

этих не таковы, чтобы впоследствии не могли развиться язвения податливости эндартериса. Известно, что гангрена может быть: так потому, что ткань подвергается прямому разрушающему действию механической, термической, электрической или химической вредности, или потому, что происходит кровообращение органа и одностороннее накопление аутоклетчатых от погибших клеток (замечательна женщина с артериальными тромбами), или, наконец, потому, что одновременно действуют обе причины. При сыпном тифе, несомненно является за это эти причины: есть тут непосредственно действие сыпнотифозного яда на ткани, есть и анемическое токсическое приращение, дающие характерный для сыпного тифа *thrombovasculitis necrotica*. Случаи симметричности гангрены, очень напоминающие «парные гангрены», в извещаются совместным действием обеих причин одновременно: общепоражающее тяжелое поражение центральной нервной системы, кровоизлияния в головном мозгу, вакуольное перерождение нервных клеток передних рогов, гематомы—все это объясняет эти гангрены.

Но почему в одно время заболевали наблюдается много, в то время как в течение других эпидемий этого нет, одними такими изменениями объяснить нельзя. Причина этого в другом. Хотелось бы возразить Jürgens'у, который объясняет это тем, что русские солдаты имели дурную привычку не снимать на ночь своих сапог и постоянно, таким образом, вредили правильному кровообращению в ногах. Это неправильно уже по одному тому, что на лодыжки, уши, руки в позовые части и нос пиками сапог не одевалось, а гангрены захватывали и эти области тела. Если же объяснить это только влиянием холода на конечности, то трудно объяснить, почему же масса больных, которые были в землянках безо всякой обуви, не получали гангрены. А объяснение лежит в том, что поражались гангреной исключительно люди слабого питания. Только слишком большие физические лишения и слабость могли явиться предрасполагающими причинами. При наличии же посредственного и хорошего питания гангрены не наступали. За всю эпидемию III. не имел гангрены никто из хорошо питавшихся. А при слабом питании были даны все условия для образования тромбов, умирания тканей и образования гангрены. Leуу, выдавший в своем отделении слышном много таких гангрены, прямо заявляет, что «хороший уход (питание и лечение), кажется, действует предохраняюще от гангрены». И опыт эпидемии прямо говорит именно за это. Кроме того, нельзя отнести гангрены на счет только одного сыпного тифа. Если же они чаще всего встречаются при нем, то только потому, что тут даны как раз подходящие анатомические причины для этого. В том же III., где были эти гангрены, можно было видеть много случаев гангрены в другом лагере задолго до сыпного тифа. Там была холерная эпидемия. И тут тоже именно самые истощенные имели гангрены.

Если можно говорить о различном характере эпидемий сыпного тифа в этом отношении, то нужно их расценивать именно с точки зрения степени питания и физической мощи населения, пораженного эпидемией. Количество гангрены—хороший показатель степени питания и достатка этого населения.

И мне думается, хотя доказательств точных у меня нет, что белковое и жировое голодание, и особенно последнее, должно играть существенную и главную роль.

ЛИТЕРАТУРА.

- Murchison. Die typhoiden Krankheiten. Deutsch. von Züker. Эдельман. Русск. Вмч. 1905. 9—10. Флеров К. Э. Сыпной тиф. 1914. Гауль Н. П. Заболеваемости и смертность от сыпного тифа в С. Петербурге 1900—1909 г. Г. 91. Воробьев М. П. Отчет по сыпнотифозному отделению Соколов. гос. од. больн. в Москве за 1908 год. Jeannerot Minkin. Le typhus exanthématique. Paris. 1915. Brauer L. Beitr. zur Kl. d. Infect. Ac. III. В. 1. 1—2. Jürgens G. Das Fleckfieber. 1916 Berlin. Bauer E. M. m. W. 1916. 15.

Осложнения со стороны гортани при сыпном тифе.

М. Г. Додина (Евсавет рад).

Огромная последняя эпидемия сыпного тифа в России, принявшая характер пандемии, имела одну положительную сторону,—она способствовала в значительной мере изучению этой инфекционной болезни и внесению целого ряда научных данных представителями русской врачебной науки. Это должно быть отнесено в особенности к вопросу об осложнениях сыпного тифа со стороны нервной-психической сферы. К сожалению, вопрос об осложнениях тифа со стороны гортани, судя по всем данным, затронут меньше всего новейшими наблюдениями и изысканиями. Не касаясь в целом вопроса об осложнениях

тифа со стороны слизистой, хрящей и хрящевидных, настоящее предварительное сообщение затрагивает лишь одну категорию осложнений, наблюдавшихся относительно часто в последнюю эпидемию, о которых в литературе—русской и иностранной—имеются сведения весьма ограниченные. Дело идет о параличе п. *respiratoris*, вернее части его, тех ветвей, которые иннервируют заднюю черепно-черепно-лицевую мышцу—так наз. *Posticiuslähmung*. Мы наблюдали 15 случаев этого осложнения. Во всех имело на лицо поражение ободочной кишки. Диагностика страдания проста. Клиническая картина определена: инспираторная одышка, усиливающаяся при всяком мышечном напряжении, доходящая до суффокации при воле и ночью и неизменном голосе. Лагоскопическая картина во всех случаях ясна: голосовая щель имеет вид щели при фонации, связки в состоянии аддукции, занимают медиальное положение. Терапия одна—во всех случаях пришлось прибегнуть к трахеотомии. Выжидание, пролонгация никогда не изменяет раз принятого решения, ставя лишь большого в условии возможности внезапного летального исхода. Предсказание—*quoad vitam*—хорошее. Что касается прогноза—*quoad valetudinem completam*—в отношении восстановления функции пораженного органа—нужно сказать, что здесь приходится пока воздержаться от окончательной оценки. Одно можно признать: больные эти остаются надолго носителями канюли, из всех случаев докладчика лишь в одном удалось спустя 6 месяцев произвести деканюляцию, а во втором спустя 8 м. можно было, коптитировав относительно удовлетворительную для дыхания щель, извлечь канюлю. К ожалению, на 6-ой день, в виду обострения протеста ларингитом, пришлось прибегнуть вновь к рассечению гортани и введению трахеотомической трубки. Дальнейшие наблюдения и собиране материала в этом направлении представляются чрезвычайно важными.

