит, столбняк и герпетический вирус, совершенно не повреждают белых кровяных телец. Таким образом, повидимому, имеются токсины, повреждающие мезенхиmu, и токсины, действующие нейротропно. Более подробные данные о токсических картинах крови можно найти в работе Глоора¹. При некоторых инфекционных болезнях надо, кроме того, обращать внимание на число и форму кровяных пластинок. Правда, учет тромбоцитов пока еще дал очень мало для диагноза острых инфекций.

В последнее время наряду с морфологическими исследованиями крови диагностическую ценность приобрели химические и физико-химические методы. Упомянем лишь определение скорости оседания эритроцитов, которое имеет особое значение для инфекционных болезней. Реакция оседания и ее изменения в течение болезни имеют большое диагностическое и прогностическое значение как при хронических, так и при острых инфекциях. Нередко она является более точным реактивом, чем лейкоцитарная формула (Домарус, Ганс Куршман). Нужно применять оба метода, которые дополняют друг друга. Нередко они дают однозначные результаты (лейкопения и замедленное оседание при тифе и в начале болезни Банга), часто они противоречат друг другу (например, лейкопения и повышенное оседание при кори).¹

Впрочем, не нужно и переоценивать значения всего исследования крови, которое может быть диагностически использовано лишь в рамках общей клинической картины.

¹ Gloor W., Die klinische Bedeutung der qualitativen Veränderungen der Leucocyten, Leipzig, G. Thieme, 1929.

Кроме исследования крови, при неопределенных лихорадочных заболеваниях всегда необходимо исследовать мочу и не только на белок и сахар, но и производить диазореакцию и эрлиховскую альдегидную реакцию на уробилиноген, а также и уробилиновую реакцию; кроме того, надо исследовать мочу и на содержание в ней б а к т е р и й, например *V. coli*.

Далее, легко выполняема у постели больного люмбальная или окципитальная пункция. Впрочем, последнюю следует меньше рекомендовать практическому врачу, так как она гораздо опаснее. Применение ее ограничивается вообще такими случаями, где возникает подозрение на поражение центральной нервной системы.

Особо важные бактериологические и серологические исследования крови и бактериологические исследования мочи и испражнений практический врач должен передавать в специальные лаборатории и в определенных случаях, как, например, при подозрении на тиф, обязательно производить их.

Я не касаюсь здесь техники бактериологического исследования. Практический врач сам все равно не может его производить, а клинический ассистент всегда имеет в своем распоряжении подробное руководство по бактериологии. Получение материала для исследования значительно облегчается тем, что в аптеках можно получить соответствующую посуду.

Кровь лучше всего брать путем пункции вены и лишь в крайнем случае из мочки уха. Материал для исследования на тиф рекомендуется посылать в пробирках с желчными средами.

Однако, несмотря на всю важность и необходимость бактериологического исследования, его ни в коем случае нельзя переоценивать и думать, что оно делает излишним клинические методы. Это тем менее может иметь место, что результат исследования в значительной мере зависит от техники лаборанта. Существуют, например, лаборатории, которые разочаровывают врача постоянным отрицательным результатом бактериологических исследований крови. Как известно, нахождение определенного возбудителя только в исключительных случаях дает известные точки опоры для суждения о течении данного болезненного состояния и часто даже не решает вопроса, следует ли его носителя считать вообще больным в клиническом смысле. Не подлежит сомнению, что в большинстве случаев клинический диагноз можно поставить скорее бактериологического. И, наконец, нельзя забывать, что бактериологическое исследование в хорошо обставленной больнице, где свежий материал тотчас же подвергается дальнейшей обработке, дает более точные результаты, чем при пересылке этого материала с большой потерей времени. Это особенно давало себя знать в военной обстановке. С врачебной точки зрения, которая в данном случае не вполне совпадает с точкой зрения гигиениста, бактериологическое исследование представляет собой лишь один из методов,