Большого внимания заслуживает вопрос, почему при этой инфекции преимущественным излюбленным местом поражения является одна определенная группа мышц, расширяющих голосовую щель. И здесь приходится напомнить то, что известно уже по этому поводу. Нужно вспомнить, какое большое количество энергии было потрачено на объяснение того, почему, главным образом, поражаются те же абдукторы даже в случае прижатия нерва аневризмой, когда à priori сдвинуто должны были бы подвергнуться все волокна нерва.

Гипотеза, предполагавшая, что абдукторы снабжаются также п. *lagurgeo sphericis*, не нашла подтверждения в анатомических данных. Высказано было предположение, что волокна для абдукторов расположены поверхностно в нерве, а потому они поражаются первыми. Много в литературе говорилось о том, что абдукторы поражаются все сильнее подобно тому, как абдукторы и экстензоры конечностей сильнее поражаются при гемиплегии, чем абдукторы и флексоры. Такой бесспорный факт, что при периферических невритах, какова бы ни была этиология их (алкоголь, свинец, мышьяк), экстензоры поражаются первыми и часто одни лишь. При периферических параличах, вследствие сдавления головкой плода *plexus cervicalis*, парализуется группа мышц *tibialis anterior*, иннервируемых п. *profundus externus*. Таковы факты, но объясняют ли они явления? Наиболее правильным представляется мнение, высказанное Gowers'ом, что объяснения интересующего явления надо искать в относительной массе и расположении обеих групп волокон.

Абдукторы более многочисленны, нежели абдукторы, и более развиты; распределение их несомненно более разнообразно и, быть может, они действуют с большей механической пользой. Таким образом, в анатомических и новейших гистологических исследованиях Grabow'а с одной стороны и различия в отношении физиологической функции мышц гортани—с другой, должен быть найден ключ к объяснению интересующего явления.

Остается еще один вопрос. Какой характер поражения? анатомо-патологический субстрат? Идет ли дело о поражении мышцы или нервной системы—и в последнем случае—о центральной или периферической характере страдания? К сожалению, и здесь пока точными анатомическими данными мы до сих пор не располагаем. Немногие данные последнего времени не проливают достаточно света. Что дегенеративные изменения в мышцах могут быть найдены, это не подлежит никакому сомнению, но те случаи, в которых были констатированы эти изменения, относятся не к острым инфекциям, которым, в особенности сыпному тифу, наиболее свойственны поражения первой системы.

Можно ли предполагать, что поражения расширителей вызваны страданием центральной нервной системы?

Предположение о поражении коркового центра или супрануклеарном должно быть отвергнуто, так как иннервация гортанных нервов—двухсторонняя, и поражение одной стороны компенсируется сохраненной функцией другой. Что касается возможности ядерного поражения, то нужно помнить ту близость расположения центрального ряда ядер на дне 4 желудочка, чтобы понять невозможность изолированного поражения ядра гортанного нерва.

Возможность центрального (ядерного) поражения не исключается, как это доказано последними сообщениями (см. «Врачебное Дело» 1919, № 4—5, ст. Геймановича *), но там дело шло о синдроме глотательно-голосового расстройства, а не об изолированном параличе. Павленец, исследования Козава на собаках о строении двигательного ядра гортанного нерва, дифференцированного на три группы (верхняя—ядра глотки, щелевода, средняя—мягкого неба и нижняя—возвратного нерва и сердца), отрицают всякую возможность при такой близости отдельных веток и снабжении их одной сосудистой сетью—одного поражения гортанного нерва. Таким образом, остается наиболее вероятным предположение о периферическом характере страдания.

Настоящее предположение находит себе подтверждение в аналогичных наблюдениях над пораженным гортанным нервом при эпидемной сухотке—вопрос, чрезвычайно широко ventilовавшийся в литературе и медицинских обществах. Большинство авторов теперь высказывается категорически в том смысле, что хотя во многих описанных случаях были найдены дегенеративные изменения в продолговатом мозгу, в особенности на дне 4-го желудочка, но сомнительно, чтобы была доказана когда либо первичная ограниченная дегенерация nuclei ambiguus. Во всех описанных случаях дело шло о, так наз., ретроградной дегенерации или réaction à distance.

Мнение о периферическом характере страдания при tabes dorsalis в настоящее время поддерживается некоторыми ларингологами и невропатологами (Cahn, Déjépine, Reizen, Orpenheim и Даршкевич).

Если во всему сказанному присоединить отмеченную как старыми, так и новейшими авторами склонность сыпного тифа к осложнению поражениями периферической нервной системы вообще, при этом последние могут располагаться на всех уровнях периферического нервного, тогда вполне вероятным предстанет высказанное выше предположение о нейропатическом характере поражения тех осложненных гортани, о которых идет речь в настоящем докладе.

В заключение, нужно сказать, что лишь дальнейшие наблюдения и изучение трактуемого осложнения смогут дать положительный ответ на весь ряд поставленных здесь вопросов, как о частоте описанного осложнения и предсказании в смысле возможности более раннего или позднего извлечения камиюли, так и по вопросу о сущности заболевания и патолого-анатомическом субстрате его.